

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

Relatório de Estágio

**Cuidar da criança com doença crónica:
o brincar terapêutico como ferramenta de
Enfermagem**

Ricardo Jorge dos Santos Ferreira

Lisboa

2016



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

Relatório de Estágio

Cuidar da criança com doença crónica:
o brincar terapêutico como ferramenta de
Enfermagem

Ricardo Jorge dos Santos Ferreira

Orientador: Prof.^a Doutora Paula Diogo

Lisboa

2016

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

A decorative graphic in the bottom right corner consisting of several overlapping, curved, horizontal bands in various shades of green, resembling a stylized wave or a series of brushstrokes.

DEDICATÓRIA

A todos aqueles a quem dediquei menos tempo, especialmente
aos meus pais e irmã.

A minha formação não poderia ter sido concretizada sem a ajuda
e companheirismo da minha namorada Taís Mendonça e dos meus co-
legas, que me acompanharam ao longo deste trajeto, Alexandra Sousa,
Daniela Reis, Helga Oliveira, Irina Barros e Rafael Marques.

Agradeço também à Prof.^a Doutora Paula Diogo, pela orientação
prestável, compreensiva e incansável.

A todos vós, o meu muito obrigado.

LISTA DE ABREVIATURA E/OU SIGLAS

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

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

PAT - *Paediatric Assessment Triangle*

SAV - Suporte Avançado de Vida

SBV - Suporte Básico de Vida

SUP - Serviço de Urgência Pediátrica

UCIPED - Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos

UMAD - Unidade Móvel de Apoio Domiciliário

USF - Unidade de Saúde Familiar

RESUMO

A experiência de hospitalização é uma situação potencialmente stressante e que deixa a criança, para além das alterações físicas, também vulnerável ao sofrimento e desequilíbrio emocional. No caso específico da criança que vive uma doença crónica, está sujeita a alterações no seu quotidiano e a várias hospitalizações que podem interferir nos processos de crescimento e desenvolvimento. O enfermeiro, como profissional de saúde que desenvolve uma relação de proximidade com a criança e família, tem uma intervenção vital na humanização do processo de cuidados. Desta forma, é essencial que os enfermeiros considerem e desenvolvam estratégias específicas de gestão emocional na sua intervenção em enfermagem pediátrica, das quais se destaca o brincar. Assim, fundamento a temática deste relatório, que recai no cuidar da criança com doença crónica, em função do problema identificado, que se prende com as emoções e o *distress* inerentes à vivência da hospitalização, e do objeto de estudo, que aborda o brincar terapêutico como ferramenta de enfermagem, na gestão emocional da criança. Tem como finalidade, para além do desenvolvimento de competências da área de especialidade, o desenvolvimento de estratégias que minimizem o sofrimento emocional e *distress* da hospitalização para a criança e família, através da incorporação do brincar terapêutico na prática de cuidados de enfermagem. A metodologia adotada consiste na reflexão sobre a prática, e na aprendizagem experiencial desenvolvida nos diferentes contextos de estágio. A aquisição de competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem são alvo de descrição e reflexão nas atividades transversais e específicas dos estágios. Verifica-se, que o brincar surge como uma das melhores técnicas a que o enfermeiro pode recorrer, para realizar uma gestão emocional eficaz junto da criança em situações de menor ou maior complexidade. As estratégias de enfermagem que adotam a brincadeira com intencionalidade terapêutica atuam diretamente no estado emocional da criança, proporcionando o seu bem-estar e segurança, bem como o crescimento e desenvolvimento saudável.

Palavras-chave: enfermagem pediátrica; criança; doença crónica; emoções, stress; gestão de emoções; brincar terapêutico.

ABSTRACT

Being hospitalized is an experience which is a potential stressful situation that leaves the child vulnerable to physical and emotional changes. In the specific case of children who live a chronic illness, they're subject to several modifications in their daily routines and diverse hospitalizations that can interfere with their processes of growth and development. The nurse, as a health professional who develops a close relationship with the child and family, has a leading role in the humanization of the care process. Thus, it's essential that nurses consider and develop specific strategies of emotional management in their intervention in pediatric nursing. One of the main nurse strategies is therapeutic play. Therefore the foundation theme of this report, which converges the care of children with chronic disease, was designed according to the identified problem, the emotions and distress inherent to the experience of hospitalization, and the object of study that addresses the therapeutic play as a nursing tool, to the child's emotional management. The purpose is to develop knowledge in the area of expertise, and the development of strategies to minimize the emotional suffering and distress of hospitalization for the child and family, through the incorporation of therapeutic play in the practice of nursing care. The methodology used consists on reflexive practice, and experiential learning developed in different internships contexts. The acquisitions of common and specific skills of pediatric nurse are subject of report and reflection on transversal, and specific activities of the internships. It appears, that the play emerges as one of the best techniques that nurses can use, to achieve an effective emotional management with the child in situations of greater or lesser complexity. The nurse interventions that adopt the play with therapeutic intent, act directly on the emotional state of the child, providing their well-being and safety, as well as healthy growth and development.

Keywords: pediatric nursing; child; chronic disease; emotions, stress; emotions management; therapeutic play

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	8
1. REFERENCIAL TEÓRICO-CONCEPTUAL	11
1.1. O CONCEITO DE CUIDAR DE ENFERMAGEM	11
1.2. O CUIDAR DA CRIANÇA COM DOENÇA CRÓNICA.....	12
1.3. A CRIANÇA E O BRINCAR	13
2. PROBLEMA E OBJETO DE ESTUDO	15
2.1 HOSPITALIZAÇÃO E <i>DISTRESS</i> NA CRIANÇA	15
2.2 DO BRINCAR AO BRINCAR TERAPÊUTICO	16
3. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO: DOS OBJETIVOS ÀS ATIVIDADES	20
3.1. ATIVIDADES TRANSVERSAIS AOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO.....	22
3.2. ATIVIDADES ESPECÍFICAS POR CONTEXTO DE ESTÁGIO.....	24
4. AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS	38
5. PROJETOS FUTUROS	44
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	45
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	47

APÊNDICES

Apêndice I - Cronograma

Apêndice II - Guia Orientador das Atividades de Estágio

Apêndice III - *Dossier* Temático “O brincar e a brincadeira como instrumento terapêutico de Enfermagem”

Apêndice IV - *Flyer* “Brincar: o trabalho das crianças”

Apêndice V - Kit de avaliação de desenvolvimento infantil (Mary Sheridan)

Apêndice VI - Jornal de Aprendizagem - “Da criança em bruto ao brincar como linguagem”

Apêndice VII - Entrevista semiestruturada a perito na área do brincar terapêutico

Apêndice VIII – Jornal de Aprendizagem – “Ambiente Terapêutico”

Apêndice IX - Jornal de Aprendizagem- “Como gerem os enfermeiros as suas emoções?”

Apêndice X - Jornal de Aprendizagem - Brincar e brincar terapêutico

Apêndice XI - Formação: “O brincar terapêutico como ferramenta de enfermagem”

ANEXOS

Anexo I - Pediatric Assessment Triangle

Anexo II - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Anexo III - Regulamento das Competências Especificas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem

Anexo IV - Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil - Avaliação do desenvolvimento Infantil

INTRODUÇÃO

Em contexto do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem - Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, organiza-se no presente relatório o trajeto de desenvolvimento e aquisição de Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (EEESCJ), desenvolvidas junto da criança e família, nas várias dimensões dos processos de saúde-doença, encarando sempre este binómio como beneficiário dos seus cuidados. Este percurso formativo que culmina com este relatório é intitulado: *“Cuidar da criança com doença crónica: o brincar terapêutico como ferramenta de enfermagem”*.

A enfermagem enquanto profissão está inserida num sistema em permanente mutação, em que busca cada vez mais a liberdade da sua esfera ação. O enfermeiro exerce de forma autónoma e interdependente uma atividade imprescindível para a sociedade, tendo por base as suas competências relacionais, técnicas, éticas e culturais, no cuidar dedicado a todos os que os rodeiam, tanto na saúde, como na doença, desde o nascimento até à morte (Collière, 2003). Cuidar é, de facto, o pilar da enfermagem e uma das suas particularidades mais valiosas.

O cuidar, em enfermagem, deve ser visto como uma premissa de perspetivar o ser humano com interesse, falar com honestidade e ouvir com compaixão, estabelecendo-se, assim, uma interação profunda, que permita a troca de emoções e sentimentos na relação enfermeiro-cliente. Este conceito é defendido por Watson (2002), que expõe o processo de cuidar considerando-o um ato relacional, uma forma de comunicar e libertar os sentimentos humanos, e por Diogo (2006) que revela que o cuidar está intensamente revestido de ressonância emotiva e afetiva.

Para os profissionais de enfermagem, e tendo em conta os pressupostos anteriores, o cuidar pode ser entendido como a assistência ao cliente com o intuito de proporcionar e obter o melhor resultado de saúde possível, através de um processo de tomada de decisão, ao qual, está subjacente o processo de en-

fermagem, que apenas é exequível através do pensamento e do corpo de conhecimentos da disciplina.

Neste processo de cuidados, principalmente em situação de doença crónica, em que a criança é sujeita a sucessivas hospitalizações, é uma situação potencialmente stressante e que deixa a criança vulnerável ao desequilíbrio emocional. Para Pereira et al. (2010), as emoções têm um papel decisivo na vida do indivíduo, daí que seja fundamental para a criança uma adequada gestão emocional, com intuito de promover mecanismos de *coping* face à situação de hospitalização.

O enfermeiro, como profissional de saúde, que mais tempo emprega e dedica à criança tem, aqui, uma intervenção vital. De acordo com Almeida & Sabatés (2008), a abordagem de enfermagem deverá ir para além da prestação de cuidados físicos e das informações sobre a doença e terapêutica, devendo-se incluir as necessidades emocionais e sociais da criança. Assim sendo, é essencial que os enfermeiros considerem e desenvolvam estratégias específicas de gestão emocional na área da enfermagem pediátrica, das quais destaco o brincar.

Brincar é um meio efetivo e poderoso de reduzir a tensão, fúria, frustração e ansiedade que estão associadas à falta de controlo e autoestima da criança, sendo, este pressuposto, válido para todas as crianças e especialmente para a criança hospitalizada com doença crónica. A brincadeira permite à criança compreender o mundo que a rodeia, pois facilita a passagem de um estado passivo para outro, ativo onde controla e estabelece as regras, possibilitando o fluir da sua imaginação e sentimentos.

Este relatório é o espelho do saber prático e reflexivo obtido durante a minha formação enquanto mestrando. Almeja o desenvolvimento de conhecimentos da área de especialidade e também o desenvolvimento de estratégias que minimizem o sofrimento emocional e o *distress* da hospitalização para a criança e família, através da mobilização do **brincar terapêutico** na prática dos cuidados de enfermagem. A metodologia adotada consiste numa reflexão sobre a prática, com enfoque na aprendizagem experiencial desenvolvida nos diferentes

contextos de estágios. A opção recaiu sobre este método, uma vez que, Kolb (1984), defende que o processo onde o conhecimento é constituído através da transformação da experiência, é continuamente criado e recriado. A aprendizagem transforma a experiência a nível objetivo e subjetivo. Consequentemente, a aprendizagem não se efetua apenas de forma cognitiva, mas através da reflexão consciente sobre as experiências, com o intuito de as transformar em aprendizagens, é igualmente pertinente para considerar os sentimentos, as emoções e as intuições (Alarcão, 2002). Os contextos de estágio, por ordem cronológica, englobam uma unidade de saúde familiar, um serviço de urgência pediátrica, uma unidade de cuidados intensivos pediátricos e um serviço de pediatria médica, e decorreram do período compreendido entre 29 de setembro de 2014 e 13 de fevereiro de 2015.

Este relatório encontra-se estruturado em seis capítulos. Primeiramente surge o referencial teórico-conceitual, seguindo-se a delimitação do problema e objeto de estudo, evoluindo-se para o percurso desenvolvido entre objetivos traçados e as atividades transversais e específicas de cada estágio, até à apresentação das competências comuns e específicas de EEESCJ. Posteriormente, e de forma a dar continuidade à temática do brincar como ferramenta de enfermagem, elaboro um capítulo onde exponho quais os projetos e intervenções futuras a desenvolver junto da equipa de enfermagem. Por fim, surgem as considerações finais onde procuro fazer uma apreciação geral deste percurso formativo enquanto pessoa e enfermeiro.

1. REFERENCIAL TEÓRICO-CONCEPTUAL

1.1. O conceito de cuidar de enfermagem

O estudo do corpo de conhecimentos de Enfermagem ao longo das diferentes correntes de pensamento permitiu a Kérouac, Pepin, Ducharme, Duquette, & Major (2007) a caracterização das concepções de Enfermagem em paradigmas. No primeiro paradigma identificado, o da categorização o problema era visto de forma isolada, depreciando a pessoa como um todo, tomando como foco de atenção apenas a parte física, a alteração do órgão. No segundo paradigma, o da integração, os cuidados eram orientados para a pessoa, considerando-a como um todo numa inter-relação consigo e com o ambiente. Atualmente, emerge o paradigma da transformação que inclui a escola do ser humano unitário e a escola do cuidar, onde a pessoa é vista como um ser multidimensional, cujas múltiplas dimensões formam uma unidade, um Ser único, indissociável do seu universo. O conceito de pessoa está relacionada com o seu *Self*, e com o ambiente, e o cuidar tem como cerne o bem-estar, tal como, a pessoa o define. A intervenção do enfermeiro visa o "estar com" ao acompanhar a pessoa nas suas experiências de saúde-doença, individualizando o cuidado. A pessoa é um todo indissociável, maior e diferente que a soma das suas partes, em relação mútua e simultânea com o ambiente e em contínua mudança (Kérouac et al., 2007).

Apesar da separação cronológica estabelecida por Kérouac et al. (2007), ainda se verifica atualmente a coexistência de paradigmas de enfermagem, o que transforma a reconceptualização do cuidar em enfermagem num enorme desafio. Este pensamento é corroborado por Collière (2003) ao afirmar que o desafio do cuidar, em enfermagem, constitui-se na reconciliação, interligação, tendo em consideração tudo o que diz respeito ao corpo e espírito, ao conceito e símbolos culturais com a lógica dita científica, e também às emoções em ligação com os danos fisiológicos.

Assim, Cuidar é um conceito central em Enfermagem, sendo considerado a sua identidade enquanto disciplina prática, descrito por Collière (2003, p.1) "como a primeira arte da vida". De acordo com Roach (1993), a enfermagem

nasceu do cuidar, organizou-se para cuidar e profissionalizou-se através do cuidar. Então cuidar em enfermagem baseia-se:

no princípio que é uma prática que se constrói sobre a interação enfermeiro-cliente com a intenção de contribuir para o seu bem-estar ou diminuir o seu sofrimento. O objeto dos cuidados de enfermagem é o bem-estar do cliente no seu quotidiano - quase sempre uma pessoa, com frequência um grupo e por vezes uma comunidade (Basto, 2009, p.12).

1.2. O Cuidar da criança com doença crónica

Os contributos dos estudos desenvolvidos na área da psicologia por Bowlby (1989) e Spitz (1989) que destacaram o impacto negativo na vida da criança das experiências de doença e hospitalização, vieram reforçar a necessidade da humanização dos cuidados em pediatria, na procura da minimização dos efeitos negativos destas experiências associadas aos processos de saúde-doença.

A doença e a hospitalização constituem uma das primeiras crises com as quais a criança se depara, já que é difícil ser vivenciada, devido, entre outros fatores, aos limitados mecanismos de defesa que apresenta (Hockenberry & Wilson, 2014). Segundo Santos (2000), a hospitalização é geradora de ansiedade, pois o simples facto de se pensar em ser hospitalizado causa medo e stress; imagine-se para uma criança com a sua capacidade de fantasiar acerca do que poderá vir a acontecer.

No caso específico da criança que vive uma doença crónica, está sujeita a alterações no seu quotidiano e a várias hospitalizações que interferem nos processos de crescimento e desenvolvimento, separando a criança do contacto com os familiares e rotina ambiental. A presença dos pais junto da criança evita que esta experiencie o trauma da separação, oferecendo-lhe a afetividade e proteção que os pais são capazes de oferecer, reduzindo-se assim a quebra de contacto com pessoas afetivamente significativas e com o quotidiano (Curry, 1995).

A integração da família no ambiente hospitalar tem acompanhado o desenvolvimento da enfermagem enquanto ciência. Numa fase inicial, o *core* da atu-

ação do enfermeiro passava por tratar a doença, os cuidados estavam centrados no Ser, enquanto “corpo”, tendo por base um modelo biomédico, no qual a família não era englobada no processo. Transitou-se posteriormente para a presença dos pais nas enfermarias, como acompanhantes da criança, respeitando-se assim, os laços afetivos, não realizando uma separação abrupta da família. Atualmente, no paradigma da transformação defende-se a premissa de um cuidado de enfermagem holístico, tendo em conta não só as necessidades da criança, mas também o enfoque na família.

Segundo Newton (2000), os profissionais de saúde devem reconhecer a família como uma constante na vida da criança, potenciando uma parceria de cuidados.

Os conceitos dos cuidados centrados na família, designadamente, o respeito, a dignidade, a partilha de informação, a participação e colaboração, são basilares para que o enfermeiro esteja preparado para lidar com as verdadeiras necessidades da família.

O enfermeiro, como profissional de saúde, que desenvolve uma relação de proximidade com a criança e família tem uma intervenção vital na humanização dos cuidados. De acordo com Almeida & Sabatés (2008), a abordagem de enfermagem deve ir para além da prestação de cuidados físicos e das informações da doença e terapêutica, devendo incluir-se as **necessidades emocionais e sociais da criança**. Desta forma, é essencial que os enfermeiros considerem e desenvolvam estratégias específicas de **gestão emocional** na sua intervenção em enfermagem pediátrica, das quais destaco o brincar.

1.3. A criança e o brincar

Brincar é o “trabalho” da criança e o seu mundo mágico (Hockenberry & Wilson, 2014). A brincadeira é essencial para o desenvolvimento natural da criança e constitui, por isso, um dos seus direitos universais reconhecidos no artigo 31º da Convenção Internacional dos Direitos da Criança das Nações Unidas, ratificado na Carta da Criança Hospitalizada, onde no artigo 7º está evidente que “o Hospital deve oferecer às crianças um ambiente que corresponda

às suas necessidades físicas, afetivas e educativas, quer no aspeto do equipamento, quer no do pessoal e da segurança” (Instituto de Apoio à Criança, 2008). Também, a Ordem dos Enfermeiros explica que o EEESCJ providencia cuidados à criança/jovens promotores da majoração dos ganhos de saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência (Ordem dos Enfermeiros, 2011b).

Brincar, constitui uma necessidade básica da criança e torna-se vital que este pressuposto seja compreendido e aplicado por quem cuida de crianças, inclusivamente no meio hospitalar, onde o brincar deve ser valorizado tanto quanto a higiene, a alimentação ou a medicação. O enfermeiro não pode estar apenas comprometido com a doença, mas também com a satisfação das necessidades da criança como Ser humano que cresce e se desenvolve não obstante dos processos saúde-doença que vivencia. Portanto, deve interagir com a criança com recurso a diferentes brincadeiras, para que a sua presença não seja apenas relacionado com intervenções dolorosas e perturbadoras, conseguindo estabelecer com mais facilidade uma relação de proximidade e confiança (Almeida & Sabatés, 2008; Diogo, 2015).

2. PROBLEMA E OBJETO DE ESTUDO

2.1 Hospitalização e *distress* na criança

A hospitalização está conotada como uma situação de crise para a criança, uma vez que impõe o seu afastamento do ambiente familiar para um outro, estranho e ameaçador, onde existe distanciamento dos familiares e amigos, e onde, muitas vezes, surge a necessidade de realização de procedimentos dolorosos e ameaçadores por pessoas estranhas à criança (Tavares, 2011).

Devido ao seu egocentrismo, ao pensamento fantasioso e à “imaturidade” emocional, as crianças têm dificuldades em entender as situações vivenciadas, podendo, inclusive, interpretar a doença e a hospitalização como resultado de uma punição por mau comportamento. Na mesma sequência, os fatores culturais influenciam a forma como a criança apreende a hospitalização. Assim, em diversas situações, observam-se procedimentos terapêuticos, tais como punições, administração de medicamentos e outros, serem percebidos pelas crianças como castigo por mau comportamento (Hockenberry & Wilson, 2014)

Os efeitos da hospitalização são exacerbados especialmente nos casos de doença crónica. Para Meleis & Trangenstein (1994), o diagnóstico de doença crónica na criança, surge como um momento de crise onde ocorre uma transição que se designa por saúde-doença. A criança vê o seu quotidiano modificado, muitas vezes, com limitações, principalmente físicas, devido aos sinais e sintomas da doença, bem como, devido também às frequentes hospitalizações a que são submetidas conforme o desenvolvimento da doença. Assim, a hospitalização influencia os processos de crescimento e desenvolvimento, influenciando o seu quotidiano ao separar a criança da interação com os seus familiares e ambiente (Vieira & Lima, 2002).

A experiência de hospitalização é uma situação potencialmente stressante e que deixa a criança, para além das alterações físicas, também vulnerável ao desequilíbrio emocional. Para Pereira *et al.* (2010) as emoções desempenham um papel decisivo na vida do indivíduo, daí que seja fundamental para a criança uma adequada gestão emocional, com o intuito de promover estratégias de

adaptação face à situação de hospitalização. As situações de stress para a criança inerentes à hospitalização e as próprias emoções, quer sejam demasiado contidas ou exacerbadas, tornam-se emocionalmente perturbadoras, podendo ser prejudiciais para o bem-estar e saúde da criança. Desse modo, os momentos para expor as emoções de tonalidade negativa, identificar e geri-las, surgem como forma de promoção do bem-estar emocional.

Partindo do princípio que as necessidades emocionais podem ser decorrentes da hospitalização, muitas são as estratégias que se têm desenvolvido nos hospitais para ajudar a criança e a família. Estas necessidades são valorizadas e alvo de intervenção do enfermeiro, tendo em vista a diminuição dos efeitos adversos da hospitalização. Neste sentido, a filosofia emergente na pediatria considera a criança e a família como um “todo” e compete ao enfermeiro atender às suas necessidades sociais, emocionais e espirituais, para além das necessidades físicas (Glasper & Haggarty, 2006).

2.2 Do brincar ao brincar terapêutico

O foco dos cuidados à criança hospitalizada tem sido alvo de mudança, tendo-se transitado de um modelo centrado na cura da doença, para uma filosofia de cuidados que inclui a criança e a família nos cuidados de saúde, constituindo-se como premissa basilar, o facto de a criança fazer parte de um “todo” onde a família é considerada uma constante. Embora na atualidade, ainda se apresente como um desafio, o enfermeiro considera a família como coparticipante nos cuidados à criança e reconhece, também, os **cuidados centrados na família** como filosofia, para que, desta forma, possa a promover a qualidade dos cuidados (Almeida & Sabatés, 2008).

A enfermagem, enquanto profissão, centra-se numa posição de relação com o Outro, onde a influência é recíproca. A forma como o enfermeiro se relaciona e está desperto para as emoções da criança numa situação de saúde-doença, percebendo como a doença é agressora para o seu mundo, irá auxiliá-lo na abordagem e intervenção de enfermagem, permitindo a compreensão de comportamentos e a adoção de estratégias que confirmam sentido ao cuidar. O enfermeiro tem de ser hábil ao procurar e experienciar as emoções, para que

consiga compreender os sentimentos vivenciados pela criança, para de seguida conseguir transmitir, o que esta, está realmente a sentir (Diogo, 2015).

O conceito de **gestão emocional** consiste na regulação interna de emoções que ocorrem quando um indivíduo percebe uma incompatibilidade entre as suas emoções internas e as emoções que se espera que sejam exibidas (Msiska, Smith, Fawcett, & Nyasulu, 2014). O trabalho emocional, em enfermagem Smith (2011), acrescenta e sustenta o ambiente de afeto entre enfermeiros e a criança, permitindo-lhes o envolvimento, a reflexão e a gestão das suas emoções e dos outros promovendo a melhoria das práticas de cuidados à criança (Gray, 2009).

O enfermeiro pode ser visto como um elemento estranho para as crianças, que inflige dor através de vários procedimentos inevitáveis para os quais a criança não tem capacidade de compreensão. Compete ao enfermeiro adquirir competências específicas para tornar menos hostil o contacto com a criança, por meio do conhecimento das fases de desenvolvimento, dos medos e formas adequadas de comunicar segundo a idade. Desta forma, o enfermeiro encontra-se preparado para conquistar a confiança e cooperação da criança e família nas intervenções, com vista à promoção do **cuidar não traumático** (Tavares, 2011).

Os cuidados não traumáticos visam o cuidado terapêutico prestado por profissionais, e tem como objetivo eliminar ou minimizar o sofrimento psicológico e físico da criança e família (Hockenberry & Wilson, 2014).

A gestão emocional da criança e os cuidados não traumáticos encontram-se correlacionados. A capacitação do enfermeiro, para o domínio destes conceitos com recurso ao **brincar terapêutico** para a sua implementação no cuidar a criança e família, constitui um contributo essencial para o dia-a-dia do enfermeiro em pediatria. O brincar terapêutico constitui o objeto de estudo deste trabalho. Este tipo de **brincar** consiste na utilização de um brinquedo estruturado que possibilita que a criança exteriorize e compreenda a ansiedade (e outras emoções perturbadoras) gerada por experiências anómalas para a sua idade. Pode

ser utilizado pelo enfermeiro, apenas uma vez ou diariamente, em sessões de 15 a 45 minutos, num local favorável (Cintra, Silva, & Ribeiro, 2006).

Existem várias definições para o conceito do brincar terapêutico, consistentes na sua ideia central, mas separadas cronologicamente. Para Barton (1969), o brincar terapêutico possibilita à criança o alívio da ansiedade originada por experiências com as quais (a criança) não consegue lidar naturalmente dada a sua natureza perturbadora, pelo que necessitam mais do que recreação para solucionar a ansiedade associada. É também descrito como, utilizado por profissionais para estimular o bem-estar emocional e fisiológico da criança (LeVieux-Anglin & Sawyer, 1993). Contudo, este conceito é definido atualmente por Hockenberry & Wilson (2014) como uma forma eficaz e indireta de ajudar as crianças a lidar com suas preocupações e medos, que pode conceder informações aos enfermeiros sobre as necessidades e sentimentos das crianças.

O brinquedo terapêutico pode ser classificado como **brinquedo dramático**, **brinquedo institucional** e **brinquedo capacitador de funções fisiológicas**. O brinquedo dramático consiste na descarga emocional, no qual as crianças utilizam bonecos e materiais hospitalares para exporem os sentimentos. Assim, podem reviver situações desagradáveis e controlá-las. Por outro lado, pode servir para o enfermeiro identificar o que está a angustiar as crianças, para que possa dirigir intervenções terapêuticas e facilitar a comunicação entre criança e enfermeiro. Por sua vez, o brinquedo institucional tem como objetivo a preparação da respetiva informação para fornecer à criança sobre procedimentos terapêuticos. É importante ter em consideração a faixa etária da criança e recorrer a livros, brinquedos e equipamentos hospitalares. Por último, o brinquedo como capacitador de funções fisiológicas consiste no desenvolvimento de atividades, nas quais as crianças consigam, de acordo com suas necessidades, preservar ou melhorar suas condições físicas. Em suma tratam-se de atividades terapêuticas através da brincadeira (Vessey & Mahon, 1990).

É importante que os materiais utilizados nas sessões, com recurso ao brinquedo terapêutico, sejam diversos para que a criança consiga através do drama expressar-se livremente, simular situações hospitalares e exteriorizar sen-

timentos de agressividade, bem como sentimentos regressivos (Algren, 2006). Assim, as crianças devem ter acesso a materiais hospitalares, a objetos domiciliares e do cotidiano. Disso são exemplos o carro, telefone, talheres, bonecos para realização de procedimentos, seringas, luvas, instrumentos cirúrgicos, maquetes de hospitais, estetoscópios, material de desenho e pintura, entre outros. No caso do brinquedo terapêutico institucional, os brinquedos selecionados devem estar em conformidade com o procedimento a realizar, podendo adotar-se, também, a técnica de contar uma história na terceira pessoa, o que possibilita uma certa separação da situação da criança (Almeida & Sabatés, 2008).

O **brincar terapêutico** considera dois campos que se pretende abordar a nível hospitalar, o cognitivo e o emocional. Portanto, a utilização de materiais lúdicos favorece o processo de restabelecimento e a capacidade de ajuste da criança ao hospital (Oliveira, Dias, & Roazzi, 2003). Segundo José (2002), faz-se do ambiente hospitalar um lugar menos desagradável e torna-se a permanência das crianças menos dolorosa. O brinquedo terapêutico tem, desta forma, um papel indispensável no desenvolvimento e bem-estar da criança, onde o enfermeiro é um orquestrador que facilita a brincadeira da criança (D'Antonio, 1984).

3. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO: DOS OBJETIVOS ÀS ATIVIDADES

A Enfermagem é uma disciplina eminentemente prática e é, por si só, um lugar de dúvidas e dilemas que exigem uma reflexão sobre a prática (Benner, 2005). Para Zeichner (1993), a prática reflexiva, constitui uma potencial situação de aprendizagem. A reflexão sobre a prática tem como grande objetivo vir a transformá-la. A reflexão, seja no momento da ação de cuidar ou após sua realização, deve constituir um exercício habitual, realizado de forma metódica para conduzir a novas perspectivas, novos *insights* (Johns, 2004).

