



**CATÓLICA**  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

---

LISBOA · PORTO

# **PROMOÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL**

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para  
obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em  
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Por: Cláudia Nora Cheio

Lisboa, 2016





**CATOLICA**  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

---

LISBOA · PORTO

# **PROMOÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL**

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para  
obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em  
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Por: Cláudia Nora Cheio

Sob a orientação da Professora Doutora Margarida Lourenço

Lisboa, 2016



## **Resumo**

O presente Relatório expõe a reflexão de todo o percurso de aquisição de competências desenvolvidas ao longo do estágio, traçando como temática transversal a promoção do desenvolvimento infantil, fundamentando a minha prática através do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, que identifica conceitos determinantes para os indivíduos adotarem comportamentos saudáveis.

O desenvolvimento infantil é um processo que vai desde a conceção, emerge de forma contínua e ordenada, através do qual a criança aprende a dominar níveis progressivamente mais complexos de ação, pensamento, emoção e interação com os outros, tornando-a mais competente, no seu contexto de vida.

Para obter resultados em desenvolvimento é de extrema importância a intervenção dos profissionais, tendo como imperativo a promoção da saúde e promoção do desenvolvimento, intervindo nas famílias, com ações preventivas de apoio à parentalidade, com vista a proporcionar aos pais sentimentos de confiança e satisfação no seu papel, de modo a oferecerem as melhores condições para um crescimento e desenvolvimento adequados.

Nos vários locais de estágio propus-me desenvolver uma assistência sistematizada à criança e família, que implicou formação aos enfermeiros sobre promoção do desenvolvimento infantil, sendo que realizei apenas os Módulos I e III, visto ter tido creditação ao Módulo II pela experiência profissional anterior em Internamento de Pediatria.

O Módulo I teve lugar, inicialmente na Consulta de Desenvolvimento, e posteriormente numa Unidade de Saúde Familiar, ambos da área de Lisboa, onde pretendi alertar os profissionais para a importância da avaliação e promoção do desenvolvimento, no sentido de identificar oportunidades de intervenção para a promoção da saúde e das competências de cada criança, e identificar precocemente alterações que justifiquem a referenciação.

O Módulo III teve lugar num Hospital Central de Lisboa, inicialmente na Urgência Pediátrica, onde foi um desafio retirar o foco de atenção apenas da doença, adotando estratégias voltadas para a integralidade do cuidado centrado na criança, promovendo o desenvolvimento infantil; posteriormente na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, na qual foi dada ênfase à prestação de cuidados dentro de um quadro de apoio ao desenvolvimento.

Ao longo deste percurso atingi as competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, procurando responder globalmente às necessidades da criança, ao longo do seu ciclo de vida.

**Palavras-Chave:** Desenvolvimento Infantil, Criança/Família, Enfermeiro



## **Abstract**

This report displays the reflections of the entire route of acquiring skills throughout the internship and has as cross-thematic the promotion of child development and as grounding my practice through the Health Promotion Model of Nola Pender, which identifies the concepts through which the individuals adopt healthy behaviors.

Child development is a process that goes from the conception and emerges in a continuous and orderly manner through which the child learns to master increasingly complex levels of action, thought, emotion and interaction with others, making it more competent in context of his life. To get results in development is extremely important the intervention of professionals, in the health promotion, and promotion of the development, and in the intervention into the families with preventive actions to support parenting, in order to provide to the parents the feeling of confidence and satisfaction in their role, so that they can offer the best conditions for the growth and development of the children.

In the diverse Internship locations, i set out to develop a systematic assistance to the child and family, which involved training of nurses on the promotion of child development. I did only the modules I and III, since i had credits for the Module II by previous professional experience in Internment Pediatric.

The Module I took place, initially, in the Development Consultation, and later, in a Family Health Unit, both in the Lisbon area, where i was intended to alert professionals to the importance of evaluating and promoting development, in the sense of, identify opportunities of intervention in the promotion of health and skills of every child; and identify early changes that justify referencing. The Module III took place in a Central Hospital of Lisbon, initially in the Pediatric Emergency, where was a challenge removing the focus attention only disease, and where were adopted strategies for full assistance centered on the child, promoting child development. subsequently, Module III was held in the Neonatal Intensive Care, where was given emphasis to the provision of care within a framework of development support.

Along this route reach the skills Nurse Specialist Health Nursing in Child and Youth, seeking to respond globally to the needs of the child throughout its life cycle.

**Keywords:** Child Development, Child / Family, Nurse



*“É no princípio da vida que se gera o modo como cada pessoa vai gerir  
o seu mundo e o seu futuro...e isto, tem que ver com todos nós.”*

Gomes-Pedro



## **Agradecimentos**

Aos meus pais, Eugénia e José, pelo seu amor incondicional, pelo exemplo de vida, por todo o apoio e incentivo tão preciosos...

Ao meu marido, Vítor, por estar sempre presente, pela compreensão e afeto, pela paciência e boa disposição...

À minha irmã Ermelinda, pela motivação, pela disponibilidade em me ouvir, pelos momentos de descontração e sorrisos partilhados...

Às minhas amigas e aos colegas de trabalho, pela força, e por partilharem comigo os piores e os melhores momentos...

À Francisca e Ana Marisa, pelos importantes momentos de partilha, e por tornarem agradável este grande desafio...

Às minhas orientadoras de estágio, pela orientação dada, pela compreensão e interesse demonstrados...

À Professora Margarida Lourenço, pela disponibilidade e orientação ao longo de todo o mestrado...

**A todos,  
O meu Muito Obrigada!**



## **Lista de Siglas e Abreviaturas**

### **Siglas**

ACES – Agrupamentos dos Centros de Saúde

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DPM – Desenvolvimento Psicomotor

DGS – Direção-Geral da Saúde

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

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

M-CHAT – Modified Checklist for Autism in Toddlers

MPS – Modelo de Promoção da Saúde

NIDCAP – Newborn Individualized Developmental Care Assessment Program

OE – Ordem dos Enfermeiros

PNSIJ – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RN – Recém-Nascido

RSL – Revisão Sistemática da Literatura

SO – Serviço de Observação

SUP – Serviço de Urgência Pediátrica

UCERN – Unidade de Cuidados Especiais Respiratórios e Nutricionais

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UCP – Universidade Católica Portuguesa

USF – Unidade de Saúde Familiar

### **Abreviaturas**

Consult. – Consultado

Enf.<sup>a</sup> – Enfermeira

ed. – Edição

h – Horas

n.º - Número

org. - Organizador



<b>Índice</b>	
<b>0 – Introdução</b> .....	<b>17</b>
<b>Capítulo Um – Fundamentação Teórica</b> .....	<b>19</b>
1 – Desenvolvimento Infantil .....	19
2 – Referencial Teórico .....	22
3 – Revisão Sistemática da Literatura .....	26
<b>Capítulo Dois – Estágio</b> .....	<b>33</b>
1 – Módulo I – Saúde Infantil .....	34
1.1 - Recursos da Comunidade .....	34
1.2 – Unidade de Saúde Familiar .....	37
2 – Módulo III – Serviços de Urgência e Neonatologia .....	47
2.1 – Serviço de Urgência Pediátrica .....	48
2.2 – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais .....	56
<b>Capítulo Três – Considerações Finais</b> .....	<b>65</b>
<b>Referências Bibliográficas</b> .....	<b>67</b>
<b>Apêndices</b> .....	<b>73</b>
<b>Apêndice I</b> – Sessão de Formação “Avaliação do Desenvolvimento Infantil” - Divulgação e Plano da Sessão; Diapositivos; Questionários de avaliação e Tratamento de dados ....	75
<b>Apêndice II</b> – Autorização de recolha de imagens .....	115
<b>Apêndice III</b> – Cartaz Informativo “Brinque Com o Seu Filho, Ajude-o a Crescer” .....	121
<b>Apêndice IV</b> – Índice do Dossier de Artigos .....	125
<b>Apêndice V</b> – Folheto “Diversificação Alimentar no 1.º Ano de Vida” .....	129
<b>Apêndice VI</b> – Sessão de Formação “Desenvolvimento Infantil 0 - 5 Anos” – Divulgação e Plano da Sessão; Diapositivos; Questionários de avaliação e Tratamento de dados ....	133
<b>Apêndice VII</b> – Livro “Desenvolvimento Infantil - Atividades Promotoras do Desenvolvimento e Sinais de Alarme” .....	157
<b>Apêndice VIII</b> – Cartazes Informativos “Sinais de Alarme” .....	167
<b>Apêndice IX</b> – Sessão de Formação “Cuidados de Apoio ao Desenvolvimento” - Divulgação e Plano da Sessão; Diapositivos; Questionários de avaliação e Tratamento de dados ....	171
<b>Apêndice X</b> – Manual “Cuidados de Apoio ao Desenvolvimento” .....	197



## **Índice de Quadros**

<b>Quadro I</b> – Descrição dos Artigos da Revisão Sistemática da Literatura .....	27
--	----



## **0 – Introdução**

A elaboração deste Relatório de Estágio surge na fase final do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, frequentado no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, nos anos letivos 2014/2016.

O presente Relatório tem como finalidade descrever as atividades desenvolvidas e as experiências vivenciadas, bem como as competências adquiridas ao longo da Unidade Curricular Estágio, de forma crítica e reflexiva, realizando uma análise do caminho percorrido para alcançar as competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (EEESCJ).

O EEESCJ deve prestar cuidados de nível avançado, com segurança, competência e satisfação da criança e sua família, procurando responder globalmente às suas necessidades, através da otimização do estado de bem-estar físico, psicológico e social, que estando presente, permite à criança/jovem conseguir alcançar todo o seu potencial (ORDEM DOS ENFERMEIROS [OE], 2010 c).

A escolha da área temática **Promoção do Desenvolvimento Infantil**, emergiu essencialmente da reflexão sobre o meu percurso profissional, assistindo frequentemente à organização dos cuidados centrados na patologia, deixando para segundo plano toda a individualidade e especificidade de cada criança, nas distintas etapas da sua vida.

As questões do desenvolvimento infantil, atualmente, têm tido grande ênfase na saúde infantil em Portugal, uma vez que para além de se trabalhar pela sobrevivência infantil, é essencial proporcionar a todas as crianças as melhores condições para alcançarem um crescimento e desenvolvimento harmoniosos. É uma área de atuação particular do EEESCJ, 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 (OE, 2011).

Em virtude de ter creditação ao Módulo II – Internamento de Pediatria, devido à experiência profissional de 7 anos em serviços de internamento, inicialmente no serviço de Pediatria Médica e desde 2009 na UCERN (Unidade de Cuidados Especiais Respiratórios e

Nutricionais), do Hospital Dona Estefânia, este Relatório irá incidir sobre os Módulos I e III. O Módulo I teve lugar na Consulta de Desenvolvimento de um Hospital Central de Lisboa de 13 a 17 de abril de 2015 e numa Unidade de Saúde Familiar (USF) do concelho de Loures de 20 de abril a 6 de junho de 2015, e o Módulo III decorreu no Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) de 1 a 24 de setembro de 2015, e na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) de 26 de setembro a 24 de outubro de 2015, ambos de um Hospital Central de Lisboa. Em todos os locais de estágio o tema trabalhado foi a promoção do desenvolvimento infantil.

Assim, este Relatório pretende expor as ações realizadas e as competências desenvolvidas durante todo este percurso de formação, refletindo sobre as suas implicações, bem como sobre os contributos para a prática profissional.

Foi utilizada uma metodologia analítica e reflexiva, permitindo, de uma forma detalhada e objetiva, descrever as experiências vividas, fundamentadas pela pesquisa efetuada na área temática e nas competências do EEESCJ definidas pela OE e pela Universidade Católica Portuguesa (UCP).

Para fundamentar a minha prática, baseei-me no Modelo de Promoção da Saúde (MPS) de Nola Pender, que enfatiza o papel ativo dos indivíduos na adoção de hábitos de vida saudáveis, sendo crucial o papel dos enfermeiros no sentido de arranjar estratégias para motivar os indivíduos a adotar comportamentos saudáveis. A nível da pediatria, encarando o binómio criança/família, como alvo dos cuidados de enfermagem, devem-se capacitar os pais, para atender às necessidades da criança, uma vez que são responsáveis pelo seu crescimento e desenvolvimento.

Estruturalmente, este Relatório é constituído por três capítulos: o primeiro, onde é feita uma contextualização teórica, abordando os principais aspetos relacionados com o desenvolvimento infantil, a descrição do MPS de Nola Pender, e é apresentada a Revisão Sistemática de Literatura (RSL), que se relaciona com a promoção do desenvolvimento infantil na criança hospitalizada; o segundo capítulo refere-se ao estágio, onde é feita uma breve contextualização dos locais de estágio e a descrição de todo o processo de desenvolvimento de competências; o terceiro capítulo é referente às considerações finais, baseadas na reflexão do desenvolvimento pessoal e profissional alcançados.

As referências bibliográficas seguem a Norma Portuguesa, nomeadamente a Norma 405.

## **Capítulo Um – Fundamentação teórica**

### **1 – Desenvolvimento Infantil**

Desenvolvimento, em pediatria, é definido como um processo de aquisição de competências, habilidades e comportamentos cada vez mais complexos, que resulta da interação de influências exteriores à criança, com a própria criança, congregando múltiplas potencialidades. Atualmente a criança é vista como parceiro e modulador ativo do seu meio social e cultural, e não como recetor passivo de socialização (VALE, 2008).

De acordo com PAPALIA, OLDS E FELDMAN (2001), uma das razões para a complexidade do desenvolvimento da criança é que a mudança e a continuidade ocorrem em vários aspetos do *self*. O desenvolvimento físico, do qual fazem parte o crescimento do corpo e do cérebro, as capacidades sensoriais, as competências motoras e a saúde; o desenvolvimento cognitivo que é constituído pelas mudanças nas capacidades mentais, tais como a aprendizagem, memória, pensamento, raciocínio e criatividade; o desenvolvimento psicossocial, constituído pela personalidade, que é o modo do indivíduo sentir, reagir e de se comportar, e pelo desenvolvimento social, que diz respeito às relações com os outros. Estes aspetos do desenvolvimento estão interligados, sendo que, durante toda a vida, cada um destes aspetos afeta os outros.

A criança, pelas suas características incontornáveis, é um ser vulnerável, e este facto não deve impedir a compreensão da sua vontade, pelo que merece ser respeitado à medida de todas as suas competências, sendo necessariamente a preocupação major do desenvolvimento da criança, que seja feliz, conforme o defendido em cada artigo da Carta dos Direitos da Criança. Por isso, como as suas habilitações cognitivo-morais limitam as decisões, impera em cada profissional de saúde que presta cuidados a crianças, a obrigação de agir de forma a promover o Bem, fim último da ética (OE 2010 b).

Deste modo, a gestão do bem-estar da criança, assim como a avaliação e promoção do desenvolvimento infantil deverão constituir o foco preferencial de todos os profissionais a nível da saúde infantil, nomeadamente do EEESCJ, intervindo junto das famílias, para que estas fiquem dotadas de competências para interagir com a criança a fim desenvolver todo o seu potencial (BELLMAN, LINGAM E AUKETT, 2003; OE 2011).

O EEESCJ deve ter atenção às variações do desenvolvimento dentro da normalidade, sendo fundamental que tenham a noção das etapas normais do desenvolvimento, das situações em que se pode recomendar reforço da estimulação e manter vigilância das situações mais preocupantes.

Na área do desenvolvimento infantil existe pouco consenso no que respeita a definição de critérios para a classificação dos desvios em relação à normalidade, não havendo uma linha que separe o normal do patológico. Nem sempre se pode saber se uma alteração é ou não transitória e, muitas vezes, pequenas alterações só são detetadas tardiamente (PINTO, 2009).

Daí a importância da avaliação do desenvolvimento, de modo a identificar precocemente as perturbações psicomotoras, intervindo de forma adequada.

Ao longo deste processo a ordem de aparecimento das diferentes funções é constante, contudo, os valores e ritmo de desenvolvimento variam de uma criança para a outra, e conseqüentemente, a idade de aparecimento de novas aquisições também difere, havendo um leque muito alargado de diferenças individuais normais, e só quando o desvio da norma é extremo é que há razão para se considerar o desenvolvimento excepcionalmente avançado ou atrasado (DGS, 2013; PAPALIA, OLDS E FELDMAN, 2001).

De acordo com ALEGRIA, ESTRADA E VALE (2008), as várias aquisições fazem-se de acordo com a maturação orgânica e exigências exteriores, em sinergia e continuidade, e cada aquisição é fundamental para o desenvolvimento da seguinte, funcionando como fonte de estímulo para novas aprendizagens.

Neste seguimento, de acordo com MATOS (2009), o desenvolvimento psico-motor (DPM) normal define-se pelos limites de idade em que se fazem as várias aquisições e pela adequação qualitativa, funcional e adaptativa, para cada idade, das competências adquiridas, ou seja, se essa alteração implica ou não o recurso a medidas de apoio. Isto é, não se pode definir normalidade de forma categórica mas sim de forma dimensional.

Embora as habilidades da criança sejam interdependentes, entendidas num todo, a avaliação da criança deve ser realizada por áreas do DPM, permitindo uma maior pormenorização de tarefas e sistematização das alterações quando estas existem.

As áreas podem ser divididas em: postura e motricidade global; visão e motricidade fina; audição e linguagem; comportamento e adaptação social. O DPM faz-se em seqüências determinadas e invariáveis. No desenvolvimento motor o desenvolvimento faz-se sempre numa progressão céfalo-caudal e de movimento geral/global para fino/particular; em termos cognitivos inicialmente há capacidade de compreensão e só posteriormente surge a

capacidade de expressão linguística; e a linguagem vai evoluindo nos seus vários componentes como a articulação/fonologia, o léxico/vocabulário, a semântica/significado, a morfo-sintaxe/gramática e a pragmática (SHERIDAN, 1993; MATOS, 2009).

BELLMAN, LINGAM E AUKETT (2003, p. 7) referem que “qualquer profissional experiente deverá poder fazer apreciações subjetivas do que é ou não normal”, uma vez que não existe uma linha bem definida entre o que é normal e anormal, e que a definição de regras claras é desadequada, na medida em que existe uma multiplicidade de fatores complexos que afetam o neurodesenvolvimento.

As crianças são semelhantes em alguns aspetos, sendo únicas em outros, como a nível da constituição física e de fatores constitucionais como a saúde, personalidade, os contextos de vida, as casas e as sociedades nas quais estão inseridas, os tipos de escolas que frequentam e o modo como ocupam os tempos livres (PAPALIA, OLDS E FELDMAN, 2001).

Deste modo, é reconhecido pelos diversos modelos biopsicossociais que o desenvolvimento está sujeito a inúmeras influências, sendo o produto de uma herança genética inata que o ser humano recebe dos seus pais biológicos e do ambiente externo.

Assim, devem ser considerados os vários fatores ambientais que afetam as crianças, tais como a família, o nível socioeconómico, a etnia, raça e a cultura. A família pode ter significados distintos, algumas crianças vivem com a família nuclear, bi-geracional, composta pelos pais e os filhos, em famílias monoparentais, ou com padrastos; bem como podem viver em lares de famílias alargadas, com uma rede familiar multi-geracional de pais, crianças e familiares mais distantes (avós, tios, primos). A família funciona como sistema com ligações internas e externas, com papéis e regras de interação, gerindo os estímulos presentes no meio ambiente, geradores de experiências e de novas aprendizagens, que proporciona cuidados alimentares e de higiene, atividades lúdicas, a resolução de problemas, a ideação e execução de planos. O nível socioeconómico envolve os rendimentos, educação e profissão dos pais, que por si só não afetam os resultados desenvolvimentais, mas sim as oportunidades para a promoção da saúde e bem-estar, como o tipo de família e comunidade em que a criança vive, e a qualidade de cuidados médicos e escolaridade que recebe. Relativamente à cultura, raça e etnicidade, importa referir que têm influência no desenvolvimento das relações sociais e emocionais, nas práticas educativas e atitudes em relação à saúde, bem como a suscetibilidade a problemas de saúde, relacionados com as variações étnicas e culturais da hereditariedade (PAPALIA, OLDS E FELDMAN, 2001; THIBODEAUX E MOONEY-DOYLE, 2014; VALE, 2008).

BRONFENBRENNER (1979, 1986, 1994), citado PAPALIA, OLDS E FELDMAN (2001) classificou as influências ambientais pela imediatividade do seu impacto, no sistema de *abordagem ecológica*, o qual inclui cinco níveis interligados de influência ambiental ou contextos de desenvolvimento, do mais próximo ao mais vasto. Bronfenbrenner defende que para compreender o desenvolvimento humano, deve-se estudar a criança no contexto dos ambientes múltiplos, ou sistemas ecológicos, nos quais se desenvolve. Assim, o *microsistema* é o ambiente quotidiano imediato da família, escola ou vizinhança, e inclui as relações com os pais, irmãos, amigos, professores. O *mesossistema* é a interação de vários microsistemas em que a criança está inserida, podendo incluir relações entre casa e escola ou entre a família e o grupo de pares. O *exossistema* refere-se às ligações entre dois ou mais contextos, não estando a criança inserida em pelo menos um deles, mas que a afeta indiretamente. O *macrossistema* consiste nos padrões culturais, nas crenças ideológicas dominantes e nos sistemas económicos e políticos. O *cronossistema* adiciona a dimensão tempo, a influência da mudança ou estabilidade, na criança e no meio

Ainda segundo os mesmos autores, tendo em conta os vários sistemas que afetam a criança, existe uma variedade de influências inter-relacionadas no seu desenvolvimento, e todas as crianças, com os diferentes talentos e temperamentos provocam diferentes estímulos no meio, e ao mesmo tempo, face a estímulos ambientais idênticos, interpretam-nos e reagem de diversas formas. Todas as experiências vão influenciar a evolução e a capacidade adaptativa da criança aos futuros estímulos, ou seja, o seu desenvolvimento.

## 2 - Referencial teórico

De acordo com a OE (2011), o EESIP tem como missão prestar cuidados de nível avançado à criança/jovem saudável ou doente, com segurança e competência, proporcionar educação para saúde, assim como identificar e mobilizar recursos de suporte à família/pessoa significativa, trabalhando em parceria com a criança/jovem e família, em qualquer contexto que ela se encontre, de forma a promover o mais elevado estado de saúde possível. Tendo como principal objetivo:

“que todas as crianças/jovens e suas famílias/pessoa significativa/prestador informal tenham acesso equitativo a cuidados de enfermagem especializados em Saúde da Criança e do Jovem, numa perspetiva de promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento e recuperação, que respeite os princípios de proximidade, parceria, capacitação, direitos humanos e da criança, numa abordagem holística, ética e culturalmente sensível” (OE, 2011, p.3).

Posto isto, e atendendo às especificidades inerentes à prestação de cuidados de enfermagem especializados à criança/jovem e sua família, importa definir os conceitos metaparadigmáticos da enfermagem, que continuam a ter utilidade enquanto principais conceitos de organização para a disciplina e para a profissão. Segundo HICKMAN (2000), a unidade básica na linguagem do pensamento teórico é o conceito. Os conceitos são palavras que representam a realidade e nos facilitam a capacidade de comunicação sobre ela, podendo ser empíricos ou abstratos, dependendo da capacidade de serem observados no mundo real.

A enfermagem preocupa-se com quatro conceitos principais: a pessoa, a saúde, o ambiente e a enfermagem. Juntos formam o metaparadigma da enfermagem, sendo que um metaparadigma identifica o conteúdo e o âmbito de uma disciplina (ALLIGOOD E TOMMEY, 2004).

A OE (2011) definiu esses conceitos dentro da área especializada da pediatria da seguinte forma: a **saúde**, como um estado subjetivo, devendo-se promover a maximização da saúde da criança/jovem dando ênfase à satisfação das suas necessidades nas diferentes etapas de desenvolvimento; a **pessoa**, que é especificado sob o binómio criança/jovem e a família, sendo a criança/jovem dependente dos cuidados da família, como forma de suprimir as suas necessidades, sendo que vai adquirindo novas capacidades e conhecimentos que lhe permitem ser progressivamente mais independente até alcançar a sua autonomia; e a família, que compreende o conjunto de indivíduos que tem a responsabilidade de prestar cuidados à criança/jovem; o **ambiente** no qual a criança/jovem vive e se desenvolve, que proporciona uma infinidade de estímulos, devendo salvaguardar-se que deve ser promotor da saúde, proporcionando a sustentação emocional e os cuidados à criança/jovem, para além de promover a sua independência e desenvolvimento; e os cuidados de **enfermagem** pediátrica, que evidenciam os cuidados centrados na família. A relação de parceria caracteriza-se por uma articulação dinâmica e flexível, podendo a criança/jovem ser integrados nos cuidados, que decorrem dos relacionamentos estabelecidos, de natureza aberta e colaborativa, entre a díade criança/família e a equipa de enfermagem. Procura-se promover a participação dos pais nos cuidados de menor à maior complexidade, mediante um processo de negociação, liderança e decisão, sendo a supervisão da responsabilidade do EEESCJ.

ALLIGOOD E TOMMEY (2004) identificam os seguintes níveis de estrutura do conhecimento: metaparadigma; filosofia; modelos conceituais; grande teoria; teoria e teoria de médio alcance. As teorias de médio alcance são o nível menos abstrato do conhecimento teórico, são mais precisas e concretas, uma vez que se concentram em responder a questões

concretas da prática de enfermagem. Um exemplo é o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender.

De acordo com GEORGE (2000), o uso sistemático e consistente de teorias ou modelos de enfermagem na prática, proporciona estrutura e disciplina para basear a prática de enfermagem, enriquecendo o corpo de conhecimentos necessários a uma profissão.

O Modelo original de Promoção da Saúde de Nola Pender surgiu em 1982, no qual afirma que existem processos biopsicossociais complexos que motivam os indivíduos a ter comportamentos orientados no sentido da melhoria da saúde. Em 1987 o MPS foi revisto por Pender, usando como alicerces a perspectiva de enfermagem holística, a psicologia social e a teoria de aprendizagem, nomeadamente a Teoria de Aprendizagem de Albert Bandura, de 1977, que postula a importância dos processos cognitivos na alteração comportamental. Em 1996 o MPS alarga-se para incluir comportamentos para melhorar a saúde, identificando conceitos relevantes para os comportamentos de promoção de saúde, aplicando-se ao longo do ciclo vital. Em 2002, Pender, Murdaugh e Parsons definem 14 pressupostos oriundos do MPS (SAKRAIDA, 2004).

O MPS de Nola Pender de 1996 centra-se em 10 categorias de determinantes de comportamentos de promoção da saúde. O comportamento de promoção da saúde é definido por PENDER (1996), citada por SAKRAIDA (2004, p.705) como “o fim ou resultado de ação orientado no sentido da obtenção de resultados de saúde positivos tais como o bem-estar ótimo, realização pessoal e existência produtiva”. As ações de saúde levadas a cabo pelo indivíduo são afetadas pelas características e experiências individuais, como **comportamentos anteriores**, uma vez que é frequente um comportamento igual ou semelhante ao do passado, e **fatores pessoais**, classificados como biológicos, psicológicos e socioculturais, uma vez que são preditores de um dado comportamento e moldados pela natureza do comportamento-alvo a ser considerado. Refere também que existem conhecimentos e afetações próprios do comportamento que são considerados de grande importância motivacional para o desenvolvimento de comportamentos promotores de saúde, e estas variáveis são possíveis de modificar através de ações de enfermagem. São eles os **benefícios da ação percebidos**, que são os resultados positivos antecipados que decorrerão do comportamento de saúde; as **barreiras percebidas da ação**, que são os bloqueios antecipados, quer sejam reais ou imaginados e os custos pessoais de uma determinada ação; a **auto-eficácia percebida**, que é o julgamento da capacidade pessoal para organizar e executar um comportamento de promoção de saúde; a **atividade relacionada com a apresentação**, entendida como os sentimentos positivos ou negativos que ocorrem antes,

durante e a seguir ao comportamento; as **influências interpessoais**, que são os conhecimentos relativos aos comportamentos, crenças ou atitudes dos outros que influenciam o indivíduo, sendo as principais fontes de influência as famílias, os pares e os profissionais de saúde; e as **influências situacionais**, que são percepções e conhecimentos pessoais de uma determinada situação que pode facilitar ou dificultar o comportamento, essas percepções incluem opções disponíveis, características de exigência e aspetos estéticos do ambiente. Todas estas cognições e afetação do comportamento levam a resultados comportamentais, que pressupõem um **compromisso com um plano de ação**, que é o conceito de intenção e identificação de uma estratégia planeada que conduz à implementação de um comportamento de saúde. Mas os comportamentos de promoção da saúde estão também dependentes das **exigências e preferências de competição imediatas**, sendo que as exigências são os comportamentos alternativos sobre os quais os indivíduos têm um controlo reduzido, como o trabalho ou a responsabilidade de cuidar da família, e as preferências são aqueles comportamentos sobre os quais os indivíduos exercem um controlo relativamente grande, como por exemplo as escolhas alimentares.

Então segundo o MPS de PENDER (1996), citada por SAKRAIDA (2004), as pessoas procuram criar condições de vida através das quais possam exprimir o seu potencial de saúde; têm a capacidade de refletir sobre as próprias competências e procuram regular ativamente o seu próprio comportamento; os indivíduos em toda a sua complexidade biopsicossocial interagem com o ambiente, transformando-o progressivamente e sendo transformados ao longo do tempo, sendo que os profissionais de saúde constituem parte do ambiente que exerce influência sobre as pessoas ao longo seu ciclo de vida.

Os principais pressupostos deste Modelo refletem então a perspetiva da ciência comportamental e enfatizam o papel ativo do doente na gestão dos comportamentos de saúde, alterando o contexto ambiental.

Com o passar do tempo, a sociedade está mais desperta para os comportamentos de promoção da saúde e para os ensinamentos realizados pelos profissionais, uma vez que é enfatizada a qualidade de vida e o facto de salvar vidas, assim como as consequências que resultam de quando os indivíduos não empreendem a prevenção e promoção.

Deste modo, e indo de encontro aos pressupostos do MPS, a OE (2011) preconiza que, o EEESCJ, na procura permanente da excelência no exercício profissional, deve ajudar a criança/jovem a alcançar o máximo potencial de saúde, sendo essencial a criação e aproveitamento de oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido de adotarem comportamentos potenciadores de saúde. Assim, nos vários contextos em que

se encontrem devem arranjar estratégias para motivar os indivíduos, devem fazer a apreciação individual de cada criança/jovem e família, e dos fatores que acreditam terem influência nas alterações dos comportamentos de saúde, estabelecendo um plano de ação específico para cada situação, uma vez que de acordo com PENDER, MURDAUGH E PARSONS (2002), citada por SAKRAIDA (2004, p. 706), “quanto maior o compromisso com um plano de ação específico, maior a probabilidade de se manterem comportamentos de promoção da saúde ao longo do tempo”.

Em pediatria, a filosofia dos cuidados centrados na família reconhece a família como constante na vida da criança. Assim, os profissionais capacitam as famílias através de oportunidades em que revelam as competências atuais e adquirem novas, para atender às necessidades da criança. O que vai de encontro aos pressupostos oriundos do MPS de PENDER, MURDAUGH E PARSONS (2002), citados por SAKRAIDA (2004), nos quais a competência e uma maior autoeficácia percebidas para executar um dado comportamento, aumentam a probabilidade de compromisso com a ação e com o desempenho real do comportamento, bem como resultam em menos barreiras percebidas ao comportamento de saúde específico.

### 3 – Revisão Sistemática da Literatura

#### Introdução

Uma revisão sistemática é uma forma de pesquisa que utiliza como fonte de dados a literatura sobre determinado tema. É um tipo de investigação que disponibiliza um resumo das evidências relacionadas com uma estratégia de intervenção específica, mediante a aplicação de métodos explícitos e sistematizados de busca, apreciação crítica e síntese da informação selecionada (SAMPAIO E MANCINI, 2007).

A revisão seguidamente apresentada tem como objetivo identificar as intervenções de enfermagem para promover o desenvolvimento infantil na criança hospitalizada, analisando a produção de conhecimento, de forma a tornar o ambiente hospitalar o menos traumático possível para a criança, minimizando assim os danos no seu desenvolvimento.

#### Material e Métodos

A revisão sistemática de literatura orientou-se a partir da seguinte questão: **“Quais as intervenções de enfermagem para promover o desenvolvimento infantil na criança hospitalizada?”**. Foi formulada através do método PI[C]OS: **P**articipantes: crianças hospitalizadas; **I**ntervenção: papel do enfermeiro na promoção do desenvolvimento infantil;

Comparação: (não se aplica); Outcomes (Resultados): desenvolvimento infantil adequado; Study design (desenho de estudo): abordagem qualitativa e quantitativa.

A pesquisa foi operacionalizada entre 2 e 6 de junho de 2015, na base de dados EBSCO, através das palavras-chave: *child development AND child hospitalized AND nurs\**, conforme a classificação dos Descritores em Ciências da Saúde (*DeCS*), refinada utilizando o operador booleano “AND” e os limitadores “title” (*child development*) e “all text” (*child hospitalized e nurs\**).

Para a seleção de artigos foram estabelecidos como critérios de inclusão: artigos de investigação; publicados em português, inglês ou espanhol; com possibilidade de acesso ao texto completo; publicados entre 2005 e 2015; que abordem o desenvolvimento infantil na criança hospitalizada. No que respeita a critérios de exclusão determinaram-se os artigos que não respondam à questão de investigação; que não sejam artigos de investigação e que estejam publicados noutra língua que não sejam o português, inglês ou espanhol.

Acedeu-se a um total de 47 artigos na base de dados EBSCO, sendo que foram excluídos 18 artigos por estarem duplicados na própria base de dados. Deste total de 29 artigos selecionados para análise, apenas 3 corresponderam aos critérios de inclusão, tendo sido excluídos 26 após leitura do título e resumo: 1 não era artigo de investigação, 2 não estava disponível o texto completo e 23 porque não atendiam aos objetivos desta revisão. Assim sendo, fazem parte desta revisão sistemática de literatura 3 artigos de investigação, 2 deles com abordagem qualitativa e 1 com abordagem quantitativa.

Com a finalidade de apresentar os dados relativos aos 3 artigos selecionados, apresenta-se seguidamente um quadro que faz referência aos autores, título e ano de publicação, tipo de estudo e objetivos, amostra, intervenção e resultados encontrados (Quadro 1).

**Quadro 1** – Descrição dos artigos analisados

<b>Autores/ Ano/Título</b>	<b>Tipo de estudo/objetivo</b>	<b>Amostra</b>	<b>Intervenção</b>	<b>Resultados</b>
BORTOLOTE, G.S.; BRÊTAS, J.R.S. (2008) “O ambiente estimulador ao desenvolvimento da criança hospitalizada”	- Estudo qualitativo  - Identificar elementos estimuladores do desenvolvimento infantil da criança hospitalizada.	8 crianças: 1 recém-nascido, 4 latentes, 1 em idade pré-escolar e 2 em idade escolar, internadas em enfermarias de um Hospital Universitário de São Paulo, Brasil.	Observação simples de 8 crianças, em três períodos (manhã, tarde e noite), em interação com o meio ambiente, durante 5 dias.	- A liberdade de movimentos é importante para a criança perceber o meio que a envolve; a presença de objetos de transição traz uma fonte de segurança e apoio e o ruído perturba muitas vezes o seu repouso; - O ambiente tem um papel importante, mas a principal fonte de estímulo está na pessoa que envolve a criança diariamente nos seus cuidados, seja para a alimentação, higiene, brincar ou num procedimento técnico.

**Quadro 1** (continuação) – Descrição dos artigos analisados

<b>Autores/ Ano/Título</b>	<b>Tipo de estudo/objetivo</b>	<b>Amostra</b>	<b>Intervenção</b>	<b>Resultados</b>
VALLADARES A.C.A.; SILVA, M.T. (2011) “A arteterapia e a promoção do desenvolvimento infantil no contexto da hospitalização”	- Estudo qualitativo  - Avaliar e comparar o desenvolvimento da criança, antes e após as intervenções da Arteterapia, na Unidade de internamento pediátrica.	5 crianças, entre os 7 e os 10 anos, de ambos os gêneros, internadas no Hospital de Doenças Tropicais de Goiânia, Goiás, Brasil em 2006.	7 sessões com Intervenções técnicas lúdicas e atividades artísticas, em que foi avaliado o desenvolvim ento das crianças antes e após estas sessões.	- De um modo geral, as crianças registaram progressos após as intervenções de arteterapia, sobretudo nas categorias de funcionamento físico (tornaram-se mais rápidas e dinâmicas); nos padrões de relacionamento e humor (mais interessadas e participativas, mais sorridentes e tranquilas), em relação aos afetos, ansiedades e medos (o afeto tornou-se mais rico e profundo e verificou-se maior controle emocional).
YU, L.; MO, L.; TANG, Y.; HUANG, X.; TAN, J. (2014) “Effects of nursing intervention models on social adaption capability development in preschool children with malignant tumors: a randomized control trial”	- Estudo quantitativo  - Comparar os efeitos de dois modelos de intervenção de enfermagem, sobre a capacidade das crianças socializarem, e determinar se melhoraram a sua capacidade de adaptação social e qualidade de vida.	240 crianças em idade pré- escolar (3-7 anos) com tumores malignos, internadas no Children`s Hospital of Chongqing Medical University, China, entre dezembro de 2009 e março de 2012.	Divididas em grupo experimental e de controle (120 por grupo). O grupo de controle recebeu cuidados de enfermagem de rotina, e o grupo experimental recebeu cuidados de enfermagem centrados na família.	- O modelo de cuidados de enfermagem centrado na família melhorou a capacidade de adaptação social das crianças mais eficazmente do que em crianças submetidas a cuidados de enfermagem de rotina; -A intervenção junto dos pais, fornecendo apoio psicológico e comportamental, resulta numa orientação positiva para as crianças, permitindo-lhes desenvolver bons hábitos que facilitam o desenvolvimento da capacidade de adaptação social; - O modelo de intervenção de enfermagem deve ter em conta medidas que mantenham o estado de espírito das crianças elevado, durante os tratamentos, como sejam: a participação em jogos de pintura, contar histórias, jogos criativos ou assistir a desenhos animados.

### Resultados

De acordo com o estudo de BORTOLOTE E BRÊTAS (2008), cada profissional que cuida de crianças deve-lhes dar a oportunidade de vivenciar diferentes situações do seu ambiente, a fim de evitar limitações na exploração do meio. Deve estar consciente da sua importância ao cuidar, pois desempenha uma importante função como um dos elementos dinamizadores na assistência à criança hospitalizada, sendo essencial que se reconheçam como principal fonte de estímulo para a criança se desenvolver, uma vez que são responsáveis pelos cuidados diários à criança.

No trabalho desenvolvido por VALLADARES E SILVA (2011), as autoras concluíram que a arteterapia canaliza, de maneira positiva, as variáveis do desenvolvimento da criança hospitalizada, e neutraliza os fatores de ordem afetiva, que surgem naturalmente, além de expor os potenciais mais saudáveis da criança, por vezes pouco estimulados no contexto de hospitalização. Após as intervenções lúdicas as crianças desenvolveram maior autonomia, criatividade e dinamicidade, provocando mudanças que se repercutiram nas suas vidas, sendo que algumas categorias do desenvolvimento foram mais significativas do que outras, o que confirma que cada criança tem um tempo e uma maneira de interiorizar experiências e vivências distintas.

De acordo com YU, et al (2014), pelas particularidades do desenvolvimento que as crianças em idade pré-escolar atravessam (dificuldade de adaptação ao meio ambiente e problemas de comportamento), foi necessário implementar um modelo de cuidados de enfermagem centrados na família, de acordo com as características psicológicas e comportamentais destas crianças. Este modelo promove o envolvimento dos pais nos cuidados a prestar à criança, trazendo melhorias no estado de espírito e qualidade de vida da criança hospitalizada, de modo a que possam melhorar o mais rapidamente possível.

### Discussão

A doença e a hospitalização na infância representam uma experiência ameaçadora, uma vez que a criança se encontra num ambiente diferente, privada do seu quotidiano, separada da família, dos amigos, da escola e dos seus objetos significativos, além de estar sujeita a sucessivos procedimentos invasivos e dolorosos. Muitas vezes são as primeiras crises que a criança enfrenta, e nos primeiros anos de vida possuem um número limitado de mecanismos de defesa para gerir este stress. É nos primeiros anos que estão a desenvolver o atributo mais importante de uma personalidade saudável, a confiança, daí que o cuidado inconsistente e os desvios da rotina diária podem levar à desconfiança e a uma perceção do controlo diminuída, podendo a experiência hospitalar abrandar temporariamente o desenvolvimento, ou adiá-lo permanentemente (MARTINS E PADUAN, 2010; SAUDERS, 2014).

Por outro lado, para BRAZELTON (2009), embora a hospitalização assuste tanto a criança como os pais, esta pode ser uma experiência positiva, desde que no internamento prevaleça uma atmosfera carinhosa, uma vez que a criança pode desenvolver a sua auto-estima e maturidade, aprendendo a dominar os receios e a ansiedade de uma estadia no hospital, sendo para isto essencial o papel dos pais, apoiando-a e ajudando-a a vencer essa experiência e a aprender com ela.

JORGE (2004) refere que para diminuir os efeitos da hospitalização é essencial a presença dos pais durante o internamento, uma vez que são quem melhor conhece a criança, para lhe proporcionar segurança, afetividade e continuidade dos cuidados de que ela necessita, evitando o sofrimento pela separação.

O estudo realizado por YU, et al (2014), vai de encontro ao referido pelos autores anteriores, referindo que no ambiente hospitalar os pais transmitem sentimentos de segurança às crianças, daí a importância do desenvolvimento do modelo de cuidados centrados na família, que permite o envolvimento dos pais, assumindo um papel na assistência e discussão do tratamento à criança, dando-lhe confiança, que é transmitida em emoções positivas. As intervenções devem ser adequadas a cada criança e aos seus pais, de modo a proporcionar bem-estar à criança, e por conseguinte melhorar a sua capacidade de adaptação social. Este modelo revelou-se benéfico nesta idade, uma vez que as crianças em idade pré-escolar estão num estágio crítico de desenvolvimento, podendo ser afetada a sua capacidade de desenvolver habilidades associadas à observação, atenção, memória, habilidades cognitivas, imaginação e emoção. E de acordo com PAPALIA, OLDS E FELDMAN (2001), o desenvolvimento prejudicado nesta fase pode levar a conflitos emocionais vincados, que se não forem resolvidos podem resultar em transtornos da personalidade.

No estudo realizado por BORTOLOTE E BRÊTAS (2008), concluiu-se que a equipa de enfermagem responsável pelos cuidados diários à criança hospitalizada, é a principal fonte de estimulação para a organização motora de base, para o desenvolvimento de perceção e da cognição, uma vez que a manipulação dos objetos, a exploração espacial, entre outras aquisições do desenvolvimento, somente são possíveis quando há uma pessoa que lhes proporcione essas oportunidades, e uma vez que as suas relações ficam restritas, é com os enfermeiros que passam grande parte do seu tempo.

Esta afirmação é reforçada pela OE (2010), que refere que nos primeiros anos de vida a aprendizagem mais importante é aquela que é proporcionada pela interação humana e não tem qualquer comparação com os objetos usados na aprendizagem.

GOMES-PEDRO, et al (2004) referem que nos bebés, a experiência relacional inicial, primeiro com a mãe e depois com os outros significativos, nomeadamente os profissionais de saúde que lhe prestam cuidados quando estão mais vulneráveis, vai funcionar como matriz sobre a qual se vão reeditar expressões interativas de maior ou menor confiança, que vão influenciar todo o desenvolvimento social da criança, designadamente as suas expectativas, face às outras relações e sobretudo face aos sentimentos sobre si própria.

Também para BRAZELTON (2009) a relação afetiva entre um bebê e quem cuida dele é responsável por um número surpreendentemente grande de capacidades mentais vitais, como o entendimento, a segurança, a confiança e o amor que advêm dos laços afetivos e são a chave para um desenvolvimento futuro saudável.

Os trabalhos realizados por Spitz em 1946 referentes à depressão anaclítica revelaram a importância das relações afetivas na saúde física, emocional, social e intelectual das crianças durante a sua hospitalização, e as consequências da escassez de afeto, carinho e contacto físico, que levam a depressão e a atrasos graves no desenvolvimento (SPITZ, 1991 citado por NASCIMENTO E PEDROSO, 2013).

BORTOLOTE E BRÊTAS (2008), referem ainda que um ambiente estimulador à criança hospitalizada deve ser constituído por pessoas que tenham conhecimento sobre os processos de desenvolvimento infantil normal e dos seus desvios, devendo a equipa de enfermagem oferecer um plano de cuidados tendo por base a estimulação da criança partindo das etapas do desenvolvimento psicomotor, psicossocial e cognitivo. Também para JORGE (2004), os conhecimentos sobre desenvolvimento infantil presentes nos profissionais de saúde que prestam cuidados às crianças são fundamentais, para que o hospital evite causar danos, e para os minimizar.

BORTOLOTE E BRÊTAS (2008) vêm reforçar a importância dos enfermeiros se reconhecerem como principal fonte de estímulo para a criança se desenvolver, salientando que as situações vivenciadas pela criança, os procedimentos e os inter-relacionamentos durante o internamento podem ser experiências benéficas ou maléficas, e só o conhecimento, a disposição e a especialização da equipa de enfermagem poderão tornar o ambiente estimulador.

Segundo VALLADARES E SILVA (2011), a criança mesmo doente continua a ser criança, por isso deve-se dar a garantia de uma assistência globalizada, providenciando um ambiente facilitador e propício ao seu desenvolvimento, procurando evitar a estagnação de estímulos, que pode prejudicar todo o seu processo de desenvolvimento normal. Daí que os profissionais de saúde devem proporcionar momentos para as crianças trabalharem com atividades lúdicas, a arteterapia, oferecendo-lhe a oportunidade para lidar melhor com a situação que está a viver e com isso facilitar a sua adaptação às rotinas hospitalares, estimulando o seu desenvolvimento saudável e restabelecendo o equilíbrio emocional. Sendo que devem atender às necessidades de cada criança, personalizando o atendimento, com base nos conhecimentos sobre desenvolvimento infantil.

Os profissionais de saúde devem encontrar os meios apropriados para ajudar cada criança a lidar com a hospitalização, tendo em conta a fase do desenvolvimento e as suas limitações físicas, cognitivas e emocionais no momento do internamento. Devem estar sensibilizados para a importância do brincar como uma atividade lúdica e simultaneamente terapêutica e dos seus benefícios para o desenvolvimento infantil adequado (PEREIRA E LOURENÇO, 2011).

Neste sentido, e ainda de acordo com VALLADARES E SILVA (2011), devem considerar o recurso a brincadeiras, jogos e histórias, fazendo com que o enfoque negativo da hospitalização, como a dor e o desconforto, seja deixado de lado e dê lugar à alegria, ao bem-estar, à atividade e espontaneidade.

### Conclusão

Após a análise e discussão dos artigos, é de salientar que é essencial o envolvimento de quem cuida, com base no conhecimento científico sobre cada fase do desenvolvimento infantil, transmitindo à criança a experiência essencial, o contacto humano. Assim, é necessário que o enfermeiro, pelo tempo que passa com a criança, tome consciência dos papéis sociais, dos valores e dos conhecimentos em relação ao desenvolvimento infantil, não fazendo das suas ações atos rotineiros, a fim de transformar os cuidados diários em momentos estimulantes e gratificantes ao utente pediátrico.

Os enfermeiros devem ter em consideração que todas as crianças são diferentes, pertencem a mundos diferentes, e por isso dispõem de recursos pessoais e maturacionais diferentes, pelo que devem recorrer a estratégias para ajudar a criança a enfrentar a hospitalização adequadas a cada criança e à sua fase de desenvolvimento. Assim como devem envolver os pais durante todo o processo de internamento, de modo a proporcionar-lhes confiança, que trará sentimentos positivos às crianças.

## **Capítulo Dois – Estágio**

A Unidade Curricular Estágio é constituída por três módulos, abrangendo as diferentes áreas de atuação do EEESCJ, sendo que realizei apenas os Módulos I e III, uma vez que me foi creditado o Módulo II pela experiência profissional anterior em Internamento de Pediatria, conforme a UCP (2012, p.8), “ pode ser creditada a experiência profissional por mais de 3 anos consecutivos, nos últimos 5 anos”.

Os objetivos gerais delineados para o Estágio, transversais aos dois Módulos efetuados foram os seguintes:

- Promover o crescimento e desenvolvimento infantil;
- Desenvolver competências específicas de EEESCJ.

Neste capítulo pretendo fazer uma análise retrospectiva do percurso por mim realizado ao longo do estágio, através da análise dos objetivos definidos para cada campo de estágio, e da descrição e reflexão crítica das atividades desenvolvidas.

Todo o percurso se revelou um amplo processo de aprendizagem, proporcionado pelas enfermeiras orientadoras que tanto contribuíram para a otimização do meu desempenho, assim como foi determinante o facto da temática desenvolvimento infantil ser passível de ser aplicada e desenvolvida ao longo dos vários contextos onde decorreu o estágio, e ter sido para mim um tema tão cativante.

As atividades desenvolvidas durante o Estágio permitiram-me dar continuidade ao processo de aquisição e aprofundamento de conhecimentos e competências, promovendo o meu desenvolvimento pessoal e profissional, conforme o definido pelo REPE (Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro), em que ao enfermeiro especialista são reconhecidas “competências científicas, técnicas e humanas para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na sua área de especialização” (Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de Setembro, Artigo 4º, alínea 3).

Pela minha experiência profissional em Internamento de Pediatria, em que presto cuidados de enfermagem à criança/família em situação de doença/hospitalização, alguns contextos foram facilitados tendo em conta as vivências e saberes já anteriormente adquiridos ao longo da prática profissional, assim como de diversas formações e projetos desenvolvidos na área, pelo que ao longo do estágio tive oportunidade de refletir sobre

questões complexas, situações novas ou nas que já me eram familiares, comunicando e discutindo as suas implicações com outros profissionais, havendo uma constante partilha de experiências.

## 1 – Módulo I – Saúde Infantil

Este módulo desenvolveu-se no âmbito da Saúde Infantil, ao longo de 180h de contacto, na Consulta de Desenvolvimento de um Hospital Central de Lisboa de 13 a 17 de abril de 2015 e numa Unidade de Saúde Familiar do concelho de Loures de 20 de abril a 6 de junho de 2015.

### 1.1 – Recursos da comunidade

O primeiro momento do Módulo I decorreu na Consulta de Desenvolvimento Infantil, sendo um Estágio de observação que decorreu durante três dias. A escolha do local foi pela área temática a desenvolver, pois seria essencial compreender como eram orientadas as situações de risco em termos de desenvolvimento, para melhor desenvolver o tema nos restantes contextos de estágio, uma vez que um dos objetivos da avaliação do desenvolvimento infantil é a deteção e o encaminhamento precoces das crianças com alterações ou em risco de as desenvolver. E o facto de ser num Hospital Central foi pela possibilidade de haver maior número e diversidade de situações.

A Consulta de Desenvolvimento deste Hospital Central situa-se ao lado do pavilhão da Consulta Externa, dividindo o espaço físico com a Consulta de Pedopsiquiatria. É composto por receção, sala de espera e duas alas com gabinetes de consultas. A equipa é constituída por quatro médicos especialistas do desenvolvimento, duas psicólogas, duas educadoras de infância, duas terapeutas da fala e uma assistente social que dá apoio à consulta, não tem enfermeiro, sendo que existe um enfermeiro na consulta de Pedopsiquiatria e pedem apoio quando é necessário.

Durante o estágio tive a oportunidade de assistir a consultas de todas as especialidades, sendo que era na consulta médica que era feita a avaliação do desenvolvimento, com recurso a uma escala, a maior parte das vezes era utilizada a Escala de Avaliação de Desenvolvimento Mary Sheridan (a preconizada pelo PNSIJ 2013), e em algumas alterações específicas, como as da linguagem, alguns médicos utilizavam a Denver II.

Para este local de estágio estabeleci o seguinte objetivo:

- Conhecer as atividades desenvolvidas na consulta de Desenvolvimento Infantil.

Para a consulta de Desenvolvimento são referenciadas crianças dos serviços de internamento ou de consultas externas do próprio hospital ou de outros hospitais da área que não têm consulta da especialidade, e dos Centros de Saúde da área deste hospital. A triagem dos pedidos de consulta é feita pela Educadora, que marca sempre a primeira consulta para o médico e depois este complementa com intervenções a outros níveis, definindo um plano de tratamento global com a equipa multidisciplinar, articulando também com os recursos locais disponíveis, indo de encontro às necessidades da criança e da família.

Para FIGUEIREDO E JORGE (2015), a abordagem da criança com perturbação do desenvolvimento deve ser multidisciplinar, com o objetivo de estabelecer um diagnóstico, mas acima de tudo encontrar um perfil funcional individual, adequando as intervenções educativas e terapêuticas para otimizar as competências de cada criança.

Durante as consultas os pais estavam presentes e eram sempre envolvidos no plano a definir, eram dadas orientações das atividades que poderiam realizar com as crianças, os pontos a estimular, assim como as estratégias a utilizar na abordagem.

BELLMAN, LINGAM E AUKETT (2003) referem que o envolvimento e apoio dos pais são cruciais para que a intervenção seja bem sucedida, devendo os pais ser consultados e envolvidos nas tomadas de decisão.

Mas ao mesmo tempo, FIGUEIREDO E JORGE (2015) referem que na comunicação com os pais é importante a reserva e o bom senso na discussão de prognósticos, uma vez que devido à plasticidade do sistema nervoso central das crianças e à instituição do perfil adequado de apoios, o mais precocemente possível, a evolução se mantém em aberto.

Os principais motivos de referenciação a esta consulta de desenvolvimento são crianças com perturbações da linguagem, perturbações da aprendizagem, perturbações disruptivas do comportamento e défice de atenção, e perturbações do espectro do autismo, assim como prematuros ou crianças com diversas patologias com atraso do desenvolvimento ou em risco de atraso.

Segundo MATOS (2009), as alterações genéticas são um dos principais fatores de risco das perturbações do desenvolvimento, daí que seja de extrema importância a intervenção precoce em qualquer criança com fatores de risco conhecidos, uma vez que vai atuar na fase de maior plasticidade e maior capacidade de modificação neuronais, melhorando as competências do indivíduo. FIGUEIRAS, et al (2005) reforçam esta ideia, defendendo que a estimulação nos primeiros três anos de vida, para crianças com atraso no desenvolvimento já estabelecidos ou aquelas com risco de atraso, melhora a sua performance.

Na consulta de desenvolvimento a precisão do diagnóstico feito no decorrer da avaliação detalhada é crucial, de modo a realizar a intervenção adequada, seja com medicação e estratégias educacionais ou com programas estruturados, de modo a modificar o curso das perturbações, como pude observar em algumas consultas a que assisti, verificando a evolução das crianças, através da consulta dos processos anteriores e esclarecendo dúvidas com os profissionais.

Durante o estágio tive também a oportunidade de acompanhar a equipa a uma reunião com a equipa de Intervenção Precoce da área de Lisboa Norte, que se realizou num Centro de Saúde da área. Esta reunião realiza-se uma vez por mês, com o intuito de discutir os casos de crianças que são seguidas no Hospital, delineando estratégias de intervenção na comunidade. Considero estas reuniões fundamentais, pois permitem que haja um conhecimento da condição da criança, a discussão e a articulação de todos os profissionais e recursos, com o principal objetivo de satisfazer as necessidades das crianças e famílias.

A meu ver, todo o ambiente da Consulta de Desenvolvimento se revelou facilitador do desenvolvimento, desde a sala de espera aos gabinetes de consulta, bem como o envolvimento dos profissionais durante a avaliação, o que vai de encontro ao estudo de BORTOLOTE E BRÊTAS (2008) abordado na RSL, no qual defendem a importância do ambiente hospitalar para o desenvolvimento da criança.

Este estágio apesar de curto, foi muito valioso e rico em experiências, essencial para os estágios seguintes, pois aprendi com os especialistas do desenvolvimento a realizar a avaliação do desenvolvimento infantil, e permitiu-me compreender como eram abordadas pela equipa multidisciplinar as crianças a quem são detetadas ou estão em risco de alterações do desenvolvimento, bem como os tratamentos das diferentes perturbações do desenvolvimento.

Foi também muito importante para a minha prática profissional, pois de acordo com a OE (2010 c), o EEESCJ deve ter conhecimento dos recursos disponíveis e fazer o devido encaminhamento das situações. E após esta experiência tive oportunidade de no serviço de internamento no qual exerço funções, dar conhecimento aos pais de uma criança com atraso do desenvolvimento a nível da fala, com repercussões na mastigação, dos recursos disponíveis e das formas de acederem a eles, tendo em conta as limitações monetárias, assim como dei orientações de como a poderiam estimular em casa.

## 1.2 – Unidade de Saúde Familiar

Este local de estágio não foi a minha primeira escolha, mas dentro das opções que tinha foi o escolhido por ficar mais próximo do local onde resido e do Hospital onde trabalho, de modo a facilitar as deslocações.

A USF na qual realizei o estágio situa-se numa freguesia pequena, mas é uma das freguesias do concelho com maior densidade populacional. A população é variada, havendo uma parte jovem pertencente à classe média, uma população idosa constituída por indivíduos reformados provenientes das Beiras e Alentejo nas décadas de 60-70, e uma parte considerável da população são imigrantes oriundos do continente Africano. Trata-se de uma população em rejuvenescimento, com grande parte dos indivíduos jovens e em idade fértil.

As instalações físicas são compostas pelo rés-do-chão, primeiro e segundo andares de um prédio habitacional. O rés-do-chão é dirigido para sala de tratamentos, no primeiro andar funciona o setor administrativo, sala de espera e gabinetes de consulta e o segundo andar é dirigido à saúde da mulher e da criança, composto por um gabinete de planeamento familiar e dois para a saúde materna. A saúde infantil tem um gabinete para a consulta de enfermagem e outro para a consulta médica, e uma sala de espera, que tem alguns brinquedos.

A equipa de enfermagem é constituída por quatro enfermeiros: um EEESCJ, um Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária e dois enfermeiros generalistas.

Nesta USF, a atividade dos enfermeiros baseia-se no método do enfermeiro de família, tendo em conta o conhecimento do paciente no contexto da família e da comunidade. O enfermeiro de família cuida da família como unidade de cuidados, e através da compreensão da estrutura, processos de desenvolvimento e estilo de funcionamento das famílias, presta cuidados gerais e específicos nas diferentes fases da vida do indivíduo e da família, direcionados para a sua capacitação funcional face às exigências e especificidades. O enfermeiro de família contribui para a ligação entre a família, os outros profissionais e os recursos da comunidade, garantindo melhor equidade e acessibilidade aos cuidados de saúde, obtendo ganhos em saúde (Decreto-Lei n.º 118/2014, de 5 de agosto).

Para HOCKENBERRY E BARRERA (2014), o conceito do enfermeiro de família vem reforçar a filosofia dos cuidados centrados na família, uma vez que os enfermeiros, com base no conhecimento da família, as apoiam nos papéis de prestação de cuidados e de tomada de decisão, reconhecendo a sua experiência em cuidar dos filhos, com base nos seus pontos fortes. Reconhecem a diversidade entre as estruturas e composições familiares; os objetivos, sonhos e estratégias da família; e as necessidades de apoio e de informação à família.

Os objetivos delineados para este Módulo de estágio foram os seguintes:

- Prestar cuidados de enfermagem especializados à criança/família apostando na prevenção primária e promoção da saúde;
- Avaliar e promover o crescimento e desenvolvimento infantil nas consultas de vigilância de saúde infantil;
- Implementar uma estratégia de assistência sistematizada à criança/família que implique a formação aos enfermeiros sobre avaliação e promoção do desenvolvimento infantil.

As atividades realizadas neste contexto incidiram sobretudo na avaliação e promoção do desenvolvimento infantil, esforçando-me no sentido de capacitar os pais na promoção do crescimento e desenvolvimento adequados dos seus filhos, assim como habilitar a equipa de enfermagem (uma vez que apenas uma enfermeira é especialista em saúde da criança e do jovem) para realizar a avaliação do desenvolvimento infantil nas consultas de vigilância de saúde infantil.

Apesar da Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan integrar atualmente os programas informáticos utilizados nos Cuidados de Saúde Primários (CSP), por indicação do ACES (Agrupamentos dos Centros de Saúde) ao qual pertence esta USF, apenas os EEESCJ fazem a avaliação do desenvolvimento nas consultas de saúde infantil.

Segundo a OE (2010 b) é responsabilidade do enfermeiro a avaliação e promoção do desenvolvimento infantil, com orientação antecipatória às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil, e a deteção precoce e o encaminhamento de situações que possam afetar negativamente a vida ou a qualidade de vida.

Para OPPERMAN E CASSANDRA (2001) há duas razões principais para se realizar o rastreio do desenvolvimento: identificar uma criança que não esteja a progredir de acordo com os padrões habituais, ajudando a determinar se existe um problema de saúde ou se é necessário um encaminhamento especial de modo a que a criança possa elevar as suas capacidades; e o outro objetivo da avaliação é proporcionar orientação antecipada a quem cuida da criança, com vista a melhorar o seu crescimento e desenvolvimento.

Assim sendo, uma vez que a prestação de cuidados se organiza pelo método do enfermeiro de família, e todos os enfermeiros realizam as consultas de saúde infantil, pareceu-me pertinente abordar a Enf.<sup>a</sup> chefe dos Centros de Saúde daquela área, no sentido de toda a equipa de enfermagem fazer a avaliação do desenvolvimento, com o intuito de melhorar os cuidados disponibilizados à criança.

Neste sentido, após reunião com a Enf.<sup>a</sup> orientadora e Enf.<sup>a</sup> chefe do Centro de Saúde, decidi realizar formação à equipa de enfermagem relativa à avaliação do desenvolvimento

infantil segundo a Escala de Avaliação de Mary Sheridan, que é preconizada pela DGS no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) 2013, com o intuito de capacitar os enfermeiros para a realização da avaliação do desenvolvimento infantil e assim estarem mais habilitados para a deteção precoce de alterações.

Deste modo desenvolvi as seguintes competências definidas pela UCP (2012): *identifiquei as necessidades formativas na minha área de especialização*, assim como *promovi o desenvolvimento pessoal e profissional de outros enfermeiros*.

Os cuidados antecipatórios são especialmente valorizados pela DGS no PNSIJ (2013), como fator de promoção da saúde e de prevenção da doença. Assim, indo de encontro ao estabelecido pela OE (2011) para o EEESCJ, e baseando-me no MPS de Nola Pender, em todas as consultas de saúde infantil ajudei a criança/jovem a alcançar o máximo potencial de saúde, facultando aos pais e outros cuidadores os conhecimentos necessários para adotarem comportamentos saudáveis, com vista a garantir a qualidade de vida da criança. Entre os quais alimentação saudável; promovia o aleitamento materno; a importância da imunização de acordo com o Programa Nacional de Vacinação; a saúde oral; a prevenção de acidentes, dirigindo-me especificamente para os perigos em cada idade e consoante a fase de desenvolvimento; e abordava as doenças comuns nas várias idades, alertando para os sinais e sintomas que justificam o recurso aos serviços de saúde. Realizava a avaliação do desenvolvimento e fornecia informação aos pais, fomentando a aplicação de práticas simples, promotoras do desenvolvimento.

É muito importante a opinião dos pais sobre o desenvolvimento dos seus filhos, uma vez que são bons observadores e detetores acurados das deficiências observadas. Pelo que cada avaliação do desenvolvimento deve ser individualizada, dinâmica e discutida em conjunto com os pais, prevenindo certas falências no desenvolvimento, e reforçando deste modo a confiança e aliança entre profissional e família.

ALEGRIA, ESTRADA E VALE (2008) referem que a autoestima da criança pode ser melhorada se a família adquirir conhecimentos e competências sobre o desenvolvimento motor, cognitivo e emocional em idade pediátrica.

A minha avaliação nas consultas de saúde infantil começava na observação informal da criança na sala de espera e durante a entrada no gabinete, avaliando o contacto, seguimento ocular, atenção, comportamento, manipulação, linguagem, assim como a qualidade da interação familiar.

Segundo a OE (2010 b), o enfermeiro deve estar alerta para as situações de carência afetiva, de forma a poder intervir junto dos pais, mostrando-lhe formas de contrariá-la. Os

pais devem ser ajudados a compreender que, para o desenvolvimento das capacidades cognitivas e emocionais dos filhos, é realmente importante a sensibilidade e a qualidade das interações emocionais entre eles.

Segundo BRAZELTON E GREENSPAN (2006), citados por OE (2010), a primeira infância é a fase mais crítica e vulnerável no desenvolvimento de qualquer criança, sendo nesta fase que se estabelecem as bases para o desenvolvimento intelectual, emocional e moral. Sendo essencial a relação emocional dos pais com o bebê para atingir essas vertentes do desenvolvimento, uma vez que as crianças necessitam de cuidados sensíveis, com gestos afetivos e emocionais, que os ajudará a compreender o mundo à sua volta e a formar as capacidades de segurança, confiança, empatia e solidariedade.

Erik Erikson identifica ainda o primeiro ano de vida como o período de estabelecimento de uma ligação de confiança e afeto mútuo, que são adquiridos através da resposta atempada e adaptada às necessidades e estímulos de cada criança (PAPALIA, OLDS E FELDMAN, 2001). Pelo que é o estímulo das primeiras relações significativas que serão os moldes e os suportes das sucessivas relações e desempenhos futuros.

O que é corroborado por VALE (2008), que defende que para que a criança e o adolescente rendibilizem plenamente as suas potencialidades é necessário que existam condições psicossociais, entre as quais amor e afeto e um meio familiar consistente e previsível, propiciando a exploração e a descoberta.

Pelo que em todos os contactos com a criança/família é muito importante transmitir aos pais que devem aproveitar cada momento que passam com os filhos, tornando-o único e rico em afetos e brincadeiras, reconhecendo que o brincar, enquanto atividade e oportunidade de relação, constitui um elemento basilar em todo o processo de construção do *ser* da criança.

Segundo VALE (2008, p.120), a avaliação do desenvolvimento infantil tem como objetivo, “não só a obtenção de um diagnóstico, mas também a avaliação do perfil das chamadas “áreas fortes” e “fracas”, quer da criança, quer da família e respetivos sistemas de suporte cultural educativo e social, a fim de se efetuar a programação e integração das áreas a privilegiar”.

É de extrema importância o reconhecimento dos desvios patológicos da normalidade o mais cedo possível, para que as crianças sejam sinalizadas e encaminhadas para uma avaliação do desenvolvimento mais completa, nas consultas de desenvolvimento, por profissionais especializados no Neurodesenvolvimento, e iniciar intervenção, seja em programas de acompanhamento ou terapia, para recuperar algumas competências e para evitar o acumular de dificuldades.

As crianças com deficiência ou em risco de atraso grave de desenvolvimento e as suas famílias deverão beneficiar de programas de intervenção precoce, através do Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância. Existem critérios de elegibilidade, que são as crianças até aos 6 anos que apresentem alterações nas funções ou estruturas do corpo, que limitam o normal desenvolvimento e a participação em atividades típicas; ou risco grave de atraso de desenvolvimento pela existência de condições biológicas, psicoafetivas ou ambientais, que implicam uma alta probabilidade de atraso relevante no desenvolvimento da criança (Decreto-Lei nº 281/2009 de 6 de outubro).

BELLMAN, LINGAM E AUKETT (2003) referem que, na maior parte dos casos, uma intervenção precoce permite que as crianças consigam desenvolver todo o seu potencial e evita que sejam identificados posteriormente como possuindo necessidades educativas especiais.

Mas mais do que apenas detetar os desvios patológicos da normalidade nas consultas de vigilância de saúde infantil, é importante saber detetar também os desvios fisiológicos e passíveis de correção através de medidas simples. Para isto é de extrema importância o conhecimento das diferentes etapas do desenvolvimento, a sua antecipação e o aconselhamento dos pais sobre as atividades que podem ajudar a promover a aquisição de competências e podem evitar alguns dos problemas relacionados com fatores ambientais e erros ou lacunas na estimulação da criança (PINTO, 2009).

Neste sentido, e indo de encontro aos objetivos por mim delineados para este campo de estágio, realizei uma ação de formação dirigida a todos os enfermeiros da USF na qual realizei o estágio, assim como das restantes Unidades de Saúde do Centro de Saúde, de modo a capacitar a equipa de enfermagem para realizar a avaliação do desenvolvimento infantil através da Escala de Avaliação de Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada. Procedi à divulgação da sessão através de folha própria em todas as Unidades de Saúde, com a ajuda preciosa da Enf.<sup>a</sup> Chefe, elaborei o plano de sessão e questionários de avaliação da sessão que apliquei no final da mesma, como forma de poder melhorar apresentações futuras (Apêndice I).

Na sessão de formação foram abordados os principais parâmetros de avaliação do desenvolvimento, assim como os sinais de alarme em cada faixa etária. Foi centrado principalmente no primeiro ano de vida, e fiz também referência aos 2 e 5 anos por serem idades cruciais para a deteção de possíveis perturbações do desenvolvimento. Elaborei caixas com o material necessário para a avaliação do desenvolvimento através da Escala de Mary Sheridan, uma para o primeiro ano de vida e outra de 1 a 5 anos, e apresentei o material

ao longo da sessão. No final da sessão foram visualizados dois vídeos, um relativo à avaliação dos reflexos do recém-nascido (RN) e outro à avaliação do desenvolvimento por mim efetuado, com crianças de 3 meses, 2 anos e 5 anos, sendo que dos dois últimos as imagens foram captadas no serviço de internamento onde exerço funções, com a autorização por escrito dos pais das crianças (Apêndice II). Na sessão foi também abordado o exame físico ao RN e a avaliação dos reflexos primitivos do RN. Inicialmente o meu objetivo era realizar duas sessões de formação distintas, mas em conversa com a Enf.<sup>a</sup> orientadora e Enf.<sup>a</sup> chefe pareceu-nos mais pertinente realizar tudo no mesmo dia, uma vez que se iriam mobilizar enfermeiras de outras Unidades de Saúde.

Tive oportunidade de observar os resultados desta sessão nas restantes três semanas de estágio, uma vez que todas as enfermeiras da USF passaram a realizar a avaliação do desenvolvimento, e a fazer o registo no programa informático em uso, utilizando os materiais para a avaliação que eu reuni nas caixas, e ainda tiravam dúvidas comigo e observavam as avaliações por mim realizadas.

Assim desenvolvi a competência *zelar pela qualidade dos cuidados prestados na sua área de especialização* definida pela UCP (2012).

Durante as avaliações que realizei tive oportunidade de perceber que as expectativas dos pais relativamente ao desenvolvimento esperado dos seus filhos são demasiado elevadas, mas quando explicava quais as idades médias de aquisição de competências, e que cada criança é única e tem o seu próprio ritmo, acalmava a sua ansiedade, suscitando o seu interesse para colocarem algumas dúvidas.

A colocação de um cartaz informativo na sala de espera intitulado “Brinque com o seu filho, ajude-o a crescer” (Apêndice III) dirigido aos pais, com atividades promotoras do desenvolvimento infantil dos 0 aos 2 anos, revelou-se uma estratégia adequada para pôr à disposição das famílias um conjunto básico de intervenções, baseadas na evidência científica disponível, e que permitem prevenir alguns problemas relacionados com o desenvolvimento nos primeiros anos de vida. Na opinião de PINTO (2009), pode fazer a diferença incentivar os pais a brincar com o seu filho de uma forma mais dirigida, ensinando-os a dirigir os seus estímulos e a saber que jogos usar em cada fase específica do desenvolvimento do seu filho.

Ao longo de todo o estágio a minha experiência profissional anterior em pediatria permitiu-me partilhar com a equipa aspetos complexos acerca de situações de doença e hospitalização, mobilizando conhecimentos adquiridos em contexto de trabalho em internamento de Pediatria, o que me permitiu ter creditação ao Módulo II.

Neste sentido, além de diariamente partilhar situações práticas em vários contextos, procedi à elaboração de um dossier com artigos (Apêndice IV) relacionados com as principais doenças na infância e dos principais motivos de ida à urgência hospitalar. Este dossier foi apresentado à equipa numa reunião informal, sendo uma oportunidade de partilha de experiências, na qual falei da abordagem à criança naquelas situações de doença, quando deviam encaminhar para os serviços hospitalares, e quando a criança recorria ao hospital qual era o tratamento efetuado, para deste modo poderem compreender os procedimentos realizados no hospital e poderem responder às dúvidas colocadas pelos pais nas consultas, antes e depois de recorrerem ao hospital.

O que foi acima referido vai de encontro a um dos objetivos definidos pela UCP (2012), em que *comuniquei os resultados da prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas*, assim como tive a oportunidade de *manter, de forma contínua e autónoma, o meu próprio processo de auto desenvolvimento pessoal e profissional*.

Em algumas consultas houve mães de crianças com aproximadamente 9-12 meses de idade, que manifestavam dificuldade em compreender porque é que, ultimamente durante a noite a criança acordava várias vezes e levantava-se na cama agarrada às grades, chorando durante esse período, fazendo pequenos períodos de sono, afetando assim o sono de toda a família. Era dito às mães que esta situação era normal e inevitável e que quando finalmente aprendesse a andar dormiria novamente mais sossegada, satisfeita com a sua autonomia. Deste modo conseguia acalmar a preocupação dos pais com esta situação, fazendo-os perceber que seria uma fase antes de um “salto” no desenvolvimento do seu filho, e que corresponde a um período de reorganização (oitavo ponto de referência definido por BRAZELTON, 2009).