Neste sentido, foram escolhidos diferentes contextos de estágio, que passo a citar: uma unidade de saúde familiar, um serviço de urgência pediátrica, uma unidade de cuidados intensivos pediátricos e um serviço de pediatria médica. As instituições envolvidas emergem de um trabalho de campo de exposição pessoal da temática em estudo e da sua aceitação nos diferentes contextos. Foram selecionados estes contextos clínicos, de acordo com o “**Cronograma de Estágios**” (Apêndice I) elaborado para organização esquemática temporal dos estágios, sendo fundamental para o cumprimento dos objetivos pré-concebidos para o projeto. Objetivos que foram delineados com a intenção de desenvolver competências de EEESCJ, de acordo com Regulamento de Competências: assistir a criança/jovem e família na maximização da sua saúde; cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade; e prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (Ordem dos Enfermeiros, 2011b).

Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados - Unidade de Saúde Familiar

A Unidade de Saúde Familiar (USF) foi alvo de obras no ano de 2012 de forma a proporcionar um ambiente de cuidar mais funcional e acolhedor. Funciona nos dias úteis entre as 8 e as 20 horas. Nesta unidade realiza-se vacinação infantil, e consultas de enfermagem, três dias por semana (3.^a,4.^a,5.^a feira), onde colabora um EEESCJ.

Serviço de Urgência Pediátrica

O serviço de urgência pediátrica (SUP) foi acreditado pela *Joint Commission Internacional* e tem como área de influência o concelho de Cascais, sendo que na área materno-infantil abrange 8 freguesias do concelho de Sintra. A urgência pediátrica pertence ao Departamento da Mulher e Criança e apresenta-se como um espaço recente dirigido à criança com luz natural e decoração adequada ao ambiente pediátrico. Nesta urgência utiliza-se o método de triagem de Manchester para responder, adequadamente, às situações de urgência. Integram a equipa multidisciplinar dois enfermeiros com especialidade em enfermagem de saúde da criança e do jovem.

Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos

Como instituição de referência o hospital que comporta esta unidade de cuidados intensivos pediátricos (UCIPED), presta apoio às populações da sua zona de influência direta, garantindo a referenciação diferenciada em múltiplas áreas clínicas no âmbito regional e nacional e dos países de expressão portuguesa. A UCIPED faz parte do Departamento de Pediatria que se encontra acreditado pela Agência de *Calidad Sanitaria de Andalucía*. Colabora nesta equipa um EEESCJ.

Serviço de pediatria médica

O serviço de pediatria médica abarca situações de doença aguda e crónica renal, bem como outras especialidades pediátricas em caso de necessidade. É constituído por enfermaria, hospital de dia e visita domiciliária em cooperação com a Fundação Gil (Unidade Móvel de Apoio Domiciliário – UMAD). Atualmente integra esta unidade um EEESCJ.

Tendo em vista os estágios indispensáveis para a concretização do relatório, foram organizadas atividades de acordo com os objetivos gerais, presentes no trajeto de desenvolvimento de competências de EEESCJ.

Objetivos gerais:

- Desenvolver competências de EEESCJ no âmbito da prestação de cuidados à criança e família nos diferentes contextos da prática;
- Desenvolver competências para cuidar a criança hospitalizada com doença crónica em situações de especial complexidade, através da capacitação para as técnicas de gestão emocional da criança utilizando o **brincar terapêutico**.

Como forma de apresentação e com o intuito de nortear a atuação nos diferentes contextos de estágio, foi construído o “**Guia Orientador das Atividades de Estágio**” (Apêndice II). Neste consta a apresentação da temática, problema e objeto de estudo, bem como os objetivos gerais e atividades de forma a proporcionar a aquisição de competências de EEESCJ. Este guia foi alvo de reformulação, para assim, se coadunar com a realidade situacional dos diferentes contextos.

A descrição e análise das atividades está dividida em dois subcapítulos. No primeiro subcapítulo constam as atividades transversais que formaram a base de atuação nos diferentes contextos clínicos. Por sua vez, no segundo capítulo são analisadas e refletidas as atividades específicas desenvolvidas em cada campo de estágio. De forma a facilitar uma melhor leitura e compreensão, encontram-se identificadas, entre parêntesis curvos, as unidades de competência e critérios de avaliação de acordo com as competências comuns do enfermeiro especialista (Anexo II) e específicas enquanto EEESCJ (Anexo III).

3.1. Atividades transversais aos contextos de estágio

Considerando a natureza do cuidar, em enfermagem, característico e único de cada contexto de estágio, foram definidas atividades através de uma ótica de desenvolvimento gradual de cuidados à criança e família com recurso ao **brincar terapêutico** como ferramenta dos cuidados de enfermagem.

Em todos os campos de estágios, no primeiro dia, apresentei o meu projeto de estágio com recurso a método expositivo Microsoft PowerPoint numa reu-

nião com o enfermeiro orientador com uma duração de cerca de 15 minutos. Deste modo procurei expor os meus objetivos pessoais, profissionais e académicos que deram origem ao projeto e originaram o presente relatório. Abordei principalmente a temática “*Cuidar a criança com doença crónica*”, o problema “*Emoções perturbadoras e distress inerentes à vivência das crianças*” e por fim o objeto de estudo “**Brincar Terapêutico**”. No final apresentei os objetivos gerais e específicos através do Guia Orientador das Atividades de Estágio, sendo também nessa altura discutidos se seriam exequíveis no contexto de estágio.

Após a reunião, visitei os diferentes serviços, onde aproveitei para observar as potencialidades e condicionantes para implementação do brincar no cuidado à criança e família e procurei também consultar as normas e protocolos de intervenção presentes em cada serviço de forma a conhecer as dinâmicas de cuidados. Assim, foi possível agir em conformidade com as dinâmicas dos serviços, simplificando assim a minha integração nas equipas multidisciplinares, o que facilitou a observação e prestação de cuidados à criança e família com recurso ao **brincar terapêutico**, bem como a minha evolução enquanto estudante. Em todos os estágios realizei “**Jornais de Aprendizagem**” (Apêndices VI,VIII,IX,X), segundo o modelo de Johns (2004), que promove uma reflexão organizada pela prática reflexiva. A ideia da reflexão na prática do nosso dia-dia permite-nos ser curiosos, criativos e possibilitando a visão de novas perspetivas. Johns integra, na sua definição de reflexão, elementos como mindfulness (capacidade de olhar outras perspetivas), comprometimento (curiosidade), contradição (criatividade), entendimento (do que impede a resposta do profissional mesmo conhecendo uma melhor forma de atuar) e empowerment (profissional por níveis de proficiência) (Johns, 2004). Em suma, reconheço o processo de reflexão como “instrumento” para o desenvolvimento pessoal e profissional diário.

No decorrer dos estágios procurei, incutir a utilização do **brincar terapêutico** nas dinâmicas de enfermagem, de forma a reduzir as emoções perturbadoras para a criança e família, decorrentes da hospitalização. De uma forma geral, os enfermeiros estiveram sensíveis e aceitaram recorrer a medidas simples, como deixar a criança ver desenhos animados, pintar, brincar em parceria

com os pais e também na utilização do brinquedo para o conforto, segurança e como forma de distração em procedimentos dolorosos.

3.2. Atividades específicas por contexto de estágio

A prática clínica é um laboratório a céu aberto, em que o processo de reflexão se torna como o “instrumento” vital para o desenvolvimento pessoal e profissional diário, permitindo-nos ser curiosos, criativos e possibilitando a visão de novas perspectivas (Johns, 2004). Consequente, exponho as atividades específicas de cada local de estágio, que foram essenciais para o desenvolvimento e obtenção de competências de EEESCJ. As atividades surgem ordenadas por ordem cronológica, encontrando-se expostas da seguinte forma: cuidados de saúde primários, serviço de urgência pediátrica, unidade de cuidados intensivos pediátricos e internamento pediátrico.

A USF onde decorreu o meu estágio de cuidados de saúde primários é uma unidade recente que surge na tentativa de responder, de modo flexível, às necessidades de saúde pública de um conjunto, previamente, definido de famílias para a qual foram estipulados objetivos e metas de qualidade de saúde, segundo os quais serão avaliadas em função do seu desempenho.

O enfermeiro, na comunidade, tem o compromisso de ir ao encontro das necessidades reais de saúde das famílias, onde se centra a práxis na promoção da saúde, dando ênfase às atividades de educação para a saúde, prevenção, recuperação e manutenção da saúde, bem como, planificação, estruturação, gestão e apreciação dos cuidados prestados à criança, famílias e grupos que formam uma comunidade. De acordo com as necessidades locais, o EEESCJ intervém nas várias áreas de enfermagem.

Embora tenha sofrido obras recentes, as consultas de enfermagem e a vacinação ocorrem numa sala onde se compactam várias valências e desprovida de cor. Tendo em conta a importância do ambiente neste tema, observei que espaço é composto por paredes brancas, uma mesa e computador, dois armários para arrumo de material, um lavatório, uma maca para observação da criança, alguns brinquedos distribuídos pela sala e também colagens de animais

coloridos pelas paredes. Embora se denote, que o ambiente terapêutico não é o ideal para a criança, a equipa de enfermagem procura através dos afetos, receber a criança de forma calorosa, na tentativa de reduzir o ambiente *stressor*. Ao chegar à sala, existe o cuidado de abrir a janela permitindo uma maior exposição solar e o aquecimento da sala a uma temperatura mais confortável. Estes pequenos gestos de cuidar quase passam despercebidos, mas estão revestidos de intencionalidade terapêutica.

A ida a uma unidade hospitalar, para nós adultos, projeta-nos para uma realidade fria, silenciosa e de sofrimento. Imagine-se, o que pensará uma criança com a sua mente criativa. Sabendo que a criança vive no mundo da brincadeira e da fantasia, torna-se vital que brincar seja transversal no seu dia-a-dia e sem exceção nos cuidados de saúde. Para isso existem brinquedos e imagens apelativas estrategicamente colocadas para cativar a atenção da criança e desmistificar os seus medos.

É da competência do EEESCJ, a prestação de cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (E3). Assim, é vital a avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança e jovem (E3.1.2) para que se crie uma monitorização eficiente, para que de uma forma precoce se detetem sinais de alerta ou perturbações no desenvolvimento da criança. Daí que, as minhas primeiras intervenções tenham sido, a observação e a participação nas **consultas de enfermagem**, onde pude aplicar a **escala de desenvolvimento infantil** segundo Mary Sheridan como preconizado pela Direção Geral de Saúde. De forma, a facilitar a sua aplicação, decidi construir um **kit para avaliação do desenvolvimento infantil segundo Mary Sheridan** (Apêndice V), onde constam todos os brinquedos e materiais necessários para a sua aplicação. Procurei na construção do mesmo escolher materiais o mais semelhante possível aos originais, estudando cada aspeto, desde, escala, cor, peso e função. Este kit foi bem recebido pela equipa, que demonstrou interesse e utilidade com a sua utilização. Procurei sempre observar e recorrer ao **brincar como meio de comunicação e alívio de dor da criança**, demonstrando conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança e família (E3.3.1).

A vacinação requer o conhecimento de técnicas específicas de administração de fármacos, patologias a prevenir nas diversas idades, principais reações adversas, assim como, as respostas de enfermagem apropriadas a essa situação (E1.2.1). Como são exemplo, os episódios de febre que poderão ocorrer após a vacinação ou reações anafiláticas. A minha atuação incidu na **administração, registo e ensinios aos pais ou adolescentes**. Neste contexto de cuidados de saúde primários a intervenção de vacinação exige atenção para a sua dimensão emocional, potencialmente perturbadora, dada a associação da técnica invasiva à dor. Procurei ir de encontro aos cuidados não traumáticos, pelo que o direito a brincar esteve sempre presente. Apliquei conhecimentos e habilidades, na implementação de **estratégias não farmacológicas para o alívio da dor**. Utilizei técnicas de distração e alívio de dor através do recurso ao brincar, utilizando o **brinquedo institucional** que teve como objetivo a preparação e respetiva informação à criança para os procedimentos terapêuticos. Foi importante ter em consideração a faixa etária da criança para a escolha dos brinquedos, assim, por exemplo recorri a um boneco (representativo da figura humana) e a equipamentos hospitalares, para explicar o procedimento a uma criança em idade pré-escolar. Denotei que com esta criança específica, que a minha atuação, não só surpreendia a criança, mas também a família, que embora inicialmente olha-se com estranheza, acabava por se render e interagir cooperando e expressando mais facilmente as suas emoções, favorecendo o ambiente seguro, de forma, a facilitar a gestão de emocional da criança (E2.2, E2.2.2, E2.2.3, B3., B3.1).

Nos cuidados de saúde primários realizei **ensinos à criança e família**, na tentativa de **promoção de hábitos de vida saudáveis**, e também investi no **cumprimento do programa nacional de vacinação** (E1.1.3, E1.1.4, E1.2.7). Procurei aproveitar, a consulta de enfermagem também, para mergulhar no ambiente familiar e retirar o máximo de informação possível, através do diálogo com recurso a linguagem dirigida, normalmente simples e de forma fluída, para desta maneira poder detetar situações de défice de saúde precocemente e agir em função delas (E3.3.1).

O Brincar pode constituir uma importante ferramenta terapêutica de enfermagem e enquadra-se, ainda, na função de potenciar o desenvolvimento da criança a nível intelectual, sensório-motor, de socialização, de criatividade e de auto consciência (Pereira et al., 2010). Posto isto, decidi **desenvolver um flyer, com o título: “BRINCAR: o trabalho das crianças”** (Apêndice IV), onde expus os tipos de brincadeiras segundo o escalão etário. A oferta do *flyer* nas consultas de enfermagem surgiu com o intuito de sensibilizar os pais para o tema e maximizar o potencial de desenvolvimento infantojuvenil (E3.1.1, E3.1.3).

A minha passagem por este contexto de estágio ficou marcada pela sensibilização do tema do **brincar terapêutico** e sobre a sua potencialidade para gestão emocional da criança e família. Para isso contribuiu o **dossier temático desenvolvido, com o título, “O brincar e a brincadeira como instrumento terapêutico de Enfermagem”** (Apêndice III), que sintetiza o conhecimento sobre a temática. Este *dossier* servirá para consulta dos enfermeiros do serviço de forma a relembrar a importância da inclusão da brincadeira terapêutica no cuidar. Para a sua elaboração realizei pesquisa em bases de dados científica, relacionada com o brincar terapêutico, indo de encontro às necessidades do serviço (E.2.4.3).

O crescimento e desenvolvimento saudável da criança pode por vezes ser interrompido por acontecimentos indesejados, fazendo com que exista a necessidade de recorrer ao SUP.

Urgência pode ser definida segundo o dicionário de língua portuguesa como: qualidade do que é urgente, carácter do que não admite demoras, necessidade que requer satisfação imediata, pressa, situação muito grave ou crítica (Porto Editora, 2016a). Portanto, o objetivo do SUP é cuidar com qualidade e eficiência no menor espaço de tempo possível todas as crianças até aos 18 anos de idade, que se encontram em situação de doença aguda.

O SUP onde tive oportunidade de estagiar, caracterizava-se por um ambiente muito moderno, amplo e envolvente, com vários gabinetes e muita luz natural, paredes pintadas com várias temáticas direcionadas às crianças e adoles-

centes, com zonas de brincadeira e vários brinquedos para as diferentes idades. Como adulto e profissional, não me senti num ambiente de dor, cinzento e isolado, mas sim num local que me transmitia paz, amor e segurança, considero portanto que aos olhos da criança e família este local também seja visto como acolhedor, permitindo-lhes dar aso às suas fantasias.

O SUP encontrava-se dividido em Triagem, Sala de Tratamentos, Reanimação e Serviço de Observação. O primeiro contacto com a criança e a família era feito na sala de triagem em que de forma a agilizar o atendimento se recorria ao Sistema de Triagem de Prioridades de Manchester. Este sistema permite uma rápida identificação dos doentes que recorrem ao SUP, permitindo atender, em primeiro lugar, as crianças gravemente doentes, e não obrigatoriamente, quem chega primeiro. Por diversas ocasiões, este sistema é coadjuvado pela Linha de Saúde 24. Trata-se de um serviço telefónico nacional de triagem, orientação e encaminhamento da criança em situação de doença, que inclui urgência e emergência (DGS, 2013) (E2.1, E2.1.1, E2.2.1).

No momento da triagem, existe o primeiro contacto visual com a criança e família, onde o EEESCJ deve aproveitar para iniciar e fomentar um ambiente acolhedor, transferindo confiança à família e demonstrando disponibilidade, explicando o processo de atendimento. Deve-se esclarecer que a prioridade do atendimento se define pela gravidade da situação e não por ordem de chegada, e que a cor da pulseira atribuída, não significa forçosamente ter de ficar o tempo de espera máximo estipulado para essa cor. Com pequenos esclarecimentos como estes, conseguimos dar os primeiros passos na criação de um ambiente de segurança e confiança, e uma parceria de cuidados, tendo em vista o bem-estar da criança e família.

O uso de estratégias diversificadas de comunicação tendo em conta o estágio de desenvolvimento e cultura da criança. A incorporação da brincadeira terapêutica, propicia a confiança e colaboração, na recolha de informação possível sobre as preocupações e medos. Uma vez que é necessária formação específica para conseguir realizar triagem segundo **Sistema de Triagem de Prioridades de Manchester**, a minha colaboração, para além de perceber o seu

funcionamento geral, passou pelo apoio aos colegas, na tentativa de facilitar a sua intervenção com **recurso à brincadeira terapêutica**. Reconheci que o brincar terapêutico, é uma estratégia que resulta bem mesmo numa intervenção tão focada como a do SUP. Foi assim essencial para estabelecer um ambiente de confiança com a criança e família, de forma a conseguir respostas para identificar os focos para a atribuição da prioridade (E3.3, E3.3.1, E3.3.2, E3.3.3).

Para além da triagem, o SUP possui várias salas onde se prestam cuidados específicos em função da sua complexidade. Exemplo disso, é o caso da sala de tratamentos, sala de observação e sala de reanimação. Nesta última, **tive oportunidade de colaborar em situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte da criança**, onde se torna vital a prestação de cuidados de enfermagem imediatos, como servem de exemplo, casos de ingestão de cáustico, infeção respiratória grave, convulsões, sépsis, paragem cardiorrespiratória (E2.1, E2.1.1, E2.1.2). Na sala de tratamentos realizam-se procedimentos, tais como, colheitas de amostras de sangue e urina, aerossóis, colocação de cateteres venosos periféricos, administração de terapêutica, entre outros. Assim, procurei **cooperar com a equipa de enfermagem nos procedimentos**, e principalmente fui **coadjuvante nas estratégias de alívio de dor**, tendo em mente um cuidar não traumático. Infelizmente, a acumulação de procedimentos para várias crianças, não deixa margem para a preparação da criança para a intervenção. Pude usar com frequência estratégias como: a sucção não nutritiva, uso de anestésicos tópicos, a presença de um dos pais e do brinquedo preferido da criança (E2.2, E2.2.3). Procurei, com recurso ao brinquedo terapêutico institucional e material hospitalar realizar simulação da intervenção, o que acabou por garantir alguma compreensão e colaboração por parte da criança. Aproveitei também este espaço para **avaliar o contexto familiar e comunicar, realizando ensinios** de forma a estimular a adoção de comportamentos potenciadores de saúde, **capacitando assim criança e família para o autocuidado** (E1.1.4, E.1.1.5).

Por fim na sala de observação, tive oportunidade de com um projeto inovador de registos de enfermagem com recurso à **linguagem CIPE** (Classificação

Internacional para a Prática de Enfermagem). Este projeto desenvolvido por um EEESCJ no âmbito do seu mestrado é uma mais-valia significativa para a obtenção de dados sobre a prestação de cuidados de saúde através do uso de terminologia padronizada, conseguindo-se gerar dados fidedignos acerca do trabalho de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2011a). Consegui adaptar-me ao programa informático, e pude constatar as vantagens deste sistema de informação, entre as quais destaco, o registo imediato na plataforma, linguagem universal, e melhor organização do plano de cuidados pela facilitadora visualização das intervenções de enfermagem a qualquer momento. Utilizei, ainda, o tempo de estágio na sala de observação para **interagir com a criança promovendo atividades** como oferecer livros de leitura, desenhos e pinturas.

Notei por vezes que os pais apresentavam sentimento de culpa pela doença aguda da criança, pensando que, por exemplo, nos casos de infeção urinária, possam não ter otimizado a fralda frequentemente ou realizado uma limpeza adequada da região genital-anal. Assim, procurei **estimular as competências parentais e papéis em saúde**, planeando e realizando ensinamentos para a alta, para que no domicílio permanecessem confiantes e capazes de representar o seu papel (E1.1.3).

Ainda durante este estágio, **presenciei duas formações** com os temas “**Cuidados não traumáticos**” e “**Acolhimento com cuidados não traumáticos**”, que abordaram temas como, a Dor, Medidas Não Farmacológicas No Controlo da Dor, Técnicas de Relaxamento, Preparação Pré e Pós Cirurgia, os quais contribuíram para a minha formação e desenvolvimento profissional (E2.4.3).

Por fim, desenvolvi uma **entrevista semiestruturada** a um perito na área do brincar terapêutico (Anexo VII), com intuito de adquirir a sua interpretação pessoal sobre o brincar terapêutico. Esta entrevista permitiu-me confrontar a sua experiência de perito com a minha perceção sobre o brincar terapêutico.

A UCIPED pode ser descrita como um local onde a complexidade e o criticismo das crianças internadas, juntamente com o risco de a falência multiorgânica e a necessidade de uma monitorização permanente são as maiores espe-

cificidades. Esta descrição projeta-me para a realidade mecanicista, desprovida de afetos. Onde é frequente a ventilação mecânica que, além de tecnicamente exigente, tem associada as questões emocionais e éticas. A UCIPED distingue-se por um contexto de trabalho marcado pelo imprevisto, em que a constante adaptação a novas situações exige a intervenção, no imediato, do enfermeiro através de ações dependentes e interdependentes. A sobrecarga destes eventos emocionalmente perturbadores obriga a uma forte gestão emocional. Durante o estágio, consegui **colaborar nos procedimentos à criança e família**, e sob supervisão da enfermeira orientadora **reconheci situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte** (E2.1). Também desenvolvi competências a nível da **gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança, com recurso a medidas farmacológicas**, uma vez que a quase totalidade das crianças internadas, na altura necessitava de analgesia sistémica (E2.2.2).

Embora o tempo quase não o permitisse, pude observar e constatar que as famílias se sentiam impotentes com a falta de controlo da situação e experienciavam uma rutura na sua estrutura e funcionamento. As transições de saúde doença são complexas e multidimensionais, provocando mudanças nos papéis, relações e comportamentos dos envolvidos (Meleis, 2010). Não podemos tentar precipitar a transição, na medida em que, ela precisa de tempo para que os indivíduos tenham consciência e comprometimento para a mudança (Meleis, 2010). De acordo com Meleis (2010), o indivíduo tem que adquirir determinados padrões de resposta que podem ser identificados pelo enfermeiro, como por exemplo, no desenvolvimento de confiança e estratégias de *coping*. No caso específico de uma criança com diagnóstico de sépsis, durante a prestação de cuidados, reparei que a família tinha como estrutura de suporte, a religião (católica). Como o hospital dispõe de apoio religioso e de uma capela, foi proporcionado o encontro da mãe com o pároco e explicado o trajeto até à capela, bem como o horário das celebrações religiosas. Apesar de na UCIPED não se poder manter muitos objetos externos à unidade, foi possível manter sempre um terço junto da criança durante todo o processo de cuidar. Notei, dias mais tarde que a adoção de todas estas estratégias, facilitou a aceitação da família

em relação ao estado saúde da criança, permitindo assim, que esta se mantivesse como principal suporte facilitador da transição para a criança.

O ambiente tecnológico era estranho, assustador e ameaçador, não apenas para a criança como também para a família. A angústia causada pelo abrupto corte com a realidade exterior que lhes é familiar realça, ainda mais, a necessidade do conforto através do brinquedo terapêutico. A minha abordagem dependendo dos casos clínicos passou por promover junto da família a leitura de livros, possibilitar a visualização de desenhos animados, brincadeira com material hospitalar, e **procurei manter junto da criança um brinquedo adequado à idade para alívio de tensão**, seu conforto e segurança mesmo quando em ventilação mecânica.

Durante o estágio também os conceitos de reconhecimento de criança gravemente doente, Suporte Básico de Vida (SBV) e Suporte Avançado de Vida (SAV) estiveram sempre presentes na minha atuação, enquanto enfermeiro. Uma vez que iniciei a minha carreira profissional num SUP, onde estes temas eram primordiais. Felizmente durante os anos passados nesse contexto não estive sob muitas situações de SBV ou SAV. No entanto, nos casos em que foi necessário intervir trataram-se de momentos emocionalmente intensos em que foi necessária muita coordenação e calma que adveio de formações específicas e simulações. Atualmente encontro-me num contexto de trabalho de enfermagem, onde tenho mantido menor contacto com o SBV e SAV, mas como enfermeiro especialista é minha função a formação e atualização constante de conhecimentos nesta área. Individualmente **aprendi e recorro em caso dúvidas às recomendações para a reanimação do *European Resuscitation Council***, sendo as mais recentes de 2015 e atualizadas a cada cinco anos (Conselho Português de Ressuscitação, 2015) (E2.1.2).

Saber o que fazer e quando fazer, pode ser a diferença entre a vida e a morte de uma criança ou jovem. Algo que adquiri e vim a desenvolver com a experiência e neste estágio é o **reconhecimento de crianças gravemente doentes** através do *Paediatric Assessment Triangle* (PAT) (Anexo I), que permite uma avaliação em apenas 10 segundos e sem necessidade de toque. Algo que

revelou a sua utilidade na observação à criança e jovem, permitindo distinguir, priorizar e classificar os cuidados de saúde que a criança ou jovem necessitam (Emergency Services for Children, 2004). Essa competência está em constante desenvolvimento em mim ainda que de forma mais focalizada, pois aproveito o PAT cada vez que observo a criança no internamento, o que me permite ter a noção da sua aparência, estado respiratório e circulatório (E2.1.1).

Reconheço que é essencial a competência do EEESCJ reconhecer situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte, prestar cuidados de enfermagem apropriados, mobilizar conhecimentos e habilidades para a rápida identificação de focos de instabilidade e resposta pronta antecipatória, bem como demonstrar técnicas de suporte avançado de vida pediátrico (Ordem dos Enfermeiros, 2011b) (E2.1, E2.1.2).

Um dos aspetos mais sensíveis deste ambiente de cuidados centra-se na reanimação. Pessoalmente, o que me motiva mais incertezas é o facto de reanimar ou não reanimar. Questiono-me, *como posso decidir? Como chegar à decisão de não reanimar?* Tendo como base o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, na minha opinião enquanto cidadão e enfermeiro, opto por manter a dignidade da pessoa, seja ele adulto, criança ou jovem, articulando os princípios éticos, tendo em consideração a sua vulnerabilidade, para assim puder participar no processo de decisão da equipa multidisciplinar. Assim, interessa perceber através do princípio da beneficência, os benefícios reais em função dos riscos que a pessoa corre com a manobra de promoção da saúde. Por sua vez, com o princípio da não-maleficência que tem intenção de não causar mal ou prejuízo à pessoa, no caso da reanimação terá como objetivo não incentivar a tentativa de reanimação em casos considerados fúteis. Por fim, o princípio da justiça, que implica o dever de se oferecer os benefícios de forma uniforme e se as condições de se iniciar manobras de reanimação existem, penso que devem ser colocadas à disposição de todos os que poderiam ser beneficiados por elas e com todos os recursos disponíveis e possíveis (A.1, A.2)

Em suma, este estágio que classifico como emocionalmente intenso obrigou-me à introspeção diária, bem como à gestão emocional de forma a garantir o bem-estar pessoal, para que pudesse desenvolver sem limitações o cuidar à criança e família. Ao trabalhar com outras pessoas em momentos de desespero, vulnerabilidade e desconhecido, somos desafiados a aprender de novo, para reavaliar o nosso sentido da vida e da morte. Ao fazê-lo, envolvemo-nos em um processo mais autêntico para criar e sustentar práticas de cura de cuidados a nós e aos outros (Watson, 2003).

O meu trajeto enquanto aluno terminou num **serviço de pediatria médica numa unidade** de nefrologia pediátrica, que comporta, hospital de dia, internamento, e visita domiciliária. Trata-se de um serviço muito específico onde o *core* das admissões são doentes renais inaugurais ou crónicos, pelo que os internamentos podem-se prolongar no tempo por vários meses.

São diagnosticadas por diversas vezes, necessidades e incapacidades crónicas à criança e família dada a complexidade das patologias, sendo essencial como EEESCJ, capacitar a criança em idade escolar, o adolescente e a família para a adoção de estratégias de *coping* e de adaptação (E2.5, E2.5.1, E2.5.2). Por sua vez na vertente de visita domiciliária, em parceria com a Fundação Gil (UMAD), o enfermeiro desloca-se até à casa da criança doente crónica para diagnóstico situacional, colheitas de amostras de sangue e urina e monitorização do estado de saúde da criança e família em ambiente domiciliar, podendo após triagem propor acompanhamento comunitário e familiar, bem como o encaminhamento para instituições de suporte (E2.5.4, E2.5.6, E1.1.10).

O serviço sofreu obras de requalificação recentemente e está dividido em hospital de dia e enfermaria, sendo esta última caracterizada por paredes brancas, mas muito preenchidas com desenhos e *posters* alusivos à criança, apresentando também um placar com a carta da criança hospitalizada. Para além do gabinete médico, sala de enfermagem, sala de tratamentos e enfermaria, possui uma sala de atividades ampla, onde as crianças podem através do brincar, relaxar, aliviar tensões, socializar, desenvolver-se e diminuir a ansiedade e o medo.

O método de trabalho utilizado é o método individual de trabalho, sendo a distribuição das crianças realizado em função da ligação/afeto ao enfermeiro e complexidade de forma a promover uma continuidade dos cuidados, tornando-os o mais humanizado possível. Felizmente a realidade da pediatria nos dias de hoje tem em conta a humanização dos cuidados em pediatria procuram a minimização dos efeitos negativos das experiências de doença e internamento para a criança (Lemos, Pereira, Andrade, & Andrade, 2010). Percebo agora a necessidade de proximidade com a criança e família, tão característica deste serviço. Neste o enfermeiro procura promover a amamentação, vinculação e parentalidade. Como as doenças renais são por vezes congénitas, manifestando-se nos primeiros dias de vida da criança, desafiam o enfermeiro para a gestão de múltiplas transições complexas e simultâneas, que provocarão mudanças na identidade, papéis, relações e comportamentos (Meleis, 2010) (E3.2, E3.2.1, E3.2.5).

O nascimento assinala a vinda de um novo *Ser* ao mundo. Após o parto os papéis do casal, enquanto pais, ganha naturalmente uma nova proporção, sendo os primeiros dias algo confusos. O nascimento de um bebé saudável constitui uma transição de desenvolvimento, uma vez que abrange um período de transição da vida, envolvendo o ciclo vital e/ou situacional, pois a parentalidade implica redefinição de papéis (Meleis, 2010). Por sua vez o nascimento de um bebé doente é disruptivo para a família, pelo que condiciona a transição para a parentalidade que os pais esperavam, podendo propiciar uma crise familiar pelas adaptações e um assumir de responsabilidades que não previam.

Para além disso crianças e jovens doentes crónicos têm infelizmente a certeza de ter de viver o seu futuro com uma doença que, embora possa ter tratamento, não tem cura, colocando-os numa situação em que terão que passar a viver sob as repercussões diretas da sua doença na vida familiar, escolar e social. Acresce ainda o facto de que em várias situações terão de viver com limitações físicas e psicológicas. Assim, pode-se afirmar que a doença crónica afeta não só a criança ou jovem, como também afeta de uma forma sistémica os seus contextos familiares e sociais (Hockenberry & Wilson, 2014).

Numa sociedade em que os valores sociais e morais têm cada vez menos peso e visibilidade, e onde pelo contrário, são destacadas ideais de beleza do corpo e prazer, a diferença provocada pela doença crónica é um estigma. Estigma criado pela ausência de compreensão social para as limitações destes grupos vulneráveis, que frequentemente têm alterações corporais decorrentes da doença. Como resultado, as crianças com patologia crónica pela sua vulnerabilidade são frequentemente excluídos de uma sociedade que não os compreende nem às suas limitações. Não esquecendo, que o contexto de crise financeira atual poderá ser promotor de enorme risco de pobreza nestas famílias com crianças portadoras de doença crónica. Assim, através de acompanhamento em profundidade, é competência do EEESCJ facilitar a comunicação expressiva de emoções, reforçar a imagem corporal positiva, identificar os estádios do processo de mudança na adoção de comportamentos saudáveis e negociar o contrato de saúde com o adolescente (E3.4, E3.4.1, E3.4.2, E3.4.3, E3.4.5).

Englobar os pais estabelecendo uma parceria de cuidados em todo este processo é essencial, respeitando assim a filosofia dos cuidados centrados na família de forma a encontrar estratégias para suprimir o sofrimento emocional (E2.5.3).

Neste serviço procurei promover a **inserção do brincar terapêutico como ferramenta de enfermagem**, decidi por isso implementar o **brincar dramático** na sala de atividades, onde as crianças podiam expressar sentimentos, necessidades e medos, através de brinquedos à sua escolha, várias foram as brincadeiras em que participei. Entre elas um jogo em que a criança descrevia os seus sentimentos em relação à hospitalização, através da enumeração de coisas mais gostava e menos gostava no hospital. Utilizei também o **brincar institucional** onde procurava explicar exemplificando com linguagem simples, no momento que precedia os procedimentos dolorosos usando o mesmo material hospitalar que iria utilizar com a criança. Como exemplo na preparação para uma intervenção em bloco operatório, utilizei máscaras faciais, batas cirúrgicas, e um boneco representando a figura humana. Por fim, o **brincar capacitador de funções fisiológicas**, utilizando bolas antistress para desenvolvimento de

fístulas arteriovenosas e também nos momentos de recuperação após transplante renal, onde procurei fazer exercícios com recurso a bolas de futebol para crescimento muscular e equilíbrio (E2.4, E 2.4.1, E2.2, E2.4.3).

Propus **a realização de uma formação** relacionada com o brincar terapêutico, para sensibilização da equipa de enfermagem, a qual eu atendi, sendo intitulada **“O brincar terapêutico como ferramenta de enfermagem”** (Apêndice XI). Nesta formação procurei sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância do brincar terapêutico no cuidar da criança e família, identificar os principais fatores de stress durante a hospitalização da criança e incentivar a incorporação do brincar terapêutico na prática de enfermagem. O corte com a filosofia do tratar, evoluindo-se para uma nova corrente que se centra no cuidar e na humanização dos cuidados é por demais notória na temática do brincar terapêutico. Penso por isso, ter despertado a mudança, desenvolvendo por isso competências atuando como agente de novos conhecimentos (B1.2.1, B1.2.3, C1.1).

4. AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

Segundo o regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista, este pode ser definido como o “enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem” que “decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p.2).

Competência pode ser definida pelo dicionário de língua portuguesa, como a: “qualidade de quem é capaz de resolver determinados problemas ou de exercer determinadas funções, aptidão” (Porto Editora, 2016b). Recorrendo à origem da palavra conclui-se que esta “deriva do latim *competens*, que significa: o que vai com..., o que é adaptado a...”. É “saber o que fazer em cada situação concreta”, pressupondo também, “uma mobilização das micro-competências adequadas, que funcionam como átomos da competência global” (Alarcão & Rua, 2005, p.375).

Independentemente da área de especialidade todos os enfermeiros especialistas partilham de quatro domínios comuns:

- Responsabilidade profissional, ética e legal;
- Melhoria contínua da qualidade;
- Gestão de cuidados;
- Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Por sua vez as competências específicas “decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade” (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

As competências do EEESCJ incluem:

- A assistência a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde;
- O cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade;

- A prestação de cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.

Sabendo que o cuidar constitui a essência holística da prática enfermagem, no decorrer dos estágios mantive uma postura sensível ao envolvimento dos pais nos cuidados à criança, pois penso ser essencial focar-me no desenvolvimento de um processo de parceria adequado (Watson, 2006). A dinâmica de interação com a família deve oferecer condições favorecedoras à criança, tanto em termos de um desenvolvimento global adequado, como de uma proteção dos direitos da mesma. É domínio do enfermeiro especialista **a responsabilidade profissional, ética e legal**. Desta forma procurei promover a proteção dos direitos relativos à criança, recorrendo à carta da criança hospitalizada e garantindo o direito à brincadeira, pois o direito a brincar é defendido no artigo n.º 6 da Carta da Criança Hospitalizada do Instituto de Apoio à Criança (2008) e também no artigo n.º 31 da Convenção sobre os Direitos da Criança (Unicef, 1990).

O enfermeiro na sua prática diária é confrontado com inúmeros dilemas éticos, sobre os quais terá de refletir para intervir, surgindo estes, quando existem decisões diferentes, embora moralmente defensáveis, em que dependendo da pessoa é atribuído um peso diferente a valores que estão em conflito. Assim, transversalmente aos locais de estágio, desenvolvi uma prática profissional e ética, já que servindo de âncora à minha prática diária, articulei os princípios éticos da justiça, autonomia, não maleficência, beneficência e vulnerabilidade, bem como procurei respeitar o Código Deontológico para a Profissão de Enfermagem, inserido no Estatuto da O.E. republicado como anexo pela Lei n.º111/2009 de 16 de setembro (2014).

O modelo conceptual implícito à prática da enfermagem pediátrica está centrado nas respostas às carências da criança enquanto membro efetivo do sistema familiar. Facto, salientado no guia orientador de boas práticas de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, que reconhece a criança como ser vulnerável, valorizando os pais/pessoa significativa como os principais prestadores de cuidados, inspirando a preservação da segurança e bem-estar da crian-

ça e família, e o incentivo à estimulação do potencial de crescimento e desenvolvimento da criança (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

Procurei assistir a criança com a família, na maximização da sua saúde, na realidade no decorrer dos estágios os pais tornaram-se, sem dúvida, em importantíssimos parceiros de cuidar, mas nunca lhes poderemos atribuir funções sem que haja uma apropriada deliberação das suas capacidades e uma clara definição de cuidados parentais modificados. Num contexto de crise, as suas capacidades estão claramente limitadas pela adaptação que é necessária realizar em termos de ajuste de papéis e emoções. A avaliação da crise familiar teve que ser acautelada, de forma a capacitar os pais para se ajustarem à doença do filho, proporcionando assim o desenvolvimento de competências parentais (Jorge, 2004).

Estabeleci-me como parceiro do cuidado, aceitando e promovendo o desenvolvimento das competências da família, para restituir o poder de decisão e de intervenção. Indo assim, ao encontro do conceito de parceria de cuidados de Anne Casey, que defende que os cuidados centrados na criança e família, devem ser prestados em parceria com esta, reconhecendo que os pais são os melhores prestadores de cuidados à criança (Casey & Wallis, 2011).

Tendo em vista os cuidados centrados na família, procurei trabalhar em colaboração com esta, respeitando o seu momento de crise, informando-a de tudo o que está a acontecer, dando importância à negociação da parceria de cuidados e ao respeito pela tomada de decisão dos pais. Para além disso, estimei o seu *empowerment*, reconhecendo-a como portadora de saberes e competências únicas para com a criança.

Segundo Watson (2002) cuidar implica envolvimento pessoal, social e moral por parte do enfermeiro com ele próprio e com quem é cuidado. Posto isto, transversalmente aos estágios, tendo em vista o **domínio da melhoria e qualidade dos cuidados**, procurei criar um ambiente terapêutico e seguro, respeitando a diversidade cultural, socioeconómica e espiritual da criança e família, de forma a gerir as emoções perturbadoras durante a hospitalização. Para isso estabeleci uma relação de proximidade e afeto, de forma a projetar em mim os

sentimentos vividos pela criança, para assim os desvendar e compreender, ajudando a criança a expor os seus sentimentos de modo a ser capaz de os perceber em profundidade, podendo assim libertar os sentimentos que tem pretendido exprimir.

Utilizei o brincar terapêutico pois, a maior parte das decisões relativas à criança, durante a hospitalização, são determinadas pelos profissionais de saúde e pelos pais, pelo que é através do brincar que a criança tem capacidade de assumir o comando e fazer as suas escolhas (Algren 2006, citado por Hockenberry & Wilson, 2014).

Desta forma a criança sente-se liberta, com melhor autoestima e em condições para poder expressar as suas experiências negativas passadas, o que permite a integração no ambiente desconhecido e também, a exibição de emoções e sentimentos através de comportamentos durante as brincadeiras.

No **domínio da gestão dos cuidados**, os cuidados de enfermagem devem ser adequados às especificidades de cada serviço. Na UCIPED e serviço de pediatria médica o método utilizado é o individual de trabalho, neste método embora exista entreajuda, cada criança e família fica distribuída a um enfermeiro. Este é um método com o qual me identifico, pois implica uma maior proximidade com a criança e família, favorecendo assim o seu conhecimento promovendo um cuidar transpessoal. A distribuição das crianças era realizada em função da ligação/afeto ao enfermeiro e complexidade de forma a promover uma continuidade dos cuidados, tornando-os únicos. O sentimento e a arte são fundamentais no cuidar em pediatria e na ligação que o enfermeiro estabelece com a criança e família. É por intermédio destes, que o enfermeiro pode tornar cada cuidado ímpar, adaptado a cada criança, elevando assim o cuidar a um nível transpessoal, teorizado por Watson (2002).

Uma vez que o enfermeiro especialista adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados, no internamento pediátrico após a sensibilização e formação sobre o “*O brincar terapêutico como ferramenta de enfermagem*” procurei delegar aos meus colegas de equipa técnicas de comunicação e interação com a criança

tendo em conta o seu desenvolvimento e as suas limitações físicas, que estes colocavam em prática por exemplo durante procedimentos dolorosos que sucediam no dia-a-dia. Esta atuação revelou um sentimento de gratificação e realização dos enfermeiros, pois originou menor resistência e tensão à criança, respeitando-se assim, o **cuidar da criança e família em situações de especial complexidade**, através da gestão da dor e do bem-estar, com recurso a habilidades em terapias não farmacológicas baseadas na evidência científica.

Respeitando o **domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais**, atuei como formador oportuno durante os estágios, ao realizar a formação em serviço, denominada: “*O brincar terapêutico como ferramenta de enfermagem*” (Apêndice XI), bem como diagnostiquei necessidades formativas ao construí um *dossier* temático, com o título: “*O brincar e a brincadeira como instrumento terapêutico de Enfermagem*” (Apêndice III), um *flyer*, com o intitulado: “*Brincar: o trabalho das crianças*” e também o *kit* que comportava a escala de avaliação de desenvolvimento infantil segundo Mary Sheridan (Apêndice V). Penso que como é competência de EEESCJ acabei por favorecer a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros, com base numa práxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

No desenvolvimento dos vários estágios, prestei cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem. Assim, foi relevante a participação nas consultas de enfermagem nos cuidados de saúde primários e de forma autónoma no internamento, a aplicação da escala de desenvolvimento infantil segundo Mary Sheridan, para assim conseguir avaliar o crescimento e desenvolvimento da criança e jovem. Permitindo que, de forma precoce, se detetassem sinais de alerta ou perturbações no desenvolvimento da criança. Para o desenvolvimento desta competência de EEESCJ, contribui a forma como foi utilizado o brinquedo terapêutico na comunicação e bem-estar da criança respeitando o seu estágio de desenvolvimento. No fundo, o brinquedo terapêutico considera dois campos que se pretende abordar a nível hospitalar, o cognitivo e o emocional. Portanto, a utilização de materiais lúdicos favorece o processo de restabelecimento e a capacidade de

ajuste da criança ao hospital (Oliveira et al., 2003). O brinquedo terapêutico tem, assim, um papel indispensável no desenvolvimento e bem-estar da criança, onde o enfermeiro é um orquestrador que possibilita a brincadeira da criança (D'Antonio, 1984).

5. PROJETOS FUTUROS

A transformação pessoal e profissional, a que fui sujeito durante este trajeto formativo, e a articulação com os contributos das experiências dos vários contextos de estágio, contribuíram para que emergisse a necessidade de desenvolver um projeto direcionado à equipa de enfermagem do internamento pediátrico.

Sabendo que a hospitalização da criança pode constituir uma experiência traumática, geradora de efeitos prejudiciais permanentes, podendo a criança apresentar respostas emocionais com repercussões negativas durante e após o internamento, e existindo evidência que o brincar terapêutico é uma estratégia eficaz na gestão emocional da criança e da família, compete ao enfermeiro saber atuar de forma a tornar a hospitalização menos agressiva. Assim, torna-se essencial que o enfermeiro valorize e desenvolva estratégias de atuação que envolvam o **brincar terapêutico**. O meu projeto futuro incide na formação contínua da equipa de enfermagem, sobre a temática do “**brincar terapêutico** como ferramenta de enfermagem”, com base na evidência científica mais recente. Para isso irei sustentar a posição de formador e recorrer ao método expositivo, através do Microsoft PowerPoint para realizar sessões com um intervalo de tempo de 6 meses. A avaliação das sessões será fundamental para o redefinir as necessidades científicas da equipa ao longo do tempo, ficando estas registadas em *dossier* próprio.

Como segundo projeto, de forma a complementar o projeto supracitado e com o objetivo da inserção da **brincadeira terapêutica** nos cuidados de enfermagem diários, pretendo criar o “*kit* brincar terapêutico” para uso dos profissionais de enfermagem, do qual irão constar vários brinquedos que se coadunem com a função do escalão etário. Até ao momento colaborei juntamente com a equipa de educadoras de forma a providenciar os brinquedos mais indicados. Com isto, pretendo ser o elemento de referência sobre esta temática no local onde exerço funções.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A hospitalização está conotada como uma situação de crise para a criança, uma vez que impõe o afastamento do seu ambiente familiar para um outro, estranho e ameaçador, onde ocorre um distanciamento dos familiares e amigos afetivamente significantes e onde muitas vezes surge a necessidade de realização de procedimentos dolorosos e ameaçadores por pessoas estranhas à criança. O enfermeiro é muitas vezes um elemento estranho para as crianças, que inflige dor através de vários procedimentos inevitáveis, para os quais a criança não tem capacidade de compreensão e de lidar eficazmente. Compete ao enfermeiro adquirir competências específicas de forma a tornar o menos hostil possível o contacto com a criança, por meio do conhecimento dos estágios de crescimento e de desenvolvimento da criança, dos seus medos e formas adequadas de interagir segundo a idade. Assim, o enfermeiro estará melhor preparado para conquistar a confiança e cooperação da criança e família nas intervenções e promover um cuidar não traumático (Tavares, 2011).

Verifiquei que o enfermeiro, como profissional que permanece durante mais tempo próximo da criança hospitalizada, possui um papel essencial na sua recuperação e bem-estar. Devendo para isso não só considerar o aspeto físico e de cura da doença, mas também valorizar e compreender as necessidades emocionais da criança. Segundo a evidência científica o brincar surge como uma das melhores técnicas a que o enfermeiro pode recorrer para realizar uma gestão emocional eficaz junto da criança. As estratégias que adotam a brincadeira atuam diretamente no estado emocional da criança proporcionando o seu bem-estar e segurança, bem como a promoção do crescimento e desenvolvimento. Defende-se que o brincar deva ser presença obrigatória nos cuidados de saúde que se manifestem emocionalmente perturbadores ou que apresentem risco latente de serem emocionalmente intensos para a criança. Um método eficaz, envolve o recurso ao **brinquedo terapêutico** que permite ajudar a criança a lidar com a ansiedade e os medos de forma efetiva, através da dramatização com brinquedos, do brinquedo institucional ou do brinquedo capacitador das funções fisiológicas.

Ao longo deste percurso, procurei proceder como agente sensibilizador e facilitador da integração do brincar terapêutico nos cuidados de enfermagem, nas várias equipas com que contactei, e ancorei a minha prática na teoria do cuidado transpessoal de Watson com o objetivo de reduzir as emoções perturbadoras sentidas pela criança e família nos episódios de hospitalização. É evidente a importância deste percurso, do ponto de vista pessoal e formal, concluindo que sou detentor de novos conhecimentos que vieram dar solidez teórica e prática ao uso do brincar terapêutico como ferramenta de enfermagem, bem como a competências gerais e específicas de EEESCJ. Este enriquecimento pessoal certamente será lembrado e espelhado na minha prática de enfermagem diária, espelhando-se continuidade através da implementação de projetos futuros.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alarcão, I. (2002). Escola Reflexiva e Desenvolvimento Institucional. Que Novas Funções Supervisivas. In *In Oliveira - Formosinho, J. (org.). A Supervisão na Formação de Professores I. Da Sala à Escola . (2002)* (pp. 217–238). Porto: Porto Editora.

Alarcão, I., & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 14(3), 373–382.

Algren, C. (2006). Cuidado centrado na família da criança durante a doença e a hospitalização. In *In M. J. Hockenberry, D. Wilson & M. L. Winkelstein (Ed.). Wong: Fundamentos de enfermagem pediátrica (7ª ed.)*. Lusociência.

Almeida, F., & Sabatés, A. (2008). *Enfermagem pediátrica: a criança, o adolescente e sua família no hospital* (1.ª ed.). Barueri-São Paulo: Manole.

Barton, P. H. (1969). Nursing assessment and intervention through play. In *BERGERSON, B.S. et al. Current concepts in clinical nursing*. (pp. 203–217). Saint Louis: Mosby.

Basto, M. L. (2009). Investigação sobre o cuidar de enfermagem e a construção da disciplina - Proposta de um percurso. *Pensar Enfermagem*, 13, 11–18.

Benner, P. (2005). *De iniciado a perito*: Lisboa: Quarteto.

Bowlby, J. (1989). *Uma base segura: aplicações clínicas da teoria do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Casey, A., & Wallis, A. (2011). Effective communication: Principle of Nursing Practice E. *Nursing Standard (Royal College of Nursing (Great Britain): 1987)*, 25(32), 35–7.

Cintra, S., Silva, C., & Ribeiro, C. (2006). O ensino do brinquedo/brinquedo terapêutico nos cursos de graduação em enfermagem no Estado de São Paulo. *Revista Brasileira Enfermagem*, 59(4), 497–501.

Collière, M. F. (2003). *Cuidar...A primeira arte da vida* (2.^a ed.). Loures: Lusociência.

Conselho Português de Ressuscitação. (2015). *Recomendações 2015 para a Reanimação do European Resuscitation Council*. [consult. 2016-02-18 10:00:26]. Disponível na Internet: http://www.cpressuscitacao.pt/PageGen.aspx?WMCM_Paginald=27625

Curry, S. (1995). Identificação das necessidades e das dificuldades das famílias e das crianças hospitalizadas. *Nursing*, 94, 26–30.

D'Antonio, I. J. (1984). Therapeutic use of play in hospitals. *Nurs Clin North Am*, 19, 351–359.

DGS. (2013). *Plano Nacional de Saúde 2012 - 2016*.

Diogo, P. (2006). *A vida emocional do enfermeiro: uma hipótese explicativa do processo emotivo-vivencial na prática de cuidados*. Coimbra: Formasau.

Diogo, P. (2015). *Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica* (2.^a ed.). Loures: Lusociência.

Emergency Services for Children. (2004). *Pediatric Assessment Triangle*. [consult. 2016-03-20 19:01:21]. Disponível na Internet: <http://www.health.ny.gov/professionals/ems/pdf/pediatricreferencecard-04.pdf>

Glasper, A., & Haggarty, R. (2006). The psychological of children for hospitalisation. In *In Glasper, A., & Richardson, J. A textbook of children's and young people's nursing*. (pp. 61–76). Londres: Elsevier.

Gray, B. (2009). The emotional labour of nursing -- Defining and managing emotions in nursing work. *Nurse Education Today*, 29(2), 168–75.

Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2014). *Wong Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9th ed.). Loures: Lusociência.

Instituto de Apoio à Criança. (2008). *Carta da Criança Hospitalizada*, 16.

Johns, C. (2004). Becoming Reflective. *Becoming a Reflective Practitioner*, 1–44.

Jorge, A. M. (2004). *Família e Hospitalização da Criança*. Lusociência.

José, H. M. . (2002). *Humor nos cuidados de enfermagem*. Loures: Lusociência.

Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A., & Major, F. (2007). *El pensamiento enfermero*. (5.^a, Ed.). Barcelona: Elsevier Masson.

Kolb, D. (1984). *Experimental learning*. New Jersey: Prentice-Hall.

Lei n.º111/2009 de 16 de setembro. Decreto -Lei n.º 104/98, de 21 de Abril, Diário da República, 1.^a série, N.º180 (16/09/2014) 6528–6550 (2014).

Lemos, L., Pereira, W., Andrade, J., & Andrade, A. (2010). Vamos cuidar com brinquedos? *Rev Bras Enferm*, 63(6), 950–5.

LeVieux-Anglin, L., & Sawyer, E. (1993). Incorporating play interventions into nursing care. *Pediatric Nursing*, 19(5), 459–463.

Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice* (2010th ed.). New York: Springer Publishing Company.

Meleis, A., & Trangenstein, P. (1994). Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook*, 42.

Msiska, G., Smith, P., Fawcett, T., & Nyasulu, B. M. (2014). Emotional labour and compassionate care: What's the relationship? *Nurse Education Today*.

Newton. (2000). A influência da família na promoção da saúde da criança. In *Wong Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9th ed., pp. 49–71). Loures: Lusociência.

Oliveira, S., Dias, M., & Roazzi, A. (2003). O Lúdico e suas Implicações nas Estratégias de Regulação das Emoções em Crianças Hospitalizadas.

Psicologia: Reflexão E Crítica, 16(1), 1–13.

Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista. *Ordem Dos Enfermeiros*, 1–10.

Ordem dos Enfermeiros. (2011a). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem Versão 2. Vasa*.

Ordem dos Enfermeiros. (2011b). Regulamento nº 123/2011 Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. *Diário Da República, 2ª Série*, 35, 8653–8656.

Ordem dos Enfermeiros. (2013). Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança. *Ordem Dos Enfermeiros*.

Pereira, A. M., Nunes, J., Teixeira, S., & Diogo, P. (2010). Gestão do Estado Emocional da Criança (dos 6 aos 8 anos) através da Actividade de Brincar : Analisando o Cuidado de Enfermagem em Contexto de Internamento de Pediatria *. *Pensar Enfermagem*, 14, 24–38.

Porto Editora. (2016a). Infopedia. [consult. 2016-03-28 20:00:07]. Disponível na Internet: <http://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/urgência>

Porto Editora. (2016b). Infopedia. [consult. 2016-03-28 20:01:21]. Disponível na Internet: <http://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/competência>

Roach, S. (1993). *The human act of caring: a blueprint for the health professionals*. Ottawa: Canadian Hospital.

Santos, A. C. F. (2000). *Influência do acolhimento na diminuição da ansiedade nos doentes coronários*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.

Serra, M. (2010). O Trabalho Emocional do Estudante de Enfermagem em Ensino Clínico. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, 22.

Smith, P. (2011). *The Emotional Labour of Nursing Revisited. Can nurses Still Care?* Hampshire: Palgrave Macmillan.

- Spitz, R. A. (1989). *O primeiro ano de vida* (2ª ed.). São Paulo: martins Fontes.
- Tavares, P. P. S. (2011). *Acolher Brincando*. Loures: Lusociência.
- Unicef. (1990). A Convenção sobre os Direitos da Criança. *Unicef*, 54.
- Vessey, J., & Mahon, M. (1990). Therapeutic play and the hospitalized child. *J Pediat Nurs.*, 5(5), 328–333.
- Vieira, M., & Lima, R. (2002). Crianças e adolescentes com doença crónica convivendo com mudanças. *Rev Latino-Am Enfermagem*, 10(4), 552–560.
- Watson, J. (2002). *Enfermagem Pós-Moderna e Futura: Um novo paradigma da enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Watson, J. (2003). Love and caring. Ethics of face and hand--an invitation to return to the heart and soul of nursing and our deep humanity. *Nurse Admin*, 27(3), 197–202.
- Zeichner, K. M. (1993). *A formação reflexiva de professores*. (Ideias e práticas, Ed.). Lisboa: Educa.

APÊNDICES

Apêndice I - Cronograma

CRONOGRAMA

CRONOGRAMA DE ESTÁGIOS 2014/2015																				
Mês	Set.	Outubro				Novembro				Dezembro				Janeiro				Fevereiro		
Dias	29	6	13	20	27	3	10	17	24	1	8	15	22	5	12	19	26	2	9	
	3	10	17	24	31	7	14	21	28	5	12	19	2	9	16	23	30	6	13	
Estágios	Cuidados de Saúde Primários					Serviço de Urgência Pediátrica				Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos				Serviço de Pediatria Médica						

Nota: Férias de Natal de 22 de Dezembro a 2 de Janeiro.

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA



5º Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde

Infantil e Pediatria

Unidade Curricular: Estágio com relatório

Guia orientador das atividades de estágio

Ricardo Jorge dos Santos Ferreira nº 5469

Orientadora: Prof.^a Doutora Paula Diogo

Lisboa, setembro de 2014

ÍNDICE

1.INTRODUÇÃO	1
2.FUNDAMENTAÇÃO	2
3.OBJECTIVOS DEFINIDOS E ATIVIDADES DESENVOLVIDAS EM ESTÁGIO	4
3.1 CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS – UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR.....	5
3.2 SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA.....	9
3.3 UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS	14
3.4 SERVIÇO DE PEDIATRIA MÉDICA	18
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	24

1. INTRODUÇÃO

A elaboração deste documento visou a organização e apresentação nos diferentes locais de estágio, após o primeiro contacto com o enfermeiro orientador. Assim, foi possível realizar uma reunião junto deste para apresentação do projeto a que me proponho desenvolver. Este momento permitiu também a realização de um diagnóstico situacional em cada contexto, de forma a compreender se as atividades propostas se adequavam à realidade, para posterior ajuste ou reformulação. Neste momento foi também oportuno expor o conjunto de fatores pessoais e profissionais que originaram a eleição e elaboração do projeto denominado: *“Cuidar a criança com doença crónica: o brincar terapêutico como ferramenta de Enfermagem”*.

A apresentação foi realizada com recurso ao método expositivo, para o qual recorri a diapositivos utilizando o Microsoft PowerPoint, com uma duração de cerca de 15 minutos. Na apresentação foi exposta a temática, o problema, o objeto de estudo e sobretudo os objetivos gerais e específicos para o estágio em questão.

No final, foram apresentadas as diferentes tarefas, atividades e metodologias que visam a consecução dos objetivos específicos e transversais traçados de forma a desenvolver as competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem da Saúde da Criança e do Jovem no âmbito da prestação de cuidados à criança e família, bem como o desenvolvimento de competências para cuidar a criança hospitalizada com doença crónica em situações de especial complexidade, através da capacitação para as técnicas de gestão emocional da criança utilizando o brincar terapêutico.

2. FUNDAMENTAÇÃO

A doença crónica e o impacto na qualidade de vida da criança e família exigem uma resposta adequada dos profissionais de saúde. As condições de doença crónica em crianças acrescentam tarefas, responsabilidades e preocupações adicionais às famílias e equipas de profissionais. Nesta lógica, o enfermeiro informa, cuida, acompanha e demonstra disponibilidade para a capacitar a criança e família na obtenção de resultados desejados (Hockenberry & Wilson, 2014). O facto de estas crianças necessitarem de cuidados complexos e continuados, e o imperativo de que “a equipa de saúde deve ter formação adequada para responder às necessidades psicológicas e emocionais das crianças e da família”, orienta a prática dos enfermeiros no sentido de uma proximidade relacional e um papel preponderante no apoio emocional da criança e família (Instituto de Apoio à Criança, 2008).