Os pontos de referência são definidos por BRAZELTON (2009, p. 9) como “aquelas fases previsíveis que ocorrem precisamente antes de um surto de crescimento rápido em qualquer linha do desenvolvimento - motor, cognitivo ou emocional - quando, durante um breve espaço de tempo, se verifica uma alteração no comportamento da criança”.

Através dos pontos de referência os pais podem observar a grande capacidade de desenvolvimento da criança, e cabe aos profissionais que lidam com as crianças explicar aos pais que estes períodos regressivos devem ser encarados como normais e previsíveis, sendo oportunidades para compreenderem melhor a criança e para apoiá-la no seu crescimento. Sendo que pode ser nestas alturas, que emergem as potencialidades e vulnerabilidades particulares da criança, assim como o seu tipo de reações e temperamento. Cada nova tarefa

que o bebê aprende traz novas exigências e requer toda a sua energia, assim como a de todos os membros da família (BRAZELTON, 2009).

É fundamental a intervenção dos profissionais de saúde para ajudar os pais a enfrentar os surtos previsíveis do desenvolvimento e os problemas que estes trazem a todas as famílias, de modo a compreenderem o desenvolvimento comportamental e emocional das suas crianças. Em todas as consultas de saúde infantil devem então ser abordados temas como a alimentação, sono, ciclos de agitação, segurança e disciplina, explicando antecipadamente aos pais o sentido destas regressões, uma vez que são previsíveis, tendo em vista reduzir a ansiedade e aumentar a confiança neles próprios como pais.

De modo a haver um consenso global no aconselhamento fornecido aos pais relativamente à introdução dos alimentos no primeiro ano de vida, foi-me proposto elaborar um folheto para entregar aos pais aquando do início da diversificação alimentar, com as indicações atuais (Apêndice V). Este folheto foi apresentado e discutido com as equipas médica e de enfermagem, e será o suporte a ser usado por todos os profissionais da USF, uniformizando deste modo os ensinamentos.

Houve uma situação de uma criança, que na consulta dos 18 meses quando fazia ensinamentos sobre alimentação, percebi, em conjunto com a Enf.<sup>a</sup> orientadora que a carne ou peixe não faziam parte da alimentação daquela criança, por razões económicas. Esta mãe foi então aconselhada a comprar a carne e o peixe mais baratos, e foi reforçada a importância de proporcionar às crianças uma nutrição adequada, para manter as funções vitais, de modo a fornecer as calorias suficientes para saciar a criança, mas também de forma a proporcionar um equilíbrio dos nutrientes essenciais ao seu crescimento e desenvolvimento.

De acordo com GUERRA, et al (2012), a carne, o peixe e o ovo são importantes fornecedores de proteínas de alto valor biológico, assim como de outros nutrientes com uma função determinante no desenvolvimento. A privação do consumo destes alimentos a partir dos 6 meses de vida pode levar à ocorrência de desnutrição energético-proteica acompanhada de carências em ferro, vitaminas D e B12, com compromisso estado-ponderal, da composição corporal e do desenvolvimento cognitivo. Estudos recentes relatados pelo mesmo autor demonstram a importância da ingestão de carne durante o 2.º e 3.º semestres de vida no desenvolvimento psicomotor aos 2 anos.

BELLMAN, LINGAM E AUKETT (2003), referem que todos os profissionais devem estar conscientes dos efeitos prejudiciais da má nutrição, do frio e da humidade das casas e de como o aumento do desemprego coloca cada vez mais famílias em risco. Desta forma, devem ser exploradas estas questões, encorajando as famílias a partilhar as dificuldades

económicas vividas, e tentando dar resposta da maneira mais eficaz possível e com os recursos existentes.

De acordo com a DGS (2013), há um número crescente de crianças com problemas emocionais e comportamentais, que podem conduzir mais tarde a comportamentos de risco, como o absentismo escolar, delinquência, atos suicidários, uso de álcool e drogas, entre outros. A consulta de vigilância de saúde infantil e juvenil é uma oportunidade para a atuação na avaliação e orientação destas situações problemáticas, devendo transformar-se numa prioridade o diagnóstico de situações de risco, assim como a implementação atempada de estratégias preventivas e terapêuticas.

Deparei-me algumas vezes com adolescentes, a maior parte das vezes recorriam por necessidade de vacinas, ou vinham com os pais acompanhar irmãos mais novos, sendo que se aproveitava a vinda para realizar consulta. Nestas consultas eram levadas a cabo ações para estimular a opção por comportamentos promotores de saúde, relacionados com uma alimentação equilibrada e adequada às necessidades de cada um; a prática regular de exercício físico, procurando com o jovem perceber quais eram as do seu interesse; a gestão do stress, incentivando-o a recorrer a estratégias internas para lidar com as diversas situações; a prevenção de consumos nocivos; e a adoção de medidas de segurança (abordando a utilização de métodos contraceptivos para prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e gravidez indesejada). Assim, consegui aproveitar oportunidades para facilitar a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança no jovem, negociando um contrato de saúde, conforme o preconizado pela OE (2011) para o EEESCJ.

SAEWYC (2014) refere que durante a adolescência o indivíduo alcança a sua maturidade física e sexual, desenvolve formas de raciocínio mais sofisticadas e toma decisões educacionais e ocupacionais que irão influenciar o seu futuro.

PIAGET (1972) citado por OPPERMAN E CASSANDRA (2001), descreveu que na transição da infância para a adolescência há o movimento do pensamento operatório concreto para o formal. Na maioria dos jovens entre os 11 e 14 anos ocorre a emergência do pensamento operatório formal, que inclui a capacidade de pensar em termos abstratos, pensar sobre possibilidades e hipóteses. Os jovens são capazes de utilizar a perspetiva do futuro, de imaginar possibilidades, tais como sequências de acontecimentos futuros que podem ocorrer. O pensamento hipotético permite-lhes criar sistematicamente possibilidades e explicações alternativas a partir de um conjunto de observações.

Neste sentido, na abordagem que realizava aos adolescentes, alertava-os para os benefícios de adotarem comportamentos saudáveis, e para os perigos futuros, caso não os

seguissem, de acordo com o seu desenvolvimento cognitivo, uma vez que ser capaz de planejar o futuro e identificar as consequências futuras de ações possíveis, são habilidades que dependem da capacidade de pensar de forma hipotética. De acordo com SAEWYC (2014), os adolescentes mais velhos podem ser capazes de considerar algumas das implicações do seu comportamento a longo prazo, podendo por esta razão reagir a esforços de promoção de saúde. Para as crianças e adolescentes mais novos que utilizam primariamente o pensamento concreto, devem-se enfatizar os riscos ou benefícios imediatos do seu comportamento nos esforços de promoção da saúde.

Deste modo fui de encontro ao estabelecido pela OE (2011) para o EEESCJ, utilizando estratégias motivadoras do jovem para o desempenho adequado dos seus papéis na saúde.

PENDER (1996) citada por SAKRAIDA (2004, p.706), no seu MPS vem reforçar o acima mencionado, quando afirma que “as pessoas comprometem-se a ter comportamentos dos quais antecipam benefícios pessoalmente valorizados” e que “quando emoções ou apresentações positivas estão associadas a um comportamento, a probabilidade de compromisso e a ação aumentam”.

Quando se lida com adolescentes que estão expostos a fatores de risco como a pobreza, violência no bairro, abuso, negligência, alcoolismo ou psicopatologia parental, além de se promover comportamentos saudáveis, devem ser tomadas medidas de proteção. Este facto é reforçado por SAEWYC (2014), que refere que se devem desenvolver intervenções no sentido de tornar estes jovens menos vulneráveis e mais resilientes, reduzindo a exposição a riscos de saúde ou acontecimentos de vida stressantes e aumentando o número de fatores de proteção (como competências de comunicação e de resolução de problemas ou fontes de apoio emocional).

Assim, na prestação de cuidados ao jovem consegui prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem, identificando os estádios do processo de mudança na adoção de comportamentos saudáveis (OE, 2010 c).

Tendo em conta que devem ser considerados os fatores ambientais que afetam o desenvolvimento das crianças, e pelo facto da população desta USF ser multicultural, ao longo deste estágio promovi a sensibilidade, consciência e respeito pela identidade cultural, como parte das perceções de segurança de um individuo/grupo, indo de encontro às competências do Enfermeiro Especialista definidas pela OE (2010). Assim, assegurava que as necessidades culturais e espirituais da criança/família eram satisfeitas, (respeitando o uso de determinados acessórios, a realização de rituais, bem como o facto de não ingerirem

determinados alimentos), ao mesmo tempo que me certificava que era respeitado todo o processo de crescimento e desenvolvimento da criança, estabelecendo uma interação produtiva. É importante reconhecermos a variedade cultural, mas ao mesmo tempo ter presente que nenhum grupo cultural é homogêneo, cada grupo racial e étnico abrange uma grande diversidade, pelo que devemos abordar cada criança/família de forma individualizada.

LEININGER (1991;1995) citada por WELCH (2004) defende que a enfermagem deve ter em conta a descoberta criativa sobre o indivíduo, famílias e grupos e o seu cuidar, valores, expressões, crenças e ações baseadas no seu modo de vida cultural para prestar um cuidado de enfermagem eficaz, satisfatório e culturalmente coerente. Caso as práticas de enfermagem não reconheçam estes aspetos do cuidar cultural, irão limitar a cura e o bem-estar.

Uma vez que a minha experiência profissional é essencialmente a nível de cuidados hospitalares, a experiência em CSP contribuiu para fortalecer a visão integrada de saúde infantil, mudando o foco de atenção das doenças que afetam a criança, trazendo importantes benefícios para a qualidade da atenção prestada às crianças nos serviços de saúde e em qualquer contexto. Permitiu-me reconhecer a importância da prevenção primária nos cuidados de saúde à família, nomeadamente a nível da saúde infantil, e uma vez que para os pais o cuidar do seu filho não é uma capacidade inata, é uma competência, cabe-nos a nós profissionais de saúde em todos os contactos ajudar e ensinar os pais para que se tornem mais competentes no cuidar, sendo que, depois deste estágio reconhecido que nesta área, é fundamental o papel do EEESCJ que atua a nível dos CSP.

## 2 – Módulo III – Serviços de Urgência e Neonatologia

Do Módulo III fizeram parte os serviços de Urgência Pediátrica de 1 a 24 de setembro de 2015, e a Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais de 26 de setembro a 24 de outubro de 2015, com a duração de 90h cada um deles, ambos de um Hospital Central de Lisboa.

A escolha do Hospital para a realização deste módulo prendeu-se principalmente com o facto de ser um Hospital Central, com todas as valências de Pediatria, que se tornou sem dúvida muito vantajoso tanto a nível dos conhecimentos adquiridos, como para o meu desempenho profissional, uma vez que exerço funções num Hospital Pediátrico Central, que se complementa em termos de especialidades com este Hospital, e deste modo fiquei com uma visão geral da Pediatria na região de Lisboa.

## 2.1 – Serviço de Urgência Pediátrica

Este SUP situa-se num edifício dirigido apenas para a saúde da mulher e da criança, no segundo andar. É constituído fisicamente por uma sala de triagem, gabinetes médicos, sala de reanimação, sala de aerossóis, sala de tratamentos, sala de pequena cirurgia e Serviço de Observação (SO) com capacidade para 6 camas/berços.

A equipa de enfermagem é constituída por 21 enfermeiros (apenas 3 EEESCJ), o método de trabalho é o método de Enfermeiro Responsável, sendo que em cada turno ficava 1 enfermeiro na triagem, 1 na sala de tratamentos e 2 enfermeiros no SO.

Admite crianças desde o nascimento até aos 18 anos, à exceção de algumas crianças com doença crónica que ainda não fizeram o processo de transição para os serviços de adultos e continuam a recorrer a este SUP até por volta dos 20 anos. Recorrem por iniciativa dos pais, transferidos de outras instituições (CSP ou outro hospital), ou são trazidos pelo INEM (Instituto Nacional de Emergência Médica). As patologias mais frequentes são os traumatismos, febre, gastroenterite, dificuldade respiratória, e a idade é muito variável. Durante a minha permanência não verifiquei nenhuma idade que se destacasse, apesar de haver grande afluência a partir da idade pré-escolar por traumatismos, mais do que em outras alturas do ano, conforme foi referido pela Enf.<sup>a</sup> orientadora, uma vez que era o início do ano letivo.

Para este local de estágio tracei como objetivos específicos:

- Prestar cuidados especializados à criança/jovem e família em situação de urgência/emergência;
- Promover o crescimento e desenvolvimento infantil adequados durante a estadia da criança no SUP;
- Implementar uma estratégia de assistência sistematizada à criança e família que implique a formação aos enfermeiros sobre desenvolvimento infantil.

O tema aqui trabalhado foi a promoção do desenvolvimento infantil. A pertinência da abordagem do tema centrou-se no facto de ser uma equipa com poucos EEESCJ, com alguns elementos recém-admitidos. Uma vez que os enfermeiros têm um papel preponderante na promoção do desenvolvimento infantil, em qualquer contexto que a criança se encontre, decidi tratar o tema de forma a alertar os profissionais para a importância de descentralizar o seu foco de atuação apenas na doença, apesar do SUP requerer uma resposta rápida e adequada a determinada afetação da saúde, mas ao mesmo tempo atuar na promoção da saúde, aproveitando todas as oportunidades de contacto com a criança/família para o fazer.

No serviço de urgência, o pouco tempo que o enfermeiro passa com a criança é uma limitação para a deteção de qualquer alteração no desenvolvimento infantil. Mas por outro lado, o encontro circunstancial do profissional com a criança e a família numa ida à urgência é uma oportunidade única de contactarem com algumas crianças, pelo que não poderá ser negligenciada, devendo estar atentos ao comportamento da criança e à sua interação com a pessoa que a acompanha.

A necessidade de recorrer a serviços de saúde na infância representa uma experiência assustadora para a criança, e de forma inesperada como ocorre em situação de urgência, mais traumático pode ser. Assim, o enfermeiro quando contacta com a criança fragilizada deve desenvolver um conjunto de estratégias de modo a estabelecer uma relação de confiança, promovendo uma comunicação eficaz, adequando a abordagem à criança que tem à sua frente, tendo em conta a variedade de idades e situações que surgem num SUP, utilizando técnicas apropriadas à idade, estágio de desenvolvimento e cultura, ajudando a criança a ultrapassar a ansiedade e o medo do desconhecido.

Um dos recursos a utilizar poderá ser o brinquedo terapêutico, antes e durante a realização de procedimentos invasivos, como forma de distração, obtendo muitas vezes deste modo, a colaboração da criança, tão útil para o sucesso do procedimento, uma vez que é através do brincar que as crianças afastam momentaneamente os sentimentos de sofrimento, refletem sobre a situação e criam estratégias para reduzir o stress.

O brincar é inerente à criança, por isso é necessário respeitar e garantir-lhes esse direito. O brincar potencia o desenvolvimento, na medida em que permite aprender as habilidades necessárias para se desenvolver no seu meio, quando confrontado com situações de stress, contribuindo para o desenvolvimento da sua autoestima, libertação de tensões e expressão das suas emoções (FONSECA, 2007).

Segundo a OE (2010 c) o EEESCJ deve deter conhecimentos e habilidades para dar resposta à complexidade de diversas áreas, seja para antecipar e responder às situações de emergência, como para avaliar a família e responder às suas necessidades, nomeadamente no âmbito da adaptação às mudanças na saúde e dinâmica familiar.

Uma vez que o programa de vigilância de saúde infantil implementado pelos CSP preconiza grande parte das consultas de saúde infantil nos primeiros 2 anos de vida, é essencial que a partir desta idade, em qualquer contacto com a criança/jovem, os enfermeiros estejam atentos a alterações no desenvolvimento e comportamento, identificando-as, e em articulação com outros profissionais de saúde as encaminhem o mais precocemente possível.

Segundo FIGUEIRAS et al (2005), quanto maior a gravidade da alteração do desenvolvimento de uma criança, maior é a facilidade e rapidez da sua identificação pelo profissional de saúde, assim como a área na qual a alteração se manifesta, por exemplo as alterações do desenvolvimento motor são mais facilmente identificáveis do que alterações cognitivas ou da linguagem, embora estas últimas tenham maior correlação com o status do futuro desenvolvimento. E por vezes surgem também crianças que apesar de serem saudáveis e bem nutridas, devido ao facto de não terem recebido estímulos adequados podem não alcançar o seu potencial pleno.

Enquanto as alterações graves a nível motor normalmente são reconhecidas na infância, os distúrbios da linguagem, hiperatividade e transtornos emocionais não são comumente diagnosticados antes dos 3-4 anos, e os distúrbios de aprendizagem raramente são identificados antes do ingresso da criança na escola. É por isso muito importante num serviço de urgência estar desperto para o reconhecimento das perturbações do desenvolvimento, mas também promover o desenvolvimento adequado da criança, transmitindo orientações aos pais no sentido de estimularem determinadas áreas do desenvolvimento, sendo fundamental que o enfermeiro compreenda a criança e saiba quais os comportamentos expectáveis em cada fase, intervindo de forma a ajudar a criança a cumprir o seu percurso de crescimento e desenvolvimento.

De acordo com PAPALIA, OLDS E FELDMAN (2001, p. 18), “o conhecimento sobre o curso normal do desenvolvimento, permite-nos olhar para vários fatores na vida de uma criança e tentar prever o comportamento futuro”, e se as nossas predições sugerem a possibilidade de problemas futuros, devemos intervir tentando modificar o comportamento através de ensino e/ou tratamento.

Assim elaborei uma sessão de formação dirigida à equipa de enfermagem, indo de encontro ao referido anteriormente, com o objetivo de sensibilizar os profissionais para a importância da promoção do desenvolvimento infantil e deteção precoce de alterações no comportamento e desenvolvimento. Procedi à divulgação da sessão através de folha própria e elaborei o plano de sessão e questionários de avaliação da sessão no final da mesma (Apêndice VI). Na apresentação descrevi os parâmetros normais do desenvolvimento infantil dos 0 aos 5 anos, segundo a Escala de avaliação do desenvolvimento de Mary Sheridan, abordei os fatores que influenciam o desenvolvimento, assim como os principais sinais de alarme em cada idade. Fiz também uma breve abordagem ao questionário M-CHAT (Modified Checklist for Autism in Toddlers), como forma de dar a conhecer/relembrar, uma vez que pode ser útil para esclarecimento em caso de suspeita de autismo, é de

preenchimento rápido e é essencial para, em conjunto com outros profissionais encaminhar para uma avaliação por profissionais especializados, de referir que a maior parte dos presentes não tinha conhecimento da existência deste questionário. Assim, e conforme a UCP (2012), *comuniquei aspetos complexos de âmbito profissional e académico a outros enfermeiros.*

Os resultados desta sessão foram evidentes, uma vez que todos os presentes se mostraram bastante interessados com o tema, fazendo questões pertinentes e discutindo situações em que a intervenção do enfermeiro pode vir a melhorar, visando a promoção da saúde da criança e da família.

Com o objetivo de promover a capacitação dos prestadores de cuidados para comportamentos associados à maximização do potencial de desenvolvimento infantil, apoiando e estimulando a função parental, elaborei um livro dirigido aos pais (Apêndice VII), abordando as várias idades entre os 0 e os 5 anos, no qual fiz referência às estratégias promotoras de desenvolvimento a levar a cabo pela família, assim como aos sinais de alerta de potenciais problemas no desenvolvimento. Foi colocado na sala onde as crianças realizam aerossóis, para que durante a realização dos aerossóis os pais pudessem aprender algo sobre o desenvolvimento, e ao mesmo tempo funciona como instrumento de distração da criança durante a leitura dos pais.

Para a sala de triagem elaborei cartazes informativos (Apêndice VIII) que foram colocados nas mesas, para leitura rápida dos pais, por exemplo durante as avaliações de sinais vitais realizadas na triagem, relativos aos sinais de alarme nas várias idades dos 0 aos 5 anos, tentando deste modo chamar a atenção dos pais para possíveis alterações detetadas nos seus filhos, incentivando-os a consultar os profissionais em caso de dúvida.

É importante que os pais reconheçam que nos primeiros anos de vida da criança o desenvolvimento (físico, emocional, social, cognitivo) dá-se a grande velocidade, e que tenham a noção de que pequenas intercorrências podem interferir na qualidade de vida do seu filho, sentindo deste modo a necessidade de proporcionar as melhores condições de vida.

De acordo com a OE (2010 b) deve-se consagrar o maior respeito pela criança, e o dever de lhe proporcionar condições favorecedoras de um desenvolvimento global, reconhecendo os prestadores diretos de cuidados como os principais promotores desse desenvolvimento. E uma vez que os enfermeiros promovem a expressão saudável do desenvolvimento, é da sua responsabilidade facilitar aos pais a tomada de consciência sobre as necessidades de desenvolvimento dos seus filhos.

Durante este estágio tive oportunidade de verificar que houve alguns pais a recorrer ao SU com bebés de cerca de 1 mês por estes apresentarem choro intenso que se instalava ao final do dia e que vinha a acontecer há alguns dias. Foram observados pelo Médico e realizados alguns procedimentos numa tentativa de acalmar o bebé.

Estes episódios permitiram-me refletir sobre o quarto ponto de referência descrito por Brazelton. Era referido aos pais que poderia ser uma situação transitória e resultante da sobrecarga de estímulos a que estão expostos ao longo do dia, e eram feitos ensinamentos do que poderiam fazer durante esses episódios - uma vez descartado qualquer desconforto que o bebé pudesse ter, o pegassem ao colo por curtos períodos, porque o colo pode ser um estímulo adicional e não o deixar organizar-se, o deixassem estar na cama, acarinhando-o, criando um ambiente calmo e caloroso, evitando ficar demasiado ansiosos, para não transmitir estes sentimentos ao bebé.

BRAZELTON (2009) descreve que a maior parte dos bebés entre as três e as doze semanas de vida desenvolvem um período de agitação ao final do dia, relacionado com a sobrecarga de estímulos que o sistema nervoso imaturo do bebé recebe ao longo do dia. Quando o período de agitação termina o sistema nervoso consegue reorganizar-se durante as 24 horas que se seguem, sendo este mecanismo previsível. Deve ser discutido com os pais a probabilidade de o bebé desenvolver esse período de agitação regular, reduzindo-lhes a ansiedade.

Em qualquer ida à urgência há uma oportunidade de alertar os pais dos recém-nascidos para este facto, evitando o pânico e ansiedade quando estes episódios acontecerem. Deste modo, *produzi um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde com que me deparei* (UCP, 2012). Permitiu-me ir de encontro a outra competência do EEESCJ *proporcionar conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença* (OE, 2010 c).

Independentemente do campo de atuação de enfermagem, tanto a criança como a família esperam que a relação de ajuda seja a base de todo o exercício da enfermagem, uma vez que ninguém estabelece um contacto tão duradouro e intenso com o utente durante as suas vivências de saúde e doença como o enfermeiro. Para JORGE (2004), o cuidar em enfermagem deve assentar em intervenções de suporte, estimulação e de compensação, aquando de grandes etapas da vida ou situações de doença, devendo ser mobilizadas as várias vertentes do cuidar, relacional e afetiva, ética, sociocultural, terapêutica e técnica.

Segundo WATSON (1979, 1997), citada por NEIL (2004) o cuidar é a essência da prática de enfermagem, é uma ideia moral mais do que um comportamento orientado pela tarefa e inclui o cuidar real assim como o cuidar transpessoal, fenômenos que ocorrem quando existe um verdadeiro relacionamento entre enfermeira e doente. Refere também que o cuidar está intrinsecamente ligado à cura, compreendendo estes o contexto profissional e a missão da enfermeira, a sua razão de ser para a sociedade.

Assim sendo, a profissão de enfermagem exige que se ofereça à criança e família as capacidades para estabelecer uma relação que lhes permita serem eles próprios, crescer em alegria e por vezes no sofrimento.

Para o SUP foi necessário *demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança e família e relacionar-se de forma terapêutica, no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura* (UCP, 2012), que fui aperfeiçoando ao longo do estágio. Foi então necessário adequar as estratégias de comunicação ao contexto de urgência, no qual a criança está assustada por ser uma situação nova e inesperada, e os familiares também eles ansiosos e preocupados com a situação clínica da criança.

Assim, ao comunicarmos com os pais nestes momentos críticos, segundo JORGE (2004), o enfermeiro deve ter em conta o seu estado emocional, o nível cultural e social e o seu desejo de receber informações, sabendo escolher as palavras e insistindo nos aspetos positivos, de forma a não produzir um estado de ansiedade infundado e desnecessário. Porque os pais têm direito a ser informados sobre o estado de saúde do seu filho, pelo que devemos estimulá-los a verbalizar as suas dúvidas e preocupações, e acima de tudo devem ser ouvidos de modo a que se estabeleça uma relação de confiança e compreensão, que é essencial para o êxito do tratamento da criança. Revelou-se benéfico o facto de ir fazendo atualizações relativamente à situação e aos tempos de espera para os exames/resultados, diminuindo a ansiedade dos pais e crianças.

Quando os motivos de vinda à urgência eram por traumatismo, era visível muitas vezes o sentimento de culpa nos pais por não terem conseguido evitar, por sentirem que falharam no seu papel protetor de pais. Assim, de acordo com SCHMITZ (1989), citado por JORGE (2004), quando os pais trazem os seus filhos ao hospital experimentam sentimentos de incapacidade e perante a necessidade, aceitam as decisões dos profissionais, detentores do saber, com passividade e conformismo, apesar de lhes provocar sofrimento.

Também pude verificar que, por vezes, toda a angústia que os pais sentiam pela doença dos seus filhos, pelo medo e preocupação, era projetada de forma agressiva para os

profissionais. Deste modo, facilitava a comunicação expressiva das suas emoções, com vista a estabelecer uma relação de confiança, essencial para diminuir a ansiedade destes, e consequentemente diminuir a ansiedade que é transmitida às crianças, influenciando a sua recuperação.

Demonstrei assim habilidades de adaptação da comunicação ao estado de saúde e de desenvolvimento da criança/jovem e sua família, respeitando as suas crenças e cultura, conforme compete ao EEESCJ (OE, 2010 c).

A ida à urgência de adolescentes também foi frequente, pelas mais variadas razões, como doença, trauma, crises de ansiedade, entre outros. Na abordagem ao adolescente procurei obter um ambiente de confiança, adotar uma atitude empática e flexível, evitando fazer juízos de valor, de forma a evitar que eles se fechem e não partilhassem as suas preocupações. Demonstrando, desta forma, conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o jovem/família, competência do EEESCJ.

Muitas vezes a partir da adolescência o único contacto que os jovens têm com serviços de saúde é numa ida à urgência por uma qualquer razão, pelo que devemos aproveitar todos estes momentos para promover o desenvolvimento pessoal e social e a autodeterminação dos jovens, com progressiva responsabilização pelas escolhas relativas à saúde, prevenindo comportamentos de risco acrescido, conforme o preconizado pela DGS (2013). Uma vez que naquela breve estadia do adolescente não conseguimos fazer tudo o que gostaríamos, é também muito importante dar a conhecer os programas e as competências existentes quer nos serviços de saúde, escola ou comunidade, encaminhando quando necessário.

PENDER (1996) citada por SAKRAIDA (2004), refere que os prestadores de cuidados de saúde são importantes fontes de influência interpessoal, que podem aumentar o compromisso e a adoção de comportamentos de promoção da saúde.

Assim, em qualquer oportunidade de contacto com o adolescente devemos adotar uma abordagem abrangente para a promoção da saúde, ajudando os jovens a adquirir poder, (conhecimentos, atitudes), autoridade (permissão para usar o seu poder) e oportunidades de fazer escolhas que aumentem a probabilidade de criarem expressões positivas de saúde para si próprios, através de ações apropriadas, em termos de desenvolvimento e de contexto, a fim de realizarem o seu potencial (SAEWYC, 2014).

Frequentemente recorriam ao SUP crianças com doença crónica/deficiência que apresentavam agravamento do seu estado e necessitavam de cuidados hospitalares. Na prestação de cuidados a estas crianças sentia-me à vontade, uma vez que na minha realidade profissional lido com crianças com doença crónica ou a necessitar de cuidados especiais.

Devido às especificidades inerentes a uma criança com deficiência, é exigido aos enfermeiros um conjunto de cuidados holísticos de forma a ajudar estas crianças e os seus familiares a viverem da forma mais positiva possível com essa condição (OE, 2010 b).

Uma vez que estas famílias detêm responsabilidades complexas e abrangentes relativamente aos cuidados, quer no domicílio quer no hospital, numa vinda à urgência, é fundamental que os profissionais reconheçam e respeitem a individualidade e forças da família, promovam a sua competência e confiança, para responderem adequadamente às necessidades especiais de saúde dos seus filhos. Nestes casos, o enfermeiro, a criança e os pais devem estabelecer uma relação de negociação sobre os cuidados, que é fulcral para as necessidades da criança e da família. Através de uma comunicação aberta, os enfermeiros valorizam os papéis desempenhados pelos pais, vendo-os como os peritos máximos no cuidado à sua criança, e simultaneamente, a família procura no enfermeiro o empoderamento, apoio, educação e perícia no cuidar da sua criança (McELFRESH E MERCK, 2014). Sendo muitas vezes as vindas à urgência aproveitadas pelos pais como uma oportunidade para esclarecerem dúvidas e perceberem se os cuidados prestados estão a ser os corretos.

Já que em grande parte das doenças crónicas a cura não é provável, os profissionais de saúde devem centrar os seus esforços nos cuidados, com o objetivo de minimizar as manifestações da doença e maximizar o potencial cognitivo, físico e psicossocial da criança. E tendo em conta que estas crianças a maior parte das vezes têm atrasos na aquisição de etapas fundamentais do desenvolvimento, e podem ter uma capacidade de resposta mais reduzida e interações menos satisfatórias com os pais e família, estes focam-se muitas vezes apenas nas limitações não reconhecendo as potencialidades do seu filho. Os enfermeiros têm então que ser ativos no ensino aos pais quanto à melhor forma de ajudar a sua criança a atingir o seu potencial de desenvolvimento, ajudando-os a derrubar as barreiras que se erguem perante as limitações, reforçando positivamente as competências e capacidades da criança (McELFRESH E MERCK, 2014; OE, 2010 b).

Assim, ao lidar com estas crianças além dos cuidados necessários, transmitia às famílias estratégias para promoverem o desenvolvimento adequado da criança, reforçando que é necessário grande esforço e motivação, mas que não devem olhar apenas à doença, devem tentar integrar a criança num contexto o mais normal possível, a fim de lhes proporcionarem aprendizagens, e conseqüentemente, desenvolvimento das suas competências sociais. Consegui deste modo, ir de encontro à competência do EEESCJ *cuida da criança/jovem e*

*família nas situações de especial complexidade*, promovendo a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica e deficiência/incapacidade.

Durante o estágio tive oportunidade de assistir uma criança vítima de maus tratos, que deu entrada acompanhada pela polícia e pela Assistente Social da escola. Apresentava hematomas por todo o corpo, estava muito agitada e a chorar. Tinha 6 anos, era o segundo dia de escola e até então nunca a tinha frequentado, estando já referenciada pela Comissão de Proteção de Crianças e Jovens. Conseguiu-se apurar que os maus tratos eram infligidos pela mãe e padrasto da criança. Após contacto telefónico, o padrasto compareceu no SUP, a mãe a polícia foi buscá-la a casa, sendo que os dois foram levados para a esquadra da polícia. A criança ficou ao cuidado da Assistente Social do hospital até encontrarem um Acolhimento Temporário para a criança até resolução do caso.

De acordo com a DGS (2011), o objetivo da intervenção na criança vítima de maus tratos é proteger a criança; intervir no risco para prevenir evolução para o perigo; e evitar recorrências, e é fundamental que haja atuações coordenadas entre as várias entidades com responsabilidade de intervenção neste domínio. Foi o que aconteceu na situação que presenciei, todos os profissionais uniram esforços no esclarecimento e resolução da situação.

Este estágio permitiu-me desenvolver competências no estabelecimento de prioridades em situação de urgência, deste modo demonstrei capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas no âmbito da minha área de especialização, assim como me permitiu *adequar diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspetiva profissional avançada* (UCP, 2012).

Considero que este estágio foi benéfico, pois além dos conhecimentos que já tinha pela experiência profissional anterior, a prestação de cuidados em contexto de urgência permitiu-me desenvolver outras competências, nomeadamente pela imprevisibilidade das situações que surgiam, que exigiam resposta imediata, além da componente técnica, uma vez que havia uma troca constante de experiências acerca da realização dos vários procedimentos, bem como a nível comunicacional e relacional, que foi fundamental para o estabelecimento de um relacionamento interpessoal adequado com a criança e família neste contexto.

## 2.2 – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

Esta UCIN situa-se no sétimo andar do edifício da Mulher e da Criança, estruturalmente é composta por uma sala de cuidados intensivos, com lotação de oito incubadoras, uma sala contígua de cuidados intermédios, com dez berços, que podem ser substituídos por incubadoras conforme a necessidade, e uma sala de pré-saída com quatro berços, que é usada

para bebês que estão prestes a ter alta, sendo que esta última, pela limitação de recursos humanos e pelo facto de ser afastada das outras duas salas é pouco utilizada.

A equipa de enfermagem é constituída por 29 enfermeiros, dos quais 6 são EEESCJ, sendo que em cada turno estão habitualmente distribuídos 4 enfermeiros para a sala de cuidados intensivos e 2 a 3 enfermeiros para a sala de cuidados intermédios.

A grande maioria dos enfermeiros não são especialistas, mas pela vasta experiência que possuem em cuidados intensivos neonatais, e pela atualização contínua dos conhecimentos, de acordo com o Modelo de Aquisição de Perícia de Dreyfus, o qual considera os aumentos na perícia do desempenho baseada na experiência, bem como na educação, generalizado à prática de Enfermagem por Patricia Benner, coloca estes enfermeiros no último nível de perícia, o perito. O enfermeiro perito, com a sua enorme experiência prévia, tem um domínio intuitivo da situação e é capaz de identificar a região fulcral do problema sem deixar de considerar uma série de diagnósticos e soluções alternativas. A experiência, tal como é compreendida e utilizada na aquisição da perícia, é definida pelo Modelo Dreyfus como não sendo uma mera passagem do tempo, mas sim o refinamento de noções e teorias pré-concebidas ao encontrar muitas situações práticas que acrescentam à teoria nuances de diferença (BENNER, 1996; 2001).

Assim, ao longo deste estágio tive a oportunidade de aprender com a enfermeira orientadora um sem número de competências relativas a esta área dos cuidados intensivos neonatais, observando diariamente a sua capacidade de reconhecimento de padrões, com base num passado profundamente experiente, indo de encontro às necessidades de cada criança/família.

Os recém-nascidos admitidos nesta Unidade, a maior parte das vezes são provenientes do Bloco de Partos ou de outros serviços daquele hospital, ou são transferidos de outros hospitais. A razão da admissão era, a grande maioria, por prematuridade, patologia respiratória ou cirúrgica graves, asfixia neonatal, aspiração de mecónio, entre outras.

Para este estágio delineei como objetivos específicos:

- Prestar cuidados de enfermagem ao RN e sua família em situação de risco de vida;
- Promover o desenvolvimento do RN internado numa UCIN;
- Sensibilizar os profissionais para a importância da prestação de cuidados centrados no desenvolvimento do RN.

O método de trabalho utilizado é o de enfermeiro responsável, sendo que havia um enfermeiro de referência por cada bebé/família, que era destacado na admissão, sempre que

possível ficava responsável por essa criança, prestando cuidados individualizados, apoiando os pais em todo o processo até ao momento da alta, preparando-os e acalmando a sua ansiedade neste grande momento. No serviço onde exerço funções também existe o projeto do enfermeiro de referência, com a mesma finalidade, pelo que foi interessante compreender esta dinâmica noutra contexto, observando as variadas formas de abordagem. Segundo a OE (2011), o método de trabalho por enfermeiro de referência é imprescindível para uma prestação de cuidados de elevado nível de complexidade.

Uma vez que a grande maioria das vezes os recém-nascidos eram transferidos do bloco de partos, após a sua admissão e estabilização na unidade, o primeiro a visitá-lo é o pai, pelo que era essencial um adequado acolhimento, uma vez que não sabiam como iriam encontrar o RN, era essencial explicar o motivo daqueles tubos e fios e as máquinas de que necessitava, de modo a minimizar a sua ansiedade, sendo determinante para promover o início da vinculação entre ambos. Os pais eram também aconselhados a tirar uma fotografia ao bebé para mostrar à mãe, para facilitar o primeiro encontro e o processo de vinculação. Aquando da primeira visita da mãe ao seu bebé é então fundamental ajudá-la a estabelecer contacto com o filho. Eram dadas explicações de como se iria apresentar e de todo o equipamento que a situação requeria, assim como era incentivada a tocar o bebé e a falar para ele, enfatizando que o bebé beneficia com a sua presença e que o papel dela é essencial em todo o processo de recuperação, sendo estimulada a fazer parte dos cuidados diários ao RN logo que a sua situação o permitisse.