A hospitalização revela-se para a criança como uma situação distinta de todas as já vivenciadas, uma vez que a sua rotina diária é transformada. A criança transita para um ambiente impessoal, repleto de tabus e significados, diferente do seu contexto diário, distante de seus familiares e amigos, e envolta num meio de pessoas estranhas que realizam procedimentos que lhe causam desconforto. Essa experiência pode deixar a criança ansiosa, insegura e com medo, gerando sofrimento (Malaquias et al., 2014).

Brincar é o mundo da criança e surge como recurso válido como promotor de resiliência da realidade da hospitalização. Brincar tem a potencialidade de amenizar sofrimentos e traumas, embora se encontre pouco incorporado nos cuidados prestados à criança, cabe ao enfermeiro a opção de adotar tal prática (Baldan, Santos, Matos, & Wernet, 2014).

Na vivência de doença crónica a criança que requer sucessivas e repetidas hospitalizações, a brincadeira é uma excelente forma de a criança conseguir expressar as suas emoções, aliviando o stress e medos, afastando-se da realidade agressora para o seu mundo da brincadeira (Tavares, 2011).

Assim, brincar pode constituir uma importante ferramenta terapêutica de enfermagem, já que funciona como meio de expressão de sentimentos, favorece a adaptação ao hospital, é um meio de comunicação entre criança e enfermeiro, ajudando na preparação para procedimentos. Enquadrando-se ainda numa função de potenciar o desenvolvimento da criança a nível intelectual, sensório-motor, de socialização, de criatividade e de auto consciência (Pereira et al., 2010).

3. OBJECTIVOS DEFINIDOS E ATIVIDADES DESENVOLVIDAS EM ESTÁGIO

Tendo em vista os estágios foram organizados as tarefas de acordo com os objetivos gerais, presentes no trajeto de desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem.

Objetivos gerais:

- Desenvolver competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem da Saúde da Criança e do Jovem no âmbito da prestação de cuidados à criança e família nos diferentes contextos da prática;
- Desenvolver competências para cuidar a criança hospitalizada com doença crónica em situações de especial complexidade, através da capacitação para as técnicas de gestão emocional da criança utilizando o brincar terapêutico.

Considerando a natureza do cuidar em enfermagem característico e único de cada contexto de estágio, foram definidas tarefas através de uma ótica de desenvolvimento gradual de cuidados à criança e família com recurso ao brincar terapêutico como ferramenta dos cuidados de enfermagem.

A exposição das atividades e objetivos específicos foi feita com recurso a quatro tabelas para uma melhor organização.

3.1 Cuidados de Saúde Primários – Unidade de Saúde Familiar

O estágio de cuidados de saúde primários decorreu entre 29/09/2014 e 31/10/2014. A Unidade de Saúde Familiar foi alvo de obras no ano de 2012. Funciona nos dias uteis entre as 8 e as 20 horas. Nesta unidade realiza-se vacinação infantil e consultas de enfermagem, três dias por semana (3.ª, 4.ª, 5.ª feira), onde colabora um enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem.

CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS			
Atividades		Objetivos específicos e metodologias	Competências e Unidades de competência
Instrumentais	Prestação de cuidados à criança e família.	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecer as dinâmicas e filosofia de cuidados do serviço de saúde, através da consulta de documentos institucionais e reunião com Enf.º Chefe e Enf.º orientador; • Observar as práticas do cuidado à criança e família, pelo acompanhamento do Enf.º orientador; • Avaliar o desenvolvimento infantil, pela aplicação da escala de avaliação do desenvolvimento infantil utili- 	<ul style="list-style-type: none"> • E1 - Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde; • E1.2 - Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida

	<p>Criação de kit de avaliação de desenvolvimento infantil (Mary Sheridan).</p>	<p>zada no contexto;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observar o uso do brincar na interação com a criança, com recurso à observação participante ao interagir com as crianças; • Usar o brincar terapêutico na promoção de ambiente seguro, com recurso a técnicas e brinquedos, segundo o estágio de desenvolvimento; • Utilizar o brincar como meio de comunicação com a criança, pelo recurso a brinquedos, material hospitalar, bonecos, fantoches, desenhos, livros; • Adquirir conhecimentos sobre a vacinação e as principais reações adversas, através de observação participante; • Adquirir conhecimentos sobre as doenças mais comuns às várias idades; • Explicar os benefícios de brincar enquanto criança, utilizando o método expositivo de pontos-chave; • Expor os tipos de brincadeira segundo o escalão etário, utilizando o método expositivo com recursos a imagens e esquemas de brincadeiras; 	<p>da criança/jovem;</p> <ul style="list-style-type: none"> • E2 - Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade; • E2.2 - Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas; • E3 - Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem; • E3.3 - Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura; • B3 - Cria e mantém um ambiente terapêutico e se-
--	---	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> Sensibilizar os pais para o tema, pela apresentação do tema central do <i>flyer</i> e oferta do mesmo após consulta de enfermagem. 	<p>guro;</p> <ul style="list-style-type: none"> B3.1 - Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo.
Formativas	<i>Flyer</i> "BRINCAR: o mundo das crianças".	<ul style="list-style-type: none"> Explicar os benefícios de brincar enquanto criança, utilizando o método expositivo de pontos-chave; Expor os tipos de brincadeira segundo o escalão etário; Sensibilizar os pais para o tema, pela apresentação do tema central do <i>flyer</i> e oferta do mesmo após consulta de enfermagem. 	<ul style="list-style-type: none"> E1 - Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde; E1.1 - Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e reinserção social da criança/jovem.
Reflexivas	<i>Dossier</i> Temático "O Brincar e a brincadeira como	<ul style="list-style-type: none"> Pesquisar evidência científica, no âmbito do brincar terapêutico, adequada ao contexto de cuidados, com recurso a bases de dados científicas; 	<ul style="list-style-type: none"> E2 - Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial comple-

	<p>instrumento terapêutico de Enfermagem”.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Organizar evidência científica em documento de acordo com a pesquisa e as necessidades identificadas. 	<p>xidade;</p> <ul style="list-style-type: none"> E2.4 - Providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência.
	<p>Jornal de Aprendizagem</p>	<ul style="list-style-type: none"> Refletir sobre as experiências ao cuidar a criança e família, com recuso ao modelo de reflexão de Johns (2000). 	<ul style="list-style-type: none"> D1 - Desenvolve o autocohecimento e a assertividade; D1.1. - Detém uma elevada consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro; D1.2.- Gera respostas, de elevada adaptabilidade individual e organizacional.

3.2 Serviço de Urgência Pediátrica

O estágio de Urgência Pediátrica decorreu entre 03/11/2014 e 28/11/2014. O serviço de urgência pediátrica foi acreditado pela *Joint Commission Internacional*. A urgência pediátrica pertence ao Departamento da Mulher e Criança e apresenta-se como um espaço recente e dirigido à criança com luz natural e decoração adequada ao ambiente pediátrico. Nesta urgência utiliza-se o método de triagem de Manchester para responder adequadamente às situações de urgência. Fazem parte da equipa multidisciplinar dois enfermeiros com especialidade em enfermagem da criança e do jovem.

SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA			
Atividades		Objetivos específicos e metodologias	Competências e Unidades de competência
Instrumentais	Prestação de cuidados à criança e família.	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecer as dinâmicas e filosofia de cuidados do serviço de saúde, através da consulta de documentos institucionais e reunião com Enf.º Chefe e Enf.º orientador; • Observar as práticas do cuidado à criança e família, pelo acompanhamento do Enf.º orientador; • Observar o uso do brincar na interação com a criança, com recurso à observação participante ao interagir com 	<ul style="list-style-type: none"> • E1 - Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde; • E1.1 - Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e reinsere-

		<p>as crianças;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utilizar o brincar como meio de comunicação com a criança, pelo recurso a brinquedos, material hospitalar, bonecos, fantoches, desenhos, livros; • Usar o brincar terapêutico na promoção de ambiente seguro, com recurso a técnicas e brinquedos, segundo o estágio de desenvolvimento; • Adquirir conhecimentos teórico-práticos sobre a triagem, sala de tratamentos, sala de reanimação e sala de observação pediátrica, com recurso à observação participante; • Avaliar o contexto familiar, através da comunicação com a família; • Realizar ensinamentos de forma a estimular a adoção de comportamentos potenciadores de saúde, através do diálogo com a criança e família; • Observar, planear e executar ensinamentos para alta, com recurso à comunicação oral ou escrita. 	<p>ção social da criança/jovem;</p> <ul style="list-style-type: none"> • E2 - Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade; • E2.1 - Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados; • E2.2 - Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas; • E3 - Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem; • E3.3 - Comunica com a cri-
--	--	---	---

			<p>ança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura;</p> <ul style="list-style-type: none"> • B3 - Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro; • B3.1 - Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo.
Formativas	Formando “Cuidados não traumáticos” e “Acolhimento com cuidados não traumáticos”.	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolver conhecimentos relacionados com a prática de cuidados não traumáticos, ao assistir às formações em serviço; • Procurar evidência científica para fundamentar a tomada de decisão sobre terapias a utilizar, assistindo às formações em serviço; 	<ul style="list-style-type: none"> • E2 - Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade; • E2.4 - Providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo

	Entrevista semi-estruturada a perito.	<ul style="list-style-type: none"> • Adquirir conhecimentos sobre o brincar terapêutico no contexto de trabalho, através das formações em serviço; • Adquirir conhecimentos sobre o brincar terapêutico no contexto de trabalho, com recurso a entrevista semiestruturada; • Perceber a opinião de um perito na área do brincar terapêutico, através de entrevista semiestruturada. 	<p>a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência;</p> <ul style="list-style-type: none"> • D2.1 - Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade; • D2.2 - Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área de especialidade.
Reflexivas	Jornal de Aprendizagem	<ul style="list-style-type: none"> • Refletir sobre as experiências ao cuidar a criança e família, com recurso ao modelo de reflexão de Johns (2000). 	<ul style="list-style-type: none"> • D1 - Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade; • D1.1. - Detém uma elevada consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro;

			<ul style="list-style-type: none">• D1.2.- Gera respostas, de elevada adaptabilidade individual e organizacional;• D2 - Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos padrões de conhecimento;• D2.3 - Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade.
--	--	--	--

3.3 Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos

O estágio de Cuidados Intensivos Pediátricos decorreu entre 01/12/2014 e 09/01/2015. Como instituição de referência o hospital que comporta a unidade de cuidados intensivos pediátricos, a par do apoio que presta às populações da sua zona de influência direta, garante referenciação diferenciada em múltiplas áreas clínicas no âmbito regional e nacional e dos países de expressão portuguesa. A Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos faz parte do Departamento de Pediatria que se encontra acreditado pela Agencia de *Calidad Sanitaria de Andalucía*. Colabora, nesta equipa, um enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem.

SERVIÇO DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS			
Atividades		Objetivos específicos e metodologias	Competências e Unidades de competência
Instrumentais	Prestação de cuidados à criança e família.	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecer as dinâmicas e filosofia de cuidados do serviço de saúde, através da consulta de documentos institucionais e reunião com Enf.º Chefe e Enf.º orientador; • Observar as práticas do cuidado à criança e família, pelo acompanhamento do Enf.º orientador; • Observar o uso do brincar na interação com a criança, 	<ul style="list-style-type: none"> • E2 - Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade; • E2.1 - Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de

com recurso à observação participante ao interagir com as crianças;

- Utilizar o brincar como meio de comunicação com a criança, pelo recurso a brinquedos, material hospitalar, bonecos, fantoches, desenhos, livros;
- Usar o brincar terapêutico na promoção de ambiente seguro, com recurso a técnicas e brinquedos, segundo o estágio de desenvolvimento;
- Sensibilizar para a relevância do brincar terapêutico na gestão emocional da criança, através da sua utilização constante na prática de cuidados;
- Observar habilidades de tomada de decisão ética e deontológica, acompanhando as situações de resolução de problemas em parceria com o cliente.

morte e presta cuidados de enfermagem apropriados;

- E2.2 - Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas;
- B3 - Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro;
- B3.1 - Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos / grupo;
- A1 - Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;
- A1.1 - Demonstra tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada;

			<ul style="list-style-type: none"> • A1.2 - Suporta a decisão em princípios, valores e normas deontológicas; • A2 - Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais; • A2.1 - Promove a proteção dos direitos humanos.
Reflexivas	Jornal de Aprendizagem	<ul style="list-style-type: none"> • Reflexão sobre as experiências ao cuidar a criança e família; Mobilização do modelo de reflexão de Johns (2000). 	<ul style="list-style-type: none"> • D1 – Desenvolve o autocohecimento e a assertividade; • D1.1. - Detém uma elevada consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro; • D1.2.- Gera respostas, de elevada adaptabilidade individual e organizacional; • D2 - Baseia a sua praxis

			<p>clínica especializada em sólidos padrões de conhecimento;</p> <ul style="list-style-type: none">• D2.3 - Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade.
--	--	--	--

3.4 Serviço de Pediatria Médica

O estágio de Pediatria Médica decorreu entre 12/01/2015 e 13/02/2015. O serviço de pediatria médica abarca situações de doença aguda e crónica renal, bem como outras especialidades pediátricas em caso de necessidade. É constituído por enfermaria, hospital de dia e visita domiciliária em cooperação com a Fundação Gil (Unidade Móvel de Apoio Domiciliário – UMAD). Atualmente integra esta unidade um enfermeiro especialista em enfermagem da saúde da criança e do jovem.

SERVIÇO DE PEDIATRIA MÉDICA			
Atividades		Objetivos específicos e metodologias	Competências e Unidades de competência
Instrumentais	Prestação de cuidados à criança e família.	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizar o brincar como meio de comunicação com a criança, pelo recurso a brinquedos, material hospitalar, bonecos, fantoches, desenhos, livros, tv, música; • Usar o brincar terapêutico na promoção de ambiente seguro, com recurso a técnicas e brinquedos, segundo o estágio de desenvolvimento; • Sensibilizar para a relevância do brincar terapêutico na gestão emocional da criança, através da sua utilização 	<ul style="list-style-type: none"> • E1 - Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde; • E1.1 - Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da inserção social da crian-

		<p>constante na prática de cuidados;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utilizar o brincar como meio de promoção de cuidados não traumáticos, pela técnica de imaginação guiada com recurso a brinquedos, material hospitalar, bonecos, fantoches, desenhos, livros, e envolvimento dos pais nas brincadeiras; • Minimizar o <i>distress</i> da hospitalização na criança doente crónica com recurso à brincadeira; aplicar o brincar terapêutico, de acordo com a intencionalidade da intervenção de enfermagem; • Gerir as emoções da criança com recurso aos três tipos de brinquedo terapêutico, em local calmo, aplicando o brinquedo dramático, o brinquedo institucional e o brinquedo capacitador de funções fisiológicas; • Promover a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, utilizando o brincar terapêutico; • Perceber a triagem e encaminhamento para instituições de suporte, acompanhando enfermeiro em visita domiciliária (UMAD); • Promover a amamentação e a parentalidade, através 	<p>ça/jovem;</p> <ul style="list-style-type: none"> • E2 - Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade; • E2.1 - Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados; • E2.2 - Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas; • E2.4 - Providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares,
--	--	---	---

da avaliação e negociação do envolvimento dos pais na prestação de cuidados;

- Facilitar a comunicação expressiva de emoções e reforçar a imagem corporal positiva, através de uma relação de proximidade;
- Negociar o contrato de saúde com o adolescente, com recurso a acompanhamento em profundidade.

amplamente suportadas na evidência;

- E2.5 - Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade;
- E3 - Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem;
- E3.2 - Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido doente ou com necessidades especiais;
- E3.4 - Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas es-

			<p>colhas relativas à saúde;</p> <ul style="list-style-type: none"> • B3 - Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro; • B3.1 - Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo.
Formativas	<p>Formação “O brincar terapêutico como ferramenta de enfermagem”.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar o fenômenos de interesse, questionando peritos; • Expor os conceitos centrais do brincar terapêutico como ferramenta de enfermagem com recurso ao método expositivo; • Sensibilizar os enfermeiros para a temática; • Partilha de experiências, com reflexão após formação. 	<ul style="list-style-type: none"> • B1 - Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; • B1.2 - Incorpora diretivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática; • C1 - Gere os cuidados, otimizando a resposta da

			<p>equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multi-profissional;</p> <ul style="list-style-type: none"> • C1.1 - Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão; • D2.1 - Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade; • D2.2 - Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área de especialidade.
Reflexivas	Jornal de Aprendizagem	<ul style="list-style-type: none"> • Refletir sobre as experiências ao cuidar a criança e família, com recuso ao modelo de reflexão de Johns (2000). 	<ul style="list-style-type: none"> • D1 - Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade; • D1.1 - Detém uma elevada

			<p>consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro;</p> <ul style="list-style-type: none"> • D1.2-Gera respostas, de elevada adaptabilidade individual e organizacional; • D2 - Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos padrões de conhecimento; • D2.3 - Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade.
--	--	--	---

Todas as atividades desenvolvidas foram exequíveis com utilização imprescindível de recursos humanos, físicos e materiais. Podendo-se destacar nos recursos humanos a cooperação dos enfermeiros chefes, especialistas em saúde infantil e pediatria e peritos, como também de todas as crianças e famílias. Igualmente nos recursos materiais e físicos todas as instituições envolvidas colaboraram para que o estágio se desenvolvesse na sua plenitude, proporcionando o acesso a material informático, processos de enfermagem, artigos científicos, bem como todo o material necessário implícito ao brincar terapêutico, como servem de exemplo, os brinquedos, livros, rádios leitor de *cd's*, material hospitalar, entre outros.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Baldan, J., Santos, C., Matos, A., & Wernet, M. (2014). Adoção do brincar/brinquedo na prática assistencial à criança hospitalizada: trajetória de enfermeiros, *13*(2), 228–235.

Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2014). *Wong Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9th ed.). Loures: Lusociência.

Instituto de Apoio à Criança. (2008). Carta da Criança Hospitalizada, 16.

Malaquias, T., Baena, J., Campos, A., Moreira, S., Vanessa, B., & Higarashi, I. (2014). O uso do brinquedo durante a hospitalização infantil: saberes e práticas da equipe de enfermagem. *Cienc Cuid Saude*, *13*(1), 97–103.

Pereira, A. M., Nunes, J., Teixeira, S., & Diogo, P. (2010). Gestão do Estado Emocional da Criança (dos 6 aos 8 anos) através da Actividade de Brincar : Analisando o Cuidado de Enfermagem em Contexto de Internamento de Pediatria *. *Pensar Enfermagem*, *14*, 24–38.

Tavares, P. P. S. (2011). *Acolher Brincando*. Loures: Lusociência.

Apêndice III - *Dossier* Temático “O brincar e a brincadeira como instrumento terapêutico de Enfermagem”

Apêndice IV - *Flyer* “Brincar: o trabalho das crianças”

FLYER “BRINCAR: O TRABALHO DAS CRIANÇAS”



*“Brincar é condição fundamental
para ser sério”.*
(Arquimedes)

Referências Bibliográficas:

- Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2014). *WONG- Enfermagem da criança e do adolescente* (9.ªed.). Loures: Lusociência.
- Instituto de Apoio à Criança. (2008). *Carta da Criança Hospitalizada*. Lisboa.



**BRINCAR: o
trabalho das
crianças**

Ricardo Ferreira
Aluno do 5.º Curso de Mestrado em Enfermagem:
Área de Especialização de Saúde Infantil e Pe-
diátrica
Outubro de 2014





Brincar...

é o "trabalho" da criança e o seu mundo mágico.

A brincadeira é essencial para o desenvolvimento natural da criança e constitui por isso um dos seus **direitos universais** reconhecidos no artigo 31º da Convenção Internacional dos Direitos da Criança das Nações Unidas.

Brincar, potencia o desenvolvimento da criança a nível:

- Mental;
- Físico;
- Social;
- Emocional.



(Hockenberry & Wilson, 2014; IAC, 2008).

Brincadeiras durante a infância:

0-1M

- Fale e cante com voz suave;
- Forneça estímulos musicais suaves;
- Segure, cuide, acaricie e balance o bebé.

2-3M

- Use chocalhos e sininhos;
- Mantenha o quarto brilhante com espelhos inquebráveis e desenhos;
- Use brinquedos no berço.

4-6M

- Forneça brinquedos macios e de várias texturas (peluches, bonecos, etc.);
- Coloque o bebé num tapete adequado para sentar, rolar e rastejar;
- Ofereça uma bola de tamanho médio e de cores vivas;
- Coloque um chocalho ou um sino na mão do bebé.

6-9M

- Tape e destape o rosto, bata palmas, acene, faça caretas;
- Brinque ao "esconde";
- Ofereça papel para rasgar ou amassar;
- Coloque brinquedos fora do alcance e estimule-o a chegar-lhes;
- Imita sons de animais e objetos fazendo mimica e pedindo para a criança imitar.

9-12M

- Mostre grande figuras e livros;
- Deixe o bebé brincar com a comida;
- Ofereça cubos e demonstre como construir uma torre;
- Leia para a criança rimas simples;

- Aponte para partes do corpo e diga o nome de cada uma delas;
- Atire uma bola à criança, estimulando-a o para que a devolva.

12-18M

- Incentive a criança a dançar e cantar;
- Procure que a criança rabisque na areia, terra ou num papel;
- Ofereça livros para desfolharem.

18M-3A

- Incentive brincadeiras de imitação;
- Brinque com telefones de brincar, bolas, pequenos escorregas e leia histórias de livros de gravuras, etc.;
- Veja programas de tv apropriados à idade (max.1 a 2h por dia);
- Estimule a criança a andar de triciclo;
- Realize pinturas com os dedos ou lápis de cera grossos;
- Modele argila e brinque com pá e areia.

3A-6A

- Explore o ambiente, observando animais, plantas, etc.;
- Incentive as construções com *lego* e *puzzles*;
- Promova brincadeiras onde exista movimento físico (saltar, correr, subir, etc.);
- Possibilite a ida ao parque de diversões;
- Deixe que a criança brinque com os itens domésticos;
- Joguem jogos eletrónicos.

6A-12A

- Possibilite a prática de desportos ao ar livre (futebol, andar de bicicleta, nadar, skate, saltar ao elástico, jogar ao berlinde, etc.);
- Jogue jogos de tabuleiro e de computador.

(Hockenberry & Wilson, 2014)

**Apêndice V - Kit de avaliação de desenvolvimento infantil (Mary
Sheridan)**

KIT DE AVALIAÇÃO DE DESENVOLVIMENTO INFANTIL (MARY SHERIDAN)



**Apêndice VI - Jornal de Aprendizagem - “Da criança em bruto
ao brincar como linguagem”**

DA CRIANÇA EM BRUTO AO BRINCAR COMO LINGUAGEM

A grande questão é como brincar com a criança? Como conseguirei chegar até ela?

A criança constitui um Ser tão especial, único e por vezes de tão difícil acesso, que me questiono sobre *qual o segredo para interagir com ela enquanto enfermeiro?*

Os primeiros dias de interação com a criança saudável nos cuidados de saúde primários revelaram-se um desafio, principalmente devido à minha falta de experiência em brincar com a criança em bruto, que salta, corre, grita que desafia tudo e todos à sua volta. Tentei durante as consultas de enfermagem, captar a sua atenção, mas existia sempre alguma coisa mais cativante que um homem de bata branca a fazer perguntas aborrecidas, facilmente era trocado por uma bola amarela, uma folha de papel para pintar, um brinquedo amarrado.

Será que para conseguir ser considerado pela criança como seu amigo a minha ambição terá de ir além da comumente associada ao enfermeiro?

A criança é o cosmos, o mundo, é criativa e cria-se a si própria brincando...vive no mundo da fantasia. Mas o que tenho eu, como adulto e enfermeiro, que sou, para oferecer e promover o crescimento e o seu desenvolvimento? Talvez a “arte”...tal como defendem várias teóricas de enfermagem. Recordo Watson (2002) e Collière (2003) ao afirmarem que enfermagem é uma arte... porque não encarar a enfermagem como isso mesmo? Uma arte que favorece os outros, entre eles a criança e família.

Foi isso mesmo que fiz, peguei na “arte” e versatilidade da enfermagem e transcendi-me, mergulhei no mundo da fantasia da criança. Assim, como não tinha forma de tornar a minha bata de enfermeiro mais acolhedora, retirei-a por momentos e brinquei, entrei no jogo da criança e procurei através da brincadeira encaminhar a consulta de enfermagem. Nesse momento, apercebi-me, que estava a cumprir com o meu propósito, pois ao mesmo tempo que adquiria competências para interagir com a criança, me encontrava também a introduzir

o brincar terapêutico nos cuidados de enfermagem. Num abrir e fechar de olhos as crianças não me achavam tão ameaçador, não faziam aquele olhar suspeito e fugiam para trás das pernas da mãe, ou se o fizessem, através de um brinquedo direcionado ao estágio de desenvolvimento, um jogo, juntamente com uma voz calma e meiga conseguia dar a volta à situação e captar a sua atenção de volta para mim.

Nesta altura surge-me outra questão: *ao utilizar estas estratégias, estou no fundo a enganar a criança, pois estou apenas a querer que ela colabore comigo?*

Penso que sim, mas tenho a certeza que não... pois se numa primeira fase a minha insegurança para brincar, me obrigou apenas a direcionar a brincadeira na obtenção de respostas da criança, de forma a detetar alterações precoces no seu crescimento e desenvolvimento, numa fase já posterior a brincadeira passou a fluir e aqui sim, os sorrisos eram expressivos, as brincadeiras não eram apenas as restritas para a avaliação de desenvolvimento infantil, mas sim a nossa forma de comunicar. É como se o brinquedo tivesse a magia da segurança, o segredo da colaboração... no fundo o brinquedo passou a ser a minha primeira “palavra” para com a criança e família. Sim, digo família... *Mas família, porquê? Também se brinca com a família? É benéfico?* Sim, brincar com ambos, sempre com respeito, utilizando o humor para falar com os pais ou responsável pela criança, é, e será uma forma de “quebrar o gelo” nesta relação assimétrica, cliente-enfermeiro. Também o brincar me parece ter um papel vital, uma vez que me revendo na posição de cliente, gostaria muito, que quando levasse o meu Ser (criança) com toda a vulnerabilidade e medos inerentes, o enfermeiro tivesse uma abordagem transcendente que utilize o humor, a simpatia, a brincadeira, no fundo que fizesse a criança...sorrir.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Collière, M. F. (2003). *Cuidar...A primeira arte da vida* (2.^a ed.). Loures: Lusociência.

Watson, J. (2002). *Enfermagem Pós-Moderna e Futura: Um novo paradigma da enfermagem*. Loures: Lusociência.

**Apêndice VII - Entrevista semiestruturada a perito na área do
brincar terapêutico**

INTRODUÇÃO

Entrevista pode ser definida como o “encontro combinado” ou como a “conversa em que um (ou mais) dos interlocutores faz perguntas a outro” (Chalifour, 2009). A entrevista constitui portanto, uma interação entre pessoas que pode ter como objetivo a colheita de informações, em que para a sua concretização deve ser escolhido um lugar calmo, um momento conveniente e ter em consideração o respeito pelo outro e a confidencialidade (Chalifour, 2009). Em termos estruturais, de acordo com Phaneuf (2005), a entrevista divide-se em quatro etapas: preparação, orientação, exploração e conclusão.

Escolhi a entrevista semiestruturada, uma vez que é caracterizada por uma comunicação focalizada, com perguntas abertas, estando estas perguntas escritas num guia ou roteiro flexível (Queiroz, Meireles & Cunha, 2007).

Como instrumento de colheita de dados construí um guião de entrevista semiestruturada, onde constam cinco questões relacionadas com o tema do brincar terapêutico como ferramenta de enfermagem. Na entrevista tenho como objetivo, conhecer a percepção do enfermeiro perito face ao brincar terapêutico como ferramenta de enfermagem.

Foram respeitados princípios de confidencialidade implícitos tendo existido um acordo informal prévio para a sua realização. O registo da entrevista foi realizado com recurso a suporte de papel. Ao terminar a entrevista foi feito agradecimento ao entrevistado dado a sua disponibilidade e colaboração.

GUIÃO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Tema: “O brincar terapêutico como ferramenta de enfermagem”.

Objetivo: Conhecer a percepção do enfermeiro perito face ao brincar terapêutico como ferramenta de enfermagem.

Caracterização do ambiente da entrevista:

- **Local e duração da entrevista;**

Caracterização do entrevistado:

- **Idade e sexo;**
- **Tempo de exercício profissional;**

Questões:

I - Brincar está relacionado com recreação ou instrumento terapêutico?

II - O brincar terapêutico é implementado nos cuidados de enfermagem?

III - A brincadeira terapêutica tem visibilidade?

IV - O brincar terapêutico é realmente benéfico para a criança e família?

V - Sente que o enfermeiro retira algum benefício com o recurso ao brincar terapêutico?

ENTREVISTA

Caracterização do ambiente da entrevista:

- **Local e duração da entrevista:** Consulta de Pediatria (Gabinete de enfermagem); 20 minutos.

Caracterização do entrevistado:

- **Idade e sexo:** 31 anos; sexo feminino.
- **Tempo de exercício profissional:** 9 anos de experiência profissional como enfermeira em pediatria, especialista em Enfermagem Saúde Infantil e Pediátrica.

Questão I - Brincar está relacionado com recreação ou instrumento terapêutico?

Resposta – *Está relacionado com ambas. Interessa compreender as particularidades do brincar em contexto hospitalar, este pode ser utilizado como passatempo, funcionando como recreação, ou como recurso terapêutico utilizado pelo enfermeiro, de forma a auxiliar a criança a encarar o processo de hospitalização, revelando as angústias sobre o hospital e estado de saúde.*

Questão II - O brincar terapêutico é implementado nos cuidados de enfermagem?

Resposta – *Embora se tenha evoluído nesse sentido, o brincar terapêutico continua sem ser utilizado, ou pelo menos bem utilizado, uma vez que se recorre à brincadeira, mas sem base científica, baseando-se no senso comum.*

Questão III - A brincadeira terapêutica tem visibilidade?