A participação dos pais nos cuidados diminui a angústia de separação, e tende a criar autoconfiança perante as suas próprias competências e habilidades. Nos casos de prematuridade, a vulnerabilidade dos pais é intensificada, resultando facilmente em sentimentos de culpa e/ou inadaptação, pelo que os passos para a vinculação passam por sentimentos de luto/perda pelo bebé perfeito que antecipavam, chorando pelos defeitos do bebé, e culpabilizam-se, quer consciente ou inconscientemente (MUNCK, 1995, citado por JORGE, 2004).

De acordo com GOMES-PEDRO, et al (2004), a progressiva redução da mortalidade e morbidade dos bebés que nascem prematuros, fez aumentar as complicações neurológicas, bem como as dificuldades e as sequelas com expressão no comportamento, na vida escolar e, sobretudo, na dinâmica das relações e dos afetos. Na sociedade atual, tendo em conta que existe uma exigência cada vez maior a nível de literacia e competências intelectuais, segundo FERREIRA (2013), qualquer perturbação do desenvolvimento psico-motor, ainda que

ligeira, pode ter um impacto enorme no desempenho e na qualidade de vida da criança/adolescente, bem como no seu futuro, a nível pessoal e profissional.

A melhoria dos resultados de desenvolvimento para estas crianças de baixa idade gestacional e/ou baixo peso, é mais provável quando se dá ênfase à prestação de cuidados médicos e de enfermagem dentro de um quadro de apoio ao desenvolvimento, ou seja, profissionais que expandam o seu pensamento para além dos modelos tradicionais de cuidados médicos e de enfermagem (ASKIN E WILSON, 2014).

O ambiente vivenciado pelo RN prematuro numa UCIN é completamente diferente do ambiente intra-uterino a que estava habituado, repleto de luzes e sons intensos e constantes, mudanças de temperatura, manuseamentos frequentes e sujeitos a procedimentos invasivos e dolorosos, tornando-se hiperestimulante para o RN.

De acordo com BRAZELTON (2009), numa unidade de cuidados intensivos de neonatologia com um ambiente mais repousante e com menos estímulos, o sistema nervoso de um bebé prematuro consegue evoluir mais rápida e eficazmente, aprendendo gradualmente a prestar atenção a estímulos interpessoais positivos. Quanto mais o estímulo o atrair, mais negativamente ele reagirá, pelo que todos os estímulos devem ser reduzidos em intensidade, ritmo e duração. Salienta ainda que, uma criança prematura ou sob stress só consegue receber e dar resposta a apenas uma modalidade de cada vez, ou ao tato, ou à voz, ou ao rosto ou a que lhe peguem ao colo, sendo que as pessoas que cuidam dele, tanto os pais como os profissionais, devem respeitar o seu baixo limiar, estando atentos às suas reações, a qualquer sinal de fadiga.

GRACIA e BERMAN (2011) corroboram desta ideia, referindo que a prática clínica demonstra que reduzir certos estímulos ambientais, como o ruído, a luz, os odores e as manipulações, ao reduzir os comportamentos de stress, ajuda a uma melhor organização do sistema nervoso central dos bebés prematuros, podendo reduzir as sequelas neurológicas. Referem ainda que os cuidados centrados no desenvolvimento pretendem favorecer o desenvolvimento tanto neurológico como emocional da criança, mediante intervenções que melhorem o ambiente, minimizem o stress, e que, por sua vez, incluam a família nos cuidados.

Desta forma, e indo de encontro à temática transversal deste Relatório, neste estágio prestei cuidados de elevada complexidade, com vista a promover o adequado desenvolvimento destes recém-nascidos, assim como pretendi alertar os profissionais para a importância da prestação de cuidados centrados no desenvolvimento, *incorporando na*

*prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, conforme o definido pela UCP (2012).*

Assim, procedi à realização de uma ação de formação para a equipa sobre “Cuidados de Apoio ao Desenvolvimento”, divulguei a sessão através de folha própria, elaborei o plano de sessão e questionários de avaliação da sessão no final da mesma (Apêndice IX). Apresentei a Teoria Sinativa do Desenvolvimento de Heidelise Als (1982), que permite a compreensão do comportamento e desenvolvimento da criança pré-termo, e o programa NIDCAP (Newborn Individualized Developmental Care Assessment Program) – Programa individualizado de avaliação e cuidados centrados no desenvolvimento do RN - desenvolvido também por Als em 1984, tratando-se de medidas simples de cuidados individualizados cujo objetivo essencial é o de reduzir o manuseamento intempestivo e estimular a participação dos pais nos cuidados. Abordei também o sistema sensorial, referindo-me a todos os sistemas, a idade gestacional a partir da qual se deve estimular, assim como as estratégias a utilizar de forma a minimizar os riscos para o desenvolvimento, nomeadamente o manuseamento e posicionamento terapêuticos, que foram alvo de grande interesse e discussão.

Elaborei também um manual com os Cuidados de Apoio ao Desenvolvimento (Apêndice X), com todos os pontos abordados na ação de formação, para consulta dos profissionais que não puderam assistir e para esclarecimento em caso de dúvida, no futuro.

Durante a apresentação foi salientado que algumas das medidas referidas no programa NIDCAP já são adotadas nesta UCIN, de salientar o facto de se diminuir a luminosidade nas incubadoras, através da colocação de coberturas durante a maior parte do dia e da noite, de diminuir o ruído, colocando o som dos monitores no mínimo, e o facto de se reduzirem o número de manipulações ao RN. A apresentação e discussão resultante da evidência científica permitiu à equipa refletir sobre a importância dos atos realizados, assim como dos aspetos que poderiam ser modificados, de forma a ir de encontro à política de cuidados centrados no desenvolvimento. Outro ponto abordado que se revelou de grande interesse para a equipa foi os posicionamentos terapêuticos, acerca dos quais referiram existir dúvidas, que foram discutidas e esclarecidas, recorrendo a imagens e material de apoio que pode ser utilizado.

Após a ação de formação, em discussão com a enfermeira orientadora e através da minha observação, foi possível verificar que houve alterações no manuseamento e posicionamento dos recém-nascidos, assim como uma maior preocupação em proporcionar cuidados tendo em vista o desenvolvimento.

A Teoria Sinativa da Organização Neurocomportamental do Recém-Nascido de Als, 1982 descreve a organização comportamental do neonato e o seu desenvolvimento, em relação ao equilíbrio entre a interação da criança com o ambiente e os sistemas neurocomportamentais (DITZ E DINIZ, 2006).

Segundo ASKIN E WILSON (2014), o principal pressuposto deste modelo é que os bebês (mesmo os que têm extremo baixo peso ao nascer) podem comunicar através de respostas físicas e comportamentais, dando-nos a informação relativa às suas competências, vulnerabilidades e limites, que servirá de base ao planeamento de cuidados individualizados e adequados a cada criança específica. Os cuidados de apoio ao desenvolvimento usam a informação fisiológica e a comportamental do RN para melhor compreender as suas necessidades. A comunicação da criança é observada na prática clínica, durante o repouso, os cuidados ou procedimentos e durante a recuperação após essas intervenções, através das funções dos subsistemas, o que vai ajudar os profissionais de saúde a fazer os devidos ajustamentos nas técnicas para otimizar a estabilidade funcional da criança.

A abordagem baseada no programa NIDCAP tem o intuito de diminuir a discrepância entre as expectativas imaturas do cérebro do RN e a experiência efetiva vivenciada no ambiente da UCIN, tendo em vista criar uma relação baseada num ambiente de suporte para o RN e a família, e propõe que as interações relativas aos cuidados e ao ambiente tenham em conta os subsistemas do RN (RAMOS, 2004; ALS, 2005).

Por outro lado, KESSENICH (2010) e SEHGAL E STACK (2006), citados por SANTOS (2011), defendem que para além das modificações no ambiente físico que são fundamentais para os cuidados centrados no desenvolvimento, o foco principal do NIDCAP depende dos relacionamentos que o cuidador está disposto a construir com o seu paciente, indo de encontro ao que foi dito anteriormente num dos artigos da RSL, no qual BORTOLOTE E BRÊTAS (2008) concluem que o envolvimento pessoal de quem cuida transmite à criança a experiência essencial, o contacto humano.

GOMES-PEDRO, et al (2004) reforçam também esta ideia referindo que, se a natureza e a qualidade dos cuidados fornecidos ao bebé internado em UCIN incluir e até privilegiar a construção de um vínculo, de uma identidade, de uma resiliência, através do modo personalizado em que se processa a comunicação com esse bebé, irá protegê-lo e favorecerá vias mais favoráveis para o seu desempenho e para as suas relações.

Postula-se então que os comportamentos do RN fornecem a melhor informação a partir da qual podemos modelar os cuidados, o que permite formular um plano de cuidados que melhore e fortaleça as forças do RN e que o suporte em situações de sensibilidade e

vulnerabilidade. Os sinais comportamentais do recém-nascido devem ser ensinados aos pais, que são incentivados à participação ativa nos cuidados desenvolvimentais - contacto pele com pele, estimulação táctil, massagem – quando permitidos, obtendo um melhor conhecimento e acompanhamento da evolução do seu filho. E conforme refere SANTOS (2011), é essencial assegurar aos pais que eles são os principais cuidadores da criança, que são os primeiros a providenciar carinho e atenção, fatores críticos para o desenvolvimento futuro do RN, devendo a organização e planificação dos cuidados incluir oportunidades de interação entre o RN e a família.

O contacto com os pais constitui então a base de desenvolvimento do bebé, favorecendo a abertura a experiências que lhe permitirão aprender. Desta forma, ao longo do estágio explicava aos pais algumas das competências que o seu filho possuía, e alertava para a importância de compreenderem as suas reações a cada situação, reconhecerem os sinais de stress/organização, alertando-os para o facto de que aceitam estímulos durante um período limitado, e que o seu próprio comportamento influencia também as competências do RN. Incentivava-os a estimular determinadas áreas, tendo em conta a idade gestacional à data, com vista a promover o desenvolvimento e o relacionamento adequados, indo de encontro ao estabelecido pela OE (2010 c) para o EEESCJ *demonstra conhecimentos sobre competências do RN para promover o comportamento interativo.*

O facto de se poupar sistematicamente o RN pré-termo a estímulos desnecessários e a stress, poderá contribuir para um desenvolvimento mais harmonioso. Os estudos divulgados sob o NIDCAP aplicados ao recém-nascido de muito baixo peso ao nascer, apontam para resultados positivos no que respeita a menor duração da oxigenoterapia, menor incidência de doença pulmonar crónica, redução da estadia hospitalar e melhores índices de desenvolvimento psicomotor, sensorial e comportamental (HENRIQUES, CHAVES E AMARAL, 2008). Trabalhos desenvolvidos por Brazelton revelaram que diminuindo o ruído, a luz e a estimulação nos berçários de prematuros, de modo a respeitar o frágil sistema nervoso destes bebés, eles recuperaram mais cedo, precisando de menos tempo na incubadora, ganharam peso mais depressa e precisaram de menos oxigénio, indo para casa antes do tempo habitual e em melhor estado físico (BRAZELTON, 2009).

Durante o estágio, a maior parte das vezes tive oportunidade de ficar na sala de cuidados intensivos, onde assisti a técnicas complexas, colaborando na efetivação desses cuidados, e nas situações em que me sentia segura, realizava eu própria os cuidados com a supervisão da enfermeira orientadora, *prestando cuidados em situações de especial complexidade e*

*refletindo na e sobre a minha prática, de forma crítica, conforme o preconizado pela OE (2010 c) e pela UCP (2012).*

Nos cuidados intermédios, uma vez que a situação não era tão crítica, os bebés não necessitavam de ventilação invasiva, o envolvimento dos pais nos cuidados era maior, pelo que continuamente os estimulava a terem uma participação ativa, utilizando estratégias para promover o contacto físico pais/RN, promovendo a vinculação. Deste modo, atingi a competência definida pela OE (2010 c) *promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do RN doente ou com necessidades especiais.*

De acordo com VALE (2008), o comportamento de vinculação diz respeito à tendência do lactente em procurar a proximidade dos pais, quando colocado em risco, e à relação que lhe permite utilizar os pais como pessoas com capacidade para restabelecer conforto, segurança e bem-estar.

Quando um bebé nasce prematuro ou com problemas de saúde, os pais devem ser especialmente ajudados a manter o contacto com o filho e a reconhecer as expressões emocionais e comportamentais do bebé, de modo a assegurar as suas necessidades básicas, reconhecendo-se como as figuras de vinculação. Promover a vinculação precoce num serviço de neonatologia, deve constituir uma prioridade dos profissionais, uma vez que os acontecimentos decorrentes do período neonatal influenciam positiva ou negativamente as relações entre os elementos da nova família, pelo que é necessário desenvolver esforços para tornar esta experiência o mais positiva possível, promovendo deste modo o desenvolvimento da família, o desenvolvimento emocional e o comportamento social da criança, bem como o futuro desempenho dos pais.

Brazelton define a fase de recém-nascido como o segundo ponto de referência do Modelo *Touchpoints*, uma vez que é um período em que a família precisa de apoio e se encontra permeável à intervenção dos profissionais, apresentando esta fase um enorme potencial para demonstrar aos pais as características, os comportamentos e as competências do bebé, assim como a sua capacidade para reagir ao ambiente que o rodeia, valorizando-o como um ser único (BRAZELTON, 2009).

Tendo em conta as condições de vulnerabilidade a que se associa um internamento numa UCIN, com os potenciais danos inerentes, são fundamentais as múltiplas modalidades das nossas intervenções, de modo a que independentemente dos riscos de base, o bebé não tenha prejuízos com o internamento, mas sim vantagens. Deste modo, GOMES-PEDRO, et al (2004) afirmam que o desafio será transformar as semanas desses internamentos em fontes de resiliência, de força, de sentido de confiança, confiança do bebé em si próprio, nos laços

entre o bebê e a família, confiança entre a família e os serviços de saúde, acreditando que todos podem ajudar a construir a educação e o futuro daquele bebê.

Em conversa com a enfermeira orientadora relativamente aos procedimentos envolvidos no manuseamento do cateter venoso central e da alimentação parentérica, relatei como eram realizados no meu serviço, referindo que tínhamos bons resultados, com baixa taxa de infeção, sendo que a orientadora sugeriu que os partilhasse com a enfermeira chefe e restantes elementos da equipa, com vista a adotarem alguns cuidados. Assim, numa apresentação informal, com recurso a fotografias do material e da forma como era utilizado, partilhei como esses procedimentos eram realizados no meu serviço, sendo que foram discutidos e iriam ser ponderados para os adotarem nesta UCIN. Deste modo, *demonstrei consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família, na minha área de especialização*, indo de encontro ao estabelecido pela UCP (2012).

Uma vez que não tinha qualquer experiência de cuidados intensivos neonatais, este estágio revelou-se um grande desafio, muito rico em experiências. No meu contexto profissional deparo-me frequentemente com recém-nascidos e crianças que foram grandes prematuros, com doenças graves do foro respiratório e nutricional, para continuidade dos cuidados, pelo que algumas das patologias e procedimentos existentes na UCIN me eram familiares, estando adquiridas algumas competências, o que me permitiu mobilizar conhecimentos, embora o contexto fosse diferente, pela complexidade e situação de instabilidade e risco de vida, pelo que foi um excelente contributo para este processo de aquisição de competências.

Sendo os enfermeiros os profissionais que possuem maior impacto sobre o quotidiano dos recém-nascidos nas UCIN, penso que após esta experiência cumpro os meus objetivos, sensibilizando a equipa para a importância da compreensão e conhecimento do desenvolvimento da criança, da história da doença e dos seus efeitos no desenvolvimento, assim como para a prestação de cuidados flexíveis que reconheçam os sinais da criança, porque cada criança é única e os cuidados de apoio ao desenvolvimento requerem uma resposta momento a momento.

E conforme refere GOMES-PEDRO, et al (2004, p. 172), em neonatologia

“...temos que construir assistência, na perspetiva de que essa assistência só faz sentido quando do reconhecimento de que sucesso em saúde não termina na cura e que, para além disso, às vezes só haverá cura se entretanto houver promoção de resiliência no bebê e em quem, com ele luta não só por uma alta, mas também por um destino e sobretudo por um sucesso nesse destino”.

### **Capítulo Três – Considerações Finais**

Com a realização do Relatório, todo o processo de profunda reflexão e análise crítica das atividades realizadas nos vários contextos, foi uma tomada de consciência de que houve uma mudança na minha forma de pensar e de agir, com um conseqüente crescimento pessoal e profissional, frutos da permanente aquisição e desenvolvimento de competências que foi todo o estágio.

Um aspecto determinante para a satisfação obtida durante todo este percurso foi o investimento na temática do desenvolvimento infantil, que se revelou de grande interesse para mim, trabalhando-o com agrado em todos os contextos de estágio e simultaneamente melhorando o meu desempenho profissional.

Saliento também que a revisão sistemática de literatura realizada foi um excelente contributo para sustentar a minha prática profissional, uma vez que não realizei estágio de internamento, e permitiu-me refletir sobre a importância de proporcionarmos condições de afeto, segurança, estimulação e aprendizagem a todas as crianças durante a hospitalização, apesar do comprometimento físico e psicológico a que estão sujeitos, com vista à promoção de um desenvolvimento harmonioso.

O trabalho realizado ao longo do estágio trouxe benefícios para as crianças e famílias nas diferentes áreas de atuação, quer através das intervenções por mim realizadas, quer através das mudanças que julgo ter despertado nos profissionais com os quais me relacionei nos locais de estágio, através da constante troca de experiências, bem como pelo incentivo pela procura da evidência científica, zelando continuamente pela excelência do cuidar em enfermagem pediátrica.

De salientar que todos os profissionais se mostraram sempre disponíveis para o desenvolvimento de habilidades e competências, e recetivos à consciencialização de que algumas práticas poderiam ser revistas, tendo em vista a promoção do desenvolvimento infantil, nomeadamente aqueles contextos cujo principal foco de atuação é a patologia.

Em suma, considero que é essencial que todos os profissionais de saúde que prestam cuidados a crianças e adolescentes compreendam o sentido do termo Desenvolvimento e estejam a par dos parâmetros esperados para cada idade, das perspetivas e estratégias

baseadas na evidência, atualizando continuamente os seus conhecimentos, mantendo a mente aberta à evolução desta área, de modo a identificar adequadamente variantes, atrasos ou anomalias, planejar a intervenção necessária, aconselhar devidamente os pais, e avaliar os progressos de cada criança, assumindo claramente este grande desafio.

Todos os objetivos traçados inicialmente foram alcançados, tendo aproveitado todas as oportunidades de novas aprendizagens em todos os locais por onde passei. E todo este percurso, repleto de experiências permitiu-me compreender a importância das intervenções de enfermagem para a promoção do desenvolvimento infantil, quando as crianças recorrem aos serviços de saúde.

Como contributos para o meu contexto profissional, além de acrescentar um EEESCJ à equipa, pretendo realizar formação sobre promoção do desenvolvimento infantil a todos os profissionais, conforme propus no meu Projeto Profissional para o biénio 2015/2016, com o objetivo de descentralizar as intervenções dos profissionais da doença, voltando o foco de atuação para a criança, e a gestão do seu bem-estar.

E uma vez que no meu serviço assistimos muitas vezes crianças com internamentos prolongados, durante os quais as famílias não conseguem estar sempre presentes, nestes casos deve ser dada ainda mais ênfase a todas as condições para o desenvolvimento, estimulando a realização de atividades que promovam o crescimento e desenvolvimento social e intelectual adequados, permitindo à criança dar outro significado às vivências do internamento, contribuindo para que enfrente a doença e a hospitalização de forma construtiva, dinâmica e saudável.

## Referências Bibliográficas

ALEGRIA, A.; ESTRADA, J.; VALE, M.C. – Desenvolvimento e Intervenção. In AMARAL, J.M.V., org. – **Tratado de Clínica Pediátrica**. Amadora: Abbott Laboratórios, Lda, 2008. ISBN 978-989-20-1277-3, vol. I, pt. 22, p. 123-127.

ALLIGOOD, M.R.; TOMEY, A.M. – Introdução à Teoria de Enfermagem: História, Terminologia e Análise. In TOMEY, A.M.; ALLIGOOD, M.R., org. – **Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem**. 5.<sup>a</sup> ed. Loures: Lusociência, 2004. ISBN 972-8383-74-6, pt. 1, p. 3-14.

ALS, H. [et al.] - The Assessment of Preterm Infants' Behavior (APIB): Furthering the Understanding and Measurement of Neurodevelopmental Competence in Preterm and Full-Term Infants. **Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews** [Em linha]. 11:1 (2005), 94–102. [Consult. 10 out. 2015]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4106135/pdf/nihms596619.pdf>.

ASKIN, D.F.; WILSON, D. – Recém-Nascido de Alto Risco e a Família. In HOCKENBERRY, M.J.; WILSON, D., org. – **Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente**. 9.<sup>a</sup> ed. Loures: Lusociência, 2014. ISBN 978-989-748-004-1, vol. I, pt. 10, p. 331-411.

BELLMAN, M.; LINGAM, S.; AUKETT, A. – **SGS II: Escala de Avaliação das Competências no Desenvolvimento Infantil Dos 0 aos 5 anos**. Lisboa: CEGOC-TEA, 2003. ISBN 972-8817-04-5.

BENNER, P. – De principiante a Perito. **Revista Servir**. Traduzido por A.M.V.A. Silva. 44:3 (1996), 148-154.

BENNER, P. – **De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem**. Edição Comemorativa. Coimbra: Quarteto Editora, 2001. ISBN 972-8535-97-X.

BORTOLOTE, G.S.; BRÊTAS, J.R.S. - O ambiente estimulador ao desenvolvimento da criança hospitalizada. **Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo** [Em linha]. 42:3 (2008), 422-429. [Consult. 2 jun. 2015]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n3/v42n3a01>.

BRAZELTON, T.B. – **O grande livro da criança: o desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos**. 11.<sup>a</sup> ed. Barcarena: Editorial Presença, 2009.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE – **Maus Tratos em Crianças e Jovens: Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção** [Em linha]. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2011. [Consult. 30 nov. 2015]. Disponível em: <file:///C:/Users/claudia%20cheio/Downloads/i016079.pdf>.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE – **Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil 2013** [Em linha]. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2013. [Consult. 2 abr. 2015]. Disponível em: [http://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/DGS\\_010\\_2013-05.2013.pdf](http://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/DGS_010_2013-05.2013.pdf).

DITZ, E.; DINIZ, L.F. – Dor Neonatal e Desenvolvimento Neuropsicológico. **Revista Mineira de Enfermagem** [Em linha]. 10:3 (2006), 266-270. [Consult. 10 out. 2015]. Disponível em: [www.reme.org.br/exportar-pdf/417/v10n3a10.pdf](http://www.reme.org.br/exportar-pdf/417/v10n3a10.pdf).

FERREIRA, S. [et al.] - Desenvolvimento psicomotor de grandes prematuros. **Ata Pediátrica Portuguesa** [Em linha]. 44:6 (2013), 319-324. [Consult. 10 out. 2015]. Disponível em: [www.actapediatrica.spp.pt/article/viewFile/2796/2752](http://www.actapediatrica.spp.pt/article/viewFile/2796/2752).

FIGUEIRAS, A.C. [et al.] – **Manual Para a Vigilância do Desenvolvimento Infantil No Contexto da AIDPI**. Washington, D. C.: OPAS, 2005. ISBN 92-75-72606-x.

FIGUEIREDO, C.; JORGE, S. – Avaliação do Neurodesenvolvimento e Sinais de Alarme. In PEDROSO, H.; MARTINS, S., org. – **Da Criança ao Adolescente: Abordagem em Consulta de Pediatria**. Lisboa: Bene Farmacêutica, Lda, 2015. ISBN 978-989-20-6090-3.

FONSECA, M. S. – Integración de actividades lúdicas en la atención educativa del niño hospitalizado. **Educere - Artículos arbitrados** [Em linha]. 11:39 (2007), 639 – 646. [Consult. 5 jun. 2015]. Disponível em: <http://www.scielo.org.ve/pdf/edu/v11n39/art08.pdf>. ISSN 1316 – 4910.

GEORGE, J.B. – Teorias de Enfermagem e Processo de Enfermagem. In GEORGE, J. B., org. – **Teorias de enfermagem: os fundamentos á prática profissional**. 4.<sup>a</sup> ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2000. ISBN 85-7307-587-2, pt. 1, p. 11-20.

GOMES-PEDRO, J., et al. – Viver numa Unidade de Cuidados Especiais para Recém-Nascidos – Um Risco... Uma Oportunidade. **Ata Pediátrica Portuguesa**. 35:3 (2004), 167-174.

GRACIA, S.G.; BERMAN, R.M.G. – Impacto del ambiente en el neonato: Cuidados en una UCI centrados en el desarrollo. **Revista de Enfermería ROL**. 34:9 (2011), 566-574.

GUERRA, A., et al. – Alimentação e Nutrição do Lactente. **Ata Pediátrica Portuguesa** [Em linha]. 43:2 (2012), 17-40. [Consult. 28 maio 2015]. Disponível em: [http://www.spp.pt/UserFiles/file/Protocolos/Alimentacao\\_Nutricao\\_Lactente.pdf](http://www.spp.pt/UserFiles/file/Protocolos/Alimentacao_Nutricao_Lactente.pdf). ISSN 0873-9781.

HENRIQUES, G.; CHAVES, F.; AMARAL, J. – Prematuridade. In AMARAL, J.M.V., org. – **Tratado de Clínica Pediátrica**. Amadora: Abbott Laboratórios, Lda, 2008. ISBN 978-989-96091-1-2, vol. III, pt. 331, p. 1704-1712.

HICKMAN, J.S. – Introdução à Teoria da Enfermagem. In GEORGE, J. B., org. – **Teorias de enfermagem: os fundamentos á prática profissional**. 4.<sup>a</sup> ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2000. ISBN 85-7307-587-2, pt. 24, p. 333-351.

HOCKENBERRY, M.J.; BARRERA, P. – Perspetivas de Enfermagem Pediátrica. In HOCKENBERRY, M.J.; WILSON, D., org. – **Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente**. 9.<sup>a</sup> ed. Loures: Lusociência, 2014. ISBN 978-989-748-004-1, vol. I, pt. 1, p. 1-20.

JORGE, A.M. – **Família e hospitalização da criança: (re) pensar o cuidado em enfermagem**. Loures: Lusociência, 2004. ISBN 972-8383-79-7.

MARTINS, S.T.F.; PADUAN, V.C. - A equipe de saúde como mediadora no desenvolvimento psicossocial da criança hospitalizada. **Psicologia em Estudo, Maringá** [Em linha]. 15:1 (2010), 45-54. [Consult. 2 jun. 2015]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v15n1/a06v15n1.pdf>.

MATOS, P.P. – Perturbações do desenvolvimento infantil – conceitos gerais. **Revista Portuguesa de Clínica Geral**. 25 (2009), 669-676.

McELFRESH, P.B.; MERCK, T.T. – Cuidados Centrados na Família em Situações de Doença Crónica ou Incapacidade. In HOCKENBERRY, M.J.; WILSON, D., org. – **Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente**. 9.<sup>a</sup> ed. Loures: Lusociência, 2014. ISBN 978-989-748-004-1, vol. I, pt. 22, p. 897-930.

NASCIMENTO, R.D.M.; PEDROSO, J.S. - Reflexões acerca da Experiência de Observação de um Bebê Abrigado. **Revista Mal-Estar e Subjetividade** [Em linha]. 13: 1-2 (2013), 369-386. [Consult. 21 jan. 2016]. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/malestar/v13n1-2/14.pdf>.

NEIL, R.M. – Jean Watson: Filosofia e Ciência do Cuidar. In TOMEY, A.M.; ALLIGOOD, M.R., org. – **Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem**. 5.<sup>a</sup> ed. Loures: Lusociência, 2004. ISBN 972-8383-74-6, pt. 11, p. 163-183.

OPPERMAN, C.S.; CASSANDRA, K.A. – Teorias do Crescimento e do Desenvolvimento e Rastreo do Desenvolvimento. In OPPERMAN, C.S.; CASSANDRA, K.A., org. – **Enfermagem Pediátrica Contemporânea**. Loures: Lusociência, 2001. ISBN 972-8383-19-3, pt. 4, p. 49-70.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista** [Em linha]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2010. [Consult. 27 out. 2015]. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento\\_competencias\\_comuns\\_enfermeiro.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf).

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica: Volume I** [Em linha]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2010 (b). ISBN 978-989-8444-00-4. Série I, 1:3. [Consult. 2 abr. 2015]. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/guiasorientadores\\_boapratica\\_sau\\_deinfantil\\_pediatria\\_volume1.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/guiasorientadores_boapratica_sau_deinfantil_pediatria_volume1.pdf).

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem** [Em linha]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2010 (c). [Consult. 27 out. 2015]. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciaCrian%C3%A7aJov\\_aprovadoAG\\_20Nov2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciaCrian%C3%A7aJov_aprovadoAG_20Nov2010.pdf).

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem** [Em linha]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2011. [Consult. 27 out. 2015]. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/documents/pqceesaudecriancajovem.pdf>.

PAPALIA, D.E.; OLDS, S.W.; FELDMAN, R.D. – **O Mundo da criança**. 8.<sup>a</sup> ed. Lisboa: Mc Graw Hill, 2001. ISBN 972-773-069-8.

PEREIRA, L.M.C.J.; LOURENÇO, C.M.G. – Brincar: Desenvolvimento Infantil. **Revista Sinais Vitais**. 99 (2011), 25-28.

PINTO, M. – Vigilância do desenvolvimento psicomotor e sinais de alarme. **Revista Portuguesa de Clínica Geral**. 25 (2009), 677-687.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Decreto-Lei n.º 161/96 – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro [Em linha]. D.R.: I Série A, n.º 205, 96-09-04 (1996), 2959-2962. [Consult. 30 out. 2015]. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Decreto-Lei n.º 104/98 – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro – alterações introduzidas [Em linha]. D.R.: I Série A, n.º 93, 98-04-21 (1998), 1739-1757. [Consult. 30 out. 2015]. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Decreto-Lei n.º 281/2009 – Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância [Em linha]. D.R.: I Série, n.º 193, 09-10-06 (2009), 7298-7301. [Consult. 20 nov. 2015]. Disponível em: <file:///C:/Users/claudia%20cheio/Downloads/i013501.pdf>.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Decreto-Lei n.º 118/2014 – Enfermeiro de Família [Em linha]. D.R.: I Série, n.º 149, 14-08-05 (2014), 4069-4071. [Consult. 30 out. 2015]. Disponível em: <https://dre.pt/application/file/55078714>.

RAMOS, M. – NIDCAP<sup>®</sup> Uma realidade possível... **Revista Sinais Vitais** [Em linha]. 54 (2004), 9-15. [Consult. 6 jan. 2016]. Disponível em: <http://www.sinaisvitais.pt/index.php/revista-sinais-vitais-publicacoes-78/revistas-1994-2014/18-revistas-2004-e-2005/252-revista-no-54-maio-2004?showall=&start=8>.

SAEWYC, E.M. – Promoção da Saúde do Adolescente e da Família. In HOCKENBERRY, M.J.; WILSON, D., org. – **Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente**. 9.<sup>a</sup> ed. Loures: Lusociência, 2014. ISBN 978-989-748-004-1, vol. I, pt. 19, p. 784-823.

SAKRAIDA, T.J. – Nola Pender: Modelo de Promoção da Saúde. In TOMEY, A.M.; ALLIGOOD, M.R., org. – **Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem**. 5.<sup>a</sup> ed. Loures: Lusociência, 2004. ISBN 972-8383-74-6, pt. 33, p. 699-715.

SAMPAIO, R.F.; MANCINI, M.C. – Estudos de Revisão Sistemática: Um guia para síntese criteriosa da evidência científica. **Revista Brasileira de Fisioterapia** [Em linha]. 11:1 (2007), 83-89. [Consult. 11 nov. 2015]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v11n1/12.pdf>.

SANDERS, J. – Cuidados Centrados na Família em Situações de Doença e Hospitalização. In HOCKENBERRY, M.J.; WILSON, D., org. – **Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente**. 9.<sup>a</sup> ed. Loures: Lusociência, 2014. ISBN 978-989-748-004-1, vol. II, pt. 26, p. 1025-1060.

SANTOS, A.O. – NIDCAP<sup>®</sup> Uma filosofia de cuidados... **Nascer e Crescer - Revista do Hospital de Crianças Maria Pia** [Em linha]. 20:1 (2011), 26-31. [Consult. 14 out. 2015]. Disponível em: <http://nascerecrescer.chporto.pt/RNCRevistatotal/2011VolXX1Revista.pdf>.

SHERIDAN, M.D. – **From Birth to Five Years: Childrens Developmental Progress**. Oxford: NFER-Nelson Publishing Company, 1993.

TELES, L. [et al.] – Quando eu for grande, quero ser... **Ata Pediátrica Portuguesa**. 32:3 (2001), 139-142.

THIBODEAUX, A.G.; MOONEY-DOYLE, K. – Influências Sociais, Culturais e Religiosas na Promoção da Saúde da Criança. In HOCKENBERRY, M.J.; WILSON, D., org. – **Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente**. 9.<sup>a</sup> ed. Loures: Lusociência, 2014. ISBN 978-989-748-004-1, vol. I, pt. 2, p. 21-48.

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA. Instituto de Ciências da Saúde – **Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional: Regulamento Geral**. Lisboa, 2012.

VALE, M.C. – Desenvolvimento. In AMARAL, J.M.V., org. – **Tratado de Clínica Pediátrica**. Amadora: Abbott Laboratórios, Lda, 2008. ISBN 978-989-20-1277-3, vol. I, pt. 21, p. 120-122.

VALLADARES, A.C.A.; SILVA, M.T.A. – A arteterapia e a promoção do desenvolvimento infantil no contexto da hospitalização. **Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre** [Em linha]. 32:3 (2011), 443-450. [Consult. 2 jun. 2015]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rngen/v32n3/02.pdf>.

WELCH, A.Z. – Madeleine Leininger: Cuidar Cultural: Teoria da Diversidade e da Universalidade. In TOMEY, A.M.; ALLIGOOD, M.R., org. – **Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem**. 5.<sup>a</sup> ed. Loures: Lusociência, 2004. ISBN 972-8383-74-6, pt. 28, p. 563-591.

YU, L. [et al.] - Effects of nursing intervention models on social adaption capability development in preschool children with malignant tumors: a randomized control trial. **Psycho-Oncology** [Em linha]. 23 (2014), 708–712. [Consult. 2 jun. 2015]. Disponível em: <http://eds.b.elsevier.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=a4d7fb86-c43e-4aab-b969-30de94b9dc45%40sessionmgr114&hid=127>.



## **APÊNDICES**



**Apêndice I** - Sessão de Formação “Avaliação do Desenvolvimento Infantil”

- Divulgação e Plano da Sessão; Diapositivos apresentados;
- Questionário de avaliação da Sessão e Tratamento dos dados



## *Ação de Formação*

**Tema:** *Avaliação do Desenvolvimento Infantil*

**Formadora:** *Cláudia Cheio (Aluna MESIP)*

**Sob Orientação:** *Enf.<sup>a</sup> Maria João Silva e Prof.<sup>a</sup> Margarida Lourenço*

**Local:** *Unidade Saúde Familiar*

**Destinatários:** *Equipas de Enfermagem da USF e de outras Unidades de Saúde do Centro de Saúde.*

**Data:** *19 Maio 2015*

**Hora:** *12:30h*

**Duração:** *60 minutos*

**Objetivo Geral:** *Capacitar a equipa de Enfermagem para realizar a avaliação do Desenvolvimento Infantil através da Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada.*



## PLANO DA SESSÃO

**Tema:** Avaliação do Desenvolvimento Infantil

**Formadora:** Cláudia Cheio (Aluna do Mestrado em Enfermagem Saúde Infantil e Pediátrica)

**Sob Orientação:** Enf.<sup>a</sup> Maria João Silva e Prof.<sup>a</sup> Margarida Lourenço

**Local:** Unidade Saúde Familiar

**Destinatários:** Equipas de Enfermagem da USF e outras Unidades de Saúde do Centro de Saúde

**Data:** 19 Maio 2015

**Hora:** 12:30h

**Duração:** 60 min.

Fases	Objetivos	Conteúdos	Metodologia	Recursos Pedagógicos	Duração
Introdução	- Apresentar a formadora, o tema e os objetivos da sessão.	- Apresentação da formadora; - Contextualização do tema; - Apresentação dos objetivos.	Expositiva	Computador	5 min.
Desenvolvimento	- Sintetizar conceitos relativos ao exame físico ao Recém-Nascido (RN); - Descrever a avaliação dos reflexos do RN; - Capacitar a equipa de enfermagem para a avaliação do Desenvolvimento Infantil; - Apresentar o material necessário para a avaliação do Desenvolvimento.	- Exame físico ao RN; - Avaliação dos reflexos do RN; - Avaliação do Desenvolvimento através da Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan; - Apresentação da caixa com material para avaliação do Desenvolvimento.	Expositiva	Computador	35min.
Conclusão	- Debater os temas abordados e esclarecer dúvidas.	- Debate dos temas abordados e esclarecimento de dúvidas; - Visualização de filmes relativos à avaliação dos reflexos no RN e avaliação do desenvolvimento.	Expositiva e Participativa	Computador	15min.
Avaliação	- Aplicar questionário de avaliação da sessão.	- Questionário anónimo	Participativa	Questionário	5 min.