Resposta – *Tem cada vez mais, mas terá de existir maior investimento e formação dos profissionais.*

Questão IV - O brincar terapêutico é realmente benéfico para a criança e família?

Resposta – *Sem dúvida. Existem inúmeros estudos que o comprovam, embora muitos colegas e os próprios pais, não tenham essa noção. O brincar terapêutico é realmente benéfico, para a criança, família e enfermeiro.*

Questão V - Sente que o enfermeiro retira algum benefício com o recurso ao brincar terapêutico?

Resposta – *Sim, sem dúvida. O brincar terapêutico quando aplicado corretamente, facilita a colaboração da criança e da própria família nos cuidados de enfermagem, é uma forma de comunicarmos (enfermeiros) com a criança e funciona também como estratégia não farmacológica de alívio de dor.*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Chalifour, J. (2009). *A Intervenção Terapêutica* (2nd ed.). Loures: Lusodidacta

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.

Queiroz, A. A., Meireles, M. A., & Cunha, S. R. (2007). *Investigar para Compreender*. Loures: Lusociência.

Apêndice VIII – Jornal de Aprendizagem – “Ambiente Terapêutico”

AMBIENTE TERAPÊUTICO

O crescimento e desenvolvimento saudável da criança pode por vezes ser interrompido por acontecimentos indesejados fazendo com que exista a necessidade de recorrer ao serviço de urgência de pediatria.

Recorrer a um serviço de urgência pediátrica, é por si só emocionalmente perturbador e gerador de desequilíbrio na harmonia da estrutura familiar. É também nestas situações que provavelmente existe menos humanização dos cuidados, pois na maior parte dos casos, têm de ser prestados no imediato. Daí me questionar: *existirá ambiente terapêutico na urgência pediátrica?*

O primeiro contacto com a criança e família é feito na triagem, e se os enfermeiros se regessem pelo modelo biomédico, a intervenção seria algo semelhante a: permanecer ausente de emoções, questionar a criança e a família com as perguntas chave, entregar a pulseira com a cor de prioridade e chamar a próximo cliente. Assim seria rápido e eficaz...ou talvez não. Provavelmente, a criança iria sentir-se ameaçada, insegura, não iria colaborar e desencadear sentimentos de medo e aí, deixaria de ser um atendimento rápido e eficaz, para ser o completo caos.

Na minha perspetiva, embora o modelo biomédico ainda permaneça enraizado a nível macro no serviço nacional de saúde e micro nas equipas multidisciplinares, penso que o papel do enfermeiro acompanhando a própria evolução da enfermagem enquanto ciência tem evoluído, ficando sensível a estas questões.

Especialmente na pediatria o cuidar holístico, que considera a **pessoa** na sua essência e o **ambiente**, é uma constante e sofre grandes alterações nos últimos 20 anos. Traçando o paralelismo entre os cuidados de saúde na minha infância e na atualidade, é incomparável. Hoje existe ambiente terapêutico, ou seja, um ambiente promotor do bem-estar. Tomando o exemplo deste estágio, observo que na construção do serviço existiu consideração por quem iria preencher estes corredores e salas. O espaço, a luz, as cores, as pinturas temáticas, os brinquedos, tudo me parece alegre, aconchegador e nada ameaçador,

graças ao ambiente terapêutico conseguido. Mas para além da estrutura física, existe a estrutura profissional e humana, e aí, o papel do enfermeiro é ainda mais relevante, pois é quem mais contacta e acompanha a criança e família, no trajeto que separa o estado de doença, do de saúde. O enfermeiro faz a diferença interagir com a pessoa e o ambiente, sendo sensível à vulnerabilidade da criança, como também da família, respeitando a sua dignidade. É oportuno lembrar Meleis (2005, p.107): o cliente deve ser perspectivado como um “ (...) ser humano com necessidades específicas que está em constante interação com o meio envolvente e que tem a capacidade de se adaptar às suas mudanças mas, devido à doença, risco de doença ou vulnerabilidade, experimenta ou está em risco de experimentar um desequilíbrio”.

Foi enriquecedor poder colaborar com os profissionais neste ambiente, pois não sei se também impelidos pela estrutura alegre e direcionada do serviço, os cuidados foram sempre prestados tendo em conta a criança e o seu bem-estar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Meleis, A. (2005). *Theoretical Nursing: Development & Progress* (3rd ed.). London: Lippincott.

Apêndice IX - Jornal de Aprendizagem- “Como gerem os enfermeiros as suas emoções?”

COMO GEREM OS ENFERMEIROS AS SUAS EMOÇÕES?

Como enfermeiro, a minha conduta diária que no início da carreira era ancorada somente no código ético-deontológico da profissão e de forma mais restrita influenciado pelas emoções e sentimentos resultantes da interação junto de cada cliente e família, tomou atualmente diferentes proporções. Tornei-me a cada dia mais desperto para o mergulho profundo junto da realidade emocional do cliente e família, para daí extrair o máximo de informação útil, no menor tempo possível, que me auxilie nas tomadas de decisão. Como enfermeiro sou responsável pelo cuidado ao cliente e submetido a inúmeras tomadas de decisão, bem como, sujeito a interações profundas com o cliente, acabando por acentuar a responsabilidade do cuidado. Apesar de, ser instrumento de trabalho da enfermagem, esta responsabilidade, pode ao mesmo tempo revelar-se como causadora de prejuízos à própria saúde, ficando o enfermeiro exposto a uma enorme carga emocional perturbadora. Como refere Diogo (2006), não existem cuidados sem interação e durante essa interação os aspetos emocionais são omnipresentes, envolvendo assim a própria vulnerabilidade dos enfermeiros.

Algumas situações vivenciadas durante o estágio na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos revelaram-se emocionalmente perturbadoras, já que fui influenciado por situações vivenciadas junto do cliente e família. Casos de falência multiorgânica, politraumatizados graves, morte iminente, sofrimento familiar. Projetar-me na realidade do cliente acabou por conduzir à transferência dessas emoções para a minha vida, uma vez que não consegui estabelecer uma barreira que permitisse a separação/dissociação do pessoal e profissional. Esta barreira originou um distanciamento emocional que pode ter influenciado negativamente os próprios cuidados ao cliente. Este distanciamento é explicado por Morse, Bottorff, Anderson, O'Brien, & Solberg (2006), através do seu modelo explicativo da empatia relação enfermeiro-cliente, com enfoque no processo de envolvimento/distanciamento emocional, como uma forma de defesa involuntária e reconfortante do enfermeiro que lida com o sofrimento dos clientes. Watson (2003) alude que ao cuidar pessoas em momentos de desesperança e vulnerabilidade, somos desafiados a aprender de novo, para reavaliar

o próprio sentido da vida e da morte. Assim, envolvemo-nos num processo mais autêntico para desenvolver e apoiar práticas de cura de cuidados a nós próprios e aos outros.

Desta forma, acredito que para alcançar a excelência no cuidado ao cliente, é necessário que como enfermeiro tome conhecimento do próprio equilíbrio emocional e o valorize como fator essencial para a vida. Mas surge a questão: *como saber gerir emoções?*

Para Serra (2010) a reflexão sobre as emoções constituem importantes formas que permitem prevenir o conflito emocional e a prevenção do *burnout*. Segundo o estudo desenvolvido por Mazhindu (2003), tradicionalmente os enfermeiros não usam a reflexão como fonte de aprendizagem e juntamente não foram alvo de educação para exprimir os seus sentimentos, mas sim para os conter. Destaca-se ainda que o trabalho emocional é um dos integrantes invisíveis do trabalho em enfermagem, de extrema importância mas não reconhecido pela totalidade dos intervenientes (Mercadier, 2004). O apoio entre colegas e a reflexão sobre os sentimentos e emoções perturbadoras experienciadas auxiliaram na gestão de emoções. Desta forma, concluo que a partilha e a reflexão sobre as emoções deve ser uma constante na minha conduta diária enquanto enfermeiro, de forma a reaprender o autocuidado para melhor cuidar. Talvez, bebendo na teoria do autocuidado de Orem (2000), que o define como a atividade que os indivíduos praticam em seu benefício para manter a vida, a saúde e o bem-estar (Foster, Benett, & Orem, 2000).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Diogo, P. (2006). *A vida emocional do enfermeiro: uma hipótese explicativa do processo emotivo-vivencial na prática de cuidados*. Coimbra: Formasau.

Mazhindu, D. M. (2003). Ideal nurses: the social construction of emotional labour. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 6(3), 243–262.

Mercadier, C. (2004). *O trabalho emocional dos prestadores de cuidados em*

meio hospitalar: o corpo, âmago da interação prestador de cuidados-doente.
Loures: Lusociência.

Morse, J. M., Bottorff, J., Anderson, G., O'Brien, B., & Solberg, S. (2006). Beyond empathy: expanding expressions of caring. 1991. *Journal of Advanced Nursing*, 53.

Foster, P., Benett, A., & Orem, D. (2000). *Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional* (4th ed.). Porto Alegre: Artmed.

Serra, M. (2010). O Trabalho Emocional do Estudante de Enfermagem em Ensino Clínico. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, 22.

Watson, J. (2003). Love and caring. Ethics of face and hand--an invitation to return to the heart and soul of nursing and our deep humanity. *Nurse Admin*, 27(3), 197–202

**Apêndice X - Jornal de Aprendizagem - Brincar e brincar tera-
pêutico**

BRINCAR E BRINCAR TERAPÊUTICO

O serviço de pediatria médica adotou ao longo do dia várias estratégias para promover um ambiente seguro e afetuoso para a criança e sua família. De manhã conta-se com a energia e simpatia da educadora que dinamiza os espaços de tem brincadeira, rompendo a dinâmica da azáfama de cuidados de uma enfermaria. Às segundas-feiras a alegria bate à porta da melhor maneira, aparecem vestidos com roupas coloridas, perguntam-nos sobre as crianças e ninguém fica indiferente à sua passagem, são os fantásticos doutores palhaços da Operação Nariz Vermelho. Ao longo da semana dinamizam-se várias atividades como, a hora da música, a hora do conto, a tela aula, e outras atividades comemorativas de dias significativos. Todos estes profissionais e meio ambiente trazem benefícios para o bem-estar da criança durante os episódios de saúde-doença, fazendo-os sorrir e projetando-os para outra realidade, mais alegre. E nesta dinâmica do brincar e da brincadeira, onde se situam os enfermeiros? Não será este campo tão ou igualmente importante?

Como podemos nos estar a esquecer desta vertente tão importante do cuidar, se já Virgínia Henderson, nas 14 necessidades fundamentais nos falava na necessidade de comunicar com os outros, expressar emoções, necessidades medos e opiniões?

O enfermeiro é o profissional que mais tempo passa junto da criança, e também o que mais intervenções tem para com a criança e família. Intervenções, estas, muitas das vezes inevitavelmente dolorosas e que fazem a criança viver situações de desconforto e dor. Mas o enfermeiro terá que ser apenas o profissional das intervenções dolorosas? Aquele a quem os pais comumente chamam para erradamente manipular a criança, dizendo que se se portarem mal, irão chamar o enfermeiro para dar uma pica!

Penso que será mesmo esta a questão principal para a inclusão do brincar (brincar terapêutico) na enfermagem. Julgo que a enfermagem pediátrica terá muito mais visibilidade sendo reconhecida como uma arte que cuida, interage, relaciona e comunica com a criança através do recurso à brincadeira. Porquê a

brincadeira? Porque o brincar é o mundo da criança e se queremos entrar nesse mundo teremos que brincar.

A minha experiência profissional como enfermeiro pediátrico involuntariamente obrigou-me a conceber competências para um cuidar abrangendo a brincadeira, uma vez que os brinquedos são uma constante junto da criança. Mas é ainda mais confortante saber hoje utilizar a brincadeira com intuito terapêutico.

O brincar terapêutico consiste na utilização de um brinquedo estruturado que possibilita que a criança exteriorize e compreenda a ansiedade (e outras emoções perturbadoras) gerada por experiências anómalas para a sua idade (Cintra, Silva, & Ribeiro, 2006).

Estou em posição de afirmar que a aquisição de técnicas e estratégias, com recurso ao brincar terapêutico ao longo deste trajeto formativo, se revelou uma mais-valia imensa para a prestação de cuidados não traumáticos à criança e família. O domínio das técnicas com recurso ao brincar terapêutico exige o constante investimento, adaptação e atualização, não existindo nenhum “*modus operandi*” rígido. Recordo um caso em que tentei comunicar com uma criança, na tentativa de lhe explicar o procedimento que tínhamos de realizar (coleta de sangue). Recorri a um boneco representativo da figura humana (palhaço), o qual já tinha utilizado com sucesso com outras crianças de idade semelhante e para a mesma intervenção. Mas desta vez a reação da criança foi completamente contrária ao objetivo inicial, uma vez que o boneco a fez chorar de imediato. Mas porque chorou? Onde errei? Após ter questionado a mãe, percebi que a criança não gostava de palhaços. Acabei por explicar e simular a intervenção na minha colega de turno com recurso aos vários materiais hospitalares que iriam ser usados. Permiti também que a criança mexesse voluntariamente nos objetos para que percebesse a intervenção. Percebi que a criança não deixa de ter algum medo, nem dor, mas sei que a minha intervenção contribui para minimizar a experiência perturbadora. Esta situação fez-me refletir e leva-me a concluir que o enfermeiro terá que ser subtil, observar a criança e entender como a conquistar, interessando perceber quais os seus brinquedos

preferidos e através de quais poderá comunicar de forma eficaz, auxiliando-se também dos conhecimentos dos pais, sobre os interesses dos filhos.

A ideia passa então por utilizar o brincar para benefício da criança e família e também para benefício do enfermeiro, que obterá maior colaboração por parte da criança, resultando numa menor resistência às intervenções.

Hoje sei que ao realizar, por exemplo uma colheita de sangue tenho muito mais material para preparar e “colocar no tabuleiro”. Pois, não chega, o garrote, o desinfetante, a agulha e a seringa...uma vez que antes de tudo isso terei de preparar um boneco, uma pulseira que aperta o braço, um líquido que limpa a pele, uma borboleta que dá uma mordidela e um penso com um desenho animado e por fim um diploma de bom comportamento. E quem pense que este procedimento dará muito mais trabalho, estará enganado, pois pelo menos irá diminuir as emoções perturbadora para a criança e no seu expoente máximo poderá até dar origem a emoções gratificantes. Ficam assim como vitórias e sentimento de dever cumprido, os casos de crianças que depois de intervenções dolorosas, controlam os seus medos e afirmam: “...portei-me bem porque já sou crescido e não doeu nada!”

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Cintra, S., Silva, C., & Ribeiro, C. (2006). O ensino do brinquedo/brinquedo terapêutico nos cursos de graduação em enfermagem no Estado de São Paulo. *Revista Brasileira Enfermagem*, 59(4), 497–501

Apêndice XI - Formação: “O brincar terapêutico como ferramenta de enfermagem”

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
1. PLANIFICAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO.....	2
2. IMPLEMENTAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO	4
3. AVALIAÇÃO	15
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	17

INTRODUÇÃO

A hospitalização está conotada como uma situação de crise para a criança, uma vez que, impõe o afastamento do seu ambiente familiar para um ambiente estranho e ameaçador. Ambiente em que existe distanciamento dos familiares e amigos que lhe são próximos e onde muitas vezes surge a necessidade de realização de procedimentos dolorosos e ameaçadores por pessoas estranhas à criança (Tavares, 2011).

O Brincar pode constituir uma importante ferramenta terapêutica de enfermagem, já que funciona como meio de expressão de sentimentos, favorece a adaptação ao hospital. É um meio de comunicação entre criança e enfermeiro e ajuda na preparação para procedimentos. Enquadra-se, ainda numa função de potenciar o desenvolvimento da criança a nível intelectual, sensório-motor, de socialização, de criatividade e de auto consciência (Pereira et al., 2010).

A realização da formação denominada: “*O brincar terapêutico como ferramenta de enfermagem*”, resultou do diagnóstico de possíveis áreas de intervenção local, das necessidades detetadas de formação dos destinatários e da articulação com os peritos locais. Este momento formativo exigiu um planeamento, para posterior implementação e avaliação.

A formação teve como objetivos centrais, a sensibilização da equipa de enfermagem sobre a importância do brincar terapêutico no cuidar da criança e família, identificar os principais fatores de stress na hospitalização da criança, incentivar a incorporação do brincar terapêutico na prática de enfermagem e promover um espaço de reflexão sobre a temática.

1. PLANIFICAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO

TEMA DA FORMAÇÃO	“O brincar terapêutico como ferramenta de enfermagem”
DATA E LOCAL	Janeiro de 2015 – Serviço de Pediatria Médica
DURAÇÃO	45 minutos 30 minutos de exposição e 15 minutos de reflexão
DESTINATÁRIOS	Enfermeiros do Serviço de Pediatria Médica
MÉTODO DE EXPOSIÇÃO	Microsoft Office PowerPoint
OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none">• Sensibilizar a equipa de enfermagem sobre a importância do brincar terapêutico no cuidar da criança e família;• Identificar os principais fatores de stress na hospitalização da criança;• Incentivar a incorporação do brincar terapêutico na prática de enfermagem;• Reflexão sobre a temática.
CONTEÚDOS ABORDADOS	<ul style="list-style-type: none">• Cuidar em Enfermagem;• Cuidados Centrados na Família;• Cuidados Não Traumáticos;• Principais stressores da hospitalização;• Gestão Emocional;

	<ul style="list-style-type: none"> • Brincar e Brincar terapêutico; • Kit brincar terapêutico; • Benefícios do brincar terapêutico.
CONCLUSÃO	<ul style="list-style-type: none"> • Partilha de experiências; • Reflexão conjunta.
AVALIAÇÃO	Observação direta dos Enfermeiros
FORMADOR	Enf.º Ricardo Ferreira (Mestrando do 5º Curso de Mestrado em Saúde Infantil e Pediatria - Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa)

2. IMPLEMENTAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO

5º Curso de Mestrado em Saúde Infantil e Pediatria
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

O BRINCAR TERAPÊUTICO COMO FERRAMENTA DE ENFERMAGEM



Elaborado por: Enf.º Ricardo Ferreira
Janeiro de 2015

Objetivos

- Sensibilizar para a importância do brincar terapêutico no cuidar da criança e família.
- Identificar os principais fatores de stress na hospitalização da criança.
- Incentivar a incorporação do brincar terapêutico na prática de enfermagem.
- Promover um espaço de reflexão sobre a temática.

2

O BRINCAR TERAPÊUTICO COMO FERRAMENTA DE ENFERMAGEM

Cuidar em Enfermagem

4

Cuidar é um conceito central em Enfermagem, é mesmo considerado a sua identidade enquanto disciplina prática, sendo descrito como a primeira arte da vida.

(Collière, 2003)

(...)“a enfermagem nasceu do cuidar, organizou-se para cuidar e profissionalizou-se através do cuidar”.

(Roach, 1984)

O cuidar em enfermagem deve ser visto através da premissa de olhar o ser humano com interesse, falar com honestidade e ouvir com compaixão, estabelecendo-se, assim, uma interação profunda onde se sucedem trocas de emoções e sentimentos na relação enfermeiro-cliente.

(Watson, 2002)



Cuidar em enfermagem

O BRINCAR TERAPÊUTICO COMO FERRAMENTA DE ENFERMAGEM

Enquadramento Teórico

3



O BRINCAR TERAPÊUTICO COMO FERRAMENTA DE ENFERMAGEM

Cuidados Centrados na Família (CCF)

5

A filosofia dos CCF reconhece a família como uma constante na vida da criança.

CCF Conceitos:

Dignidade e Respeito
Partilha de Informação
Participação
Colaboração



“Empowerment”



Parceria de cuidados



Cuidados Centrados na Família

O BRINCAR TERAPÊUTICO COMO FERRAMENTA DE ENFERMAGEM

IPFCC http://www.ipfcc.org/pdf/getting_started.pdf

Cuidados Não Traumáticos

6

Os **Cuidados Não Traumáticos** consistem em intervenções no cuidar à criança e família que minimizam ou eliminam o sofrimento psicológico e físico.

(Hockenberry & Wilson, 2014)

O processo de hospitalização da criança pode desencadear reações como medo, stress, insegurança, regressão, as quais determinam grande sofrimento para a criança e família.

(Baldan, Santos, Matos, & Wernet, 2014)



Cuidados Não Traumáticos

O BRINCAR TERAPÊUTICO COMO FERRAMENTA DE ENFERMAGEM

Principais **stressores** da hospitalização

7

O BRINCAR TERAPÊUTICO COMO FERRAMENTA DE ENFERMAGEM

- **Físicos:**
Procedimentos dolorosos;
Imobilizações ou incapacidade de se mover;
Alteração dos ritmos de sono;
Incapacidade ou impedimento para comer ou beber.
- **Emocionais:**
Falta de controlo da situação;
Incapacidade para comunicar.
- **Ambientais:**
Ambiente desconhecido e assustador;
Sons desconhecidos;
Luminosidade permanente.
- **Sociais:**
Separação dos pais, familiares, amigos, pares;
Privação de brincadeiras e brinquedos habituais.



(Hockenbery & Wilson, 2014)

Gestão **Emocional**

8

O BRINCAR TERAPÊUTICO COMO FERRAMENTA DE ENFERMAGEM

A abordagem de enfermagem deve ir para além da prestação de cuidados físicos e das informações da doença e terapêutica, devendo incluir-se as **necessidades emocionais e sociais da criança**.

(Almeida & Sabatés, 2008)

É essencial que os enfermeiros considerem e desenvolvam estratégias específicas de **gestão emocional** na sua intervenção em enfermagem pediátrica, das quais se destaca o **brincar**.

(Diogo, 2012)



Brincar

9

Brincar é descrito como: “divertir-se com jogos, entreter-se com brincadeiras infantis, recrear-se, distrair-se, folgar”.

(Porto Editora, 2014)

(...)é uma necessidade de infância, constituindo-se como o **trabalho da criança** e como meio que favorece o desenvolvimento físico, mental, emocional e a socialização.

(Hockenberry & Wilson, 2014)

(...)uma parte inseparável do processo de crescimento e desenvolvimento da criança.

(Dewey 1959; Erickson 1970; Piaget 1967)



**Brincar
terapêutico**

O BRINCAR TERAPÊUTICO COMO FERRAMENTA DE ENFERMAGEM

Direito a Brincar

10

7º Princípio da Declaração dos Direitos da Criança (ONU, 1959)

Artigo n.º6 da Carta da Criança Hospitalizada (1988)

Artigo n.º 31 da Convenção sobre os Direitos da Criança (ONU, 1989)

Associação Internacional para o Direito a Brincar (IPA, 1977)



A criança tem direito a desenvolver atividades lúdicas, mesmo nas situações em que a sua saúde está comprometida e necessita de internamento hospitalar.



**Brincar
terapêutico**

O BRINCAR TERAPÊUTICO COMO FERRAMENTA DE ENFERMAGEM

Tipos de brincar (classificação)

11

O BRINCAR TERAPÊUTICO COMO FERRAMENTA DE ENFERMAGEM



(Almeida & Sabatés, 2008)

Brincar terapêutico

12

O BRINCAR TERAPÊUTICO COMO FERRAMENTA DE ENFERMAGEM

(...) utilizado por profissionais para estimular o bem-estar emocional e fisiológico da criança.

(LeVieux-Anglin & Sawyer, 1993)

Possibilita à criança o alívio da ansiedade originada por experiências com as quais (a criança) não consegue lidar naturalmente.

(Almeida & Sabatés, 2008)

O **brincar terapêutico** é uma forma eficaz e indireta de ajudar as crianças a lidar com suas preocupações e medos, que pode conceder informações aos enfermeiros sobre as necessidades e sentimentos das crianças.

(Hockenberry & Wilson, 2014)



Brincar terapêutico

13

- **Dramático:** permite à criança exteriorizar as experiências que tem dificuldade de verbalizar, a fim de aliviar tensão, expressar sentimentos, necessidades e medos;
- **Capacitador de Funções Fisiológicas:** cuja meta é potencializar o autocuidado através do uso das funções fisiológicas da criança de acordo com a sua condição;
- **Instrucional:** que tem como objetivo a preparação e respetiva informação à criança para procedimentos terapêuticos.

(Cintra, Silva, & Ribeiro, 2006)



Brincar terapêutico

O BRINCAR TERAPÊUTICO COMO FERRAMENTA DE ENFERMAGEM

Brincar terapêutico dramático

14



Brincar terapêutico

O BRINCAR TERAPÊUTICO COMO FERRAMENTA DE ENFERMAGEM

Brincar terapêutico **capacitador** das funções fisiológicas

15

O BRINCAR TERAPÊUTICO COMO FERRAMENTA DE
ENFERMAGEM



**Brincar
terapêutico**

Brincar terapêutico **Instrucional**

16

O BRINCAR TERAPÊUTICO COMO FERRAMENTA DE
ENFERMAGEM



**Brincar
terapêutico**

Kit brincar terapêutico

17

O BRINCAR TERAPÊUTICO COMO FERRAMENTA DE ENFERMAGEM

Idade	Brinquedos (exemplos)
0-12M	Roca; Fralda macia; Bola com espelho; Livros de figuras com música e relevo.
1-3A	Boneco; Bolas coloridas; Cubos; Fantoches; Jogos de encaixe; Cd's de música infantil; Livro de cores.
4-6A	Bonecos; Puzzles; Bolas coloridas; Estetoscópio; Tubos de colheita; Seringas; Pensos; Outro material hospitalar; Desenhos; Diplomas de bom comportamento; Stencil; Carimbos infantis.
7-11A	Puzzles; Cd's; Livros de ciência; Jogos; Livros do corpo humano; Bolas coloridas.
12-18A	Cd's; Livros temáticos; Puzzles; Jogos.

(Hockenbery & Wilson, 2014)



Brincar terapêutico

Benefícios do brincar terapêutico

18

O BRINCAR TERAPÊUTICO COMO FERRAMENTA DE ENFERMAGEM



Criança (segurança; conforto; estabilidade emocional; relaxamento; alívio de tensões; diminuição da ansiedade e do medo; promoção do desenvolvimento e socialização; compreensão dos procedimentos).



Família (compreensão dos procedimentos; diminuição da ansiedade; satisfação por ver a criança brincar; descanso).



Enfermeiro (menor resistência aos procedimentos de enfermagem; cuidados não traumáticos; forma de comunicação; forma de reduzir a tensão enfermeiro-cliente; melhora a relação com a família; sentimento de gratificação e realização).



Brincar terapêutico

(Maia, Ribeiro, & Borba, 2008)

É importante reter...

19

Que o **BRINCAR** deve fazer parte do **processo de enfermagem** e deve ser incluído como um **cuidado usual** no cuidar pediátrico.

A enfermagem deve **utilizar os brinquedos** para, **auxiliar a criança hospitalizada a compreender a situação de mudança** e também **avaliar a compreensão** desta sobre este acontecimento.

Embora sabendo que existem dificuldades para a implantação da brincadeira terapêutica, seja por carência de recursos humanos, materiais e/ou estruturais, estes não devem servir de obstáculo que possam justificar a privação do **DIREITO que a criança tem de brincar e de receber um cuidado humano, afetivo e com menor possibilidade de traumas.**



Brincar terapêutico

(Jansen, Santos, & Favero, 2010)

20

Word cloud containing terms related to therapeutic play in nursing: Brincar, Dramático, Família, Direito, Cuidar, Capacitador, Das Funções Fisiológicas, Teórico, É importante, Stressores, Terapêutico, Urgência, Objetivos, Não Traumáticos, Tipos, Instrucional, Benefícios, Kit, Emocional, Pediátrica.

Referências Bibliográficas

21

O BRINCAR TERAPÊUTICO COMO FERRAMENTA DE ENFERMAGEM

- ▶ Almeida, F., & Sabatés, A. (2008). *Enfermagem pediátrica: a criança, o adolescente e sua família no hospital* (1.ª ed.). Barueri-São Paulo: Manole.
- ▶ Baldan, J., Santos, C., Matos, A., & Wernet, M. (2014). Adoção do brincar/brinquedo na prática assistencial à criança hospitalizada: trajetória de enfermeiros. *I3(2)*, 228–235.
- ▶ Cintra, S., Silva, C., & Ribeiro, C. (2006). O ensino do brinquedo/brinquedo terapêutico nos cursos de graduação em enfermagem no Estado de São Paulo. *Revista Brasileira Enfermagem*, *59(4)*, 497–501.
- ▶ Collière, M. F. (2003). *Cuidar...A primeira arte da vida* (2.ª ed.). Loures: Lusociência.
- ▶ Diogo, P. (2012). *Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica*. Loures: Lusociência.
- ▶ Festas, C. (1999). Cuidar no 3º milênio. *Servir*, *47*, 60–66.
- ▶ Haiat, A., Bar-Mor, G., & Shochat, M. (2003). The World of the Child: A World of Play Even in the Hospital. *Journal of Pediatric Nursing*, *18*.
- ▶ Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2014). *Wong fundamentos de enfermagem pediátrica*. Lusociência.
- ▶ Jansen, M., Santos, R., & Favero, L. (2010). Benefícios da utilização do brinquedo durante o cuidado de enfermagem prestado à criança hospitalizada. *Rev Gaúcha Enferm*, *31(2)*, 247–253.
- ▶ LeVieux-Anglin, L., & Sawyer, E. (1993). Incorporating play interventions into nursing care. *Pediatric Nursing*, *19(5)*, 459–463.
- ▶ Maia, E., Ribeiro, C., & Borba, R. de. (2008). Brinquedo terapêutico: benefícios vivenciados por enfermeiras na prática assistencial à criança e família. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, *29(1)*, 39–46.
- ▶ Porto Editora. (2014). Infopedia. Porto Editora. Acedido a 20 de Novembro, 2014, de: <http://www.infopedia.pt/lingua-portuguesa/cuidar>
- ▶ Watson, J. (2002). *Enfermagem Pós-Moderna e Futura: Um novo paradigma da enfermagem*. Loures: Lusociência.