- Referências Bibliográficas: DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE – **Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil**. Lisboa, 2013.
- HOCKENBERRY E WILSON – **Wong-Enfermagem da Criança e do Adolescente**. Volume I – Capítulos 1 a 25. 9ª edição. Lisboa: Lusociência, 2014.
- SHERIDAN, Mary D. – *From Birth to Five Years – Childrens Developmental Progress*. Oxford: NFER-Nelson Publishing Company, 1984.





Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde  
Mestrado Profissional em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

# Desenvolvimento Infantil

## Dos 0 aos 5 anos

Elaborado por: Cláudia Nora Cheio  
Sob orientação: Enf<sup>a</sup> Maria João Silva e Prof.<sup>a</sup> Margarida Lourenço  
19 de Maio 2015




### Objetivos

- Descrever o exame físico ao Recém-Nascido;
- Compreender os reflexos primitivos do Recém-Nascido;
- Compreender a Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan modificada



### *Exame físico do RN*

- Realizar o exame numa sala com temperatura adequada e sem estímulos;*
- Verificar que o equipamento necessário está acessível e funciona adequadamente;*
- Proceder de forma rápida para evitar o stress do bebé;*
- Despir apenas a área corporal a examinar para prevenir a perda de calor;*
- Realizar primeiro todos os procedimentos que exijam que o bebé esteja calmo e no fim os que perturbam o bebé, tais como a avaliação dos reflexos.*



*Hockenberry & Wilson (2014)*

## Exame físico do RN

### Aspeto geral

*Postura* – flexão da cabeça e extremidades, as quais se apoiam sobre o tórax e abdómen.



- Variações comuns, anomalias minor

*Apresentação pélvica* – extensão dos membros inferiores, coxas em abdução e rotação completa, extensão do pescoço

- Sinais potencialmente perigosos, anomalias major

*Extensão das extremidades*

Hockenberry & Wilson (2014)

## Exame físico do RN

### Pele

Ao 2º-3º dia, rosa, seca e descamativa; lanugo; edema; pele marmoreada quando exposto ao frio

- Variações comuns

*Milia* – minúsculas pápulas brancas nas bochechas, queixo e nariz (pode durar até 3 meses)

*Eritema tóxico* – erupção papular rosado, presente no tórax, dorso, nádegas e abdómen (desaparece após vários dias)

*Mancha mongólica* – áreas irregulares, de cor azulada, habitualmente na região sacrada e glútea (desaparece após alguns anos 5-6 anos)



## Exame físico do RN

*Hemangioma plano* – áreas planas, rosa forte, localizadas habitualmente na parte posterior do pescoço (não regredem espontaneamente).

- **Anomalias major**

Icterícia progressiva; cianose generalizada; palidez; pele marmoreada; aspeto cinzento; equimoses ou petéquias persistentes; eritemas, pústulas ou vesículas; manchas castanhas claras; *nevus flammeus* (manchas vinho do porto).

Hockenberry & Wilson (2014)

## Exame físico do RN

### Cabeça

Fontanela anterior – forma losango, 4-5 cm (encerra aos 12-18 meses)

Fontanela posterior – triangular, 0,5-1cm (encerra às 6-8 sem.)

Fontanelas planas, macias e firmes

- **Variações comuns**

Fontanela sagital (parietal); fontanela abaulada durante o choro ou tosse; céfalo-hematoma (reabsorvido até aos 2-3 meses).

- **Anomalias major**

Fusão das suturas; fontanelas abauladas ou deprimidas em repouso; suturas e fontanelas alargadas.



Hockenberry & Wilson (2014)

## Exame físico do RN

### Olhos

Pálpebras edemaciadas; cor – cinzento ardósia, azul escuro, castanho; ausência de lágrimas; reflexo de pestanejo em resposta à luz ou ao toque; reflexo pupilar em resposta à luz; fixação rudimentar dos objetos e capacidade de fixar na linha média

- Variações comuns

Estrabismo, devido à falta de binocularidade; rutura de capilares

- Anomalias major

Íris de cor rosa; secreção purulenta; hipertelorismo (espaçamento alargado entre os olhos); hipotelorismo; pupilas fixas, contraídas ou dilatadas; esclerótica amarela; ausência de reflexos; incapacidade de seguir um objeto na linha média

Hockenberry & Wilson (2014)

## Exame físico do RN

### Pavilhões auriculares

Posição – inserção superior alinhada com o canto externo dos olhos; cartilagem presente e flexível; reflexo de sobressalto desencadeado por um som forte e súbito

- Variações comuns

Pavilhão auricular plano contra a cabeça; forma ou tamanho irregulares; pólipos epiteliais

- Anomalias major

Implantação baixa dos pavilhões auriculares; ausência do reflexo de sobressalto

Hockenberry & Wilson (2014)

## Exame físico do RN

### Nariz

Permeabilidade das narinas; secreção nasal – muco fino e branco; espirros

- Variações comuns

Achatado ou com lesões

- Anomalias major

Narinas obstruídas; secreção nasal espessa ou hemorrágica, abundante; adejo nasal; narina única

Hockenberry & Wilson (2014)

## Exame físico do RN

### Boca e garganta

Intacta, palato arqueado; úvula na linha média; freio da língua; freio do lábio superior; salivação mínima ou ausente; choro vigoroso; reflexos presentes

- Variações comuns

Presença de dentes; pérolas de Epstein – pequenos quistos epiteliais brancos ao longo da linha média do palato (desaparecem em semanas)

- Anomalias major

Fenda labial (lábio leporino); fenda palatina; língua grande e protuberante; salivação profusa; candidíase; choro rouco, fraco ou gritado; estridor.

Hockenberry & Wilson (2014)

## Exame físico do RN

### Pescoço

Curto, espesso, habitualmente circundado por pregas; reflexo tônico do pescoço

- Variações comuns

Torcicolo – cabeça virada para um lado com o queixo a apontar para o lado oposto

- Anomalias major

Pregas excessivas; resistência à flexão; reflexo tônico ausente; fratura da clavícula; crepitação

Hockenberry & Wilson (2014)

## Exame físico do RN

### Tórax

Diâmetro anteroposterior e lateral iguais; ligeira retração esternal evidente durante a inspiração; processo xifóide evidente; ingurgitamento mamário

- Variações do normal

Tórax em funil; tórax em quilha; mamilos supranumerários; secreção de substância leitosa da glândula mamária

- Anomalias major

Depressão esternal; retração marcada do tórax; expansão assimétrica; mamilos demasiado afastados; vermelhidão em redor dos mamilos

Hockenberry & Wilson (2014)

## Exame físico do RN

### Pulmões

Respiração predominantemente abdominal; sons brônquicos bilateralmente iguais; reflexo da tosse presente (1-2 dias de vida)

- Variações comuns

A frequência e profundidade da respiração pode ser irregular

- Anomalias major

Estridor inspiratório; grito expiratório; tiragem; respiração irregular persistente; períodos repetidos de apneia; sons crepitantes; gemido; sons respiratórios diminuídos

Hockenberry & Wilson (2014)

## Exame físico do RN

### Abdômen

Forma cilíndrica; cordão umbilical - branco azulado ao nascimento, com 2 artérias e 1 veia

- Variações comuns

Hérnia umbilical; cordão umbilical invulgarmente fino

- Anomalias major

Distensão abdominal; abaulamento localizado; distensão venosa; sons intestinais ausentes; ascite; cordão umbilical: húmido; drenagem de urina ou fezes; pus através do local de inserção do cordão; hemorragia.

Hockenberry & Wilson (2014)

## Exame físico do RN

### Genitais femininos

Lábios e clitóris habitualmente edemaciados; meato urinário atrás do clitóris

- Variações comuns

Secreção mucosa ou tingida de sangue

- Anomalias major

Clitóris aumentado com meato urinário no topo; fusão dos lábios; ausência de abertura vaginal; excreção de mecónio pela abertura vaginal; massas nos lábios

Hockenberry & Wilson (2014)

## Exame físico do RN

### Genitais masculinos

Meato urinário no topo do pênis; testículos palpáveis no escroto; escroto grande e edemaciado; pigmentado nos grupos étnicos de pele negra; esmegma

- Variações comuns

Meato urinário coberto pelo prepúcio; incapacidade de retração do prepúcio; pérolas epiteliais – pequenas lesões brancas no topo do prepúcio; ereção ou priapismo; testículos palpáveis no canal inguinal; escroto pequeno

- Anomalias major

Hipospádias; epispádias; doença de peyronie; testículos não palpáveis no escroto ou canal inguinal; hérnia inguinal; hidrocelo; descoloração do escroto; massas no escroto

Hockenberry & Wilson (2014)

## Exame físico do RN

### Coluna vertebral e reto

Coluna vertebral intacta, sem aberturas, massas ou curvas proeminentes

Ânus perfurado; excreção de mecônio nas primeiras 48h

- Anomalias major

Tufo de pelos sobre a coluna vertebral

Fissuras ou fístulas anais; ânus imperfurado; quisto ou sinus pilonidal;

Hockenberry & Wilson (2014)

## Exame físico do RN

### Extremidades

Movimentos amplos das articulações; leitos ungueais rosados; pregas nos 2/3 anteriores das plantas dos pés; tonicidade muscular idêntica bilateralmente

- Variações comuns

Espaço alargado entre o 1º e 2º dedos do pé; comprimento assimétrico dos dedos dos pés; dorsiflexão e dimensão reduzida do hallux

- Anomalias major

Polidactilia; sindactilia; hiperflexibilidade das articulações; cianose persistente dos leitos ungueais; luxação ou subluxação da anca; limitação na abdução da anca; estalido audível na abdução da anca; pregas glúteas assimétricas; altura dos joelhos desigual; assimetria na tonicidade muscular ou na amplitude dos movimentos

Hockenberry & Wilson (2014)

## Exame físico do RN

### Sistema neuromuscular

A extensão passiva das extremidades é seguida de flexão com retorno à posição inicial; capacidade de manter a cabeça em linha horizontal com a coluna;

Quando puxado para a posição sentado a cabeça descai, mas tem capacidade para momentaneamente erguer a cabeça;

Em suspensão ventral a cabeça permanece abaixo do plano do corpo e membros semi-fletidos



DGS (2013)  
Hockenberry & Wilson (2014)

## Exame físico do RN

### Sistema neuromuscular

- Variações comuns

Tremores momentâneos

- Anomalias major

Hipotonia; hipertonia; assimetria postural; tremores e movimentos mioclônicos; queda acentuada da cabeça em todas as posições

Hockenberry & Wilson (2014)



## Avaliação dos Reflexos do Recém-Nascido

### Avaliação dos Reflexos do RN

#### Olhos

- **Reflexo da córnea ou pestanejo:** Pestaneja à aproximação súbita de uma luz brilhante ou à aproximação de um objeto da córnea – persiste ao longo da vida
- **Pupilar:** contração pupilar na presença de luz brilhante – persiste ao longo da vida
- **Olhos de boneca:** quando se roda a cabeça para a direita ou esquerda, os olhos ficam para trás e não se ajustam imediatamente à nova posição da cabeça – desaparece à medida que se desenvolve a capacidade de fixação de um objeto (a sua persistência indica lesão neurológica )

Hockenberry & Wilson (2014)

## Avaliação dos Reflexos do RN

### Nariz

- **Espirro:** as narinas respondem espontaneamente à irritação ou obstrução – persiste ao longo da vida
- **Glabelar:** uma pequena pancada brusca na ponta do nariz (glabella) provoca o encerramento dos olhos – desaparece na infância

### Boca e garganta

- **Sucção:** o bebê inicia movimentos fortes de sucção em resposta à estimulação – persiste ao longo da infância
- **Laríngeo:** a estimulação da faringe posterior por alimentos, aspiração ou passagem de uma sonda provoca o reflexo – persiste ao longo da vida

Hockenberry & Wilson (2014)

## Avaliação dos Reflexos do RN

### Boca e garganta

- **Rotação (pontos cardeais):** o toque em redor da boca provoca a rotação da cabeça na direção do estímulo e o início da sucção – deve desaparecer cerca dos 3-4 meses mas pode persistir até aos 12 meses
- **Extrusão:** quando a língua é tocada, o bebê responde forçando-a para fora – desaparece por volta dos 4 meses
- **Bocejo:** o bebê responde espontaneamente à diminuição do oxigénio aumentando a quantidade de ar inspirado – persiste ao longo da vida
- **Tosse:** a irritação da mucosa laríngea ou traqueobrônquica provoca tosse – persiste ao longo da vida

Hockenberry & Wilson (2014)

## Avaliação dos Reflexos do RN

### Extremidades

- **Preensão:** o toque na raiz dos dedos das mãos ou dos pés provoca a flexão dos dedos - a flexão palmar diminui depois dos 3 meses para ser substituída pelo movimento voluntário; a flexão plantar diminui cerca dos 8 meses
- **Babinski:** a estimulação da área externa da planta do pé, no sentido ascendente do calcanhar para os dedos e ao longo da raiz destes provoca a dorsiflexão do 1º dedo e a hiperextensão dos restantes - desaparece depois do 1º ano



Hockenberry & Wilson (2014)

## Avaliação dos Reflexos do RN

### Massa

- **Moro:** a alteração súbita do equilíbrio provoca extensão e abdução das extremidades com abertura dos dedos, o polegar e o indicador formando um "C", seguindo-se a flexão e adução das extremidades; os membros inferiores podem fletir ligeiramente - desaparece depois dos 3-4 meses e é mais forte nos primeiros 2 meses



- **Sobressalto:** um barulho forte e súbito provoca abdução dos braços com flexão dos cotovelos; as mãos permanecem fechadas - desaparece cerca dos 4 meses

Hockenberry & Wilson (2014)

## Avaliação dos Reflexos do RN

- **Tônico cervical assimétrico:** Quando se roda a cabeça do bebê de um lado para o outro, o membro superior e inferior do lado para onde a cabeça é virada fazem extensão e do lado oposto fazem flexão – desaparece por volta dos 3-4 meses para ser substituído por posicionamento simétrico de ambos os lados



- **Marcha automática:** se segurarmos o bebê na vertical e as plantas dos pés tocarem uma superfície dura, há flexão e extensão recíprocas dos membros inferiores, simulando a marcha – desaparece depois das 3-4 semanas, para ser substituído pelo movimento voluntário



Hockenberry & Wilson (2014)

## Avaliação dos Reflexos do RN

- **Reptação:** quando deitado sobre o abdômen, o bebê faz movimentos de reptação com os membros superiores e inferiores – desaparece por volta das 6 semanas



- **Escalar:** quando o bebê é segurado sob as axilas e o dorso do pé é bruscamente colocado contra um objeto duro, como uma mesa, a perna sobe como se o pé fosse caminhar sobre a mesa – a idade em que desaparece é variável

Hockenberry & Wilson (2014)



*Material para aplicação da Escala:*

<i>1º Ano de vida</i>	<i>1 a 5 anos</i>
<ul style="list-style-type: none"><li><i>• Bola Pendente</i></li><li><i>• Roca</i></li><li><i>• Pinos ou clips</i></li><li><i>• Copo</i></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li><i>• Cubos</i></li><li><i>• Boneca</i></li><li><i>• Colher, garfo e escova de cabelo</i></li><li><i>• Livro com figuras</i></li><li><i>• Copo / Caneca com asa</i></li><li><i>• Bola</i></li></ul>

DGS (2013)

## 4-6 Semanas

Comportamento e Adaptação Social

Visão e Motricidade de Fina

Postura e Motricidade de Global

- Fixa a face da mãe quando esta o alimenta
- Sorriso social (em resposta a estímulos)
- Chora quando desconfortável e responde com sons guturais em situações de prazer
- Fixa e segue objeto a 20-25cm de distância, horizontalmente de lado para a linha média (quarto de círculo)
- **Decúbito ventral:** cabeça para o lado, membros fletidos, cotovelos afastados e nádegas elevadas; tenta levantar a cabeça



DGS (2013)

## 4-6 Semanas

Postura e Motricidade de Global

- **Decúbito dorsal:** a postura é assimétrica, membro superior do lado da face em extensão
- Em tração pelas mãos para sentar a cabeça cai. Se sentado dorso em arco e mãos fechadas
- Em suspensão ventral, cabeça alinhada com o tronco e membros semi-fletidos
- Ao som de uma sineta, roca ou voz a 15cm do ouvido pára e pode voltar os olhos, estende as pernas ou abre as mãos.



DGS (2013)

## 4-6 Semanas

### Sinais de alarme

- Ausência de tentativa de controlo da cabeça
- Apresenta hipertonicidade na posição de pé
- Nunca segue a face humana
- Não vira os olhos e a cabeça para o som
- Não se mantém em situação de alerta, nem por breves períodos

DGS (2013)

## 3 Meses

CAS

- Sorriso, galreio e movimentos de excitação em resposta a situações familiares

VMF

- Boa resposta social à aproximação de uma face
- 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 15-25cm da face)
- Convergência ocular: com uma bola pendente ou face humana aproximar lentamente da face da criança, na vertical



DGS (2013)  
Sheridan (1984)

## 3 Meses

PMG

- *Pestanejo de defesa: rapidamente aproximar objeto da sobrancelha da criança*

- *Decúbito ventral: faz apoio nos antebraços*



- *Tração pelas mãos: a cabeça apresenta-se ereta com pouca ou nenhuma queda, e coluna dorsal direita (à exceção da região lombar)*



- *Em suspensão ventral: a cabeça encontra-se acima da linha do corpo*

- *De pé flete os joelhos (não faz apoio plantar)*

AL

- *Atende e volta-se em direção à fonte sonora*

DGS (2013)  
Sheridan (1984)

## 3 Meses

Sinais de  
alarme

- *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*

DGS (2013)

## 6 Meses

CAS

- Muito ativo, atento e curioso
- Quando oferecida a roca abana deliberadamente, explora brinquedos e objetos

VMF

- Tem preensão palmar (usa ambas as mãos para alcançar um objeto)
- Transfere objetos de uma mão para a outra e leva-os à boca
- Se o objeto cai esquece-o imediatamente
- Boa convergência (sem estrabismo)



PMG

- Reflexos de proteção lateral – provoca-se desequilíbrio lateral quando a criança está sentada e observa-se extensão do braço e mão evitando a queda

DGS (2013)  
Sheridan (1984)

## 6 Meses

PMG

- Decúbito ventral: faz apoio nas mãos com os braços estendidos levantando a cabeça
- Faz força para se sentar e mantém-se sentado sem apoio por breves momentos
- De pé faz apoio plantar



AL

- Segue e localiza os sons a 45cm ao nível do ouvido
- Vocaliza monossílabos e dissílabos
- Dá gargalhadas
- Grita quando contrariado ou quando quer chamar à atenção

DGS (2013)

## Sinais de alarme

### 6 Meses

- 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
- Desinteresse pelo ambiente
- Apresenta irritabilidade
- Tem estrabismo manifesto e constante

DGS (2013)

### 9 Meses

CAS

- Distingue os familiares dos estranhos
- Pega na roca e abana-a em imitação, ou bate com ela na superfície da mesa
- Por vezes bate palminhas em imitação
- Dá objeto ou brinquedo ao adulto, mas não o larga
- Encontra brinquedo parcialmente escondido



VMF

- Aponta com o indicador e empurra pequenos objetos (pino/clip), usando o dedo indicador
- Atira objetos ao chão deliberadamente e procura o objeto que cai



DGS (2013)  
Sheridan (1984)

## 9 Meses

V M F

P M G

A L

- Pinça fina grosseira (primeiro entre o polegar e dedos progredindo para polegar e o indicador)
- Senta-se sozinho e fica sentado entre 10-15min., sem apoio
- Quando sentado inclina-se para a frente ou vira o corpo para o lado para apanhar o brinquedo, sem perder o equilíbrio
- Põe-se de pé com apoio, mas não consegue baixar-se
- Desloca-se no chão rebolando, arrastando-se ou gatinhando
- Atenção rápida para os sons, tanto perto como longe
- Localização de sons suaves a 90cm acima e abaixo do nível do ouvido
- Repete várias sílabas ou sons dos adultos, vocaliza deliberadamente



DGS (2013)  
Sheridan (1984)

## 9 Meses

Sinais de  
alarme

- Não se senta
- Permanece sentado e imóvel sem procurar mudar de posição
- Apresenta assimetrias
- Não tem preensão palmar nem leva objetos à boca
- Não reage aos sons
- Vocaliza monotonamente ou perde a vocalização
- É apático, sem relacionamento com familiares
- Engasga-se com facilidade
- Tem estrabismo

DGS (2013)

## 12 Meses

CAS

- 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 de forma ativa
- Compreende uso de objetos diários

VMF

- Explora ativamente os objetos e atira-os sistematicamente ao chão
- Procura o objeto escondido



DGS (2013)  
Sheridan (1984)

## 12 Meses

VMF

- Interesse visual para perto e longe
- Pinça fina perfeita: pega em pequenos objetos entre o polegar e falange distal do indicador

PMG

- Tem equilíbrio sentado, de forma permanente
- Gatinha
- Põe-se em pé e baixa-se com o apoio de uma ou ambas as mãos

AL

- Resposta rápida a sons suaves
- Responde ao nome
- Compreende ordens simples como "dá cá"
- Vocaliza incessantemente em tom de conversa, embora impercetível (jargão)

DGS (2013)  
Sheridan (1984)

## 12 Meses

**Sinais de  
alarme**



- Não aguenta o peso nas pernas
- Permanece imóvel, não procura mudar de posição
- Não pega nos brinquedos ou fá-lo só com uma mão
- Não responde à voz
- Não brinca nem estabelece contacto
- Não mastiga

DGS (2013)

## 2 Anos



CAS

- 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)

VMF

- Preferência por uma mão (definição da lateralidade)
- Constrói torre de 6 ou 7 cubos

DGS (2013)  
Sheridan (1984)

## 2 Anos

V M F

- Imita o rabisco circular e a linha vertical (espontaneamente ou após demonstração)
- Gosta de ver livros, reconhecendo detalhes e nomeando figuras
- Vira uma página de cada vez



P M G

- Corre com segurança evitando obstáculos
- Sobe e desce escadas com os 2 pés no mesmo degrau
- Põe-se de cócoras para brincar ou apanhar objeto do chão e levanta-se sem ajuda das mãos



DGS (2013)  
Sheridan (1984)

## 2 Anos

P M G

- Trepa para cima da cadeira ou sofá e volta a descer para o chão
- Tenta dar chuto na bola
- Senta-se no triciclo mas não pedala, avança com os pés no chão



A L

- Diz o primeiro nome
- Fala sozinho enquanto brinca
- Junta duas ou mais palavras, construindo frases curtas
- Linguagem pode ser incompreensível mesmo pelos familiares
- Identifica o cabelo, mãos, pés, nariz, boca e sapatos



DGS (2013)  
Sheridan (1984)

## Sinais de alarme

### 2 Anos

- Não anda sozinho
- 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

DGS (2013)

### 5-6 Anos

CAS

- Veste-se sozinho
- Lava as mãos e a cara e limpa-se sozinho
- Escolhe os amigos
- Compreende as regras do jogo



VMF

- Constrói 4 degraus com 10 cubos após demonstração
- Copia o quadrado e o triângulo (não deve ser desenhado na frente da criança)
- Conta 5 dedos de uma mão
- Nomeia 4 ou mais cores
- Desenha a figura humana (cabeça com alguns pormenores, tronco, pernas e braços)

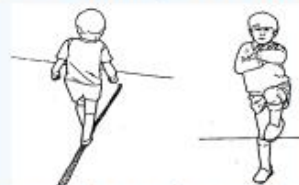


DGS (2013)  
Sheridan (1984)

## 5-6 Anos

PMG

- Fica num pé 8 a 10 segundos com os braços cruzados
- Salta alternadamente num pé (numa distância de 2 a 3 metros)
- Anda na linha estreita sem dificuldade



AL

- Sabe o nome completo, a idade, morada e a data de nascimento
- Vocabulário fluente e articulação geralmente correta
- Identifica 10 ou 12 cores

DGS (2013)  
Sheridan (1984)

## 5-6 Anos

Sinais de  
alarme

- É hiperativo, distraído e tem dificuldade de concentração
- Apresenta linguagem incompreensível, substituições fonéticas, gaguez
- Tem estrabismo ou suspeita de défice visual
- Apresenta perturbação do comportamento

DGS (2013)



## Bibliografia

- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Lisboa, 2013.
- HOCKENBERRY E WILSON – Wong-Enfermagem da Criança e do Adolescente, Volume 1 – Capítulos 1 a 25. 9ª edição. Lisboa: Lusociência, 2014.
- SHERIDAN, Mary D. – From Birth to Five Years – Childrens Developmental Progress. Oxford: NFER-Nelson Publishing Company, 1993.
- Fonte das imagens:
  - Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, 2013.
  - Wong-Enfermagem da Criança e do Adolescente, 2014.
  - From Birth to Five Years – Childrens Developmental Progress, 1984.

## Vídeos

- Vídeo Reflexos do RN

<https://www.youtube.com/watch?v=bamhj-TMkQs>

- Vídeo Avaliação de Desenvolvimento Infantil: 3 meses; 2 Anos e 5 Anos.



Mestrado Profissional em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

## QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

**Tema:** Avaliação do Desenvolvimento Infantil

**Formadora:** Cláudia Cheio (Aluna do M. E. Saúde Infantil e Pediátrica)

**Sob Orientação:** Enf.<sup>a</sup> Maria João Silva e Prof.<sup>a</sup> Margarida Lourenço

**Local:** Unidade Saúde Familiar

**Destinatários:** Equipa de Enfermagem da USF e Unidades de Saúde do Centro de Saúde

**Data:** 19 Maio 2015

**Hora:** 12:30h

**Duração:** 60 min.

Na tentativa de melhorar o meu desempenho em futuras ações de formação, solicito o preenchimento do seguinte questionário, que é anónimo.

Responda a cada item colocando uma cruz (X) na opção que melhor expresse a sua opinião, ou seja, o seu grau de concordância para cada uma das afirmações que se seguem.

Apreciação Global	Discorda Totalmente	Discorda	Concorda	Concorda Totalmente
1. As suas expetativas em relação à formação foram satisfeitas.				
2. Considera a formação útil.				
3. Os objetivos da sessão foram atingidos.				
4. Favoreceu a sua aquisição/consolidação de conhecimentos.				
5. Os recursos pedagógicos foram adequados.				
6. A duração da sessão foi adequada.				

Classifique a **formadora**:

<b>Formadora</b>	<b>Insuficiente</b>	<b>Suficiente</b>	<b>Bom</b>	<b>Muito Bom</b>
7. Conhecimento dos temas apresentados.				
8. Clareza na transmissão de conhecimentos.				
9. Capacidade de motivar, despertar interesse nos formandos.				
10. Interesse demonstrado no esclarecimento de dúvidas.				

Refira aspetos positivos

---

---

---

---

---

Refira aspetos negativos

---

---

---

---

---

Sugestões para futuras sessões de formação

---

---

---

---

---

Obrigada pela sua colaboração!

Cláudia Cheio

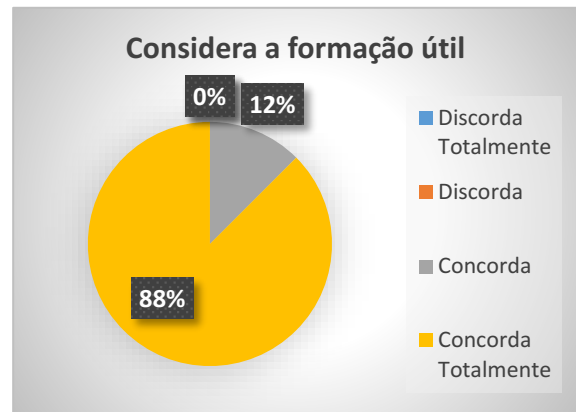
## Tratamento de Dados

Compareceram a esta Sessão de Formação 10 Enfermeiras, 8 preencheram questionário.

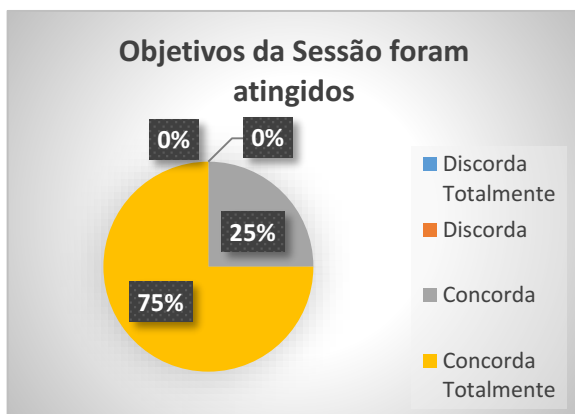
### Apreciação Global:



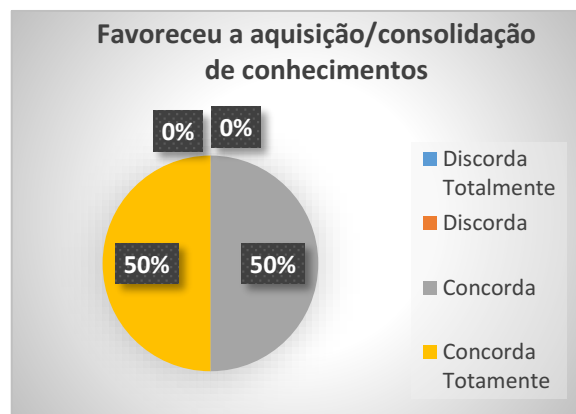
**Quadro 1** - Expetativas em relação à formação



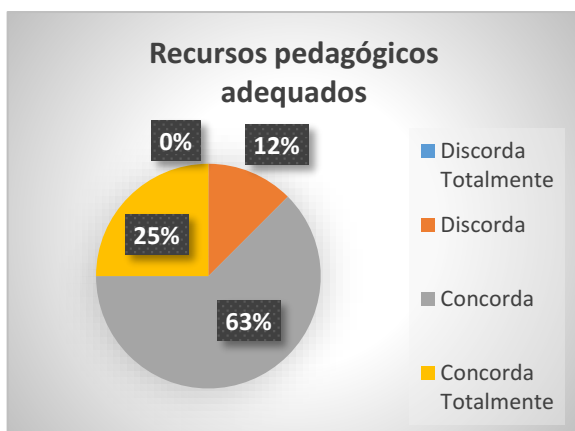
**Quadro 2** – Considera a formação útil



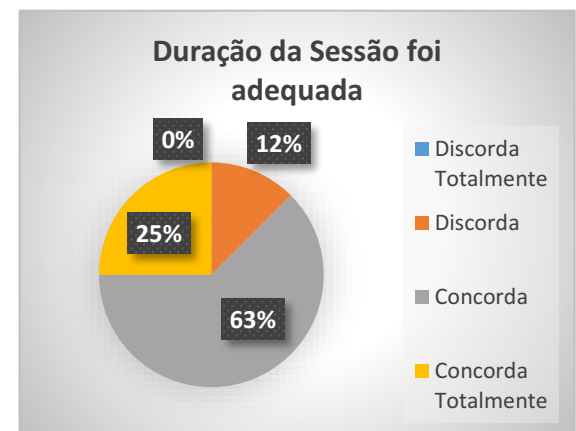
**Quadro 3** – Os objetivos da Sessão foram atingidos



**Quadro 4** – Favoreceu a sua aquisição consolidação de conhecimentos

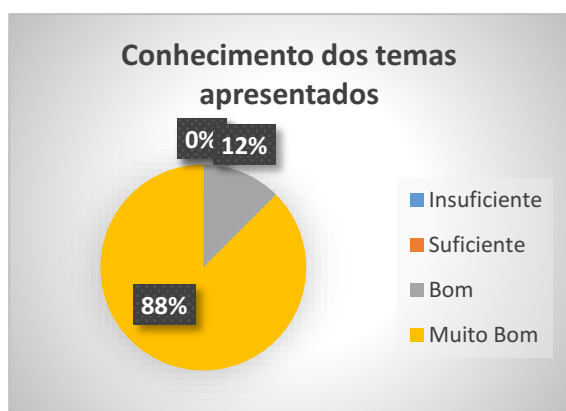


**Quadro 5** – Os recursos pedagógicos foram adequados

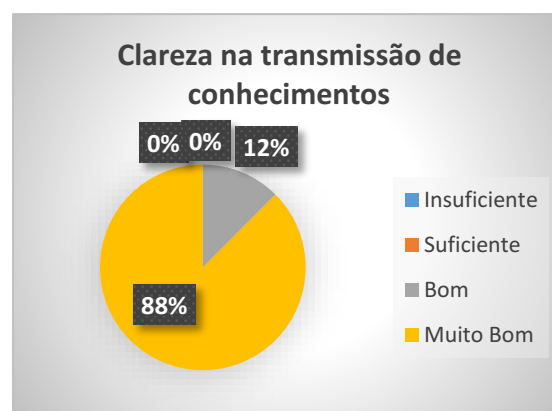


**Quadro 6** – A duração da Sessão foi adequada

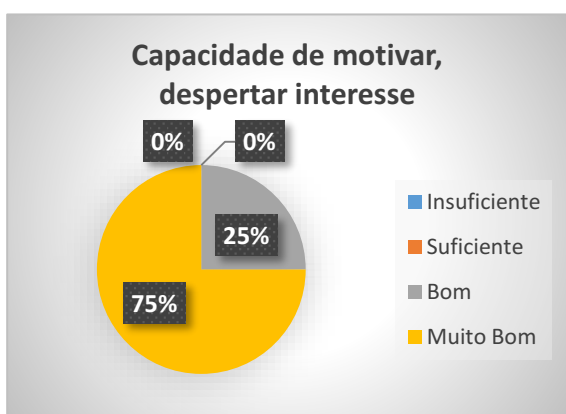
## Classificação da Formadora:



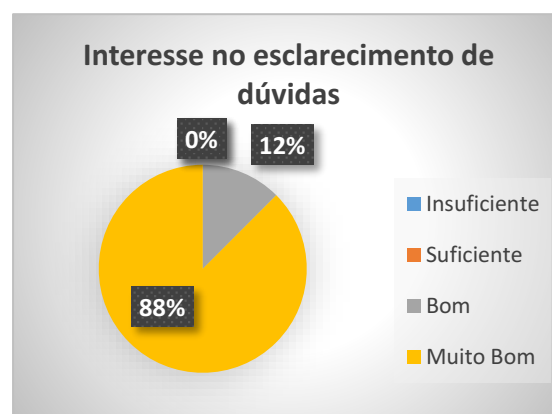
**Quadro 7** – Conhecimento dos temas apresentados



**Quadro 8** – Clareza na transmissão de conhecimentos



**Quadro 9** – Capacidade de motivar, despertar interesse nos formandos



**Quadro 10** – Interesse demonstrado no esclarecimento de dúvidas

Não foi escrito qualquer comentário nos questionários.

## **Apêndice II – Autorização de Recolha de Imagens**



## Autorização de recolha de imagens de vídeo e áudio

Eu, Cláudia Nora Cheio sou estudante do Mestrado Profissional em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, da Universidade Católica Portuguesa.

Venho por este meio solicitar a autorização para a recolha de imagens de vídeo e áudio à criança César Costa Mendes, com o objetivo de realizar a avaliação do Desenvolvimento Infantil segundo a Escala de Avaliação de Desenvolvimento de Mary Sheridan.

Os dados recolhidos serão confidenciais, sendo somente utilizados no âmbito deste trabalho académico.

Obrigada pela atenção,

Cláudia Nora Cheio

Cláudia Nora Cheio

O responsável pela criança:

João Mendes Ramos

## Autorização de recolha de imagens de vídeo e áudio

Eu, Cláudia Nora Cheio sou estudante do Mestrado Profissional em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, da Universidade Católica Portuguesa.

Venho por este meio solicitar a autorização para a recolha de imagens de vídeo e áudio à criança SEAFRIZ DE OLALDO E COSTA PINTO DIAS, com o objetivo de realizar a avaliação do Desenvolvimento Infantil segundo a Escala de Avaliação de Desenvolvimento de Mary Sheridan.

Os dados recolhidos serão confidenciais, sendo somente utilizados no âmbito deste trabalho académico.

Obrigada pela atenção,

Cláudia Nora Cheio

Cláudia Nora Cheio

O responsável pela criança:

Seafriz de Olaldo e Costa Pinto Dias

## Autorização de recolha de imagens de vídeo e áudio

Eu, Cláudia Nora Cheio sou estudante do Mestrado Profissional em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, da Universidade Católica Portuguesa.