Brincar na Nefrologia Pediátrica

22

O BRINCAR TERAPÊUTICO COMO FERRAMENTA DE ENFERMAGEM

▶ Pontos de reflexão

Pinturas temáticas das paredes do serviço

Fardamento

Norma de lavagem e desinfecção dos brinquedos

Ausência de televisão (sala de atividades)

Falta de rádio leitor de cd's/mp3 (sala de tratamentos)

Carência de atividades e brinquedos para o turno da tarde

Inexistência de kit de brincadeira terapêutica

Identificar estratégias mais utilizadas e os seus resultados terapêuticos



3. AVALIAÇÃO

Após terminada a formação foi possível perceber que o tema foi de encontro às expectativas dos formandos. Uma vez que foram abordados temas centrais e transversais à enfermagem pediátrica, revelando-se assim como uma fonte de conhecimento para os cuidados diários à criança e família, com recurso ao brincar terapêutico.

Ao longo da exposição notou-se a atenção dos formandos à medida que eram abordados os diferentes conteúdos, apresentando estes, uma linguagem verbal e não-verbal positiva, mantendo posturas de interesse e curiosidade, que acabam por justificar a escolha do tema.

No final, a grande maioria dos presentes participou na reflexão conjunta, garantindo a pertinência do tema, demonstrando-se sensibilizados para as vantagens da utilização do brincar terapêutico enquanto ferramenta de enfermagem no cuidar a criança e família. Tornaram-se curtos os 15 minutos de reflexão, tendo existido necessidade de moderação pelo formador para que todos os formandos pudessem participar. Foram abordados temas como as pinturas temáticas das paredes do serviço, o fardamento dos enfermeiros, norma de lavagem e desinfeção dos brinquedos, ausência de televisão na sala de atividades, a falta de rádio leitor de *cd's/mp3* na sala de tratamentos, a carência de atividades e brinquedos para o turno da tarde, a inexistência de *kit* de brincadeira terapêutica e por fim, foram identificadas estratégias pessoais mais utilizadas e os seus resultados terapêuticos.

Esta atividade permitiu o desenvolvimento de competências enquanto enfermeiro especialista, uma vez que respeitando o domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, acabei por favorecer a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros, com base numa práxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Com a mesma relevância, suportei a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade, ao atuar como dinamizador e gestor do

conhecimento no contexto da praticado cuidar, visando ganhos em saúde dos cidadãos (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem Dos Enfermeiros, 1–10.

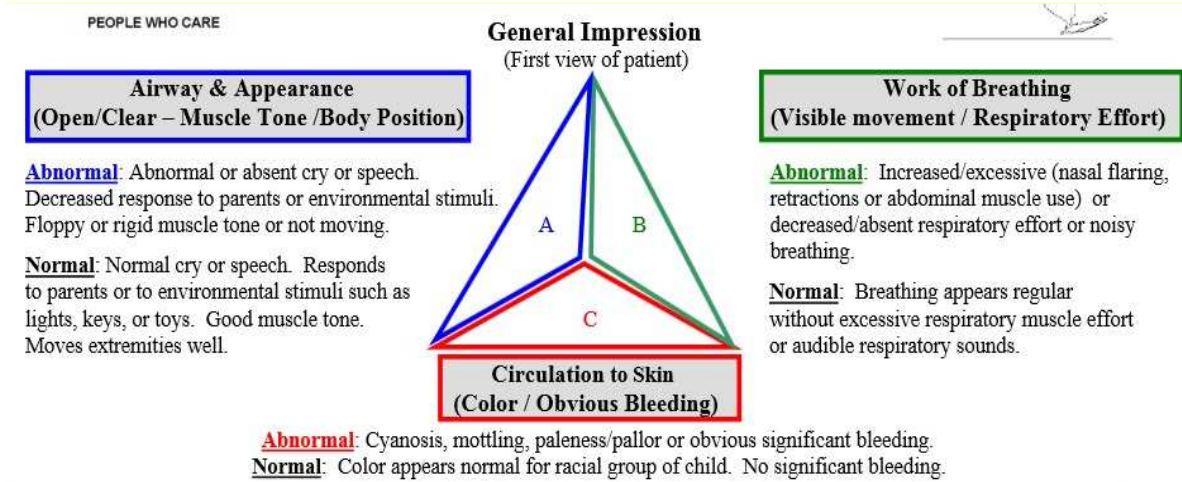
Pereira, A. M., Nunes, J., Teixeira, S., & Diogo, P. (2010). Gestão do Estado Emocional da Criança (dos 6 aos 8 anos) através da Actividade de Brincar : Analisando o Cuidado de Enfermagem em Contexto de Internamento de Pediatria *. *Pensar Enfermagem*, 14, 24–38.

Tavares, P. P. S. (2011). *Acolher Brincando*. Loures: Lusociência.

ANEXOS

Anexo I - Pediatric Assessment Triangle

PEDIATRIC ASSESSMENT TRIANGLE



Anexo II - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista



REGULAMENTO DAS COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Proposta apresentada pelo Conselho Directivo
Lisboa, 5 de Maio de 2010

Aprovado em Assembleia Geral de 29 de Maio de 2010

REGULAMENTO DAS COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Preâmbulo

Especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção. A definição das competências do enfermeiro especialista é coerente com os domínios considerados na definição das competências do enfermeiro de Cuidados Gerais, isto é, o conjunto de competências clínicas especializadas, decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais.

Seja qual for a área de especialidade, todos os enfermeiros especialistas partilham de um grupo de domínios, consideradas competências comuns - a actuação do enfermeiro especialista inclui competências aplicáveis em ambientes de cuidados de saúde primários, secundários e terciários, em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde. Também envolve as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança e inclui a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante, que permita avançar e melhorar a prática da enfermagem.

Assim,

Nos termos da alínea d) do art.º 30.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril, alterado e republicado pela Lei n.º 111/2009, de 16 de Setembro, e do n.º 6 do artigo 4.º desta lei, no âmbito das suas atribuições regulamentadoras e nos termos da alínea o) do artigo 20.º e da alínea i) do artigo 12.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, o Conselho Directivo, ouvido o Conselho Jurisdicional, o Conselho de Enfermagem e os Conselhos Directivos Regionais propõe, para aprovação pela Assembleia Geral, o seguinte Regulamento

Artigo 1.º

Objecto

O presente Regulamento define o perfil das competências comuns dos enfermeiros especialistas e estabelece o quadro de conceitos aplicáveis na regulamentação das competências específicas para cada área de especialização em enfermagem.

Artigo 2.º

Âmbito e Finalidade

1. O conjunto de competências clínicas especializadas decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais e concretiza-se, em competências comuns, aqui previstas, e em competências específicas.
2. O perfil de competências comuns e específicas visa prover um enquadramento regulador para a certificação das competências e comunicar aos cidadãos o que podem esperar.
3. As competências específicas serão reguladas em regulamento próprio de acordo com a respectiva área de especialização em enfermagem.
4. A certificação das competências clínicas especializadas assegura que o enfermeiro especialista possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica que lhe permitem ponderar as necessidades de saúde do grupo-alvo e actuar em todos os contextos de vida das pessoas, em todos os níveis de prevenção.

Artigo 3.º

Conceitos

Para efeitos do presente Regulamento e dos regulamentos que estabelecem as competências específicas dos enfermeiros para cada área de especialização em enfermagem, entende-se por:

- a) "*Competências comuns*", são as competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de concepção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efectivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria;
- b) "*Competências específicas*", são as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas.
- c) "*Competências acrescidas*", são as competências que permitem responder de uma forma dinâmica a necessidades em cuidados de saúde da população que se vão configurando, fruto da complexificação permanente dos conhecimentos, práticas e contextos, certificadas ao longo do percurso profissional especializado, em domínios da disciplina de Enfermagem e disciplinas relacionadas.
- d) "*Domínio de competência*", é uma esfera de acção e compreende um conjunto de competências com linha condutora semelhante e um conjunto de elementos agregados.
- e) "*Norma ou descritivo de competência*", apresenta a competência em relação aos atributos gerais e específicos, sendo decomposta em segmentos menores, podendo descrever os conhecimentos, as habilidades e operações que devem ser desempenhadas e aplicadas em distintas situações de trabalho.
- f) "*Unidade de competência*", é um segmento maior da competência, tipicamente representado como uma função major ou conjunto de elementos de competência afins que representam uma realização concreta, revestindo-se de um significado claro e de valor reconhecido no processo.
- g) "*Crítérios de avaliação*", compreendem a lista integrada dos aspectos de desempenho que devem ser atendidos como evidência do desempenho profissional competente em exercício; expressam as características dos resultados, relacionando-se com o alcance descrito.

Artigo 4.º

Domínios das competências comuns

São quatro os domínios de competências comuns: responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Artigo 5.º

Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

1. As competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal são as seguintes:
 - a) Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;
 - b) Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.
2. Cada competência prevista no número anterior é apresentada com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação (**Anexo I**).

Artigo 6.º

Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade

1. As competências do domínio da melhoria contínua da qualidade são as seguintes:
 - a) Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;
 - b) Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade;
 - c) Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.
2. Cada competência prevista no número anterior é apresentada com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação (**Anexo II**).

Artigo 7.º
Competências do domínio da gestão dos cuidados

1. As competências do domínio da gestão dos cuidados são as seguintes:
 - a) Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional;
 - b) Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados.
2. Cada competência prevista no número anterior é apresentada com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação (**Anexo III**).

Artigo 8.º
Competências do domínio das aprendizagens profissionais

1. As competências do domínio das aprendizagens profissionais são as seguintes:
 - a) Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade;
 - b) Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.
2. Cada competência prevista no número anterior é apresentada com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação (**Anexo IV**).

Aprovado, por maioria, pelo Conselho Directivo na sua reunião de 5 de Maio de 2010 e
ratificado pela Digníssima Bastonária em 6 de Maio de 2010



ANEXO I
A - DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL

A1. DESENVOLVE UMA PRÁTICA PROFISSIONAL E ÉTICA NO SEU CAMPO DE INTERVENÇÃO.

Descritivo:

Demonstra um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica. A competência assenta num corpo de conhecimento no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
A1.1. Demonstra tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada	A1.1.1. As estratégias de resolução de problemas são desenvolvidas em parceria com o cliente. A1.1.2. O juízo baseado no conhecimento e experiência está reflectido na tomada de decisão.

	<p>A1.1.3. A autonomia de julgamento fundamentado reflecte-se na tomada de decisão em situações da prática clínica.</p> <p>A1.1.4. Participa na construção da tomada de decisão em equipa.</p> <p>A1.1.5. As respostas mais apropriadas são identificadas a partir de um amplo leque de opções.</p>
A1.2. Suporta a decisão em princípios, valores e normas deontológicas	<p>A1.2.1. As situações são avaliadas usando técnicas de tomada de decisão.</p> <p>A1.2.2. As decisões são guiadas pelo Código Deontológico.</p> <p>A1.2.3. Incorpora elementos de enquadramento jurídico no julgamento de enfermagem.</p> <p>A1.2.4. Promove o exercício profissional de acordo com o Código Deontológico, na equipa de Enfermagem onde está inserido.</p>
A1.3. Lidera de forma efectiva os processos de tomada de decisão ética de maior complexidade na sua área de especialidade	<p>A1.3.1. Desempenha o papel de consultor quando os cuidados requerem um nível de competência correspondente à sua área de especialidade.</p> <p>A1.3.2. Reconhece a sua competência na área da sua especialidade.</p> <p>A1.3.3. Toma a iniciativa de conduzir os processos de tomada de decisão.</p> <p>A1.3.4. Recolhe contributos e suscita a análise dos fundamentos das decisões.</p>
A1.4. Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão	<p>A1.4.1. Afere os resultados das tomadas de decisão com o processo e a ponderação realizada.</p> <p>A1.4.2. Os resultados são avaliados e partilhados para promover o desenvolvimento da prática especializada.</p>

A2. PROMOVE PRÁTICAS DE CUIDADOS QUE RESPEITAM OS DIREITOS HUMANOS E AS RESPONSABILIDADES PROFISSIONAIS.

Descritivo:

Demonstra uma prática que respeita os direitos humanos, analisa e interpreta em situação específica de cuidados especializados, assumindo a responsabilidade de gerir situações potencialmente comprometedoras para os clientes.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
A2.1. Promove a protecção dos direitos humanos	<p>A2.1.1. Assume a defesa dos Direitos Humanos, tal como descrito no Código Deontológico, relevando os relativos à sua área de especialidade.</p> <p>A2.1.2. Promove o respeito pelo direito dos clientes no acesso à informação, na equipa de Enfermagem onde está inserido.</p> <p>A2.1.3. Promove a confidencialidade e a segurança da informação escrita e oral adquirida enquanto profissional, na equipa de Enfermagem onde está inserido.</p> <p>A2.1.4. Promove o respeito do cliente à privacidade, na equipa de Enfermagem onde está inserido.</p> <p>A2.1.5. Promove o respeito do cliente à escolha e à autodeterminação no âmbito dos cuidados especializados e de saúde, na equipa de Enfermagem onde está inserido.</p> <p>A2.1.6. Promove o respeito pelos valores, costumes, as crenças espirituais e as práticas específicas dos indivíduos e grupos, na equipa de enfermagem onde está inserido.</p> <p>A2.1.7. Reconhece e aceita os direitos dos outros.</p> <p>A2.1.8. Mantém um processo efectivo de cuidado, quando confrontado com valores diferentes.</p>
A2.2. Gere na equipa, de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a	<p>A2.2.1. Reconhece a necessidade de prevenir e identifica práticas de risco.</p> <p>A2.2.2. Adopta e promove a adopção de medidas apropriadas, com recurso às suas competências especializadas.</p> <p>A2.2.3. Tem uma conduta preventiva, antecipatória.</p>

segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente	A2.2.4. Recolhe e analisa informação com a finalidade de aumentar a segurança das práticas, nas dimensões ética e deontológica. A2.2.5. Identifica as acções a serem tomadas em circunstâncias específicas. A2.2.6. Segue incidentes de prática insegura para prevenir re-ocorrência.
--	---

ANEXO II B - DOMÍNIO DA MELHORIA DA QUALIDADE

B1. DESEMPEÑA UM PAPEL DINAMIZADOR NO DESENVOLVIMENTO E SUPORTE DAS INICIATIVAS ESTRATÉGICAS INSTITUCIONAIS NA ÁREA DA GOVERNAÇÃO CLÍNICA.

Descritivo:

Colabora na concepção e concretização de projectos institucionais na área da qualidade e efectua a disseminação necessária à sua apropriação até ao nível operacional.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
B1.1. Inicia e participa em projectos institucionais na área da qualidade	B1.1.1. Participa na definição de metas para a melhoria da qualidade dos cuidados ao nível organizacional. B1.1.2. Desenvolve aptidões a nível da análise e planeamento estratégico da qualidade dos cuidados. B1.1.3. Colabora na realização de actividades na área da qualidade e em protocolos da qualidade com outras instituições. B1.1.4. Comunica resultados das actividades institucionais na área da qualidade aos enfermeiros e gestores.
B1.2. Incorpora directivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática	B1.2.1. Detém conhecimentos avançados sobre as directivas na área da qualidade e em melhoria contínua. B1.2.2. Divulga experiências avaliadas como sendo de sucesso. B1.2.3. Promove a incorporação dos conhecimentos na área da qualidade na prestação de cuidados.

B2. CONCEBE, GERE E COLABORA EM PROGRAMAS DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE.

Descritivo:

Reconhecendo que a melhoria da qualidade envolve análise e revisão das práticas em relação aos seus resultados, avalia a qualidade, e, partindo dos resultados, implementa programas de melhoria contínua.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
B2.1. Avalia a qualidade dos cuidados de enfermagem nas vertentes de Estrutura, Processo e Resultado	B2.1.1. Acede à evidência científica e às normas necessárias para a avaliação da qualidade. B2.1.2. Define indicadores para medição válida da qualidade, em função das necessidades. B2.1.3. Utiliza indicadores de avaliação da estrutura ao nível da organização, recursos humanos e materiais. B2.1.4. Realiza auditorias clínicas. B2.1.5. Aplica instrumentos de avaliação de resultado.
B2.2. Planeia programas de melhoria contínua	B2.2.1. Identifica oportunidades de melhoria. B2.2.2. Estabelece prioridades de melhoria. B2.2.3. Selecciona estratégias de melhoria. B2.2.4. Elabora guias orientadores de boa prática.

B2.3. Lidera programas de melhoria	B2.3.1. Supervisiona, permanentemente, os processos de melhoria e o desenvolvimento da qualidade. B2.3.2. Normaliza e actualiza as soluções eficazes e eficientes.
------------------------------------	---

B3. CRIA E MANTÉM UM AMBIENTE TERAPÉUTICO E SEGURO.

Descritivo:

Considerando a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efectividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, actua proactivamente promovendo a envolvimento adequada ao bem-estar e gerindo o risco.

<i>Unidades de competência</i>	<i>Crítérios de avaliação</i>
B3.1. Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e protecção dos indivíduos / grupo	B3.1.1. Promove a sensibilidade, consciência e respeito pela identidade cultural, como parte das percepções de segurança de um indivíduo / grupo. B3.1.2. Promove a sensibilidade, consciência e respeito em relação às necessidades espirituais do indivíduo / grupo. B3.1.3. Envolve a família e outros no sentido de assegurar que necessidades culturais e espirituais são satisfeitas. B3.1.4. Demonstra conhecimento e compreensão das questões relativas ao fornecimento de um ambiente seguro para os utentes (de acordo com a idade). B3.1.5. Promove a aplicação dos princípios relevantes para garantir a segurança da administração de substâncias terapêuticas pelos pares. B3.1.6. Promove a aplicação dos princípios da ergonomia e tecnológicos para evitar danos aos profissionais e aos utentes. B3.1.7. Promove a adesão à saúde e segurança ocupacional. B3.1.8. Desenvolve medidas para a segurança dos dados e registos.
B3.2. Gere o risco ao nível institucional ou das unidades funcionais	B3.2.1. Colabora na definição de recursos adequados para a prestação de cuidados seguros. B3.2.2. Envolve os colaboradores na gestão do risco. B3.2.3. Previne os riscos ambientais. B3.2.4. Desenvolve mecanismos formais para a participação dos incidentes, avaliação das consequências e investigação das causas, sem atribuição de culpa. B3.2.5. Desenvolve os sistemas de trabalho, de forma a reduzir a probabilidade de ocorrência de erro humano. B3.2.6. Cria mecanismos formais que permitam avaliar a efectividade das estratégias, planos e processos da gestão do risco. B3.2.7. Colabora na elaboração de planos de manutenção preventiva de instalações, materiais e equipamentos. B3.2.8. Coordena a implementação e manutenção de medidas standard de prevenção e controlo da infecção. B3.2.9. Colabora na elaboração de planos de emergência.

ANEXO III C - DOMÍNIO DA GESTÃO DOS CUIDADOS

C1. GERE OS CUIDADOS, OPTIMIZANDO A RESPOSTA DA EQUIPA DE ENFERMAGEM E SEUS COLABORADORES E A ARTICULAÇÃO NA EQUIPA MULTIPROFISSIONAL.

Descritivo:

Ordem dos Enfermeiros

Página 7 de 10

Realiza a gestão dos cuidados, optimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
C1.1. Optimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão	C1.1.1. Disponibiliza assessoria aos enfermeiros e equipa. C1.1.2. Colabora nas decisões da equipa multiprofissional. C1.1.3. Intervém melhorando a informação para o processo de cuidar, os diagnósticos, a variedade de soluções eficazes a prescrever e a avaliação do processo de cuidar. C1.1.4. Reconhece quando negociar com ou referenciar para outros prestadores de cuidados de saúde.
C1.2. Orienta e supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade	C1.2.1. Orienta a decisão relativa às tarefas a delegar. C1.2.2. Cria guias orientadores das práticas a delegar. C1.2.3. Utiliza uma variedade de técnicas directas ou indirectas tais como a instrução ou a demonstração prática das tarefas a delegar. C1.2.4. Supervisiona e avalia os cuidados prestados, em situação de delegação.

C2. ADAPTA A LIDERANÇA E A GESTÃO DOS RECURSOS ÀS SITUAÇÕES E AO CONTEXTO VISANDO A OPTIMIZAÇÃO DA QUALIDADE DOS CUIDADOS.

Descritivo:

Na gestão dos cuidados, adequa os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança situacional mais adequado à promoção da qualidade dos cuidados.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
C2.1. Optimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados	C2.1.1. Conhece e aplica a legislação, políticas e procedimentos de gestão de cuidados. C2.1.2. Fundamenta os métodos de organização do trabalho adequados. C2.1.3. Organiza e coordena a equipa de prestação de cuidados. C2.1.4. Negocia recursos adequados à prestação de cuidados de qualidade. C2.1.5. Avalia riscos para a prestação de cuidados associados aos recursos. C2.1.6. Utiliza os recursos de forma eficiente para promover a qualidade.
C2.2. Adapta o estilo de liderança e adequa-o ao clima organizacional estrito favorecedores da melhor resposta do grupo e dos indivíduos	C2.2.1. Reconhece e compreende os distintos e interdependentes papéis e funções de todos os membros da equipa. Promove um ambiente positivo e favorável à prática. C2.2.2. Aplica estratégias de motivação da equipa para um desempenho diferenciado. C2.2.3. Adapta o estilo de liderança à maturidade dos colaboradores e às contingências. C2.2.4. Usa os processos de mudança para influenciar a introdução de inovações na prática especializada.

ANEXO IV
D - DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS

D1. DESENVOLVE O AUTO-CONHECIMENTO E A ASSERTIVIDADE.

Descritivo:

Demonstra, em situação, a capacidade de auto-conhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo-se que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Releva a dimensão de Si e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
D1.1. Detém uma elevada consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro	D1.1.1. Desenvolve o auto-conhecimento para facilitar a identificação de factores que podem interferir no relacionamento com a pessoa cliente e/ou a equipa multidisciplinar. D1.1.2. Gere as suas idiossincrasias na construção dos processos de ajuda. D1.1.3. Reconhece os seus recursos e limites pessoais e profissionais D1.1.4. Consciencializa a influência pessoal na relação profissional.
D1.2. Gera respostas, de elevada adaptabilidade individual e organizacional	D1.2.1. Desenvolve a congruência entre auto e hetero-percepção. D1.2.2. Gere sentimentos e emoções em ordem a uma resposta eficiente. D1.2.3. Actua eficazmente sob pressão. D1.2.4. Reconhece e antecipa situações de eventual conflitualidade. D1.2.5. Utiliza adequadamente técnicas de resolução de conflitos.

D2. Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento

Descritivo:

Assenta os processos de tomada de decisão e as intervenções em padrões de conhecimento (científico, ético, estético, pessoal e de contexto sociopolítico) válidos, actuais e pertinentes, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente activo no campo da investigação.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
D2.1. Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade	D2.1.1. Actua como formador oportuno em contexto de trabalho, na supervisão clínica e em dispositivos formativos formais. D2.1.2. Diagnostica necessidades formativas. D2.1.3. Concebe e gere programas e dispositivos formativos. D2.1.4. Favorece a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros. D2.1.5. Avalia o impacto da formação.
D2.2. Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade	D2.2.1. Actua como dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática cuidativa, visando ganhos em saúde dos cidadãos. D2.2.2. Identifica lacunas do conhecimento e oportunidades relevantes de investigação. D2.2.3. Investiga e colabora em estudos de investigação. D2.2.4. Interpreta, organiza e divulga dados provenientes da evidência que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem. D2.2.5. Discute as implicações da investigação. D2.2.6. Contribui para o conhecimento novo e para o desenvolvimento da prática clínica especializada.
D2.3. Provê liderança na formulação e implementação de políticas, padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho	D2.3.1. Tem uma sólida base de conhecimentos de enfermagem e outras disciplinas que contribuem para a prática especializada. D2.3.2. Demonstra conhecimentos e aplica-os na prestação de cuidados especializados, seguros e competentes. D2.3.3. Rentabiliza as oportunidades de aprendizagem e toma a iniciativa na análise de situações clínicas. D2.3.4. Usa as tecnologias de informação e métodos de pesquisa adequados. D2.3.5. Toma iniciativa na formulação e implementação de processos de formação e desenvolvimento na prática clínica especializada.

Anexo III - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem



**REGULAMENTO DAS
COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM
ENFERMAGEM DE SAÚDE DA CRIANÇA E DO JOVEM**

APROVADO POR MAIORIA EM
ASSEMBLEIA GERAL EXTRAORDINÁRIA DE 20 DE NOVEMBRO DE 2010

Proposta apresentada pelo Conselho Directivo, após aprovação na Assembleia de Colégio da Especialidade de
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica em 18/09/2010

Lisboa, 20 de Outubro de 2010

ORDEM DOS ENFERMEIROS



REGULAMENTO

COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE DA CRIANÇA E DO JOVEM

Preâmbulo

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem utiliza um modelo conceptual centrado na criança e família encarando sempre este binómio como beneficiário dos seus cuidados. A especialidade de Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem detém o seu espaço de intervenção em torno de uma fase crucial do ciclo vital, a qual compreende o período que medeia do nascimento até aos 18 anos de idade. Em casos especiais, como a doença crónica, a incapacidade e a deficiência, pode ir além dos 18 anos e mesmo até aos 21 anos, ou mais, até que a transição apropriada para a vida adulta esteja conseguida com sucesso.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem trabalha em parceria com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre (em hospitais, cuidados continuados, centros de saúde, escola, comunidade, casa, ...), para promover o mais elevado estado de saúde possível, presta cuidados à criança saudável ou doente e proporciona educação para a saúde assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa.

A performance como especialista traduz-se na prestação de cuidados de nível avançado, com segurança, competência e satisfação da criança e suas famílias, procurando responder globalmente ao "mundo" da criança bem como trabalhar no sentido de remover barreiras e incorporar instrumentos de custo efectivo e gestão da segurança do cliente (*Kelly et al, 2007*).

São áreas de actuação particular a avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem, com orientação antecipatória às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil; a gestão do bem-estar da criança; a detecção precoce e encaminhamento de situações que possam afectar negativamente a vida ou qualidade de vida, nomeadamente comportamentos de risco, suicídio, violência e gravidez; a promoção da auto-estima do adolescente e a sua progressiva responsabilização pelas escolhas relativas à saúde.

É do escopo de acção deste especialista a resposta na complexidade em áreas diversas como, deter conhecimentos e habilidades para antecipar e responder às situações de emergência, mas também para avaliar a família e responder às suas necessidades, nomeadamente no âmbito da adaptação às mudanças na saúde e dinâmica familiar. Na definição das competências e critérios serão utilizados termos que devem ser entendidos de acordo com o significado atribuído pela CIPE®1.0.



**REGULAMENTO COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA
EM ENFERMAGEM DE SAÚDE DA CRIANÇA**

Artigo 1.º
Objecto

O presente regulamento define o perfil das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem.

Artigo 2.º
Âmbito e Finalidade

O perfil de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem integra, juntamente com o perfil das competências comuns, o conjunto de competências clínicas *especializadas que visa prover um enquadramento regulador para a certificação das competências e comunicar* aos cidadãos o que podem esperar.

Artigo 3.º
Conceitos

Os termos utilizados no presente Regulamento regem-se pelas definições previstas no artigo 3.º do Regulamento que estabelece as competências comuns dos enfermeiros especialistas.

Artigo 4.º
Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem

1. As competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem são as seguintes:
 - a) Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde;
 - b) Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade;
 - c) Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.
2. Cada competência prevista no número anterior é apresentada com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação (Anexo I).

Aprovado em Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica realizada no dia 18 de Setembro de 2010

A Presidente da Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Enfª Maria Amélia Monteiro



REGULAMENTO COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA
EM ENFERMAGEM DE SAÚDE DA CRIANÇA E DO JOVEM

ANEXO I

1. Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde.

Descritivo:

Considerando a natural dependência da criança, a sua progressiva autonomização e o binómio criança/família como alvo do cuidar do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, estabelece com ambos uma parceria de cuidar promotora da optimização da saúde, no sentido da adequação da gestão do regime e da parentalidade.

<i>Unidades de competência</i>	<i>Crítérios de avaliação</i>
E1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança / jovem	E1.1.1. Negoceia a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar. E1.1.2. Comunica com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis. E1.1.3. Utiliza estratégias motivadoras da criança/jovem e família para a assumpção dos seus papéis em saúde. E1.1.4. Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença. E1.1.5. Procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adopção de comportamentos potenciadores de saúde. E1.1.6. Utiliza a informação existente ou avalia a estrutura e o contexto do sistema familiar. E1.1.7. Estabelece e mantém redes de recursos comunitários de suporte à criança/jovem e família com necessidades de cuidados. E1.1.8. Intervém em programas no âmbito da saúde escolar. E1.1.9. Apoia a inclusão de crianças e jovens com necessidades de saúde e educativas especiais. E1.1.10. Trabalha em parceria com agentes da comunidade no sentido da melhoria da acessibilidade da criança/jovem aos cuidados de saúde.
E1.2. Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afectar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem	E1.2.1. Demonstra conhecimentos sobre doenças comuns às várias idades, implementando respostas de enfermagem apropriadas. E1.2.2. Encaminha as crianças doentes que necessitam de cuidados de outros profissionais. E1.2.3. Identifica evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar psíquico. E1.2.4. Identifica situações de risco para a criança e jovem (ex. maus tratos, negligência e comportamentos de risco). E1.2.5. Sensibiliza pais, cuidadores e profissionais para o risco de violência, consequências e prevenção. E1.2.6. Assiste a criança/jovem em situações de abuso, negligência e maus-tratos. E1.2.7. Avalia conhecimentos e comportamentos da criança/jovem e família relativos à saúde. E1.2.8. Facilita a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem e família.