Venho por este meio solicitar a autorização para a recolha de imagens de vídeo e áudio à criança Diogo Francisco Teles Lourenço com o objetivo de realizar a avaliação do Desenvolvimento Infantil segundo a Escala de Avaliação de Desenvolvimento de Mary Sheridan.

Os dados recolhidos serão confidenciais, sendo somente utilizados no âmbito deste trabalho académico.

Obrigada pela atenção,

Cláudia Nora Cheio

Cláudia Nora Cheio

O responsável pela criança:

Silvia Xavier Teles



**Apêndice III** – Cartaz Informativo – “Brinque Com o Seu Filho, Ajude-o a Crescer”





# Brinque Com o Seu Filho, Ajude-o a Crescer...

Deve ter sempre presente que as relações emocionais afetivas constituem a base para o desenvolvimento intelectual e social da criança, mas é essencial reconhecer o **brincar** como atividade elementar do Desenvolvimento Infantil.

## 1 Mês

- Movimentar objetos coloridos e pendurá-los perto do rosto da criança;
- Produzir sons suaves com chocalhos, caixa de música e observar a sua atenção;
- Mudar periodicamente de posição, sem utilizar o decúbito ventral para dormir;
- Fazer massagem corporal suave (não exceder os 20 min.);
- Evitar ambientes hiperestimulantes.

## 3 Meses

- Interagir através da fala e ouvir música suave;
- Procurar levantá-lo suavemente pelas mãos como se fosse sentá-lo;
- Oferecer-lhe objetos para segurar;
- Desenvolver um ritual de apoio à hora de dormir (deitando-o antes de estar completamente a dormir, sentando-se junto dele e dando-lhe palmadinhas nas costas).



## 6 Meses

- Oferecer brinquedos e estimular a passá-los de uma mão para a outra;
- Sentá-lo com apoio para que possa participar mais ativamente no ambiente que o rodeia;
- Incentivar para que produza novos sons;
- Colocar o bebé num tapete adequado e incentivá-lo a deslocar-se para pegar nos brinquedos que estejam mais longe;
- Não entrar em conflito durante a refeição;
- Reforçar o ritual de sono, a hora de deitar não é para brincar.

## 9 Meses

- Colocar objetos em cima de uma cadeira, de forma a incentivá-lo a colocar-se de pé;
- Chamar os objetos pelos nomes, ensinar a colocar fora e dentro da caixa;
- Oferecer papel para amassar e rasgar;
- Brincar ao "esconde" com objetos ou pessoas;
- Ser firme e terno no "não";
- Utilizar jogos repetitivos (bater palmas, dizer adeus...);
- Imitar sons de animais e objetos e pedir para a criança imitar.

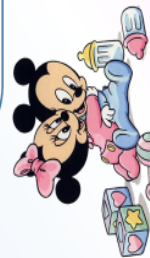
## 12 Meses

- Deixar a criança tomar algumas decisões;
- Reagir calmamente e com firmeza às birras;
- Estimular as tarefas/ordens simples e dar estímulo positivo após a realização destas;
- Oferecer cubos;
- Incentivar que a criança peça quando quer algo, verbalizando o pedido;
- Necessidade de impor regras e limites e não ceder à chantagem da criança.



## 18 Meses

- Ensinar a criança a guardar os brinquedos numa caixa, para que aprenda a organizar-se;
- Pedir que repita partes do corpo do boneco;
- Ensinar a criança a rabiscar num papel;
- Demonstrar o que é, e o que não é perigoso para ela;
- Realizar atividades com música, incentivando a criança a dançar e cantar.



## 2 Anos

- Proporcionar brincadeiras como correr ou saltar num só pé;
- Incentivar a criança a colocar o chapéu e calçar os sapatos;
- Incentivar a usar a colher e beber pelo copo sozinha;
- Oferecer tintas para a criança mexer e desenhar;
- Contar histórias e dar puzzles;
- Facilitar oportunidade de jogo simbólico (faz-de-conta);
- Pedir para ajudar em pequenas tarefas diárias;
- Ajudar a criança a pronunciar palavras e a construir frases curtas.



Referências Bibliográficas:  
BRAZÉLTON, T. B. - O grande livro da criança. Lisboa: Editorial Presença, 2009.  
SHERIDAN, M. D. - From Birth to Five Years - Childrens Developmental Progress. Oxford: MPEP, 1993.

Realizado por: Cláudia Cheio - Aluna do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatría da Universidade Católica Portuguesa  
Orientado por: En.ª Maria João Silva (Especialista em Saúde Infantil e Pediatría) e Prof.ª Margarida Lourenço (Regente do Estágio) Maio 2015



**Apêndice IV – Índice do Dossier de Artigos**





UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**Realizado por:** Cláudia Cheio, Aluna do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

**Orientada por:** Enf.<sup>a</sup> Maria João Silva e Prof.<sup>a</sup> Margarida Lourenço

**Maio 2015**

## ÍNDICE

- Alimentação e Nutrição do Lactente
- Complementary Feeding: A Commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition
- Bronquiolite: avanços recentes – Normas de orientação clínica
- Bronquiolites em Unidade de Internamento de Curta Duração: a orientação terapêutica na prática clínica
- Pneumonia adquirida na comunidade. Orientações para atuação em Pediatria
- Otite média aguda em lactentes até aos 3 meses de idade
- Recém-nascidos na Urgência Pediátrica Hospitalar
- Febre aguda sem sinais de localização em crianças menores de 36 meses de idade
- A criança com febre no consultório
- Diagnóstico e tratamento da Gastroenterite Aguda – as perspectivas da ESPGHAN-ESPID e da SLAGHNP
- Gastroenterite aguda em crianças internadas na área de Lisboa
- Infecção urinária na criança
- Quando suspeitar que o corpo estranho na cavidade nasal é uma emergência?

**Apêndice V – Folheto “Diversificação Alimentar 1.º Ano de Vida”**





É desejável que o aleitamento materno seja exclusivo até aos 6 meses de idade, mas se não for possível, substituir por um leite adaptado prescrito por um profissional de saúde. Ambos poderão ser oferecidos em exclusivo até aos 6 meses.

O lactente amamentado tem maior capacidade para se adaptar à diversificação alimentar devido à passagem dos sabores através do leite materno, nomeadamente sabores de frutas e vegetais.

- A introdução de novos alimentos deve ser entre os 4 e os 6 meses.

- Cada novo alimento deve ser introduzido com um intervalo de 4-5 dias (para o bebé se habituar ao sabor) e sempre ao almoço (para observar ao longo da tarde se há reação alérgica).

Oferecer sempre à colher!

#### PURÉ DE LEGUMES (4-6 meses)

Primeira sopa: ABC -Abóbora, Batata e Cenoura.

Introduzir progressivamente outros legumes como: cebola, alho francês, alface, curgete, brócolos, couve branca (no máximo 4 a 5 legumes por sopa).

A partir dos 12 meses: espinafre, nabo, nabicha, beterraba e aipo.

Adicionar 1 colher de chá de azeite em cru (depois de estar cozinhada) a cada dose de puré de legumes.

Confeccionar a sopa diariamente, de 2/2 dias ou pode congelar, em caixa adequada. Não adicionar sal!

#### PAPA (4-6 meses)

A primeira papa deve ser sem glúten.

Não lácteos: (não têm leite na sua composição) devem ser preparadas com o leite que é dado ao bebé;

Lácteos: preparar com água.

Glúten – introduzir entre os 4-7 meses (nunca depois dos 7 meses).

#### FRUTA (6 meses)

Começar com maçã, pêra (cozida ou assada, com casca) e banana (triturada em consistência de papa).

A partir dos 6-7 meses: papaia, pêssego, pêra-abacate e manga.

A partir dos 12 meses: morango, amora, kiwi, laranja, maracujá.

A fruta é um complemento da sopa, nunca deve constituir uma refeição. Oferecer cada fruta individualmente e não em puré de vários frutos, para permitir o treino do paladar.

#### CARNE (6 meses)

Começar com frango, peru, avestruz ou coelho, triturado no puré de legumes.

A partir dos 12 meses – os outros tipos de carne.

A carne pode ser cozida, grelhada ou assada, mas sempre sem sal ou outro tempero!

#### PEIXE (6 meses)

Começar com os peixes magros: pescada, linguado, solha, faneca (fresco ou congelado), triturado no puré de legumes. O salmão só após os 10 meses e em pequenas porções.

Carne e peixe: iniciar com 10g aumentando gradualmente até 30g=1 colher de sopa por dia. Poderá ser oferecida toda numa refeição do dia (ao almoço) ou metade desta dose ao almoço e jantar. Por semana: oferecer carne 4 vezes e peixe as restantes 3 vezes.

A partir dos 7 meses iniciar 2 refeições de puré de legumes por dia.

#### PÃO (8 meses)

Oferecer pequenas quantidades para treino da mastigação.

#### IOGURTE (9 meses)

Deve ser natural (sem aromas nem qualquer aditivo de açúcar ou mel).

#### OVO – só a Gema (9 meses)

Iniciar de forma progressiva e lenta: ½ gema por refeição, por semana, durante 2-3 semanas, seguida de 1 gema/refeição/semana. No máximo 2 a 3 gemas por semana.

Deve ser cozida. A utilização de 1 gema substitui a carne ou peixe nessa refeição.

Clara de ovo só poderá ser introduzida aos 11 meses.

#### LEGUMINOSAS (9-11 meses)

Inicialmente o feijão-frade, feijão branco ou preto e a lentilha.

#### LEITE

6-12 meses: 500 a 700 ml por dia. A partir dos 12 meses: 500ml por dia, de leite e derivados.

O leite de vaca só pode ser usado depois dos 12 meses. O desejável é a utilização de "leites de crescimento" dos 12 meses até aos 2 - 3 anos.

**Apêndice VI - Sessão de Formação “Desenvolvimento Infantil – Dos 0 aos 5 Anos”**

- Divulgação e Plano da Sessão; Diapositivos apresentados;
- Questionário de avaliação da Sessão e Tratamento dos dados



## *Ação de Formação*

***Tema:*** *Desenvolvimento Infantil dos 0 aos 5 Anos*

***Formadora:*** *Cláudia Cheio (Aluna do MESIP)*

***Sob orientação:*** *Enf.<sup>a</sup> Marta Pereira e Prof.<sup>a</sup> Margarida Lourenço*

***Local:*** *Urgência Pediátrica*

***Destinatários:*** *Equipa de Enfermagem da Urgência Pediátrica*

***Data:*** *24 de Setembro de 2015*

***Hora:*** *14.30h*

***Duração:*** *30 minutos*

***Objetivo Geral:*** *Sensibilizar os profissionais para a importância da promoção do desenvolvimento infantil e deteção precoce de alterações no comportamento e desenvolvimento.*



## PLANO DA SESSÃO

**Tema:** Desenvolvimento Infantil dos 0 aos 5 Anos

**Formadora:** Cláudia Nora Cheio (Aluna do Mestrado em Enfermagem Saúde Infantil e Pediátrica)

**Sob Orientação:** Enf.<sup>a</sup> Marta Pereira e Prof.<sup>a</sup> Margarida Lourenço

**Local:** Urgência Pediátrica – Hospital de Santa Maria

**Destinatários:** Equipa de Enfermagem da Urgência Pediátrica

**Data:** 24 de Setembro de 2015

**Hora:** 14.30 h

**Duração:** 30 min.

Fases	Objetivos	Conteúdos	Metodologia	Recursos Pedagógicos	Duração
Introdução	- Apresentar a formadora, o tema e os objetivos da sessão.	- Apresentação da formadora; - Contextualização do tema; - Apresentação dos objetivos.	Expositiva	Computador	5 min.
Desenvolvimento	- Descrever os parâmetros do desenvolvimento normal – Escala de Avaliação do Desenvolvimento Mary Sheridan Modificada; - Identificar os sinais de alarme em cada faixa etária; - Sensibilizar para a deteção precoce de situações com risco de atraso de desenvolvimento e para o devido encaminhamento.	- Descrição dos parâmetros normais do desenvolvimento através da Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada; - Identificação dos sinais de alarme em cada faixa etária.	Expositiva	Computador	15 min.
Conclusão	- Debater os temas abordados e esclarecer dúvidas.	- Debate dos temas abordados e esclarecimento de dúvidas;	Expositiva e Participativa	Computador	5 min.
Avaliação	- Aplicar questionário de avaliação da sessão.	- Questionário anónimo	Participativa	Questionário	5 min.

### Referências Bibliográficas:

- BRAZELTON, T. B. - **O grande livro da criança - o desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos**. 11<sup>a</sup> ed. Barcarena: Editorial Presença, 2009.
- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE – **Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil**. Lisboa, 2013.
- PAPALIA, D. E.; OLDS, S. W.; FELDMAN, R. D. - **O mundo da criança**. 8<sup>a</sup> ed. Lisboa: Editora McGraw-Hill, 2001.
- SHERIDAN, Mary D. – **From Birth to Five Years – Childrens Developmental Progress**. Oxford: NFER-Nelson Publishing Company, 1993.
- TELES, L., et al – Quando eu for grande, quero ser... **Ata Pediátrica Portuguesa**. Lisboa. Vol. 32, Nº 3 (2001), p.139-142.





Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde  
Mestrado Profissional em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica



# Desenvolvimento Infantil

## Dos 0 aos 5 Anos

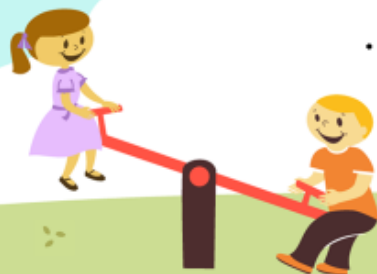
Elaborado por: Cláudia Nora Cheio  
Sob orientação: Enf.<sup>a</sup> Marta Pereira e Prof.<sup>a</sup> Margarida Lourenço



24 de Setembro de 2015

## Objetivos

- Descrever os parâmetros do desenvolvimento normal - Escala de Avaliação do Desenvolvimento Infantil de Mary Sheridan Modificada;
- Identificar os sinais de alarme em cada idade;
- Sensibilizar para a deteção precoce de situações com risco grave de atraso de desenvolvimento e para o devido encaminhamento.



Cláudia Cheio - 24 Setembro 2015

## Desenvolvimento Infantil

- O desenvolvimento infantil consiste num processo contínuo de mudança, através do qual a criança aprende a dominar níveis progressivamente mais complexos de ação, pensamento, emoção e interação com os outros (TELES, et al, 2001).
- A ordem de aparecimento das diferentes funções é constante, 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 (DGS, 2013).



Cláudia Cheio - 24 Setembro 2015

## Desenvolvimento Infantil

- O desenvolvimento motor, cognitivo e emocional seguem uma linha irregular de altos e baixos e fases estacionárias. Cada nova tarefa implica exigências e requer toda a energia da criança, bem como de todos os membros da família, surgindo uma fase crítica e um período de maior vulnerabilidade para os pais (BRAZELTON, 2005).



Cláudia Cheio - 24 Setembro 2015

## Fatores que influenciam o Desenvolvimento Infantil



- Os profissionais de saúde podem desempenhar um papel relevante, tendo como objetivo a melhor integração social e qualidade de vida, intervindo no controlo do impacto dos fatores de risco, no diagnóstico e terapêutica precoces e no acompanhamento adequado da criança com perturbações do desenvolvimento (DGS, 2013).

Cláudia Cheio - 24 Setembro 2015

## Desenvolvimento Infantil

- Ao longo deste processo que todas as crianças atravessam, os valores e o ritmo de desenvolvimento variam, havendo um leque muito alargado de diferenças individuais normais. Só quando o desvio da norma é extremo, é que há razão para se considerar o desenvolvimento de uma criança excecionalmente avançado ou atrasado (PAPALIA et al, 2001).
- É fundamental que o enfermeiro compreenda a criança e saiba quais os comportamentos expectáveis em cada fase, intervindo de forma a ajudar a criança a cumprir o seu percurso de crescimento e desenvolvimento.



# Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada

0 – 5 Anos



Cláudia Chaves - 24 Setembro 2019

## 4 - 6 Semanas

- Em decúbito ventral – levanta a cabeça;
- Em decúbito dorsal – a postura deve ser assimétrica, o membro superior do lado da face em extensão;
- Em tração pelas mãos – a cabeça cai;
- Sentado – dorso em arco e mãos fechadas;
- Em suspensão vertical – cabeça ereta, membros semi-fletidos;
- Segue uma bola pendente a 20-25cm em  $\frac{1}{4}$  de círculo;
- Pára e pode voltar os olhos ao som de uma sineta ou voz a 15cm do ouvido;
- 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.



## 4 - 6 Semanas

## Sinais de Alarme

- Ausência de tentativa de controlo da cabeça, na posição sentado;
- Apresenta hipertonicidade na posição de pé;
- Nunca segue a face humana;
- Não vira os olhos e a cabeça para o som;
- Não se mantém em situação de alerta, nem por breves períodos.



Cláudia Cheio - 24 Setembro 2015

## 3 Meses

- Em decúbito ventral – apoio nos antebraços;
- Em decúbito dorsal – postura simétrica, membros com movimentos ritmados;
- Em tração pelas mãos – cabeça ereta, coluna dorsal direita;
- De pé – flete os joelhos, não faz apoio;
- Mantém as 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  $\frac{1}{2}$  círculo;
- Apresenta convergência ocular;
- Faz pestanejo de defesa;
- Atende e volta-se geralmente aos sons;
- Sorri;
- Tem boa resposta social à aproximação de uma face familiar.



Cláudia Cheio - 24 Setembro 2015

## 3 Meses

## Sinais de Alarme

- 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.



Cláudia Cheio - 24 Setembro 2015



## 6 Meses

- Em decúbito ventral – apoia-se nas mãos;
- Em decúbito dorsal – levanta a cabeça, membros inferiores na vertical;
- Em tração pelas mãos – faz força para se sentar;
- Mantém-se sentado sem apoio;
- De pé faz apoio;
- Tem preensão palmar;
- Leva os objetos à boca;
- Transfere objetos;
- Esquece imediatamente o objeto quando cai;
- Apresenta boa convergência ocular;
- Segue os sons a 45cm do ouvido;
- Vocaliza sons monossílabos e dissílabos;
- Dá gargalhadas;
- É muito ativo, atento e curioso.



Cláudia Cheio - 24 Setembro 2015

## 6 Meses

## Sinais de Alarme

- 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;
- Não se interessa pelo ambiente;
- Apresenta irritabilidade;
- Tem estrabismo manifesto e constante.



Cláudia Cheio - 24 Setembro 2015



## 9 Meses

- Senta-se sozinho e fica sentado 10 a 15 min.;
- Põe-se de pé com apoio mas não consegue baixar-se;
- Tem prensão e manipulação;
- Aponta com o indicador e empurra pequenos objetos com o indicador;
- Faz pinça;
- Por vezes bate palminhas em imitação;
- Atira os objetos ao chão deliberadamente e procura-os;
- Tem atenção rápida para os sons perto e longe;
- Repete várias sílabas ou sons do adulto;
- Mastiga; leva uma bolacha à boca;
- Distingue os familiares dos estranhos.



Cláudia Cheio - 24 Setembro 2015

## 9 Meses

## Sinais de Alarme

- Não se senta;
- Permanece sentado e imóvel sem procurar mudar de posição;
- Apresenta assimetrias;
- Não tem prensão palmar, não leva objetos à boca;
- Não reage aos sons;
- Vocaliza monotonamente ou perde a vocalização;
- É apático, não se relaciona com familiares;
- Engasga-se com facilidade;
- Tem estrabismo.



Cláudia Cheio - 24 Setembro 2015



## 12 Meses

- Passa de decúbito dorsal a sentado;
- Gatinha;
- Põe-se de pé e baixa-se com o apoio de uma ou duas mãos;
- Explora com energia os objetos e atira-os sistematicamente ao chão;
- Procura um objeto escondido;
- Tem interesse visual para perto e longe;
- Dá pelo nome e volta-se;
- Vocaliza incessantemente em tom de conversa, embora impercetível - jargão;
- Compreende ordens simples «dá cá» e «adeus»;
- Bebe pelo copo com ajuda;
- Segura a colher mas não a usa;
- Colabora no vestir levantando os braços.



Cláudia Cheio - 24 Setembro 2015

## 12 Meses

## Sinais de Alarme

- 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.



Cláudia Cheio - 24 Setembro 2015



## 18 Meses

- Anda bem;
- Apanha objetos do chão;
- Constrói torre de 3 cubos;
- Faz rabiscos, mostrando preferência por uma mão;
- Olha um livro de bonecos e vira várias páginas de uma vez;
- 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;
- Bebe por um copo sem entornar muito, levantando-o com ambas as mãos;
- Segura a colher e leva-a à boca;
- Não gosta que lhe peguem;
- Indica necessidade de ir à casa de banho;
- Começa a copiar atividades domésticas.



Cláudia Cheio - 24 Setembro 2015

## 18 Meses

## Sinais de Alarme

- Não se põe de pé, não suporta o peso sobre as pernas;
- Anda sempre na ponta dos pés;
- Não faz pinça;
- Não responde quando o chamam;
- Não vocaliza espontaneamente;
- Não se interessa pelo que o rodeia;
- Deita os objetos fora; leva-os sistematicamente à boca;
- Tem estrabismo.



Claudia Cheio - 24 Setembro 2015



## 2 Anos

- Corre;
- Sobe e desce com os 2 pés no mesmo degrau;
- Constrói torre de 6 cubos;
- Imita rabisco circular;
- Gosta de ver livros, virando uma página de cada vez;
- Diz o primeiro nome;
- Fala sozinho enquanto brinca;
- Junta 2 ou mais palavras, construindo frases curtas;
- Apresenta linguagem incompreensível, mesmo pelos familiares;
- Nomeia objetos;
- Bebe por um copo e coloca-o no lugar sem o entornar.



Claudia Cheio - 24 Setembro 2015

2 Anos

## Sinais de Alarme

- Não anda sozinho;
- 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.



Cláudia Cheio - 24 Setembro 2015



3 Anos

- Tem equilíbrio momentâneo num pé;
- Sobe escadas alternadamente e desce com os 2 pés no mesmo degrau;
- Constrói torre de 9 cubos;
- Copia o círculo e imita a cruz;
- Conhece algumas cores (geralmente o vermelho e amarelo);
- Diz o nome completo e o sexo;
- Tem vocabulário extenso mas pouco compreensível por estranhos;
- Tem defeitos de articulação e imaturidade na linguagem;
- Consegue despir-se (só se lhe desabotoarem o vestuário);
- Vai sozinho à casa de banho;
- Come com colher e garfo.



Cláudia Cheio - 24 Setembro 2015

## 4 Anos

- Fica num pé sem apoio 3 a 5 segundos;
- Sobe e desce as escadas alternadamente;
- Salta num pé;
- Constrói escada de 6 cubos;
- Nomeia 4 cores básicas;
- Sabe o nome completo, a idade e o sexo e habitualmente a morada;
- Apresenta linguagem compreensível;
- Tem apenas algumas substituições infantis;
- Pode vestir-se e despir-se sozinho;
- Gosta de brincar com crianças da sua idade;
- Sabe esperar pela sua vez.



Claudia Cheio - 24 Setembro 2015

## 5 Anos

- Salta alternadamente num pé;
- Copia o quadrado e o triângulo;
- Conta 5 dedos de uma mão;
- Identifica 10-12 cores;
- Tem vocabulário fluente e articulação geralmente correta – pode haver confusão nalguns sons;
- Escolhe os amigos;
- Compreende as regras do jogo.



Claudia Cheio - 24 Setembro 2015

4 - 5 Anos

## Sinais de Alarme

- É hiperativo, distraído e tem dificuldade de concentração;
- Apresenta linguagem incompreensível, substituições fonéticas, gaguez;
- Tem estrabismo ou suspeita de déficit visual;
- Apresenta perturbação do comportamento.



## M-CHAT – Modified Checklist for Autism in Toddlers

O M-CHAT é um breve questionário referente ao desenvolvimento e comportamento, utilizado em crianças dos 16 aos 30 meses, com o objetivo de rastrear as perturbações do espectro do autismo.


A falha de 3 itens no total ou de 2 itens considerados críticos (2, 7, 9, 13, 14, 15) justificam uma avaliação por especialistas do Neurodesenvolvimento.



### 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 apresenta.  
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 deixá-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	Olha para cima?	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 preocupa 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 distraída ao andar pelos espaços?	SIM	NÃO
23	Procura a sua reação facial quando se vê confrontada com situações desconhecidas?	SIM	NÃO



# Obrigada pela sua atenção!!

Cláudia Cheio



## Bibliografia

- BRAZELTON, T. B. - **O grande livro da criança - o desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos.** 8ª ed. Barcarena: Editorial Presença, 2005.
- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE – **Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil.** Lisboa, 2013.
- PAPALIA, D. E.; OLDS, S. W.; FELDMAN, R. D. - **O mundo da criança.** 8ª ed. Lisboa: Editora McGraw-Hill, 2001.
- SHERIDAN, Mary D. – **From Birth to Five Years – Childrens Developmental Progress.** Oxford: NFER-Nelson Publishing Company, 1993.
- TELES, L., et al.- **Quando eu for grande, quero ser...** *Ata Pediátrica Portuguesa.* Lisboa. Vol. 32, Nº 3 (2001), p.139-142.

Fonte das imagens:

- Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, 2013.
- From Birth to Five Years – Childrens Developmental Progress, 1993.



Cláudia Cheio - 24 Setembro 2015

Mestrado Profissional em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

## QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

**Tema:** Desenvolvimento Infantil dos 0 aos 5 Anos

**Formadora:** Cláudia Nora Cheio (Aluna do Mestrado em E. Saúde Infantil e Pediátrica)

**Sob orientação:** Enf.<sup>a</sup> Marta Pereira e Prof.<sup>a</sup> Margarida Lourenço

**Local:** Urgência Pediátrica

**Destinatários:** Equipa de Enfermagem da Urgência Pediátrica

**Data:** 24 de Setembro de 2015

**Hora:** 14.30 h

**Duração:** 30 min.

Na tentativa de melhorar o meu desempenho em futuras ações de formação, solicito o preenchimento do seguinte questionário, que é anónimo.

Responda a cada item colocando uma cruz (X) na opção que melhor expresse a sua opinião, ou seja, o seu grau de concordância para cada uma das afirmações que se seguem.

Apreciação Global	Discorda Totalmente	Discorda	Concorda	Concorda Totalmente
1. As suas expectativas em relação à formação foram satisfeitas.				
2. Considera a formação útil.				
3. Os objetivos da sessão foram atingidos.				
4. Favoreceu a sua aquisição/consolidação de conhecimentos.				
5. Os recursos pedagógicos foram adequados.				
6. A duração da sessão foi adequada.				

Classifique a **formadora**:

<b>Formadora</b>	<b>Insuficiente</b>	<b>Suficiente</b>	<b>Bom</b>	<b>Muito Bom</b>
7. Conhecimento dos temas apresentados.				
8. Clareza na transmissão de conhecimentos.				
9. Capacidade de motivar, despertar interesse nos formandos.				
10. Interesse demonstrado no esclarecimento de dúvidas.				

Refira aspetos positivos

---

---

---

---

---

Refira aspetos negativos

---

---

---

---

---

Sugestões para futuras sessões de formação

---

---

---

---

---

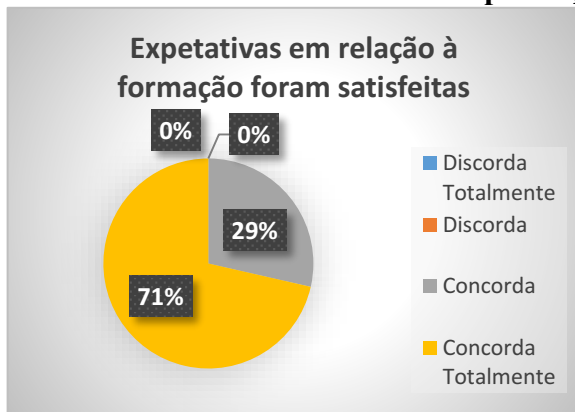
Obrigada pela sua colaboração!

Cláudia Cheio

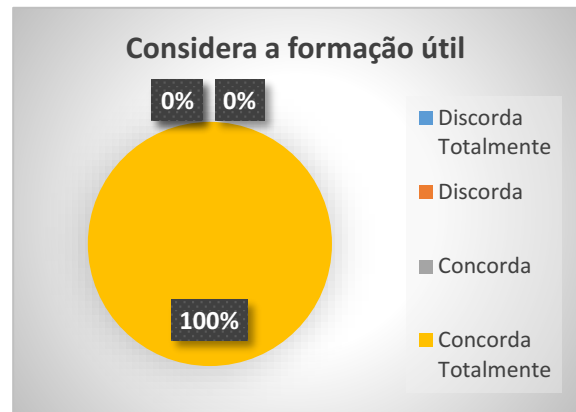
## Tratamento de Dados

Compareceram a esta Sessão de Formação 7 Enfermeiros.

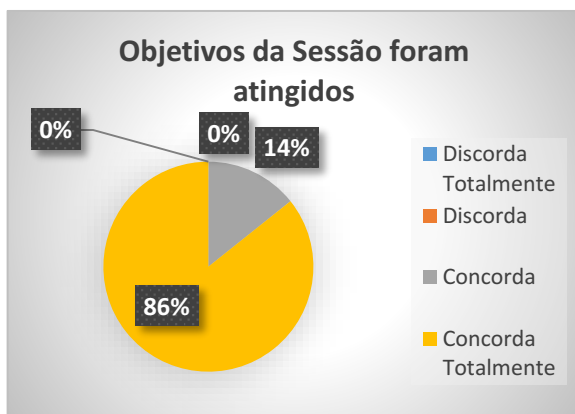
### Apreciação Global:



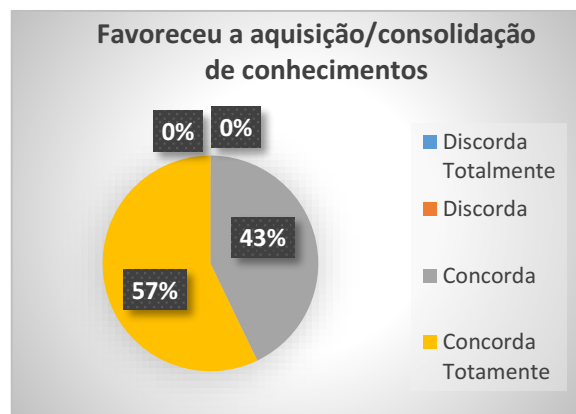
**Quadro 1** - Expetativas em relação à formação



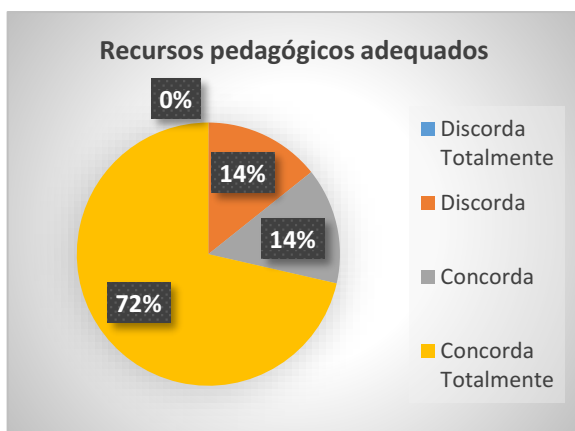
**Quadro 2** – Considera a formação útil



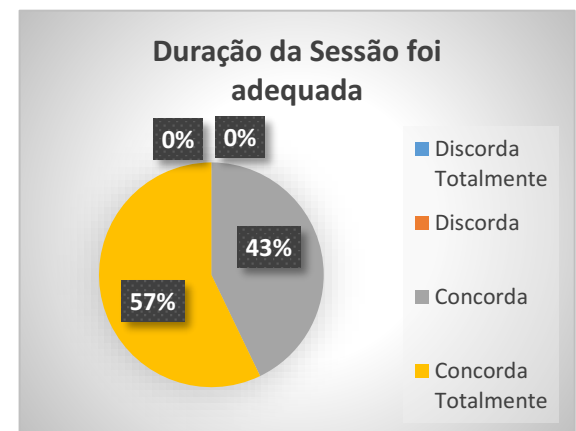
**Quadro 3** – Os objetivos da Sessão foram atingidos



**Quadro 4** – Favoreceu a sua aquisição consolidação de conhecimentos

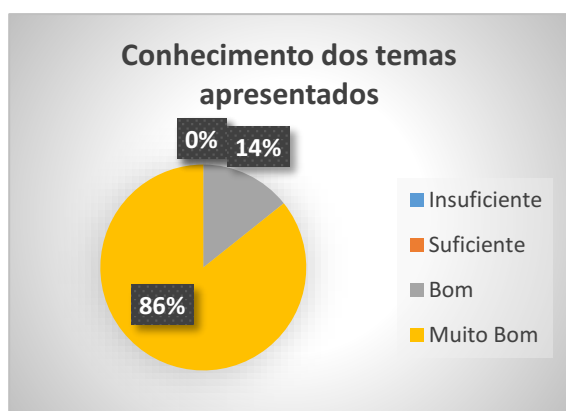


**Quadro 5** – Os recursos pedagógicos foram adequados

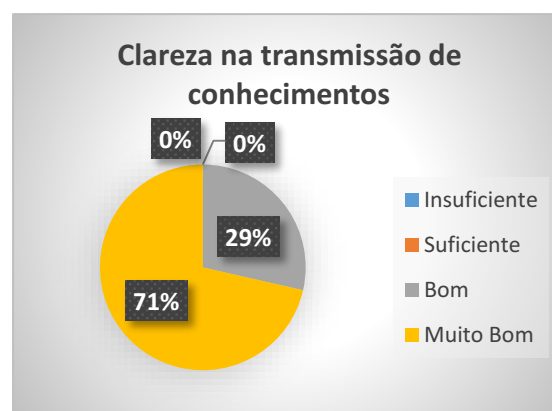


**Quadro 6** – A duração da Sessão foi adequada

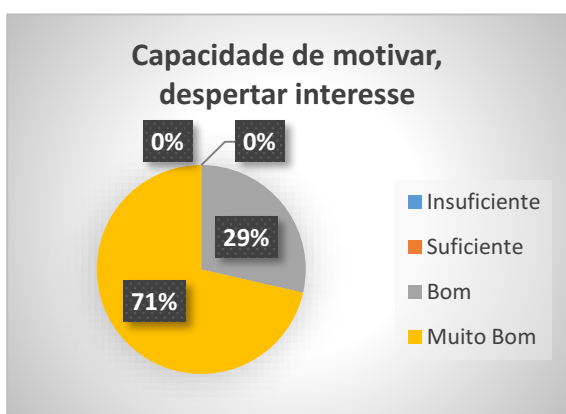
## Classificação da Formadora:



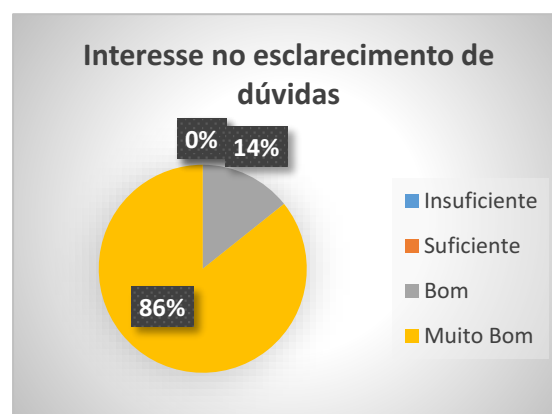
**Quadro 7** – Conhecimento dos temas apresentados



**Quadro 8** – Clareza na transmissão de conhecimentos



**Quadro 9** – Capacidade de motivar, despertar interesse nos formandos



**Quadro 10** – Interesse demonstrado no esclarecimento de dúvidas

Em relação aos comentários das formandas nos questionários, foi apenas referido que o tema foi muito útil para relembrar conhecimentos importantes para quem presta cuidados a crianças.

**Apêndice VII – Livro “Desenvolvimento Infantil Dos 0 aos 5 Anos”**





### Desenvolvimento Infantil

- ★ O desenvolvimento infantil consiste num processo contínuo de mudança, através do qual a criança aprende a dominar níveis progressivamente mais complexos de ação, pensamento, emoção e interação com os outros.
- ★ A **ordem** de aparecimento das diferentes funções é constante, contudo, a **idade** de aparecimento e a **velocidade** de passagem de um estágio a outro **varia** de uma criança para outra.
- ★ O desenvolvimento das capacidades 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, assim como as oportunidades que lhe forem dadas e as que ela própria procurar.

★ Cada criança tem o seu próprio ritmo, nem todas chegam à mesma idade no mesmo estágio de desenvolvimento.

As relações emocionais afetivas constituem a base para o desenvolvimento intelectual e social da criança.

É essencial reconhecer o **brincar** como atividade elementar do Desenvolvimento Infantil.