**REGULAMENTO COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA
EM ENFERMAGEM DE SAÚDE DA CRIANÇA E DO JOVEM**

2. Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade.

Descritivo:

Mobiliza recursos oportunamente, para cuidar da criança/jovem e família em situações de particular exigência, decorrente da sua complexidade, recorrendo a um largo espectro de abordagens e terapias.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
E2.1. Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados	E2.1.1. Mobiliza conhecimentos e habilidades para a rápida identificação de focos de instabilidade e resposta pronta antecipatória. E2.1.2. Demonstra conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida pediátrico. E2.1.3. Aplica conhecimentos e capacidades facilitadores da "dignificação da morte" e dos processos de luto.
E2.2. Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas.	E2.2.1. Aplica conhecimentos sobre saúde e bem-estar físico, psico-social e espiritual da criança/jovem. E2.2.2. Garante a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor. E2.2.3. Aplica conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor.
E2.3. Responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados	E2.3.1. Demonstra conhecimentos em doenças raras e respostas de enfermagem apropriadas. E2.3.2. Procura evidência científica para responder e encaminhar as crianças com doenças raras.
E2.4. Providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência.	E2.4.1. Demonstra conhecimento sobre as posições da Ordem dos Enfermeiros relativamente às terapias complementares na prática de enfermagem. E2.4.2. Demonstra conhecimento e habilidades em diferentes tipos de terapias a oferecer à criança/jovem. E2.4.3. Procura evidência científica para fundamentar a tomada de decisão sobre as terapias a utilizar.
E2.5. Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade.	E2.5.1. Diagnostica necessidades especiais e incapacidades na criança/jovem. E2.5.2. Capacita a criança em idade escolar, o adolescente e a família para a adopção de estratégias de coping e de adaptação. E2.5.3. Promove a relação dinâmica com crianças/jovens e famílias com adaptação adequada. E2.5.4. Adequa o suporte familiar e comunitário. E2.5.5. Demonstra na prática conhecimentos sobre estratégias promotoras de esperança. E2.5.6. Referencia crianças/jovens com incapacidades e doença crónica para instituições de suporte e para cuidados de especialidade, se necessário.



**REGULAMENTO COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA
EM ENFERMAGEM DE SAÚDE DA CRIANÇA E DO JOVEM**

3. Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.

Descritivo:

Considerando as especificidades e exigências desenvolvimentais das etapas desta fase do ciclo vital, responde eficazmente promovendo a maximização do potencial de desenvolvimento desde a vinculação até à juventude.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
E3.1. Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil	E3.1.1. Demonstra conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento. E3.1.2. Avalia o crescimento e desenvolvimento da criança e jovem. E3.1.3. Transmite orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infanto-juvenil.
E3.2. Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais.	E3.2.1. Avalia o desenvolvimento da parentalidade. E3.2.2. Demonstra conhecimentos sobre competências do RN para promover o comportamento interativo. E3.2.3. Utiliza estratégias promotoras de esperança realista. E3.2.4. Utiliza estratégias para promover o contacto físico pais/RN. E3.2.5. Promove a amamentação. E3.2.6. Negoceia o envolvimento dos pais na prestação de cuidados ao RN. E3.2.7. Gere o processo de resposta à criança com necessidades de intervenção precoce.
E3.3. Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura.	E3.3.1. Demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/jovem e família. E3.3.2. Relaciona-se com a criança/jovem e família no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura. E3.3.3. Demonstra habilidades de adaptação da comunicação ao estado de desenvolvimento da criança/jovem.
E3.4. Promove a auto-estima do adolescente e a sua auto-determinação nas escolhas relativas à saúde.	E3.4.1. Facilita a comunicação expressiva de emoções. E3.4.2. Reforça a imagem corporal positiva se necessário. E3.4.3. Identifica os estádios do processo de mudança na adopção de comportamentos saudáveis. E3.4.4. Reforça a tomada de decisão responsável. E3.4.5. Negoceia contrato de saúde com o adolescente.

Anexo IV - Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil - Avaliação do desenvolvimento Infantil

Texto de apoio 1

Avaliação do desenvolvimento

AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO

1. INTRODUÇÃO

A criança é um ser em desenvolvimento motor, cognitivo, emocional e social. A avaliação desse percurso, a detecção precoce de quaisquer perturbações, e das implicações que estas têm na qualidade de vida e no sucesso educacional e integração social da criança, constituem objetivos da vigilância de Saúde Infantil e Juvenil em Cuidados de Saúde Primários (CSP).

O desenvolvimento psicomotor é um processo dinâmico e contínuo, sendo constante a ordem de aparecimento das diferentes funções. Contudo, a velocidade de passagem de um estágio a outro varia de uma criança para outra e, conseqüentemente, a idade de aparecimento de novas aquisições também difere.

As perturbações do desenvolvimento psicomotor são diagnosticadas habitualmente por:

- pesquisa desencadeada em virtude de existência de fatores de risco;
- suspeita de qualquer problema por parte dos pais, familiares ou professores;
- observação clínica em exames periódicos ou oportunistas no contexto da vigilância de saúde.

Em CSP, pode realizar-se com eficácia a apreciação do desenvolvimento infantil sem perder a simplicidade nos procedimentos.

Neste contexto, os profissionais de saúde motivados e com experiência poderão avaliar adequadamente o desenvolvimento de uma criança através de uma observação crítica, desde o momento em que esta entra na sala de consulta, até que sai e, muito particularmente, durante a conversa com os pais/cuidadores.

Nesta fase da consulta, a observação da criança ao colo dos pais, ou a brincar, enquanto não é o alvo das atenções e, conseqüentemente, se sente mais à vontade, permite ao profissional tirar ilações importantes, e geralmente fiáveis, relativamente ao desenvolvimento da mesma. É muito útil observá-la sem que dê por isso – a atenção, o tipo de manipulação que utiliza, a mímica, etc. – e ter, por exemplo, um ou mais brinquedos a que ela possa ter acesso imediato.

Estudos prévios mostraram que a técnica mais frequentemente usada em CSP para avaliação do desenvolvimento é a avaliação clínica informal e que poucos profissionais usam testes standardizados de rastreio nas consultas de vigilância de Saúde Infantil. Esta avaliação clínica isolada deteta menos de 30% das crianças com problemas de desenvolvimento. Em contraste, os instrumentos de rastreio standardizados têm sensibilidade e especificidade entre os 70 e 90% na identificação destas situações.

Os parâmetros do desenvolvimento psicomotor não são mensuráveis como os do crescimento físico. Daí, as dificuldades em considerar os denominados “Testes de Desenvolvimento” instrumentos suficientemente bons para serem utilizados como método exclusivo de detecção das perturbações do desenvolvimento.

O tempo exigido para a aplicação destes testes, a rigidez, os diversos fatores circunstanciais que afetam a sua valorização, o baixo valor preditivo decorrente da imprevisível história natural da doença, o elevado número de falsos negativos e falsos positivos (com a consequente falsa segurança ou ansiedade iatrogénica) e a dificuldade em estabelecer uma linha clara entre o normal e o patológico, são fatores que limitam a sua aplicação numa perspetiva de eficiência e impacte.

Não obstante, o conhecimento e a aplicação dos testes mais simples, por parte dos profissionais de saúde, nomeadamente a escala de avaliação de desenvolvimento de *Mary Sheridan*, largamente usada há várias décadas, que integra atualmente os programas informáticos utilizados nos CSP, poderá permitir um melhor conhecimento dos parâmetros normais do desenvolvimento e dos seus amplos limites.

Os testes podem, assim, servir como “padrão de referência da normalidade”, contribuir para focar a atenção nesta área da Saúde Infantil e, ainda, motivar e encorajar os pais a levantarem questões e a participarem na promoção do desenvolvimento dos seus filhos.

Os testes abrangem períodos de tempo em que as modificações e as aquisições são mais numerosas e mais rápidas. Existem, contudo, grandes variações no que respeita à velocidade de obtenção de novas competências e ao cumprimento das diferentes etapas de desenvolvimento. Estas, e no que respeita ao desenvolvimento intelectual, dependem da hereditariedade, da experiência adquirida, da transmissão social e da dinâmica entre estes fatores.

Nem todas as crianças chegam à mesma idade no mesmo estágio de desenvolvimento. Os desvios são por vezes tais, que é muito difícil propor um calendário ótimo para os exames periódicos. No entanto, sobre este ponto, há que assumir uma posição “oportunista” muito clara, aproveitando as idades-chave definidas neste Programa Nacional, sendo complementadas por qualquer informação pertinente obtida no decurso de uma observação da criança.

É preciso, também, ter em conta que a simples aplicação de testes, ou a valorização de dados isolados, não permitem uma avaliação válida do desenvolvimento, nem um prognóstico rigoroso quanto ao futuro da criança.

As perturbações do desenvolvimento envolvem um espectro de problemas de vários tipos e gravidade, sendo as ligeiras geralmente difíceis de detetar. Além disso, **apesar da sequência de aquisições ser conhecida e comum a todos, o desenvolvimento infantil processa-se muitas vezes de forma descontínua**, com “saltos”. Apesar de haver alguns consensos sobre o que constitui as fronteiras da normalidade, o mesmo não se passa quanto à gravidade da situação que justifica uma intervenção apropriada. Em consequência, os profissionais tendem a retardar a identificação e o encaminhamento das situações, para não aumentar a ansiedade dos pais e restantes cuidadores.

Assim, o acompanhamento das aquisições do desenvolvimento deverá ser um processo flexível, dinâmico e contínuo, à semelhança, aliás, do próprio processo maturativo da criança. Deverá ter lugar em todos os encontros que os profissionais têm com a criança e a família e não apenas nas denominadas idades-chave.

Este processo de avaliação do desenvolvimento psicomotor, monitorizado através da valorização das observações dos pais, da história clínica, do reconhecimento dos fatores de risco e da observação da criança – com ou sem a ajuda dos testes de desenvolvimento – **deverá ser encarado no contexto geral da promoção da saúde da criança**. Além disso, dever-se-ão incluir, igualmente, ações destinadas a estimular e promover o desenvolvimento, tais como as de informação e ensino aos pais, para que cada criança possa atingir o máximo das suas potencialidades, quer no seu processo educativo e social, quer nas áreas para as quais está particularmente apta.

A avaliação clínica do desenvolvimento, realizada de forma rigorosa e completa, permite ter, após interpretação dos dados obtidos, um conhecimento aproximado do potencial de desenvolvimento de uma criança. Não permite, contudo, prever o modo como essa criança expressará esse potencial.

A concretização do possível em real – no que se refere ao desenvolvimento das capacidades, faculdades e talentos de uma criança – depende de inúmeros fatores, entre os quais a qualidade da habitação, o ambiente familiar, os amigos, a escola, a personalidade, o grau de saúde e de nutrição e, igualmente, as oportunidades que lhe foram dadas e as que ela própria procurar.

Os profissionais de saúde podem desempenhar um papel relevante neste processo. Tendo como objetivo a melhor integração social e qualidade de vida, é-lhes possível intervir no controlo do impacto dos fatores de risco, na prevenção primária, no diagnóstico e terapêutica precoces e no acompanhamento adequado da criança com perturbações do desenvolvimento, bem como da sua família.

Para tal, torna-se essencial **assegurar a formação e uniformização de critérios de avaliação do desenvolvimento psicomotor em CSP**, de modo a rentabilizar os recursos, evitando referências desnecessárias a consultas ou centros especializados e, sobretudo, aproveitando o conhecimento único proporcionado pelos exames regulares de vigilância de Saúde Infantil executados pela equipa.

Os pais, familiares e educadores acompanham a criança durante muito mais tempo do que os profissionais de saúde. Além disso, convivem com ela num meio onde a mesma se expressa mais à vontade. **Há que valorizar, até prova em contrário, as suspeitas e preocupações veiculadas espontaneamente pelos pais e educadores e/ou as suas respostas a questionários clínicos dirigidos**. Para tal, o ambiente da consulta, bem como a atitude dos profissionais, deverão propiciar aos pais um à-vontade suficiente para se exprimirem sem receio e veicularem as suas dúvidas. É exigível, assim, um tempo de consulta mínimo para se criar esse ambiente e permitir a formulação de dúvidas e expectativas, assim como a discussão das situações.

A investigação tem demonstrado a importância da valorização das observações e preocupações dos pais. No entanto, há que realçar o facto de que, a ausência de qualquer preocupação específica manifestada pelos pais, não é, por si só, fator preditivo de desenvolvimento normal.

2. RECOMENDAÇÕES PRÁTICAS

Os aspetos práticos fundamentais a considerar são:

1. Adquirir **conhecimentos sólidos acerca dos parâmetros do desenvolvimento normal**. Considerar que os limites do normal são extraordinariamente amplos. Nem todas as crianças atingem, na mesma idade, o mesmo estágio de desenvolvimento para qualquer dos parâmetros considerados.
2. Ter presentes as **situações etiopatogénicas mais comuns**, a fim de as poder incluir no diagnóstico diferencial, quando for caso disso.
3. Identificar, para cada criança, os seus **fatores de risco**.
4. Saber se a criança já está a ser seguida em alguma **consulta de especialidade**, ou se já o foi. Em caso afirmativo, procurar saber o que se passou nessa consulta em termos de diagnóstico e de terapêutica e incentivar o registo no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil (BSIJ) ou eBoletim.
5. Proporcionar aos **pais/cuidadores a oportunidade de expressar as suas suspeitas**. Até prova em contrário, há que valorizá-las, bem como as referidas por outros familiares e educadores.
6. Durante a anamnese, fazer um **interrogatório dirigido**, procurando investigar se existem perturbações relativamente a algum dos parâmetros de desenvolvimento.
7. **Observar o comportamento da criança desde que entra até que sai da consulta**, incluindo a fase do exame físico. Dar-lhe a oportunidade para revelar as suas capacidades e habilidades, o que deverá ser observado de um modo discreto. **Nos dois primeiros anos de vida, há que atender à idade gestacional da criança**.
8. **Valorizar** eventuais **fatores circunstanciais**, familiares, do treino anterior da criança, do maior ou menor à-vontade da mesma durante a avaliação, os quais podem levar a que o exame de uma criança perfeitamente normal suscite dúvidas, se estes aspetos não forem devidamente equacionados.
9. Se subsistirem dúvidas acerca de algum parâmetro, utilizar meios mais sofisticados, como outros testes de desenvolvimento, **mas apenas** se se estiver familiarizado com eles e se se dispuser de condições e de tempo adequado para o fazer.
10. Em caso de dúvida, **confrontar** os elementos da avaliação com os de outros profissionais de saúde envolvidos. **Dialogar** com os pais/cuidadores e inseri-los em todo este processo. **Partilhar** as dúvidas com eles, não criando angústias exageradas, nem fazendo diagnósticos precipitados.
11. **Correlacionar** os elementos de avaliação com os fatores de risco mencionados.
12. Se surgirem dúvidas, **programar outra observação** da criança a curto prazo e motivar e orientar os pais para uma observação em casa.
13. Se se considerar que a criança tem um problema, **referenciá-la**, ou para um atendimento de referência para avaliação do desenvolvimento nos serviços de CSP, ou para uma consulta nos serviços de cuidados diferenciados na matéria, conforme as possibilidades e a organização dos serviços na área onde trabalha. Para tal, é importante que cada médico conheça os **“canais” de referência possíveis**.

14. Enviar a **informação** completa e adequada e procurar obter uma **informação de retorno. Utilizar o BSII ou eBoletim.**
15. Finalmente, não esquecer que a abordagem da criança com deficiência, principalmente a abordagem terapêutica, deverá ser sempre feita por uma **equipa multidisciplinar**. Importa, igualmente, a nível local/regional, coordenar as várias informações terapêuticas necessárias, de acordo com pareceres ou recomendações de consultas mais especializadas, responsabilizando, a nível regional, os vários organismos vocacionados para o atendimento da criança com deficiência.
16. No caso das crianças, entre os 0 e os 6 anos (A), com alterações nas funções ou estruturas do corpo ou com risco grave de atraso de desenvolvimento, deve fazer-se a sinalização para as Equipas Locais de Intervenção do Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI) de acordo com os critérios de elegibilidade (<http://dre.pt/pdf1s/2009/10/19300/0729807301.pdf>).

Inclui-se também neste texto de apoio a **Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada: 1 – 12 meses (M) e 18 M – 5 A** apresentadas, respetivamente nos **Quadros 1 e 3**, assim como a Escala de **Sinais de Alarme seguindo a mesma linha de idades**, apresentadas respetivamente nos **Quadros 2 e 4**. No sentido de facilitar a aplicação deste instrumento, inserem-se algumas notas explicativas representadas graficamente no **Quadro 5**. Neste, para cada idade, apresentam-se ainda algumas **atividades promotoras do desenvolvimento**, que poderão ser recomendadas aos pais/cuidadores no momento da avaliação. Inclui-se também uma lista do material sugerido para utilização da escala, apresentado no **Quadro 6**.

Além disso, com o objetivo de rastrear as perturbações no espectro do autismo, no final deste anexo, foi incluído um breve questionário referente ao desenvolvimento e comportamento, utilizado em crianças dos 16 aos 30 M – **Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT)** (Diana Robins, Deborah Fein & Marianne Barton, 1999 – traduzido pela Unidade de Autismo do Centro de Desenvolvimento da Criança – Hospital Pediátrico Carmona da Mota, Coimbra, com autorização da autora).

Quadro 1. Escala de Avaliação do Desenvolvimento de *Mary Sheridan* Modificada: 1 – 12M

Nome _____ Data de nascimento ___ / ___ / _____ Processo n.º _____

	4 – 6 Semanas	3 M	6 M	9 M	12 M
Postura e Motricidade Global	<ul style="list-style-type: none"> Em decúbito ventral – levanta a cabeça. Em decúbito dorsal – a postura deve ser assimétrica; membro superior do lado da face em extensão. Em tração pelas mãos – a cabeça cai. Quando sentado(a) – dorso em arco e mãos fechadas. Em suspensão vertical – cabeça ereta membros semi-fletidos. 	<ul style="list-style-type: none"> Em decúbito ventral – apoio nos antebraços. Em decúbito dorsal – postura simétrica, membros com movimentos ritmados. Em tração pelas mãos – cabeça ereta e coluna dorsal direita. De pé – flete os joelhos, não faz apoio. 	<ul style="list-style-type: none"> Em decúbito ventral – apoia-se nas mãos. Em decúbito dorsal – levanta cabeça, membros inferiores na vertical com dedos fletidos. Em tração pelas mãos – faz força para se sentar. Mantém-se sentado(a) sem apoio. De pé faz apoio. 	<ul style="list-style-type: none"> Senta-se sozinho(a) e fica sentado(a) 10 a 15 minutos. Põe-se de pé com apoio mas não consegue baixar-se. 	<ul style="list-style-type: none"> Passa de decúbito dorsal a sentado(a). Tem equilíbrio sentado(a). Gatinha. Põe-se de pé e baixa-se com o apoio de uma ou duas mãos.
Visão e Motricidade Fina	<ul style="list-style-type: none"> Segue uma bola pendente a 20-25 cm em ¼ de círculo (do lado até à linha média). 	<ul style="list-style-type: none"> Mantém mãos abertas – junta-as na linha média e brinca com elas. Segura brevemente a roca e move-a em direção à face. Segue uma bola pendente ½ círculo e horizontal. Apresenta convergência ocular. Faz pestanejo de defesa. 	<ul style="list-style-type: none"> Tem preensão palmar. Leva os objetos à boca. Transfere objetos. Esquece imediatamente o objeto quando este cai. Apresenta boa convergência (estrabismo anormal). 	<ul style="list-style-type: none"> Tem preensão e manipulação. Leva tudo à boca. Apointa com o indicador. Faz piñça. Atira os objetos ao chão deliberadamente. Procura o objeto que caiu ao chão. 	<ul style="list-style-type: none"> Explora com energia os objetos e atrai-os sistematicamente ao chão. Procura um objeto escondido. Tem interesse visual para perto e longe.

	4 – 6 Semanas	3 M	6 M	9 M	12 M
Audição e Linguagem	<ul style="list-style-type: none"> Pára e pode voltar os olhos ao som de uma sineta, roca ou voz a 15 cm do ouvido. 	<ul style="list-style-type: none"> Atende e volta-se geralmente aos sons. 	<ul style="list-style-type: none"> Segue os sons a 45 cm do ouvido. Vocaliza sons monossílabos e dissílabos. Dá gargalhadas. 	<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. Repete várias sílabas ou sons do adulto. 	<ul style="list-style-type: none"> Tem resposta rápida aos sons suaves, mas habitua-se depressa. Dá pelo nome e volta-se. <i>Jargão</i> (vocaliza incessantemente em tom de conversa, embora completamente impercetível). Compreende ordens simples "dá, cá e adeus".
Comportamento e Adaptação Social	<ul style="list-style-type: none"> Fixa a face da mãe quando o alimenta. Tem sorriso presente às 6 semanas. Chora quando desconfortável e responde com sons guturais em situações de prazer. 	<ul style="list-style-type: none"> Sorri. Tem boa resposta social à aproximação de uma face familiar. 	<ul style="list-style-type: none"> É muito ativo(a), atento(a) e curioso(a). 	<ul style="list-style-type: none"> Leva uma bolacha à boca. Mastiga. Distingue os familiares dos estranhos. 	<ul style="list-style-type: none"> Bebe pelo copo com ajuda. Segura a colher mas não a usa. Colabora no vestir levantando os braços. É muito dependente do adulto. Demonstra afeto.

Quadro 2. Sinais de Alarme: 1 – 12 M

1 MÊS	3 M	6 M	9 M	12 M
<ul style="list-style-type: none"> • Ausência de tentativa de controlo da cabeça, na posição sentado(a). • Apresenta hipertonicidade na posição de pé. • Nunca segue a face humana. • Não vira os olhos e a cabeça para o som (voz humana). • Não se mantém em situação de alerta, nem por breves períodos. 	<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"> • Ausência de controlo da cabeça. • Tem membros inferiores rígidos e faz passagem direta à posição de pé quando se tenta sentar. • Não olha nem pega em 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"> • Não se senta. • Permanece sentado(a) e imóvel sem procurar mudar de posição. • Apresenta assimetrias. • Não tem preensão palmar, não leva objetos à boca. • Não reage aos sons. • Vocaliza monotonamente ou perde a vocalização. • É apático(a), sem relação com familiares. • Engasga-se com facilidade. • Tem estrabismo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Não aguenta o peso nas pernas. • Permanece imóvel, não procura mudar de posição. • Apresenta assimetrias. • Não pega nos brinquedos ou fá-lo só com uma mão. • Não responde à voz. • Não brinca nem estabelece contacto. • Não mastiga.

Apoios _____

Plano de ação _____

Quadro 3. Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada: 18 M – 5 A

Nome _____ Data de nascimento __ / __ / _____ Processo n.º _____

	18 M	2 A	3 A	4 A	5 A
Postura e Motricidade Global	<ul style="list-style-type: none"> • Anda bem. • Apanha brinquedos do chão. 	<ul style="list-style-type: none"> • Corre. • Sobe e desce com os dois pés no mesmo degrau. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tem equilíbrio momentâneo num pé. • Sobe escadas alternadamente. • Desce com os dois pés no mesmo degrau. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fica num pé sem apoio 3 a 5 segundos. • Sobe e desce as escadas alternadamente. • Salta num pé. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fica num pé 3 a 5 segundos, com os braços dobrados sobre o tórax. • Salta alternadamente num pé.
Visão e Motricidade Fina	<ul style="list-style-type: none"> • Constrói torre de 3 cubos. • Faz rabiscos mostrando preferência por uma mão. • Olha um livro de bonecos e vira várias páginas de cada vez. 	<ul style="list-style-type: none"> • Constrói torre de 6 cubos. • Imita rabisco circular. • Gosta de ver livros. • Vira uma página de cada vez. 	<ul style="list-style-type: none"> • Constrói torre de 9 cubos. • Imita (3A) e copia (3A e meio) a ponte de 3 cubos – copia o círculo – imita a cruz. • Combina duas cores geralmente o vermelho e o amarelo. (confunde o azul e verde). 	<ul style="list-style-type: none"> • Constrói escada de 6 cubos. • Copia a cruz. • Combina e nomeia quatro cores básicas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Constrói 4 degraus com 10 cubos. • Copia o quadrado e o triângulo. • Conta cinco dedos de uma mão e nomeia quatro cores.
Audição e Linguagem	<ul style="list-style-type: none"> • Usa 6 a 26 palavras reconhecíveis e compreende muitas mais. • Mostra em si ou num boneco os olhos, o cabelo, o nariz e os sapatos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Diz o primeiro nome. • Fala sozinho(a) enquanto brinca. • Junta duas ou mais palavras, construindo frases curtas. • Apresenta linguagem incompreensível, mesmo pelos familiares. • Nomeia objetos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Diz o nome completo e o sexo. • Tem vocabulário extenso mas pouco compreensível por estranhos. • Tem defeitos de articulação e imaturidade na linguagem. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sabe o nome completo, a idade e o sexo e habitualmente a morada. • Apresenta linguagem compreensível. • Tem apenas algumas substituições infantis. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sabe o nome completo, a idade, morada e habitualmente a data de nascimento. • Tem vocabulário fluente e articulação geralmente correta – pode haver confusão nalguns sons.

	18 M	2 A	3 A	4 A	5 A
Comportamento e Adaptação Social	<ul style="list-style-type: none"> • Bebe por um copo sem entornar muito, levantando-o com ambas as mãos. • Segura a colher e leva alimentos à boca. • Não gosta que lhe peguem. • Exige muita atenção. • Indica necessidade de ir à casa de banho. • Começa a copiar atividades domésticas. 	<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. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pode despir-se, mas só se lhe desabotoarem o vestuário. • Vai sozinho(a) à casa de banho. • Come com colher e garfo. 	<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. 	<ul style="list-style-type: none"> • Veste-se sozinho(a). • Lava as mãos e a cara e limpa-se sozinho(a). • Escolhe o(a)s amigo(a)s. • Compreende as regras do jogo.


Quadro 4. Sinais de alarme: 18 M – 5 A

18 M	2 A	4 – 5 A
<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(a) chamam. • Não vocaliza espontaneamente. • Não se interessa pelo que o(a) rodeia; não estabelece contacto. • Deita os objetos fora. Leva-os sistematicamente à boca. • Tem estrabismo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Não anda sozinho(a). • Deita os 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"> • É hiperactivo(a), distraído(a) e tem dificuldade de concentração. • Apresenta linguagem incompreensível, substituições fonéticas, gaguez. • Tem estrabismo ou suspeita de défice visual. • Apresenta perturbação do comportamento.

Apoios _____




Plano de ação _____

Quadro 5. Escala de Avaliação do Desenvolvimento de *Mary Sheridan* Modificada – notas explicativas

Idade	Parâmetros a avaliar		Material
RN Primeira Consulta	<p> P M G⁴ </p> <p> NOTA: A avaliação deve ser realizada com o(a) recém-nascido(a) (RN) em estado de alerta e confortável. </p> <ul style="list-style-type: none"> Em decúbito dorsal: braços e pernas semi-fletidos, com postura simétrica. Se tração para sentar observa-se queda significativa da cabeça. Apoiado(a) em posição sentado(a): dorso curvado com queda da cabeça para a frente. <p> A L </p> <ul style="list-style-type: none"> Em suspensão ventral: cabeça permanece abaixo do plano do corpo e membros semi-fletidos. Em decúbito ventral: cabeça para o lado, membros fletidos sob o abdômen, cotovelos fletidos junto ao tronco. Reflexos primitivos: <ul style="list-style-type: none"> Reflexo de Moro: com a criança apoiada provoca-se, subitamente, ligeira queda da cabeça (2,5cm) resultando em abdução dos membros superiores e abertura das mãos; Reflexo de sucção e procura (pontos cardeais): estimulando região peri oral com os dedos observa-se direcionamento da boca / cabeça para o lado estimulado; Reflexo de preensão palmar; Reflexo da marcha automática, quando os pés estão apoiados numa superfície firme. 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 (por ex. bater palmas, fechar subitamente a porta, sinos, etc.): <ul style="list-style-type: none"> Qualquer reação é válida: piscar os olhos, franzir sobrancelhas, etc. 		






⁴ PMG – Postura e Motricidade Global; AL – Audição e Linguagem

Idade	Atividades promotoras do desenvolvimento
RN	<ul style="list-style-type: none"> Pegar no(a) bebê e embalá-lo(a) suavemente. Pode aconselhar-se uma cadeira de balouço. Falar e cantar suavemente com sons altos, baixos, agudos, graves e suaves. Chamar o(a) bebê pelo nome. Falar sobre tudo o que estiver a fazer: lavar as mãos, vestir-se. Usar canções de embalar, música instrumental suave ou músicas com melodias repetidas. Comunicar com o(a) bebê olhando-o(a) nos olhos, encostado ao peito. Colocar o(a) bebê sobre os joelhos, deixar que ela(e) agarre o indicador com as mãos e converse com ela(e). Segurar uma bola vermelha a 20 cm e movimentá-la para cima e para baixo, para a esquerda e direita, estando o(a) bebê em estado de alerta e com a cabeça em posição central. Dar oportunidade ao bebê de experimentar cheiros diferentes (flor, laranja...) Fazer massagem suave corporal, observando sempre o(a) bebê calmamente, sem movimentos muito elaborados. Não forçar movimentos, fazer pouca pressão, não exceder os 20 minutos. Pegar ao colo, olhar olhos nos olhos, sorrir, deitar a língua de fora, quando em estado de alerta. Oferecer o polegar do(a) bebê para que esta(e) se autoconforte e reorganize. Evitar ambientes hiperestimulantes. Observar o(a) bebê.

Idade	Parâmetros a avaliar		Material	
4 – 6 Semanas	C A S ³	<ul style="list-style-type: none"> Fixa a face da mãe quando esta o alimenta. Sorriso presente às 6 semanas / sorriso social (em resposta a estímulos, distinto de movimentos faciais involuntários). Chora quando desconfortável e responde com sons guturais em situações de prazer. 	Bola pendente	
	V M F	<ul style="list-style-type: none"> Fixa e segue objeto a 20-25cm de distância, horizontalmente de lado para a linha média (quarto de círculo). 		
	P M G	<p>Postura Normal / Esperada</p> <ul style="list-style-type: none"> Em decúbito ventral: cabeça para o lado, membros fletidos, cotovelos afastados e nádegas elevadas; tenta levantar a cabeça. Decúbito dorsal: virando subitamente cabeça da criança para um lado observa-se flexão / adução do membro superior ipsilateral e extensão do membro contralateral (reflexo atônico assimétrico do pescoço). Queda da cabeça se tração pelas mãos para sentar. Se sentado(a), dorso em arco e mãos fechadas. Em suspensão ventral, cabeça alinhada com o tronco e membros semi-fletidos. Pode voltar os olhos e/ou parar a atividade em curso (por ex. choramingar, “chupetar”, etc.), pisca os olhos, estende pernas ou abre as mãos, em resposta ao som (sineta, roca ou voz) a 15 cm do ouvido. 	  	Roca

³ CAS – Comportamento e Adaptação Social; VMF – Visão e Motricidade Fina; PMG – Postura e Motricidade Global.

Idade	Atividades promotoras do desenvolvimento
4 – 6 Semanas	<ul style="list-style-type: none"> Movimentar objetos coloridos e pendurá-los perto do rosto da criança, a uma distância um pouco superior a 20 cm e não necessariamente em forma de esfera. Produzir sons suaves com chocalhos, caixa de música e observar a sua atenção. Observar o(a) bebé sobre a forma como dorme, sossega, se alimenta e procura auto conforto. Conversar com carinho, aprender a tocá-lo(a), embalá-lo(a), estar em sincronia com o seu comportamento. Manter tonalidades de voz diferentes e suaves. Continuar a usar a cadeira de balouço. Mudar periodicamente de posição, de modo a proporcionar-lhe o melhor conforto, sem utilização do decúbito ventral para dormir. Continuar a massajar de forma simples, sem movimentos bruscos e muito elaborados e sem muita pressão. Não exceder os 20 minutos. Proporcionar momentos calmos sem sobrecarga de estímulos, limitando as visitas de estranhos e ambientes hiperestimulantes.

Idade	Parâmetros a avaliar		Material	
3 M (Consulta 4 M)	C A S ⁶	<ul style="list-style-type: none"> Sorriso, galreio e movimentos de excitação em resposta a situações familiares (por ex. amamentação, biberão, etc.). Boa resposta social à aproximação de uma face. 	    	Roca Bola pendente / Brinquedo
	V M F	<ul style="list-style-type: none"> Mãos abertas, junta-as na linha média e brinca com elas Segura brevemente a roca e move-a em direção à face, ainda sem coordenação. Segue uma bola pendente em meio círculo horizontalmente (a 15-25 cm da face). Convergência ocular: com uma bola pendente ou face humana aproximar lentamente, na vertical, da face da criança. Pestanejo de defesa: rapidamente aproximar objeto da sobrancelha da criança. 		
	P M G	<ul style="list-style-type: none"> Em decúbito ventral faz apoio nos antebraços. Membros com movimentos ritmados suaves, contínuos e simétricos. Se tração pelas mãos a cabeça apresenta-se ereta com pouca ou nenhuma queda, e coluna dorsal direita (exceto região lombar). Em suspensão ventral, a cabeça encontra-se acima da linha do corpo. De pé flete os joelhos (não faz apoio plantar). 		
	A L	<ul style="list-style-type: none"> Atende e volta-se em direção à fonte sonora. <ul style="list-style-type: none"> NOTA: crianças com déficit auditivo podem parecer assustadas / surpreendidas com aproximação dos pais ou examinador que surge subitamente no seu campo visual. 		



⁶ CAS – Comportamento e Adaptação Social; VMF – Visão e Motricidade Fina; PMG – Postura e Motricidade Global; AL – Audição e Linguagem

Idade	Atividades promotoras do desenvolvimento
3 M	<ul style="list-style-type: none"> Interagir através da fala, usar a mímica do rosto e imitar o som de determinados objetos ou instrumentos musicais. Ouvir música suave na companhia do cuidador. Dançar, em ritmo suave, com o(a) bebê ao colo. Cantar. Mobilizar o(a) bebê, evitando que esteja deitado(a) demasiado tempo e na mesma posição. Procurar levantá-lo(a) devagar pelas mãos, como se fosse sentá-lo(a). Oferecer-lhe objetos para segurar, colocar objetos pendentes para que possa segui-los. Desenvolver um ritual de apoio à hora de dormir, sem deixar chorar desenfreadamente.

Idade	Parâmetros a avaliar		Material
6 M	C	<ul style="list-style-type: none"> Muito ativo(a), atento(a) e curioso(a): explora ambiente em todas as direções; quando oferecida roca abana deliberadamente; explora brinquedos / objetos. Tem preensão palmar (usa ambas as mãos para alcançar um objeto). Transfere objetos de uma mão para a outra. Leva objetos à boca e explora-os. Se o objeto cai, esquece-o imediatamente (não procura o objeto que caiu): <ul style="list-style-type: none"> Colocar objeto (ex. cubo) em cima da mesa, no campo visual da criança, e posteriormente, em frente à criança, atirá-lo para o chão. Boa convergência (sem estrabismo). Reflexos de proteção (valorização de assimetrias): <ul style="list-style-type: none"> Paraquedas: segurando a criança pelo tronco e inclinando-a subitamente na direção do chão observa-se extensão e abdução dos braços e pernas e abertura das mãos; Proteção lateral: provoca-se desequilíbrio lateral quando a criança está sentada e observa-se extensão do braço e mão evitando a queda. 	Roca
	A		Cubo
	S		Cubo
	V		<ul style="list-style-type: none"> Em decúbito ventral, faz apoio nas mãos com braços estendidos levantando a cabeça. Faz força para se sentar e mantém-se sentado(a) sem apoio (por breves momentos): <ul style="list-style-type: none"> Sentado(a) sem apoio, independente, alcançado entre os 5-9 M; Dorso direito. De pé faz apoio plantar.
M			
F			
P	<ul style="list-style-type: none"> Segue e localiza os sons a 45 cm ao nível do ouvido (assobiar, cantar baixo, abanar roca suavemente). Vocaliza monossílabos e dissílabos: <ul style="list-style-type: none"> Sons com "p", "m", "t" quando sozinho(a) ou em interação. Dá gargalhadas: <ul style="list-style-type: none"> Grita quando contrariado ou quando quer chamar a atenção. 	Roca	
M			
G			
A			
L			

⁷ CAS – Comportamento e Adaptação Social; VMF – Visão e Motricidade Fina; PMG – Postura e Motricidade Global; AL – Audição e Linguagem.

Idade	Atividades promotoras do desenvolvimento
6 M	<ul style="list-style-type: none"> Oferecer brinquedos apropriados como uma bola de tamanho médio, de cores vivas, cubos de arestas arredondas, de modo a estimulá-lo(a) a passar o objeto de uma mão para a outra. Sentá-lo(a) com apoio para que possa participar mais ativamente no meio que o rodeia. Incentivar para que produza novos sons com a boca. Conversar e dançar com o(a) bebê. Colocar o(a) bebê num tapete adequado e incentivá-lo(a) a deslocar-se rolando e a pegar nos brinquedos que estejam mais longe. Proporcionar brincadeiras de interação, colocar à frente do espelho e não prevenir situações que lhe causem frustrações (elemento forte de aprendizagem). Não entrar em conflito durante a refeição, que constitui uma oportunidade de interação sem pressão. Ritual do sono reforçado antes de dormir.

Idade	Parâmetros a avaliar		Material	
9 M	C	<ul style="list-style-type: none"> Mastiga pequenos pedaços de comida. Distingue os familiares dos estranhos (reação negativa a estranhos). 		Pino / Clip Cubo
	V M F	<ul style="list-style-type: none"> Leva tudo à boca (incluindo bolachas). Aponta com o indicador e empurra pequenos objetos, por exemplo pino/clip, usando o dedo indicador. Atira objetos ao chão deliberadamente e procura o objeto que cai (oferecer cubo e observar reação → quando atira olha para o local onde o cubo caiu). Pinça fina grosseira (primeiro entre polegar e dedos progredindo para polegar e o indicador). 		Pino / Clip
	P M G	<ul style="list-style-type: none"> Senta-se sozinho(a) e fica sentado(a) entre 10 a 15 minutos, sem apoio. Põe-se de pé com apoio, mas não consegue baixar-se. Desloca-se no chão rebolando, arrastando-se ou gatinhando. 		
	A L	<ul style="list-style-type: none"> Atenção rápida para os sons, tanto perto como longe (sons rotineiros, nomeadamente, voz humana). Localização de sons suaves a 90 cm acima e abaixo do nível do ouvido. Repete várias sílabas ou sons dos adultos (dissílabas): vocaliza deliberadamente, imitando sons do adulto ("brrr", tossir). 		

⁸ CAS – Comportamento e Adaptação Social; VMF – Visão e Motricidade Fina; PMG – Postura e Motricidade Global; AL – Audição e Linguagem.

Idade	Atividades promotoras do desenvolvimento
9 M	<ul style="list-style-type: none"> Oferecer objetos diferentes e afastados, no sentido de incentivar o posicionamento. Colocar objetos em cima de uma cadeira, de forma a incentivá-lo(a) a colocar-se de pé, colocando um tapete à volta caso caia. Chamar os objetos pelos nomes, ensinar a colocar fora e dentro da caixa. Oferecer papel para amassar e rasgar. Dar a experimentar diferentes texturas. Oferecer dois objetos para a mão e posteriormente um terceiro, deixando que ele «resolva o problema». Brincar ao «esconde». Ser firme e terno no «não». Utilizar brincadeiras de tapar e destapar o rosto e outros jogos repetitivos (bater palmas, acenar...). Realizar massagem (sem grandes alterações), com a exceção do apoio de um brinquedo para o manter quieto. Imitar sons de animais e objetos fazendo mímica e pedindo para a criança imitar.

Idade	Parâmetros a avaliar	Material
12 M	<p>CAS⁹</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bebe pelo copo com pouca ajuda. • Segura a colher mas não a usa. • Colabora ao vestir, levantando os braços. • Muito dependente do adulto. • Demonstra afeto a familiares e solicita atenção do adulto de forma ativa (atenção partilhada). • Compreende uso de objetos diários (ex: uso de escova de cabelo): jogo funcional. <p>VMF</p> <ul style="list-style-type: none"> • Explora ativamente os objetos e atira-os sistematicamente ao chão: observa os objetos a cair para o chão, procurando-o no local correto, mesmo se fora do seu campo de visão. • Procura o objeto escondido: <ul style="list-style-type: none"> ○ Com um pano, esconder / cobrir o objeto ou brinquedo em frente à criança, perguntando seguidamente "Onde está o brinquedo?". ○ Observa o brinquedo a ser escondido dentro de um copo e rapidamente o encontra. • Interesse visual para perto e longe: fora de casa, observa as pessoas / animais / veículos em movimento durante períodos prolongados; gosta de espreitar à janela. • Pinça fina perfeita: pega em pequenos objetos entre o polegar e falange distal do dedo indicador. <p>PMG</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tem equilíbrio sentado(a), de forma permanente. • Gatinha: <ul style="list-style-type: none"> ○ NOTA: não é obrigatório gatinhar, mas sim mover-se no ambiente de qualquer forma (por ex. arrastando as nádegas pelo chão, de gatas, com apoio nas mãos e pés, etc.) . • Põe-se em pé e baixa-se com o apoio de uma ou de ambas as mãos. <p>AL</p> <ul style="list-style-type: none"> • Resposta rápida a sons suaves. • Dá pelo nome e volta-se / Responde ao nome: <ul style="list-style-type: none"> ○ Compreende ordens simples como "dá cá" (pode associar-se a ordem falada ao gesto). • Vocaliza incessantemente em tom de conversa, embora completamente impercetível (<i>jargão</i>): <ul style="list-style-type: none"> ○ Contém já a maioria das vogais e consoantes. 	<p>Copo Colher</p> <p>Escova cabelo</p> <p>Cubo</p>

⁹ CAS – Comportamento e Adaptação Social; VMF – Visão e Motricidade Fina; PMG – Postura e Motricidade Global; AL – Audição e Linguagem.

Idade	Atividades promotoras do desenvolvimento
12 M	<ul style="list-style-type: none"> • Promover a aquisição de capacidades motoras. • Deixar a criança tomar algumas decisões visando a segurança. • Reagir calmamente e com firmeza às birras. • Manter os rituais do sono. • Não entrar em conflito na hora da refeição. • Estimular as tarefas/ordens simples; dar estímulo positivo após a realização destas. • Oferecer cubos, dar vários objetos para as mãos. • Falar sobre as separações com antecedência progressiva e cumprir as promessas. • Evitar pressões para o controlo esfincteriano. • Incentivar para que a criança peça quando quer algo, verbalizando o pedido, mesmo que se saiba o que ela deseja. • Reforçar a necessidade de impor regras e limites e não ceder à chantagem da criança.

Idade	Parâmetros a avaliar	Material
18 M	<p>CAS¹⁰</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bebe por um copo, sem entornar muito, levantando-o com ambas as mãos (geralmente, após beber entrega copo ao adulto, não o pousa). • Segura a colher e leva alimentos à boca sem entornar muito. • Não gosta que lhe peguem. • Exige muita atenção. • Indica a necessidade de ir à casa de banho ("dá sinal", mesmo depois de urinar ou defecar). • Começa a copiar as atividades domésticas (ex. dar de comer à boneca, ler um livro, lavar roupa, etc.). • Já não leva brinquedos / objetos à boca. <p>VMF</p> <ul style="list-style-type: none"> • Constrói torre de 3 cubos, após demonstração. • Faz rabiscos, mostrando preferência por uma mão: <ul style="list-style-type: none"> ◦ NOTA: Lateralidade ou preferência por uma mão é anormal antes dos 18 M. • Interesse por livros com figuras, virando várias páginas de cada vez. <p>PMG</p> <ul style="list-style-type: none"> • Marcha sem apoio (sem necessidade de estender membros superiores para se equilibrar), embora com os pés ligeiramente afastados. • Apanha brinquedos do chão (agacha-se). <p>AL</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usa 6-26 palavras reconhecíveis, embora compreenda muitas mais (ex. obedece a instruções simples como "pega nos sapatos", "fecha a porta", etc): <ul style="list-style-type: none"> ◦ Complementa com gestos significativos. • Mostra em si, num adulto, ou num boneco os olhos, o cabelo, o nariz e os sapatos. • Controlo de salivação ("não se babam"). 	<p>Copo</p> <p>Colher</p> <p>Cubos</p> <p>Livro</p> <p>Bola pequena</p>

¹⁰ CAS – Comportamento e Adaptação Social; VMF – Visão e Motricidade Fina; PMG – Postura e Motricidade Global; AL – Audição e Linguagem.

Idade	Atividades promotoras do desenvolvimento
18 M	<ul style="list-style-type: none"> • Ensinar a criança a guardar os brinquedos numa caixa ou num saco, para que aprenda a organizar-se. • Pedir à criança que olhe e repita o nome de partes do corpo do boneco. • Ensinar a criança a «rabiscar» na areia, na terra ou num papel, de modo a estimular a destreza manual e a área sensorial. • Demonstrar o que é, e o que não é perigoso para ela. • Elogiar a criança quando for capaz de realizar algo sozinha. • Continuar a incentivar o convívio. • Realizar atividades com música, incentivando a criança a dançar e a cantar. • Reforçar a necessidade de impor regras e limites e não ceder à chantagem da criança.

Idade	Parâmetros a avaliar		Material
2 A	C A S ¹¹	<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). 	Colher Copo
	V M F	<ul style="list-style-type: none"> Preferência por uma mão (definição da lateralidade). Constrói torre de 6 ou 7 cubos. Imita o rabisco circular (pode fazê-lo espontaneamente), bem como linha vertical (após demonstração). Gosta de ver livros, reconhecendo detalhes e nomeando algumas figuras. Vira uma página de cada vez. Pode ser testada a visão binocular (2 olhos em simultâneo): <ul style="list-style-type: none"> Tabela de <i>Snellen</i> (com correspondências); Tabela de Figuras de <i>Kay</i>. 	Cubo Livro Tabela <i>Snellen</i>
	P M G	<ul style="list-style-type: none"> Corre com segurança evitando obstáculos. Sobe e desce escadas com os dois pés no mesmo degrau, apoiando-se no corrimão / parede. 	
	A L	<ul style="list-style-type: none"> Diz o primeiro nome. Fala sozinho(a) enquanto brinca. Junta duas ou mais palavras, construindo frases curtas. Linguagem pode ser incompreensível, mesmo pelos familiares. Nomeia objetos familiares e figuras: <ul style="list-style-type: none"> Identifica cabelo, mãos, pés, nariz, boca e sapatos. 	

¹¹ CAS – Comportamento e Adaptação Social; VMF – Visão e Motricidade Fina; PMG – Postura e Motricidade Global; AL – Audição e Linguagem.

Idade	Atividades promotoras do desenvolvimento
2 A	<ul style="list-style-type: none"> Proporcionar brincadeiras como: pular num só pé, correr, saltar uma corda, de modo a estimular a coordenação motora. Controlo esfinteriano se a criança tiver desenvolvido competência da fala. Estimular a arrumação, imitação e declínio do negativismo. Ajudar a criança a pronunciar palavras, mas pelo estímulo positivo. Oferecer tintas para a criança mexer e desenhar. Dar-lhe a conhecer várias texturas e materiais. Contar histórias e dar <i>puzzles</i>. Facilitar oportunidade de jogo simbólico. Pedir para ajudar em pequenas tarefas diárias. 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

Idade	Parâmetros a avaliar		Material
3 A	<p>C</p> <ul style="list-style-type: none"> Pode despir-se mas só se lhe desabotoarem o vestuário. Vai sozinho(a) à casa de banho. Come com colher e garfo. <p>V</p> <ul style="list-style-type: none"> Constrói torre de 9 cubos. <p>M</p> <ul style="list-style-type: none"> Imita (3 A: construir ponte em frente à criança) e copia (3 A e meio: não construir em frente à criança) a ponte de 3 cubos. <p>F</p> <ul style="list-style-type: none"> Copia o círculo (não desenhar em frente à criança, apenas mostrar círculo já desenhado). Imita a cruz. Combina 2 cores, geralmente o vermelho e o amarelo (confunde o azul e o verde): <ul style="list-style-type: none"> Não é obrigatório nomear a cor, mas sim corresponder. Desenha figura humana: cabeça mais uma ou duas partes do corpo (mesmo em locais errados). <p>P</p> <ul style="list-style-type: none"> Equilíbrio momentâneo num pé. <p>M</p> <ul style="list-style-type: none"> Atira bola acima da linha do ombro. <p>G</p> <ul style="list-style-type: none"> Sobe escadas alternadamente mas desce com os 2 pés no mesmo degrau. <p>A</p> <ul style="list-style-type: none"> Diz o nome completo e o sexo. Vocabulário extenso mas pouco compreensível por estranhos: <ul style="list-style-type: none"> Diz frases com 4 palavras. Defeitos de articulação e imaturidade na linguagem: <ul style="list-style-type: none"> Hesitações e repetições de sílabas e palavras no discurso. 	<p>Cubos</p> <p>Cubos / Painel de cores</p> <p>Bola pequena</p>	

¹² CAS – Comportamento e Adaptação Social; VMF – Visão e Motricidade Fina; PMG – Postura e Motricidade Global; AL – Audição e Linguagem.

Idade	Atividades promotoras do desenvolvimento
3 A	<ul style="list-style-type: none"> Promover atividades lúdicas físicas: saltar, correr, pular, andar de triciclo, etc. Pedir à criança que conte histórias ou algo que fez (ação passada). Incentivar a criança a fantasiar. Dar responsabilidades, aceitar a forma que ele achou para dominar a sua vida. Não trazer a criança para a realidade quando está no seu mundo imaginário. Conduzir os rituais de sono de forma regrada (medos, associados ao pensamento mágico). Fase dos «porquês». Há que ter muita paciência, tendo em conta que nem sempre espera pela resposta à primeira pergunta. Não ridicularizar comportamentos. Ajudar a criança a partilhar os brinquedos – altura para ingressar no jardim-de-infância. Acompanhamento de programas televisivos. Reforçar a necessidade de impor regras e limites e não ceder à chantagem da criança.

Idade	Parâmetros a avaliar	Material
4 A	<p>C</p> <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 (por ex. construir uma torre colocando os cubos alternadamente – criança / examinador). Jogo imaginativo / narrativo (uso de miniaturas com criação de cenários imaginários). <p>V</p> <ul style="list-style-type: none"> Constrói escada de 6 cubos (3 degraus) após demonstração. <p>M</p> <ul style="list-style-type: none"> Copia a cruz (não deve ser desenhada em frente à criança → risco de imitação do movimento). <p>F</p> <ul style="list-style-type: none"> Combina e nomeia 4 cores básicas (amarelo, vermelho, verde e azul). Desenha a figura humana (cabeça, tronco, pernas, e geralmente braços e dedos). <p>P</p> <ul style="list-style-type: none"> Fica num pé sem apoio 3 a 5 segundos. <p>M</p> <ul style="list-style-type: none"> Salta num pé. <p>G</p> <ul style="list-style-type: none"> Sobe e desce as escadas alternadamente. <p>A</p> <ul style="list-style-type: none"> Sabe o nome completo, a idade e o sexo e habitualmente a morada. Linguagem compreensível e gramaticalmente correta. Apenas algumas substituições infantis: <ul style="list-style-type: none"> Por ex. "r" por "l". 	<p>Cubos</p> <p>Painel de cores</p>

¹³ CAS – Comportamento e Adaptação Social; VMF – Visão e Motricidade Fina; PMG – Postura e Motricidade Global; AL – Audição e Linguagem.

Idade	Atividades promotoras do desenvolvimento
4 A	<ul style="list-style-type: none"> Promover as construções com <i>lego</i> e com <i>puzzles</i>. Proporcionar oportunidade para a criança fazer o desenho da figura humana. Inventar brincadeiras que envolvam distinção de cores e ensinar canções e versos. Pô-la a participar em afazeres, mesmo que sejam simbólicos. Dar oportunidade para a verbalização das suas vontades, aceitar a sensibilidade da criança, aceitando avanços e recuos. Mostrar as sequências 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.

Idade	Parâmetros a avaliar	Material
5 – 6 A	<p>C</p> <ul style="list-style-type: none"> Veste-se sozinho(a). Lava as mãos e a cara e limpa-se sozinho(a). Escolhe o(a)s amigo(a)s. Compreende as regras do jogo. <p>V</p> <ul style="list-style-type: none"> Constrói 4 degraus com 10 cubos após demonstração. <p>M</p> <ul style="list-style-type: none"> Copia o quadrado e o triângulo (não deve ser desenhada na frente da criança). <p>F</p> <ul style="list-style-type: none"> Conta 5 dedos de uma mão. Nomeia 4 ou mais cores e combina até 10 cores. Desenha a figura humana (cabeça com alguns pormenores, tronco, pernas e braços). <p>P</p> <ul style="list-style-type: none"> Fica num pé 8 a 10 segundos com os braços cruzados. <p>M</p> <ul style="list-style-type: none"> Salta alternadamente num pé (numa distância de 2 a 3 metros). <p>G</p> <p>A</p> <ul style="list-style-type: none"> Sabe o nome completo, a idade, morada e habitualmente a data de nascimento. <p>L</p> <ul style="list-style-type: none"> Vocabulário fluente e articulação geralmente correta: <ul style="list-style-type: none"> ○ Pode haver redução de grupos consonânticos (por ex. todos os grupos que contenham Cr ou Cl). 	Painel de cores

¹⁴ CAS – Comportamento e Adaptação Social; VMF – Visão e Motricidade Fina; PMG – Postura e Motricidade Global; AL – Audição e Linguagem.

Idade	Atividades promotoras do desenvolvimento
5 – 6 A	<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 aquelas que não conhece. Continuar a proporcionar à criança responsabilidade, como por exemplo: ajudar em casa, dar recados. Incutir regras, impor limites, ajudar a lidar com os impulsos (roubo, mentira). Promover a participação em jogos para a promoção da sua personalidade (saber lidar com a timidez, submissão, vaidade, liderança, etc.).

Adaptado de SHERIDAN (2008).

Quadro 6. Lista do material sugerido para aplicação da escala.

Material Sugerido	
Bola Pendente	Pequena bola, tipo pompom, com fio ligado
Roca	Pequena roca, semelhante a brinquedo de bebê
Cubos (20)	Dimensões: 2.5 x 2.5 cm Cores: amarelo, vermelho, verde e azul
Pinos ou Clip	Pequenos pinos de inserção em placa de brincar
Boneca	Semelhante ao humano (não utilizar peluches)
Colher, Garfo e Escova de cabelo	Pequenas dimensões (brinquedos)
Livro com figuras	
Copo / Caneca com asa	
Bola pequena	Diâmetro de 5-6cm; maleável
Painel com 10 cores + cartões de correspondência	Azul escuro, Laranja, Roxo, Preto, Amarelo, Cor-de-Rosa, Verde, Castanho, Vermelho e Azul-claro

Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT)

Diana Robins, Deborah Fein & Marianne Barton, 1999

Por favor, preencha este questionário sobre o comportamento usual da criança. Responda a todas as questões. Se o comportamento descrito for raro (ex. foi observado uma ou duas vezes), responda como se a criança não o apresente. Faça um círculo à volta da resposta "Sim" ou "Não".

1	Gosta de brincar ao colo fazendo de "cavalinho", etc.?	SIM	NÃO
2	Interessa-se pelas outras crianças?	SIM	NÃO
3	Gosta de subir objetos, como por ex., cadeiras, mesas?	SIM	NÃO
4	Gosta de jogar às escondidas?	SIM	NÃO
5	Brinca ao faz de conta, por ex. falar ao telefone ou dar de comer a uma boneca, etc.?	SIM	NÃO
6	Aponta com o indicador para pedir alguma coisa?	SIM	NÃO
7	Aponta com o indicador para mostrar interesse em alguma coisa?	SIM	NÃO
8	Brinca apropriadamente com brinquedos (carros ou legos) sem levá-los à boca, abanar ou deitá-los ao chão?	SIM	NÃO
9	Alguma vez lhe trouxe objetos (brinquedos) para lhe mostrar alguma coisa?	SIM	NÃO
10	A criança mantém contacto visual por mais de um ou dois segundos?	SIM	NÃO
11	É muito sensível aos ruídos (ex. tapa os ouvidos)?	SIM	NÃO
12	Sorri como resposta às suas expressões faciais ou ao sorriso?	SIM	NÃO
13	Imita o adulto (ex. faz uma careta e ela imita)?	SIM	NÃO
14	Responde/olha quando o(a) chamam pelo nome?	SIM	NÃO
15	Se apontar para um brinquedo do outro lado da sala, a criança acompanha com o olhar?	SIM	NÃO
16	Já anda?	SIM	NÃO
17	Olha para as coisas para as quais o adulto está a olhar?	SIM	NÃO
18	Faz movimentos estranhos com a mão/dedos próximo da cara?	SIM	NÃO
19	Tenta chamar a sua atenção para o que está a fazer?	SIM	NÃO
20	Alguma vez se preocupou quanto à sua audição?	SIM	NÃO
21	Compreende o que as pessoas lhe dizem?	SIM	NÃO
22	Por vezes fica a olhar para o vazio ou deambula ao acaso pelos espaços?	SIM	NÃO
23	Procura a sua reação facial quando se vê confrontada com situações desconhecidas?	SIM	NÃO

(Traduzido pela Unidade de Autismo. Centro de Desenvolvimento da Criança – Hospital Pediátrico Carmona da Mota, Coimbra –Autorização Diana Robins)

Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT)
Diana Robins, Deborah Fein & Marianne Barton, 1999

O M-CHAT é um breve questionário referente ao desenvolvimento e comportamento utilizado em crianças dos 16 aos 30 M, com o objetivo de rastrear as perturbações do espectro do autismo. Pode ser aplicado tanto numa avaliação periódica de rotina (CSP), como por profissionais especializados em casos de suspeita. Como na maioria dos testes de rastreio poderá existir um grande número de falsos positivos, nem todas as crianças que cotam neste questionário irão ser diagnosticadas com esta perturbação. No entanto, estes resultados podem apontar para a existência de outras anomalias do desenvolvimento, sendo por isso necessária a avaliação por profissionais desta área.

Os “itens críticos” deste questionário encontram-se expressos nos “parâmetros a avaliar” aos 18 M.

Cotação:

A cotação do M-CHAT leva menos de dois minutos.

Resultados superiores a **3 (falha de 3 itens no total)** ou em **2 itens considerados críticos (2, 7, 9, 13, 14, 15)**, após confirmação, justificam uma avaliação formal por técnicos de neurodesenvolvimento.

As respostas Sim/Não são convertidas em Passa/Falha.

O quadro, que se segue, regista as respostas consideradas **Falha** para cada um dos itens do M-CHAT. As questões a **Negrito** representam os **itens críticos**.

1. Não	6. Não	11. Sim	16. Não	21. Não
2. Não	7. Não	12. Não	17. Não	22. Sim
3. Não	8. Não	13. Não	18. Sim	23. Não
4. Não	9. Não	14. Não	19. Não	
5. Não	10. Não	15. Não	20. Sim	

Referências Bibliográficas:

Kleinman et al. (2008) “ The modified Checklist for Autism in Toddlers: a Follow-up Study Investigating the Early Detection of Autism Spectrum Disorders”, *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38:827-839.

Robins, D. (2008) “Screening for autism spectrum disorders in primary care settings”, *Autism*, Vol 12 (5) 481-500.