Seguidamente são descritas algumas **Atividades** que poderá realizar com o seu filho, de modo a ajudá-lo a alcançar um desenvolvimento adequado, assim como alguns **Sinais de Alarme** a que deve estar atento, e qualquer suspeita ou preocupação dirija-se a um profissional de saúde!

## 1 Mês



### Atividades Promotoras do Desenvolvimento

- Pegar no bebê e embalá-lo suavemente;
- Falar e cantar suavemente com sons altos, baixos, agudos, graves e suaves. Chamar o bebê pelo nome;
- Usar canções de embalar, música instrumental suave ou músicas com melodias repetidas;
- Comunicar com o bebê olhando-o nos olhos, encostado ao peito;
- Colocar o bebê sobre os joelhos, deixar que ele agarre o indicador com as mãos e converse com ele;
- Segurar uma bola vermelha, a 20 cm e movimentá-la para cima e para baixo, para a esquerda e direita;
- Dar oportunidade ao bebê de experimentar cheiros diferentes (flor, laranja...);
- Fazer massagem corporal suave (não exceder os 20 minutos);
- Evitar ambientes hiperestimulantes.

### Sinais de Alarme

- Ausência de tentativa de controle da cabeça na posição sentado;
- Apresenta hipertonicidade na posição de pé;
- Nunca segue a face humana;
- Não vira os olhos e a cabeça para o som;
- Não se mantém em situação de alerta, nem por breves períodos.



## 3 Meses



### Atividades Promotoras do Desenvolvimento

- Interagir através da fala, usar a mímica do rosto e imitar o som de determinados objetos;
- Ouvir música suave na companhia do cuidador; dançar, em ritmo suave, com o bebê ao colo; cantar;
- Mobilizar o bebê, evitando que esteja deitado muito tempo e na mesma posição;
- Procurar levantá-lo devagar pelas mãos, como se fosse sentá-lo;
- 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.

### Sinais de Alarme

- Não fixa, nem segue objetos;
- Não sorri;
- Não há qualquer controle 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.



## 6 Meses



### Atividades Promotoras do Desenvolvimento

- Oferecer brinquedos apropriados como uma bola de tamanho médio, de cores vivas, cubos de arestas redondas, de modo a estimulá-lo a passar o objeto de uma mão para a outra;
- Sentá-lo 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 bebê;
- Colocar o bebê num tapete adequado e incentivá-lo a deslocar-se rolando e a pegar nos brinquedos que estejam mais longe;
- Proporcionar brincadeiras de interação, colocar à frente do espelho;
- 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;
- Reforçar ritual de sono antes de dormir.

### Sinais de Alarme

- 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.



## 9 Meses



### Atividades Promotoras do Desenvolvimento

- Oferecer objetos diferentes e afastados, no sentido de incentivar o posicionamento;
- Colocar objetos em cima de uma cadeira, de forma a incentivá-lo 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;
- Ensinar jogos repetitivos (bater palmas, acenar...);
- Imitar sons de animais e objetos fazendo mímica e pedindo para a criança imitar.

### Sinais de alarme

- Não se senta;
- Permanece sentado 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, não se relaciona com familiares;
- Engasga-se com facilidade.



## 12 Meses



### Atividades Promotoras do Desenvolvimento

- 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 e cumprir as promessas;
- Evitar pressões para o controlo esfinteriano (para deixar a fralda);
- Incentivar a criança a pedir quando quer algo, verbalizando o pedido, mesmo que se saiba o que ela deseja;
- Necessidade de impor regras e limites e não ceder à chantagem da criança.

### Sinais de Alarme

- 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.



## 18 Meses



### Atividades Promotoras do Desenvolvimento

- 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» 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 fazer algo sozinha;
- Incentivar o convívio com outras crianças;
- Incentivar a criança a dançar e a cantar.

### Sinais de Alarme

- Não se põe de pé, não suporta o peso sobre as pernas;
- Anda sempre na ponta dos pés;
- Não faz pinça - não pega em nenhum objeto entre o polegar e o indicador;
- Não responde quando o chamam;
- Não vocaliza espontaneamente;
- Deita os objetos fora, ou leva-os sistematicamente à boca.



## 2 Anos



### Atividades Promotoras do Desenvolvimento

- Proporcionar brincadeiras como: pular num só pé, correr, saltar uma corda, de modo a estimular a coordenação motora;
- Controlo esfinteriano (deixar a fralda) se a criança tiver desenvolvido competência da fala;
- Estimular a arrumação e imitação;
- Ajudar a criança a pronunciar palavras;
- Oferecer tintas para a criança mexer e desenhar;
- Contar histórias e dar puzzles;
- Facilitar oportunidade de jogo simbólico (faz de conta);
- Pedir para ajudar em pequenas tarefas diárias;
- Dar oportunidade para a criança emitir o próprio pensamento e desejo, mantendo os limites;
- Necessidade de impor regras e limites e não ceder à chantagem de criança.

### Sinais de Alarme

- Não anda sozinho;
- Deita os objetos fora;
- Não constrói nada;
- Não parece compreender o que se lhe diz;
- Não pronuncia palavras inteligíveis;
- Não se interessa pelo que o rodeia;
- Não estabelece contacto;
- Não procura imitar.



## 3 Anos

### Atividades Promotoras do Desenvolvimento

- Promover atividades lúdicas físicas: saltar, correr, pular, andar de triciclo, etc.;
- Pedir à criança que conte histórias ou algo que fez (ação passada);
- Incentivá-la a fantasiar;
- Não trazer a criança para a realidade quando está no seu mundo imaginário;
- Fase dos «porquês» há que ter muita paciência;
- Não ridicularizar comportamentos;
- Ajudar a criança a partilhar os brinquedos;
- Acompanhamento de programas televisivos;
- Necessidade de impor regras e limites e não ceder à chantagem de criança.



## 4 Anos

### Atividades Promotoras do Desenvolvimento

- Promover as construções com *lego* e *puzzles*;
- Proporcionar oportunidade para a criança fazer o desenho da figura humana;
- Inventar brincadeiras que envolvam distinção de cores;
- Ensinar *canções* e *versos*;
- Mostrar as *sequências* das atividades;
- Promover brincadeiras com crianças da sua idade;
- Auxiliar a criança na diferenciação entre a *emoção* e o *agir* (consciência moral/solidariedade humana);
- Proporcionar a oportunidade da criança transmitir uma mensagem a outar pessoa;
- Não entrar em pormenores quando questionados sobre *sexualidade*.



## 5-6 Anos

### Atividades Promotoras do Desenvolvimento

- Selecionar os programas televisivos/computador, bem como o horário e o período de tempo;
- Não ridicularizar os presumíveis medos /pesadelos/fobias;
- Continuar a proporcionar à criança atividades que permitam 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 incentivá-la a que pergunte as que não conhece;
- Ajudar a lidar com os impulsos (mentira, roubo);
- Promover a participação em jogos para a promoção da sua personalidade (saber lidar com a timidez, vaidade, liderança, etc.).

### Sinais de Alarme

- É hiperativo, distraído e tem dificuldade de concentração;
- Apresenta linguagem incompreensível, substituições fonéticas, gaguez;
- Tem estrabismo ou suspeita de déficit visual;
- Apresenta perturbação do comportamento.



#### Bibliografia

- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE - **Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil**. Lisboa, 2013.
- PAPALIA, D. E.; OLDS, S. W.; FELDMAN, R. D. - **O mundo da criança**. 8ª ed. Lisboa: Editora McGraw-Hill, 2001.
- SHERIDAN, Mary D. - **From Birth to Five Years - Childrens Developmental Progress**. Oxford: NFER-Nelson Publishing Company, 1993.
- TELES, L., et al. - **Quando eu for grande, quero ser...** *Ata Pediátrica Portuguesa*. Lisboa. Vol. 32, Nº 3 (2001), p.139-142.



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**Trabalho elaborado por:** Cláudia Nora Cheio - Aluna do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Universidade Católica Portuguesa

**Sob orientação:** Enf.ª Marta Pereira - Especialista em Saúde Infantil e Pediatria  
Prof.ª Margarida Lourenço - Regente do Estágio

Setembro 2015



**Apêndice VIII – Cartazes Informativos “Desenvolvimento Infantil: Sinais de Alarme”**



# Desenvolvimento Infantil: Sinais de Alarme



## 1 Mês

- Ausência de tentativa de controlo da cabeça, na posição sentado;
- Apresenta hipertonicidade na posição de pé;
- Nunca segue a face humana;
- Não vira os olhos e a cabeça para o som;
- Não se mantém em situação de alerta, nem por breves períodos.

## 3 Meses

- 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.

## 6 Meses

- 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;
- Tem estrabismo manifesto e constante.

## 9 Meses

- Não se senta;
- Permanece sentado e imóvel sem procurar mudar de posição;
- Apresenta assimetrias;
- Não tem preensão palmar, não leva objetos à boca;
- Não reage aos sons;
- Vocaliza monotonicamente ou perde a vocalização;
- É apático, não se relaciona com familiares;
- Engasga-se com facilidade.

★ Cada criança tem o seu próprio ritmo, nem todas chegam à mesma idade no mesmo estágio de desenvolvimento! Em caso de dúvidas questione os profissionais de saúde.

# Desenvolvimento Infantil: Sinais de Alarme

## 12 Meses

- 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.

## 18 Meses

- Não se põe de pé, não suporta o peso sobre as pernas;
- Anda sempre na ponta dos pés;
- Não faz pinça – não pega em nenhum objeto entre o polegar e o indicador;
- Não responde quando o chamam;
- Não vocaliza espontaneamente;
- Deita os objetos fora, ou leva-os sistematicamente à boca.

## 2 Anos

- Não anda sozinho;
- Deita os objetos fora;
- Não constrói nada;
- Não parece compreender o que se lhe diz;
- Não pronuncia palavras inteligíveis;
- Não se interessa pelo que o rodeia;
- Não estabelece contacto;
- Não procura imitar.

## 4-5 Anos

- É hiperativo, distraído e tem dificuldade de concentração;
- Apresenta linguagem incompreensível, substituições fonéticas, gaguez;
- Tem estrabismo ou suspeita de déficit visual;
- Apresenta perturbação do comportamento.

★ Cada criança tem o seu próprio ritmo, nem todas chegam à mesma idade no mesmo estádio de desenvolvimento! Em caso de dúvidas questione os profissionais de saúde.

**Apêndice IX** - Sessão de Formação “Cuidados de Apoio ao Desenvolvimento”

- Divulgação e Plano da Sessão; Diapositivos apresentados;
- Questionário de avaliação da Sessão e Tratamento dos dados



## *Ação de Formação*

***Tema: Cuidados de Apoio ao Desenvolvimento - Teoria Sinativa do Desenvolvimento***

***Formadora: Cláudia Cheio (Aluna do MESIP)***

***Sob orientação: Enf.<sup>a</sup> Filipa Fonseca e Prof.<sup>a</sup> Margarida Lourenço***

***Local: Unidade Cuidados Intensivos Neonatais***

***Destinatários: Equipa de Enfermagem da UCIN***

***Data: 20 de Outubro de 2015***

***Hora: 15h***

***Duração: 30 minutos***

***Objetivo Geral: Relembrar os profissionais acerca dos principais pressupostos da Teoria Sinativa do Desenvolvimento e sensibilizá-los para a importância da promoção do desenvolvimento sensorial nos Recém-Nascidos prematuros.***



## PLANO DA SESSÃO

**Tema:** Cuidados de Apoio ao Desenvolvimento - Teoria Sinativa do Desenvolvimento

**Formadora:** Cláudia Nora Cheio (Aluna do Mestrado em Enfermagem Saúde Infantil e Pediátrica)

**Orientada por:** Enf.<sup>a</sup> Filipa Fonseca e Prof.<sup>a</sup> Margarida Lourenço

**Local:** Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

**Destinatários:** Equipa de Enfermagem da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

**Data:** 20 de outubro de 2015

**Hora:** 15 h

**Duração:** 30 min.

Fases	Objetivos	Conteúdos	Metodologia	Recursos Pedagógicos	Duração
Introdução	- Apresentar a formadora, o tema e os objetivos da sessão.	- Apresentação da formadora; - Contextualização do tema; - Apresentação dos objetivos.	Expositiva	Computador	5 min.
Desenvolvimento	- Descrever a Teoria Sinativa do Desenvolvimento de Heidelise Als, assim como o programa integrado NIDCAP; - Compreender a organização do comportamento do RN (estados de excitação), para melhor dar resposta às suas necessidades; - Sensibilizar para as particularidades do desenvolvimento do sistema sensorial; - Alertar para o facto das alterações do envolvimento sensorial poderem comprometer o desenvolvimento do RN.	- Descrição da Teoria Sinativa do Desenvolvimento e do programa NIDCAP de Heidelise Als; - Descrição dos estados de excitação do RN de forma a compreender a organização comportamental e otimizar os cuidados; - Descrever as particularidades do desenvolvimento do sistema sensorial do RN.	Expositiva	Computador	15 min.
Conclusão	- Debater os temas abordados e esclarecer dúvidas.	- Debate dos temas abordados e esclarecimento de dúvidas;	Expositiva e Participativa	Computador	5 min.
Avaliação	- Aplicar questionário de avaliação da sessão.	- Questionário anónimo	Participativa	Questionário	5 min.

### Referências Bibliográficas:

- ALS, H. et al. - The Assessment of Preterm Infants' Behavior (APIB): Furthering the Understanding and Measurement of Neurodevelopmental Competence in Preterm and Full-Term Infants. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev.* 11(1): 94-102, 2005. (Consultado em 10 out. 2015). Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4106135/pdf/nihms596619.pdf>
- BRAZELTON, T. B. - O grande livro da criança - o desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos. 11<sup>a</sup> ed. Barcarena: Editorial Presença, 2009.
- DITZ, E.; DINIZ, L.F. - Dor Neonatal e Desenvolvimento Neuropsicológico. *Revista Mineira de Enfermagem*, 10 (3): 266-270, jul./set., 2006. (Consultado em 10 out. 2015), Disponível em: [www.reme.org.br/exportar-pdf/417/v10n3a10.pdf](http://www.reme.org.br/exportar-pdf/417/v10n3a10.pdf)
- FERREIRA, S. et al. - Desenvolvimento psicomotor de grandes prematuros. *Ata Pediátrica Portuguesa*: 44(6):319-24, 2013. (Consultado em 10 out. 2015). Disponível em: <http://actapediatrica.spp.pt/article/viewFile/2796/2752>
- HENRIQUES, G.; CHAVES, F.; AMARAL, J. - Prematuridade. In: *Tratado de Clínica Pediátrica*. Vol.3. - Capít. 331. Amadora: Abbott Laboratórios, 2008.
- HOCKENBERRY E WILSON - *Wong-Enfermagem da Criança e do Adolescente*, Volume I - Capít. 1 a 25. 9<sup>a</sup> ed. Lisboa: Lusociência, 2014.
- LANZILLOTTI, L.; SHIRATORI, K. - Estímulo tátil - Contenção facilitada: o cuidado de enfermagem em recém-nascidos prematuros de muito baixo peso. *Revista Enfermeria Global*, nº 8, 2006. (Consultado em 10 out. 2015). Disponível em: <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/329/309>





Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde  
Mestrado Profissional em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

# Cuidados de Apoio ao Desenvolvimento

Teoria Sinativa do Desenvolvimento

Elaborado por: Cláudia Nora Cheio  
Sob orientação: Enf.<sup>a</sup> Filipa Fonseca e Prof.<sup>a</sup> Margarida Lourenço  
Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

20 de outubro de 2015

## Objetivos

- Descrever a Teoria Sinativa do Desenvolvimento e o programa integrado NIDCAP de Heidelise Als;
- Compreender a organização do comportamento do RN (estados de excitação), para melhor dar resposta às suas necessidades;
- Sensibilizar para as particularidades do desenvolvimento do sistema sensorial;
- Alertar para o facto das alterações do envolvimento sensorial poderem comprometer o desenvolvimento do RN.

## Especificidades na assistência ao RN

- Com o rápido aperfeiçoamento da tecnologia, os cuidados intensivos neonatais estão associados a uma melhor sobrevivência dos recém-nascidos gravemente doentes e das crianças pré-termo, isto é, as taxas de sobrevivência aumentaram, contudo, não se fizeram acompanhar de forma proporcional da redução de morbidade nesta população, particularmente no que diz respeito ao **neurodesenvolvimento**, sendo a prematuridade causa reconhecida de problemas de escolaridade, comportamentais e de atenção, relacionáveis com questões ambientais durante o período neonatal.



- A melhoria dos resultados de desenvolvimento para estas crianças de baixa idade gestacional e/ou baixo peso, é mais provável quando se dá ênfase à **prestação de cuidados** médicos e de enfermagem dentro de um **quadro de apoio ao desenvolvimento**.

(HOCKENBERRY E WILSON, 2014 e FERREIRA, 2013)

## Teoria Sinativa do Desenvolvimento de Heidelise Als (1982)

- Descreve a organização comportamental do neonato e o seu desenvolvimento em relação ao equilíbrio entre a interação da criança com o ambiente e os sistemas neurocomportamentais. Os **subsistemas** são:



Estes subsistemas têm um amadurecimento sequencial e são interdependentes, ou seja, interagem entre si.

(DITZ E DINIZ, 2006)

## Teoria Sinativa do Desenvolvimento de Heidelise Als (1982)

Quando o neonato de termo ou o prematuro são submetidos a procedimentos dolorosos ou a uma hiperestimulação, apresenta um desequilíbrio entre os subsistemas.

Este desequilíbrio pode trazer instabilidade nos sistemas:

- **Autônomo** - alterações na respiração, digestão, cor
- **Motor** - movimentos desorganizados
- **Estados comportamentais** - alteração no ciclo sono-vigília
- **Atenção-interação** - engloba a capacidade do bebê permanecer em estado de alerta e a disponibilidade de interação
- **Regulador** - inclui as estratégias que a criança utiliza para manter ou retornar a um equilíbrio estável

(DITZ E DINIZ, 2006).

## Teoria Sinativa do Desenvolvimento de Heidelise Als (1982)

- Os bebês podem **comunicar através de respostas físicas e comportamentais**, dando-nos a informação relativa às suas competências, vulnerabilidades e limites, que servirá de base ao **planeamento de cuidados individualizados** e adequados a cada criança específica.
- A comunicação da criança é observada na prática clínica, durante o repouso, os cuidados ou procedimentos e durante a recuperação após os cuidados ou procedimentos, através das funções dos subsistemas. A resposta dada pelos sistemas perante o meio ambiente (os cuidados ou procedimentos), ajuda os profissionais de saúde a fazer os devidos ajustamentos nas técnicas para otimizar a estabilidade funcional da criança.

(HOCKENBERRY E WILSON, 2014)

Teoria Sinativa do Desenvolvimento: Subsistemas Neurocomportamentais		
Subsistema	Sinais de Stress	Sinais de Estabilidade
<b>Autônomo</b>	Instabilidade fisiológica	Estabilidade fisiológica
<b>Respiratório</b>	Taquipneia, pausas, esforço respiratório, suspiro	Respiração estável, suave; padrão e frequência regulares
<b>Cor</b>	Marmoreada, vermelhidão, escura, pálida ou acinzentada	Rosada, estabilidade da coloração
<b>Visceral</b>	Soluço, engasgamento, sufocação, bolsar, gemido e esforço como se fosse ter uma dejeção, tosse, espirros, bocejos	Ausência de soluços, bolsar ou engasgamento, etc.
<b>Motor</b>	Tônus inconstante; falta de controle do movimento, atividade e postura	Tônus consistente; melhor controle do movimento, atividade e postura
<b>Flacidez</b>	Tronco com baixo tônus; flacidez, flexibilidade das extremidades superiores e inferiores; mandíbula descaída (boca aberta)	Tônus consistente e adequado à idade corrigida Postura bem mantida
<b>Hipertonia</b>	Extensão dos membros superiores ou inferiores, membros superiores em extensão com os dedos espalmados, dedos rígidos e em extensão, arqueamento do tronco, hiperextensão do pescoço	Movimentos suaves e controlados
<b>Estados relacionados com atenção-interação</b>	Esforço para dar atenção e interagir com os estímulos ambientais, o que motiva sinais de stress e desorganização funcional do subsistema	Sensível a estímulos auditivos, visuais e sociais
<b>Autônomo</b>	Instabilidade fisiológica de diferentes graus, com respostas autonômicas, respiratórias, de coloração e viscerais	Sensíveis a estímulos mantidos e prolongados
<b>Motor</b>	Tônus flutuante, aumento da atividade motora; se a estimulação continua vai de estado de atividade frenética a difusa	Procura ativa de estímulos auditivos, atividade motora mínima
<b>Estado</b>	Olhar itinerante, desviar o olhar, olhar vidrado sem foco ou expressão, expressão de pânico; choro fraco; cara-de-choro; irritabilidade Olhos fechados Mudanças bruscas de estado Sinais de stress quando se apresentam mais do que um estímulo de cada vez	Expressão brilhante no olhar, alerta e expressão atenta Estado de alerta e vigília sustentado Mudança suave de atenção para mais do que um tipo de estimulação

**Autorregulação – Esforço da criança para alcançar, manter ou recuperar um estado de estabilidade e relaxamento, de integração e funcionamento do subsistema. O sucesso desse esforço varia de criança para criança e depende da maturidade, habilidades de autorregulação disponíveis e organização global do subsistema.**

**Exemplos de estratégias autorreguladoras incluem:**

**Motor** – estimulação de um pé contra um ninho de fronteira ou cobertor; segurar a mão, apertar as duas mãos em conjunto, levar a mão à boca ou rosto, agarrar o cobertor; tubos, aconchegar o tronco, sucção na mudança de posição.

**Estado** – diminuir o estado de grande excitação para um alerta silencioso ou estado de sono; libertar energia pelo sono, choro intenso, atenção orientada e focada.

**Facilitação por parte dos cuidadores** – modificações ambientais ou das técnicas de cuidados para o desenvolvimento ajudam a criança na autorregulação das suas habilidades quando os desafios do meio ambiente superam as suas capacidades.

Fonte: HOCKENBERRY E WILSON (2014) – Modificado de Als H. (1982)

## NIDCAP

*(Newborn Individualized Developmental Care Assessment Program) Als 1984*

- Programa integrado, tratando-se de medidas simples de **cuidados individualizados** cujo objetivo essencial é o de reduzir o manuseamento intempestivo e estimular a participação dos pais nos cuidados.
- O facto de se poupar sistematicamente o RN pré-termo a estímulos desnecessários e a stress, poderá contribuir para um desenvolvimento mais harmonioso.
- Os estudos divulgados sob o NIDCAP aplicados ao RN de muito baixo peso ao nascer, apontam para resultados positivos no que respeita a menor duração da oxigenoterapia, menor incidência de doença pulmonar crónica, redução da estadia hospitalar e menores índices de desenvolvimento psicomotor, sensorial e comportamental

(HENRIQUES, CHAVES E AMARAL, 2008)

## NIDCAP

*(Newborn Individualized Developmental Care Assessment Program) Als 1984*

Aspetos genéricos do programa NIDCAP:

- Meio ambiente calmo e tranquilo (reduzir a intensidade luminosa de toda a unidade e utilizar uma cobertura de pano sobre a incubadora; reduzir o ruído de fundo e o que cada elemento da equipa faz);
- Posição adequada do RN durante o sono, alimentação, banho e procedimentos, tendo em vista rendibilizar as próprias competências;
- Necessidade de providenciar determinados apoios em certas circunstâncias, tais como mudanças de posição, tentativa de despertar ou adormecer, início ou fim de cuidados ou procedimentos (por ex. providenciar aumento da FiO<sub>2</sub>, contenção, sucção não nutritiva, etc);

(HENRIQUES, CHAVES E AMARAL, 2008)

## NIDCAP

(*Newborn Individualized Developmental Care Assessment Program*) Als 1984

- Organização de procedimentos ao longo das 24h tentando preservar os períodos de sono, evitando multiplicação de procedimentos invasivos (por ex. reduzir o número de colheitas de sangue ao longo do dia);
- Proceder as intervenções mais agressivas com o apoio de duas pessoas;
- Colaboração dos pais nos cuidados personalizados (higiene e alimentação);
- Contacto pele a pele mãe ou pai/filho precoce e prolongado sempre que as circunstâncias o permitam (*Método Canguru*).

(HENRIQUES, CHAVES E AMARAL, 2008)

## Organização do comportamento

- No ambiente da UCIN, os **cuidados de apoio ao desenvolvimento** usam a informação fisiológica e a comportamental para melhor compreender as necessidades da criança.
- Os estados comportamentais dos RN são individualizados e formados pela experiência, maturação, ritmos circadianos e herança genética.
- A capacidade de resposta da criança aos estímulos ambientais depende da quantidade, qualidade e da disponibilidade dos estados particulares de excitação.

(HOCKENBERRY E WILSON, 2014)

<b>ESTADOS DE EXCITAÇÃO</b>	
<b>ESTADO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>
<b>Sono profundo</b>	Respiração regular; olhos fechados, sem movimentos oculares sob as pálpebras; rosto relaxado; poucos ou nenhuns movimentos ou atividade exceto para a resposta de um possível sobressalto.
<b>Sono ativo</b>	O chamado sono-leve; podem ser vistos movimentos rápidos dos olhos sob as pálpebras, nível baixo de atividade, respiração regular ou irregular, um suspiro ou sorriso ocasional.
<b>Sonolência</b>	Olhos abertos ou fechados, expressão desfocada, níveis de atividade variados.
<b>Alerta calmo</b>	Diferentes qualidades de alerta
<b>Vigoroso</b>	Olhos aparentemente brilhantes; atenção focada; atividade motora mínima.
<b>Baixo nível</b>	Olhos opacos ou desfocados; pouca energia; parece olhar através do objeto ou cuidador
<b>Hiperalerta</b>	Olhos arregalados, expressão de pânico; fixa o olhar intensamente no objeto e tem dificuldade em interromper
<b>Alerta ativo</b>	Ativo; olhos abertos ou fechados; inquieto mas sem choro vigoroso
<b>Choro</b>	Nível mais elevado de excitação; agitado, choro rítmico e vigoroso.

Fonte: HOCKENBERRY E WILSON (2014), adaptado de ALS, H (1995)

## Organização do comportamento

- A proteção do sono é um importante objetivo para os RN pré-termo e de termo, devendo os cuidados de enfermagem, sempre que possível, serem planejados tendo em conta as modificações ambientais e os tempos da criança, de forma a proporcionar-lhes longos períodos de sono calmo.
- Os enfermeiros devem apoiar a transição entre estados, despertando suavemente a criança para o estado vígil, antes de iniciar os cuidados, com voz e toque suaves, e facilitar o retorno ao sono, evitando períodos prolongados de estimulação.

Para a individualização dos cuidados é importante conhecer o estado de excitação de uma criança, observando os padrões e as respostas individuais, o que permite aos enfermeiros apoiá-la na organização dos estados comportamentais, devendo partilhar este conhecimento com os pais e assim promover a intimidade com a criança.

(HOCKENBERRY E WILSON, 2014)



## Sistema Sensorial

- O início da função de cada sistema sensorial processa-se pela mesma ordem em todos os indivíduos.



- A criança na UCIN é sobre-estimulada para os sistemas sensoriais que se desenvolvem mais tarde (auditivo e visual) e subestimulada nos primeiros a desenvolverem-se (tátil, vestibular, gustativo-olfativo).
- As alterações no envolvimento sensorial poderão ter consequências no desenvolvimento.

## Tato

- O tato constitui-se como base para a comunicação precoce entre as crianças e os cuidadores, e é um poderoso meio de troca de emoções entre a criança e os seus pais.
- O toque envolve frequentemente rotinas, cuidados e procedimentos que ou são invasivos ou dolorosos, e mesmo os cuidados não dolorosos têm sido associados a respostas adversas em crianças pré-termo.
- Devem ser tidos em conta o **tipo**, o **momento** e a **extensão da manipulação** em relação à idade da criança, sua condição, vulnerabilidades, limiares de stress e capacidades;

## Manuseamento Terapêutico



- O toque pode ser perturbador da maturação dos estados de sono-vigília, pelo que se deve evitar acordar a criança para prestar cuidados, uma vez que a privação do sono pode afetar a secreção da hormona do crescimento e assim interferir com o crescimento e desenvolvimento;
- Se os procedimentos não puderem ser adiados e for necessário acordar a criança, deve ser dado tempo de transição e adaptação, chamando-a cuidadosamente pelo nome e em seguida colocar a mão sobre o corpo, evitando a interrupção abrupta do sono, podendo prejudicar o funcionamento organizado dos subsistemas autónomo, motor e de regulação da criança.

(HOCKENBERRY E WILSON, 2014)

## Manuseamento Terapêutico

- Revelou-se benéfico **facilitar o aconchego** da criança durante os procedimentos, através da contenção, com as mãos ou um cobertor envolvendo delicadamente a criança, curvando o corpo, fletindo os braços e as pernas;



- Após um procedimento de enfermagem é possível prolongar o conforto ao RN, através do estímulo tátil, mediante uma **contenção facilitada, dócil e prolongada** com as mãos sobre a extensão corporal do bebê cobrindo-o como uma manta, durante, no máximo, dez segundos.



(LANZILLOTTI E SHIRATORI, 2006)

## Posicionamento Terapêutico

As crianças correm riscos de adquirir deformações relacionadas com o posicionamento, devido à imobilidade prolongada ou diminuição dos movimentos espontâneos.

Devem ser **evitados posicionamentos** que se relacionam com **deformações**:

- Hiperabdução e flexão dos membros superiores, que provocam uma rotação externa destes, resultando numa posição persistente em **W**;
- Rotação externa dos membros inferiores e abdução extrema do quadril que ocorre quando o tronco e a pelve estão nivelados sobre o colchão;
- Extensão do pescoço e postura em arco.

(HUNTER, 2001, citado por HOCKENBERRY E WILSON, 2014)

## Posicionamento Terapêutico



### As principais considerações a ter conta sobre o posicionamento:

- Flexão ligeira ou neutra do pescoço;
- Ombros ligeiramente em rotação (nenhum posicionamento espalmado contra a cama, tanto em decúbito dorsal como ventral);
- Tronco ligeiramente enrolado com inclinação pélvica;
- Anca na linha média parcialmente fletida e em adução e flexão dos joelhos;
- Cotovelos fletidos;
- Mãos à face ou na linha média;
- Baixo limite de segurança para a estimulação do pé.



(HUNTER, 2001, citado por HOCKENBERRY E WILSON, 2014)

## Posicionamento Terapêutico

- O **decúbito dorsal** pode gerar desorganização na criança, pelo que se deve recorrer a materiais específicos, ou cobertores para criar limites, suportar a cabeça, o tronco e as extremidades;
- O **decúbito ventral** pode ser difícil em crianças que não conseguem manter a rotação dos ombros, tronco e pélvis sem apoio, pelo que o uso de um rolo de apoio postural pode prevenir a tensão escapulo-umeral e a retração do ombro.



## Audição

- Nas UCIN as crianças têm percepção dos sons ao seu redor e dão-lhe resposta, quer física quer comportamental.
- O ruído das UCIN pode interferir com o desenvolvimento do sistema auditivo, mascarando os sons da voz humana, que são relevantes socialmente e essenciais ao desenvolvimento da linguagem.
- Apesar de não haver dados disponíveis sobre os efeitos da exposição a níveis altos de ruído nas UCIN, tem havido maior preocupação no risco de perda auditiva neurosensorial e atrasos de linguagem em crianças prematuras.

## Audição

A manutenção do **nível de som recomendado** nas UCIN pode proporcionar as seguintes vantagens:

- Aumento da estabilidade fisiológica;
- Incrementar o crescimento;
- Maturação neurossensorial mais natural e consistente;
- Reforço da interação mãe-criança e consequentemente apego;
- Menos dificuldades no discurso e na linguagem.

(GRAVEN, 2000 citado por HOCKENBERRY E WILSON, 2014)

## Visão

- A capacidade visual emerge por volta das 30 a 32 semanas, pelo que uma estimulação visual precoce intensa, na criança pré-termo, pode afetar negativamente a visão e alterar o curso do desenvolvimento dos outros sistemas sensoriais;
- Se a criança pré-termo for submetida a um estímulo visual intenso e prolongado pode entrar em stress;  
p.e. o contraste entre o padrão preto e branco pode obrigar a criança a olhar fixamente, sendo que este comportamento não é apropriado nem desejado
- Os profissionais devem ter em conta que devem minimizar o efeito do impacto visual do ambiente da UCIN e providenciar estimulação para os sentidos que se desenvolvem mais precocemente.

(HOCKENBERRY E WILSON, 2014)

## Visão

### Sugestões de abordagem para a estimulação visual nas UCIN

- Reduzir os níveis de luz ambiente diminuindo a luz ou utilizando coberturas para as incubadoras (para as crianças de baixo peso ao nascer e baixa idade gestacional);
- Escurecer as luzes do teto para facilitar a abertura dos olhos e a atenção visual dos RN pré-termo tardios ou de termo;
- Proteger os olhos da criança de luzes intensas durante a observação ou os procedimentos;
- Evitar colocar tecido sobre o rosto, pois provocam irritação da pele, tirando em circunstâncias especiais, como a fototerapia;
- Antes da alta, introduzir ciclos luminosos de dia-noite;
- Considerar o rosto humano como o estímulo visual mais apropriado;
- Evitar deixar nas camas das crianças estímulos visuais dos quais eles não se conseguem desviar;
- Nas crianças de termo ou pós-termo, providenciar estímulos visuais apropriados, como brinquedos

(GLASS, 2005; HUNTER, 2001; MIRMIRAN e ARIAGNO, 2000, citados por HOCKENBERRY E WILSON, 2014)

## Considerações Finais

- ✓ Qualquer criança sujeita a demasiadas tensões tem tendência a ser **hipersensível**, sendo que quanto mais o estímulo o atrair, mais negativamente ela reagirá. Daí que todos os estímulos devem ser reduzidos em intensidade, ritmo e duração;
- ✓ Uma criança prematura ou sob stress só consegue receber e dar resposta a apenas **uma modalidade de cada vez** – ou ao tato, ou à voz, ou ao rosto ou a que lhe peguem ao colo - e com uma adaptação muito cuidadosa às suas reações;
- ✓ Os enfermeiros são os profissionais que possuem maior impacto sobre o quotidiano dos RN nas UCIN, daí a importância da avaliação do comportamento e desenvolvimento e a prestação de cuidados flexíveis que reconheçam os sinais da criança, porque cada criança é única e os cuidados de apoio ao desenvolvimento requerem uma resposta momento a momento.

(BRAZELTON, 2009).

## Bibliografia

- BRAZELTON, T. B. - **O grande livro da criança - o desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos**. 11ª ed. Barcarena: Editorial Presença, 2009.
- DITZ, E.; DINIZ, L.F. - **Dor Neonatal e Desenvolvimento Neuropsicológico**. Revista Mineira de Enfermagem, 10 (3): 266-270, jul./set., 2006. [Consultado em 10 out. 2015], Disponível em: [www.reme.org.br/exportar-pdf/417/v10n3a10.pdf](http://www.reme.org.br/exportar-pdf/417/v10n3a10.pdf)
- LANZILLOTTI, L.; SHIRATORI, K. **Estímulo tátil - Contenção facilitada: o cuidado de enfermagem em recém-nascidos prematuros de muito baixo peso**. Revista Enfermería Global, nº 8 (2006), [Consultado em 10 out. 2015], Disponível em: <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/329/309>
- FERREIRA, S. et al. - **Desenvolvimento psicomotor de grandes prematuros**. Ata Pediátrica Portuguesa: 44(6):319-24, 2013. ), [Consultado em 10 out. 2015], Disponível em: <http://actapediatrica.spp.pt/article/viewFile/2796/2752>
- HENRIQUES, G.; CHAVES, F.; AMARAL, J. - **Prematuridade**. In: Tratado de Clínica Pediátrica. Vol.3. - Capít. 331. Amadora: Abbott Laboratórios, 2008.
- HOCKENBERRY E WILSON - **Wong-Enfermagem da Criança e do Adolescente**, Volume I – Capít. 1 a 25. 9ª ed. Lisboa: Lusociência, 2014.



Obrigada pela  
vossa atenção!

Cláudia Cheio



Mestrado Profissional em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

## QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

**Tema:** Cuidados de Apoio ao Desenvolvimento - Teoria Sinativa do Desenvolvimento

**Formadora:** Cláudia Nora Cheio (Aluna do Mestrado em Enfermagem Saúde Infantil e Pediátrica)

**Orientada por:** Enf.<sup>a</sup> Filipa Fonseca e Prof.<sup>a</sup> Margarida Lourenço

**Local:** Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

**Destinatários:** Equipa de Enfermagem da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

**Data:** 20 de outubro de 2015

**Hora:** 15 h

**Duração:** 30 min.

Na tentativa de melhorar o meu desempenho em futuras ações de formação, solicito o preenchimento do seguinte questionário, que é anónimo.

Responda a cada item colocando uma cruz (X) na opção que melhor expresse a sua opinião, ou seja, o seu grau de concordância para cada uma das afirmações que se seguem.

Apreciação Global	Discorda Totalmente	Discorda	Concorda	Concorda Totalmente
1. As suas expectativas em relação à formação foram satisfeitas.				
2. Considera a formação útil.				
3. Os objetivos da sessão foram atingidos.				
4. Favoreceu a sua aquisição/consolidação de conhecimentos.				
5. Os recursos pedagógicos foram adequados.				
6. A duração da sessão foi adequada.				

Classifique a **formadora**:

<b>Formadora</b>	<b>Insuficiente</b>	<b>Suficiente</b>	<b>Bom</b>	<b>Muito Bom</b>
7. Conhecimento dos temas apresentados.				
8. Clareza na transmissão de conhecimentos.				
9. Capacidade de motivar, despertar interesse nos formandos.				
10. Interesse demonstrado no esclarecimento de dúvidas.				

Refira aspetos positivos

---

---

---

---

---

Refira aspetos negativos

---

---

---

---

---

Sugestões para futuras sessões de formação

---

---

---

---

---

Obrigada pela sua colaboração!

Cláudia Cheio

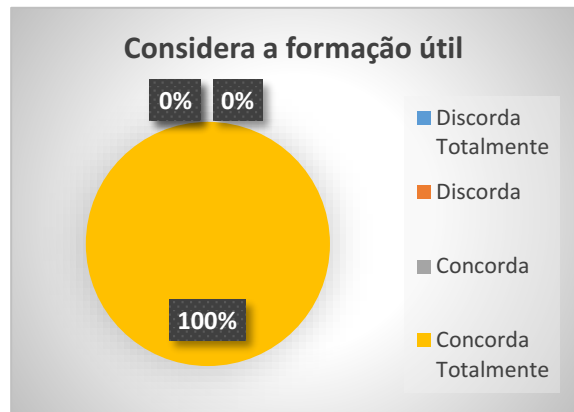
## Tratamento de Dados

Compareceram a esta Sessão de Formação 7 Enfermeiras.

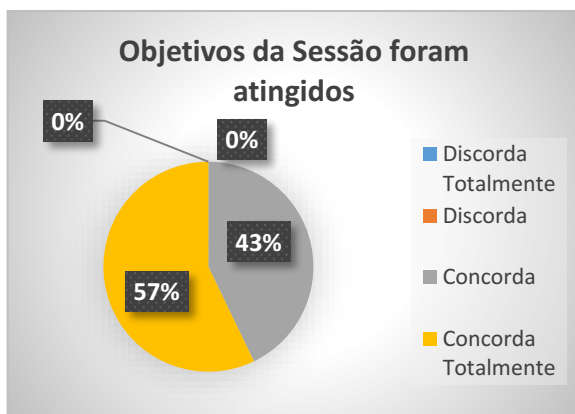
### Apreciação Global:



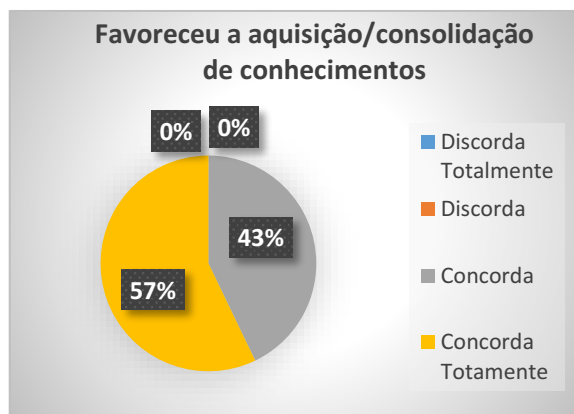
**Quadro 1** - Expetativas em relação à formação



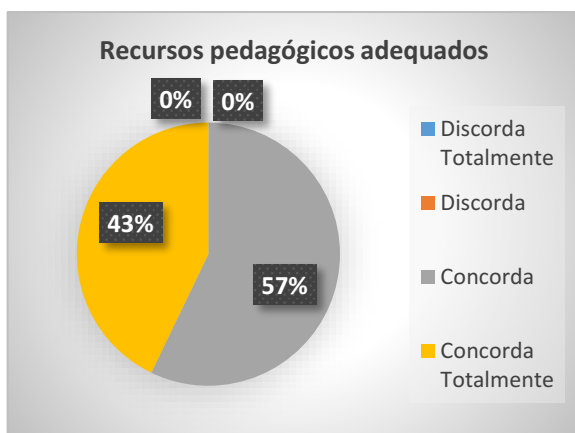
**Quadro 2** – Considera a formação útil



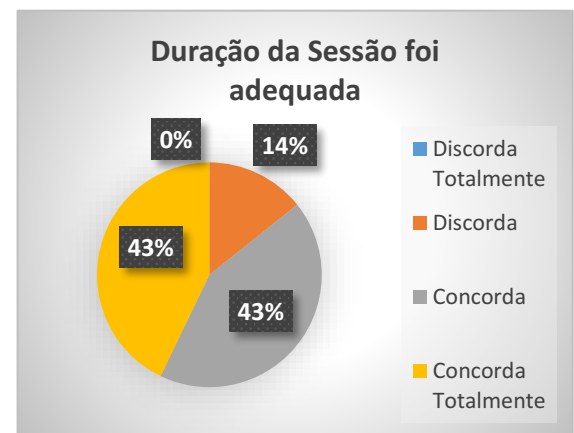
**Quadro 3** – Os objetivos da Sessão foram atingidos



**Quadro 4** – Favoreceu a sua aquisição consolidação de conhecimentos

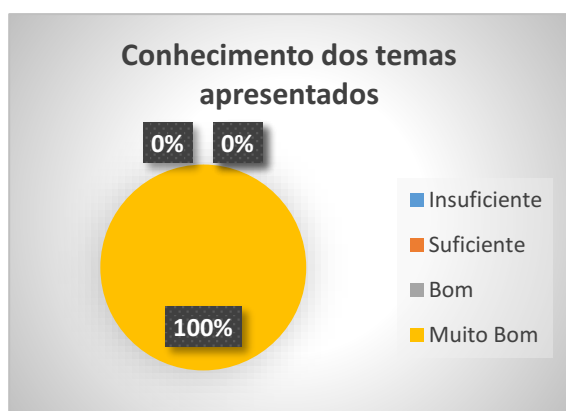


**Quadro 5** – Os recursos pedagógicos foram adequados

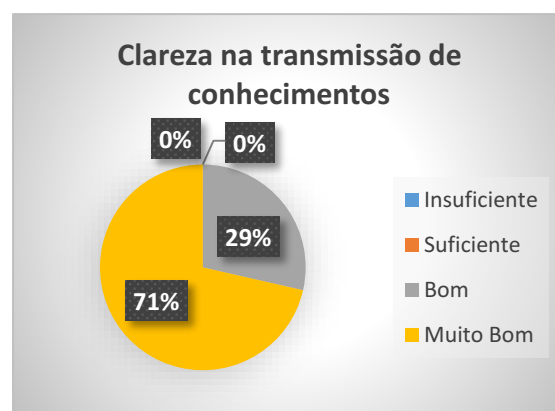


**Quadro 6** – A duração da Sessão foi adequada

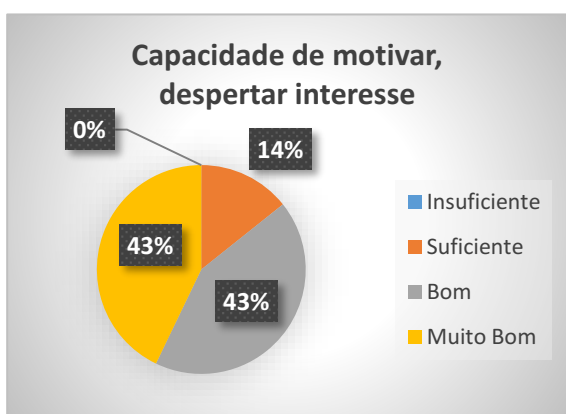
## Classificação da Formadora:



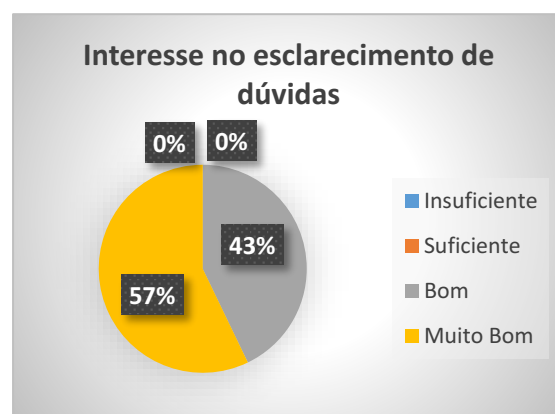
**Quadro 7** – Conhecimento dos temas apresentados



**Quadro 8** – Clareza na transmissão de conhecimentos



**Quadro 9** – Capacidade de motivar, despertar interesse nos formandos



**Quadro 10** – Interesse demonstrado no esclarecimento de dúvidas

Relativamente aos comentários efetuados nos questionários, como aspetos positivos foi referido que a apresentação foi dinâmica e o tema foi muito importante para o serviço; aspetos negativos foi apontado que a apresentação foi muito extensa; e como sugestões foi que alguns diapositivos podiam conter menos texto.

**Apêndice X – Manual “Cuidados de Apoio ao Desenvolvimento”**



*Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais*

*Cuidados de Apoio ao Desenvolvimento*

*Teoria Sinativa do Desenvolvimento – H. Als*



*Outubro 2015*



*Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde*

**Trabalho Elaborado por:** *Cláudia Nora Cheio - Aluna do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (2014/2016)*

**Orientada por:** *Enf.<sup>a</sup> Ana Filipa Fonseca e Prof.<sup>a</sup> Margarida Lourenço (Regente do Estágio)*

**Outubro 2015**

## **Índice**

<b>1 – Introdução</b> -----	<b>3</b>
<b>2 – Teoria Sinativa do Desenvolvimento</b> -----	<b>4</b>
2.1 – Organização do Comportamento -----	7
<b>3 – Sistema Sensorial</b> -----	<b>9</b>
3.1- Tato -----	9
3.1.1 – Manuseamento Terapêutico -----	10
3.1.2 – Posicionamento Terapêutico -----	11
3.2 – Audição -----	12
3.3 – Visão -----	13
<b>4 – Conclusão</b> -----	<b>14</b>
<b>5 – Bibliografia</b> -----	<b>15</b>

## **1 - Introdução**

Com o rápido aperfeiçoamento da tecnologia, os cuidados intensivos neonatais estão associados a uma melhor sobrevivência dos recém-nascidos gravemente doentes e das crianças pré-termo, isto é, as taxas de sobrevivência aumentaram, contudo, as taxas de morbidade mantiveram-se estáveis (ASKIN E WILSON, 2014).

Uma vez que o período entre as 20 e as 32 semanas de idade gestacional se caracteriza por um rápido crescimento e desenvolvimento cerebral, o nascimento pré-termo altera este processo, verificando-se alterações estruturais, como diminuição do volume total do cérebro ou alterações da mielinização, aparentemente relacionadas com défices cognitivos a médio e a longo prazo (FERREIRA, et al, 2013).

De acordo com SAIGAL E DOYLE (2008), citados por FERREIRA (2013), de facto o aumento da sobrevivência não se acompanhou de forma proporcional da redução de morbidade nesta população, particularmente no que diz respeito ao neurodesenvolvimento, sendo a prematuridade causa reconhecida de sequelas major, como a paralisia cerebral, défice cognitivo e alterações neuro sensoriais moderadas a graves, e também disfunções mais subtis, tais como dificuldades de aprendizagem, perturbações da linguagem, défice visual/motor/auditivo, perturbação de hiperatividade e défice de atenção, etc.

Vários estudos apontam para uma crescente necessidade de apoio dos serviços de educação especial até pelo menos aos 12 anos.

Segundo FERREIRA (2013), tendo em conta que a sociedade atual tem uma exigência cada vez maior a nível de literacia e competências intelectuais, “qualquer perturbação do Desenvolvimento Psico-motor, ainda que ligeira, pode ter um impacto enorme no desempenho e na qualidade de vida da criança/adolescente através de dificuldades escolares e de integração social, mas também na sua futura vida adulta, a nível profissional e pessoal”, desta forma, a taxa de sobrevivência isoladamente não é uma medida adequada do sucesso dos cuidados de saúde ao recém-nascido prematuro.

A melhoria dos resultados de desenvolvimento para estas crianças de baixa idade gestacional e/ou baixo peso, é mais provável quando se dá ênfase à prestação de cuidados médicos e de enfermagem dentro de um quadro de apoio ao desenvolvimento, ou seja, profissionais que expandam o seu pensamento para além dos modelos tradicionais de cuidados médicos e de enfermagem (ASKIN E WILSON, 2014).

## 2 - Teoria Sinativa do Desenvolvimento

Numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, os cuidados neonatais podem ser baseados na Teoria Sinativa do Desenvolvimento da Criança de **Als (1982)**, que permite a compreensão do desenvolvimento da criança pré-termo.

A Teoria Sinativa da Organização Neurocomportamental do Recém-Nascido (ALS, 1982, citada por DITZ E DINIZ, 2006) descreve a organização comportamental do neonato e o seu desenvolvimento, em relação ao equilíbrio entre a interação da criança com o ambiente e os sistemas neurocomportamentais. Os subsistemas são definidos como: autônomo, motor, de estados comportamentais, de atenção-interação e regulador. Estes subsistemas têm um amadurecimento sequencial e são interdependentes, ou seja, interagem entre si.

Quando o neonato de termo ou o prematuro são submetidos a procedimentos dolorosos ou a uma hiperestimulação, apresenta um desequilíbrio entre os subsistemas. Este desequilíbrio pode trazer instabilidade nos sistemas **autônomo** (alterações na respiração, digestão, cor), **motor** (movimentos desorganizados), e de **estados comportamentais** (alteração no ciclo sono-vigília). O sistema de **atenção-interação** engloba a capacidade do bebê permanecer em estado de alerta e a disponibilidade de interação; e o sistema **regulador** inclui as estratégias que a criança utiliza para manter ou retornar a um equilíbrio estável (DITZ E DINIZ, 2006).

Segundo ASKIN E WILSON (2014), o principal pressuposto deste modelo é que os bebês (mesmo os que têm extremo baixo peso ao nascer), podem comunicar através de respostas físicas e comportamentais, dando-nos a informação relativa às suas competências, vulnerabilidades e limites, que servirá de base ao planejamento de cuidados individualizados e adequados a cada criança específica. A comunicação da criança é observada na prática clínica, durante o repouso, os cuidados ou procedimentos e durante a recuperação após os cuidados ou procedimentos, através das funções dos subsistemas. A resposta dada pelos sistemas perante o meio ambiente (os cuidados ou procedimentos), ajuda os profissionais de saúde a fazer os devidos ajustamentos nas técnicas para otimizar a estabilidade funcional da criança.

## Teoria Sinativa do Desenvolvimento: Subsistemas Neurocomportamentais

Subsistema	Sinais de Stress	Sinais de Estabilidade
<b>Autónomo</b>	Instabilidade fisiológica	Estabilidade fisiológica
<b>Respiratório</b>	Taquipneia, pausas, esforço respiratório, suspiro	Respiração estável, suave; padrão e frequência regulares
<b>Cor</b>	Marmoreada, vermelhidão, escura, pálida ou acinzentada	Rosada, estabilidade da coloração
<b>Visceral</b>	Soluço, engasgamento, sufocação, bolsar, gemido e esforço como se fosse ter uma dejeção, tosse, espirros, bocejos	Ausência de soluços, bolsar ou engasgamento, etc.
<b>Motor</b>	Tónus inconstante; falta de controlo do movimento, atividade e postura	Tónus consistente; melhor controlo do movimento, atividade e postura
<b>Flacidez</b>	Tronco com baixo tónus; flacidez, flexibilidade das extremidades superiores e inferiores; mandíbula descaída (boca aberta)	Tónus consistente e adequado à idade corrigida Postura bem mantida
<b>Hipertonia</b>	Extensão dos membros superiores ou inferiores, membros superiores em extensão com os dedos espalmados, dedos rígidos e em extensão, arqueamento do tronco, hiperextensão do pescoço	Movimentos suaves e controlados
<b>Atividade hiperflexiva</b>	Tronco em hiperflexão, hiperflexão das extremidades, punhos cerrados; contorção; agitação difusa ou pouca ou sem atividade ou capacidade de resposta	Estratégias motoras de autorregulação bem sucedidas
<b>Estado</b>	Estado comportamental desorganizado	Estado de alerta calmo e focado, sono bem estruturado
<b>Sono</b>	Choramingar, espasmos, respiração irregular, agitação, fâcies com aparência de inquietação	Estados de sono claros e bem definidos; períodos de tranquilidade, sono reparador
<b>Acordado</b>	Olhar vidrado e desfocado, olhar com expressão preocupada ou aflita, hiperalerta ou com pânico aparente, olhar itinerante, choro, evita o olhar fixo ou fecha os olhos, irritabilidade, períodos de vigília prolongados, desconsolo, frenesim; Mudanças rápidas ou abruptas de estado	Alerta com brilho, olhar cintilante; atenção focalizada no objeto ou pessoa; expressão animada; Choro robusto; Bem, calmo, consolado; Cheio de mudanças suaves entre estados, vários estados de sono-alerta
<b>Outros estados comportamentais relacionados e atenção-interação</b>	Esforço para dar atenção e interagir com os estímulos ambientais, o que motiva sinais de stress e desorganização funcional do subsistema	Sensível a estímulos auditivos, visuais e sociais
<b>Autónomo</b>	Instabilidade fisiológica de diferentes graus, com respostas autonómicas, respiratórias, de coloração e viscerais	Sensíveis a estímulos mantidos e prolongados

<b>Motor</b>	Tónus flutuante, aumento da atividade motora; se a estimulação continua vai de estado de atividade frenética a difusa	Procura ativa de estímulos auditivos, atividade motora mínima
<b>Estado</b>	Olhar itinerante, desviar o olhar, olhar vidrado sem foco ou expressão, expressão de pânico; choro fraco; cara-de-choro; irritabilidade Olhos fechados Mudanças bruscas de estado Sinais de stress quando se apresentam mais do que um estímulo de cada vez	Expressão brilhante no olhar, alerta e expressão atenta Estado de alerta e vigília sustentado Mudança suave de atenção para mais do que um tipo de estimulação

**Autorregulação** – Esforço da criança para alcançar, manter ou recuperar um estado de estabilidade e relaxamento, de integração e funcionamento do subsistema. O sucesso desse esforço varia de criança para criança e depende da maturidade, habilidades de autorregulação disponíveis e organização global do subsistema.

**Exemplos de estratégias autorreguladoras incluem:**

*Motor* – estimulação de um pé contra um ninho de fronteira ou cobertor, segurar a mão, apertar as duas mãos em conjunto, levar a mão à boca ou rosto, agarrar o cobertor, tubos, aconchegar o tronco, sucção mudança de posição.

*Estado* – diminuir o estado de grande excitação para um alerta silencioso ou estado de sono; libertar energia pelo sono, choro intenso, atenção orientada e focada.

**Facilitação por parte dos cuidadores** – modificações ambientais ou das técnicas de cuidados para o desenvolvimento ajudam a criança na autorregulação das suas habilidades quando os desafios do meio ambiente superam as suas capacidades.

Fonte: ASKIN E WILSON (2014) – Modificado de Als H. (1982)

O facto de se poupar sistematicamente o RN, e especialmente o RN pré-termo a estímulos desnecessários e a stress, poderá contribuir para um desenvolvimento mais harmonioso (HENRIQUES, CHAVES E AMARAL, 2008).

Esta atitude é tipificada no programa integrado conhecido por **NIDCAP** (*Newborn Individualized Developmental Care Assessment Program*), desenvolvido por Als em 1984, tratando-se de medidas simples de cuidados individualizados cujo objetivo essencial é o de reduzir o manuseamento intempestivo e estimular a participação dos pais nos cuidados.

Alguns dos aspetos genéricos do programa **NIDCAP** são os seguintes:

- ✓ Meio ambiente calmo e tranquilo (reduzir a intensidade luminosa de toda a unidade e utilizar uma cobertura de pano sobre a incubadora; reduzir o ruído de fundo e o que cada elemento da equipa faz);
- ✓ Posição adequada do RN durante o sono, alimentação, banho e procedimentos, tendo em vista rendibilizar as próprias competências;
- ✓ Necessidade de providenciar determinados apoios em certas circunstâncias, tais como mudanças de posição, tentativa de despertar ou adormecer, início ou fim de

cuidados ou procedimentos (por ex. providenciar aumento da FiO<sub>2</sub>, contenção, sucção não nutritiva, etc);

- ✓ Organização de procedimentos ao longo das 24h tentando preservar os períodos de sono, evitando multiplicação de procedimentos invasivos (por ex. reduzir o número de colheitas de sangue ao longo do dia);
- ✓ Proceder a intervenções mais agressivas com o apoio de duas pessoas;
- ✓ Colaboração dos pais nos cuidados personalizados (higiene e alimentação);
- ✓ Contacto pele a pele mãe ou pai/filho precoce e prolongado sempre que as circunstâncias o permitam (*Método Canguru*).

Os estudos divulgados sob o NIDCAP aplicados ao recém-nascido de muito baixo peso ao nascer, apontam para resultados positivos no que respeita a menor duração da oxigenoterapia, menor incidência de doença pulmonar crónica, redução da estadia hospitalar e melhores índices de desenvolvimento psicomotor, sensorial e comportamental (HENRIQUES, CHAVES E AMARAL, 2008).

## **2.1 - Organização do comportamento**

No ambiente da UCIN, os cuidados de apoio ao desenvolvimento usam a informação fisiológica e a comportamental para melhor compreender as necessidades da criança.

Os estados comportamentais dos recém-nascidos são individualizados e formados pela experiência, maturação, ritmos circadianos e herança genética. A regulação dos estados de excitação marca o equilíbrio nos processos excitatórios e inibitórios do SNC e é um mecanismo que protege o córtex da hiperestimulação. A capacidade de resposta da criança aos estímulos ambientais depende da quantidade, qualidade e da disponibilidade dos estados particulares de excitação. Als (1985), organizou os estados em cinco níveis de excitação: sono profundo, sono ativo, sonolência, alerta e choro (ASKIN E WILSON, 2014).

## ESTADOS DE EXCITAÇÃO

<b>ESTADO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>
<b>Sono profundo</b>	Respiração regular; olhos fechados, sem movimentos oculares sob as pálpebras; rosto relaxado; poucos ou nenhuns movimentos ou atividade exceto para a resposta de um possível sobressalto.
<b>Sono ativo</b>	O chamado sono-leve; podem ser vistos movimentos rápidos dos olhos sob as pálpebras, nível baixo de atividade, respiração regular ou irregular, um suspiro ou sorriso ocasional.
<b>Sonolência</b>	Olhos abertos ou fechados, expressão desfocada, níveis de atividade variados.
<b>Alerta calmo</b>	Diferentes qualidades de alerta
<b>Vigoroso</b>	Olhos aparentemente brilhantes; atenção focada; atividade motora mínima.
<b>Baixo nível</b>	Olhos opacos ou desfocados; pouca energia; parece olhar através do objeto ou cuidador
<b>Hiperalerta</b>	Olhos arregalados, expressão de pânico; fixa o olhar intensamente no objeto e tem dificuldade em interromper
<b>Alerta ativo</b>	Ativo; olhos abertos ou fechados; inquieto mas sem choro vigoroso
<b>Choro</b>	Nível mais elevado de excitação; agitado, choro rítmico e vigoroso.

Fonte: ASKIN E WILSON (2014), adaptado de ALS, H (1995)

Neste sentido, a proteção do sono é um importante objetivo para os RN pré-termo e de termo, devendo os cuidados de enfermagem, sempre que possível, serem planejados tendo em conta as modificações ambientais e os tempos da criança, de forma a proporcionar-lhes longos períodos de sono calmo.

Os enfermeiros devem apoiar a transição entre estados, despertando suavemente a criança para o estado vígil, antes de iniciar os cuidados, com voz e toque suaves, e facilitar o retorno ao sono, evitando períodos prolongados de estimulação.

Para a individualização dos cuidados é importante conhecer o estado de excitação de uma criança, observando os padrões e as respostas individuais, o que permite aos enfermeiros apoiá-la na organização dos estados comportamentais, devendo partilhar este conhecimento com os pais e assim promover a intimidade com a criança (ASKIN E WILSON, 2014).

### 3 - Sistema Sensorial

A maioria dos sistemas sensoriais desenvolve-se antes do nascimento e estão aptos a funcionar no período pré-natal. O início da função de cada sistema sensorial processa-se pela mesma ordem em todos os indivíduos – **tátil, vestibular, gustativo-olfativo, auditivo e visual**, sendo que o sistema visual apenas se torna funcional após o nascimento (ASKIN E WILSON, 2014).

Numa UCIN, a experiência da criança de alto risco é composta de condicionalismos de origem externa e da interação com os cuidadores, e muitas vezes é sobre-estimulada para os sistemas sensoriais que se desenvolvem mais tarde (auditivo e visual) e subestimulada nos primeiros a desenvolverem-se (tátil, vestibular, gustativo-olfativo). As alterações no envolvimento sensorial poderão ter consequências no desenvolvimento (ASKIN E WILSON, 2014).

De acordo com BRAZELTON (2009), cada sensação tátil, cada ruído, ou mesmo cada alteração luminosa, refletir-se-ão na cor da pele, na respiração e no controlo cardíaco, assim como no comportamento motor do recém-nascido, quer através de um fraco tónus muscular e poucos movimentos espontâneos, quer através de movimentos bruscos e descoordenados, que ocorrem em alturas imprevisíveis e após qualquer estimulação. Estes movimentos vão perturbar o equilíbrio do bebé, uma vez que a sua capacidade de controlo é diminuída, e embora ele por vezes tente dormir para evitar estímulos fortes, num curto espaço de tempo pode passar várias vezes do sono a breves estados de vigília. E quando acordado passa a maior parte do tempo a chorar, reagindo mal quando o olham, tocam ou lhe falam.

Trabalhos desenvolvidos por Brazelton revelaram que diminuindo o ruído, a luz e a estimulação nos berçários de prematuros, de modo a respeitar o frágil sistema nervoso destes bebés, eles recuperaram mais cedo, precisando de menos tempo na incubadora, ganharam peso mais depressa e precisaram de menos oxigénio, indo para casa antes do tempo habitual e em melhor estado físico (BRAZELTON, 2009).

### 3.1 - Tato

O toque envolve frequentemente rotinas, cuidados e procedimentos que ou são invasivos ou dolorosos, e mesmo os cuidados não dolorosos têm sido associados a respostas adversas em crianças pré-termo.

De acordo com GLASS (2005), citado por ASKIN E WILSON (2014), durante as mudanças de posição, os bebês pré-termo demonstram expressão de choro, esgares faciais, flexão dos membros inferiores. Por vezes hipoxemia, alterações das frequências cardíaca e respiratória também têm sido descritas associadas a rotinas de cuidados, como posicionamentos, avaliação de sinais vitais, mudança de fraldas.

O tato constitui-se como base para a comunicação precoce entre as crianças e os cuidadores, sendo um poderoso meio de troca de emoções entre a criança e os seus pais.

As técnicas adequadas de **manipulação** e **posicionamento** promovem conforto e minimizam o stress ao bebê, criando um equilíbrio entre os cuidados suaves e as intervenções necessárias.

#### 3.1.1 – Manuseamento Terapêutico

Devem ser tidos em conta o tipo, o momento e a extensão da manipulação em relação à idade da criança, sua condição, vulnerabilidades, limiares de stress e capacidades. Como o toque pode ser perturbador da maturação dos estados de sono-vigília, deve-se evitar acordar a criança para prestar cuidados, uma vez que a privação do sono pode afetar a secreção da hormona do crescimento e assim interferir com o crescimento e desenvolvimento (HUNTER, 2001, citado por ASKIN E WILSON, 2014).

Se os procedimentos não puderem ser adiados e for necessário acordar a criança, deve ser dado tempo de transição e adaptação de deixar de estar sozinho para estar a ser manipulado, chamando-a cuidadosamente pelo nome e em seguida colocar a mão sobre o corpo, evitando a interrupção abrupta do sono, podendo prejudicar o funcionamento organizado dos subsistemas autónomo, motor e de regulação da criança (ASKIN E WILSON, 2014).

Segundo os mesmos autores também se revelou benéfico **facilitar o aconchego** da criança durante os procedimentos, através da contenção, com as mãos ou um cobertor envolvendo delicadamente a criança, curvando o corpo, fletindo os braços e as pernas

Por sua vez, LANZILLOTTI E SHIRATORI (2006) realizaram um estudo que revelou que após um procedimento de enfermagem é possível prolongar o conforto ao RN, mediante um procedimento mais “humano” através do estímulo tátil. Este estímulo era realizado mediante uma **contenção facilitada, dócil e prolongada** com as mãos sobre a extensão corporal do bebê cobrindo-o como uma manta, durante, no máximo, dez segundos. O objetivo era fornecer-lhe contato pele a pele, proporcionando aquecimento e acomodação, como um prolongamento do ambiente intra-uterino, verificando-se como resposta, quase imediata, que ele ficava quieto, fechava os olhos e apresentava-se como se estivesse relaxado.

O **método canguru** tem sido também defendido para promover o desenvolvimento neurocomportamental da criança, assim como apoiar a intimidade e apego entre pais e criança (o bebê deve usar apenas a fralda, repousando em decúbito ventral e semiereto sobre o peito nu de um dos pais, que envolve a criança com a sua roupa para manter a estabilidade da temperatura). A criança deve estar monitorizada, de modo a verificar a resposta a este contato, porque por vezes pode resultar numa resposta desorganizada (ASKIN E WILSON, 2014).

### 3.1.2 – Posicionamento Terapêutico

As crianças internadas numa UCIN correm riscos de adquirir deformações relacionadas com o posicionamento, devido à imobilidade prolongada ou diminuição dos movimentos espontâneos, derivados de fatores como a própria doença, debilidade, controlo motor imaturo, sedação, etc (HUNTER, 2001, citado por ASKIN E WILSON, 2014).

Devem então ser **evitados posicionamentos** que se relacionam com deformações:

- X** Hiperabdução e flexão dos membros superiores, que provocam uma rotação externa destes;
- X** Rotação externa dos membros inferiores e abdução extrema do quadril que ocorre quando o tronco e a pelve estão nivelados sobre o colchão;
- X** Extensão do pescoço e postura em arco.

O posicionamento terapêutico reduz a possibilidade de adquirir deformações posicionais que podem afetar o desenvolvimento motor, as atividades lúdicas, a capacidade de atratividade e o apego social.

O posicionamento afeta a estabilidade e conforto, pelo que os seus efeitos devem ser observados em cada criança e adaptados à condição da criança e ao equipamento médico de que necessita, tendo em conta os riscos para a saúde e para o desenvolvimento e os benefícios únicos para aquela criança (ASKIN E WILSON, 2014).

As principais considerações a ter conta sobre o **posicionamento**:

- ✓ Flexão ligeira ou neutra do pescoço;
- ✓ Ombros ligeiramente em rotação (nenhum posicionamento espalmado contra a cama, tanto em decúbito dorsal como ventral);
- ✓ Cotovelos fletidos;
- ✓ Mãos à face ou na linha média;
- ✓ Tronco ligeiramente enrolado com inclinação pélvica;
- ✓ Anca na linha média parcialmente fletida e em adução e flexão dos joelhos;
- ✓ Baixo limite de segurança para a estimulação do pé.

Segundo HUNTER (2001), citado por ASKIN E WILSON (2014), o objetivo do posicionamento terapêutico em recém-nascidos pré-termo ou de alto risco é manter a criança com o corpo em flexão e na linha média, tentando minimizar deformações e ajudando as crianças a manterem-se calmas e organizadas.

O decúbito dorsal pode gerar desorganização, pelo que se deve recorrer a materiais específicos ou cobertores, para criar limites, suportar a cabeça, o tronco e as extremidades da criança. O decúbito ventral pode ser difícil em crianças que não conseguem manter a rotação dos ombros, tronco e pélvis sem apoio, pelo que o uso de um rolo de apoio postural pode prevenir a tensão escapulo-umeral e a retração do ombro.

### **3.2 – Audição**

O sistema auditivo do feto humano é suficientemente maturo às 23 semanas de gestação. Nas UCIN as crianças têm perceção dos sons ao seu redor e dão-lhe resposta, quer física quer comportamental, como apneia, bradicardia, alterações na saturação de oxigénio e nos estados de sono-vigília. Apesar de não haver dados disponíveis sobre os efeitos da exposição

a níveis altos de ruído nas UCIN, tem havido maior preocupação no risco de perda auditiva neurossensorial e atrasos de linguagem em crianças prematuras (CRISTOBAL E OGHALAI, 2008; PIETZ et al, 2004, citados por ASKIN E WILSON, 2014).

O ruído das UCIN pode é interferir com o desenvolvimento do sistema auditivo, mascarando os sons da voz humana, que são relevantes socialmente e essenciais ao desenvolvimento da linguagem.

De acordo com GRAVEN (2000) citado por ASKIN E WILSON (2014), a manutenção do **nível de som recomendado** nas UCIN pode proporcionar as seguintes vantagens:

- ✓ Aumento da estabilidade fisiológica;
- ✓ Incrementar o crescimento;
- ✓ Maturação neurossensorial mais natural e consistente;
- ✓ Reforço da interação mãe-criança e conseqüentemente apego;
- ✓ Menos dificuldades no discurso e na linguagem.

### 3.3 – Visão

A visão é o sentido menos maturo do recém-nascido. A capacidade visual emerge por volta das 30 a 32 semanas, pelo que uma estimulação visual precoce intensa, na criança pré-termo, pode afetar negativamente a visão e alterar o curso do desenvolvimento dos outros sistemas sensoriais. Se a criança pré-termo for submetida a um estímulo visual intenso e prolongado pode entrar em stress, como por exemplo o contraste entre o padrão preto e branco pode obrigar a criança a olhar fixamente, sendo que este comportamento não é apropriado nem desejado (ASKIN E WILSON, 2014).

Os profissionais devem ter em conta que devem minimizar o efeito do impacto visual do ambiente da UCIN e providenciar estimulação para os sentidos que se desenvolvem mais precocemente.

Sugestões de abordagem para a estimulação visual nas UCIN (GLASS, 2005; HUNTER, 2001; MIRMIRAN e ARIAGNO, 2000, citados por ASKIN E WILSON, 2014):

- ✓ Reduzir os níveis de luz ambiente diminuindo a luz ou utilizando coberturas para as incubadoras (para as crianças de baixo peso ao nascer e baixa idade gestacional);

- ✓ Escurecer as luzes do teto para facilitar a abertura dos olhos e a atenção visual dos RN pré-termo tardios ou de termo;
- ✓ Proteger os olhos da criança de luzes intensas durante a observação ou os procedimentos;
- ✓ Evitar colocar tecido sobre o rosto, pois provocam irritação da pele, tirando em circunstâncias especiais, como a fototerapia;
- ✓ Antes da alta, introduzir ciclos luminosos de dia-noite;
- ✓ Considerar o rosto humano como o estímulo visual mais apropriado;
- ✓ Evitar deixar nas camas das crianças estímulos visuais dos quais eles não se conseguem desviar;
- ✓ Nas crianças de termo ou pós-termo, providenciar estímulos visuais apropriados, como brinquedos.

#### **4 – Conclusão**

Devemos ter sempre presente que qualquer criança sujeita a demasiadas tensões tem tendência a ser hipersensível, sendo que quanto mais o estímulo o atrair, mais negativamente ela reagirá. Daí que todos os estímulos devem ser reduzidos em intensidade, ritmo e duração. Uma criança prematura ou sob stress só consegue receber e dar resposta a apenas uma modalidade de cada vez – ou ao tato, ou à voz, ou ao rosto ou a que lhe peguem ao colo - e com uma adaptação muito cuidadosa às suas reações (BRAZELTON, 2009).

A criança costuma dar sinais de stress, de instabilidade fisiológica e desorganização comportamental, quando a sua respiração se torna mais rápida e difícil e a sua cor se altera, sendo que a agitação e o choro podem ser uma defesa para o bebé prematuro, sendo um modo de se alhearem do mundo envolvente.

Os profissionais devem estar atentos a estes sinais, de modo a planearem cuidados individualizados e a fazerem os devidos ajustamentos nas técnicas, para otimizar a estabilidade funcional da criança, prestando cuidados para o desenvolvimento.

Os enfermeiros são os profissionais que possuem maior impacto sobre o quotidiano dos recém-nascidos nas UCIN, daí a importância da avaliação do comportamento e desenvolvimento e a prestação de cuidados flexíveis que reconheçam os sinais da criança, porque cada criança é única e os cuidados de apoio ao desenvolvimento requerem uma resposta momento a momento.

## 5 - Bibliografia

- ALS, H. et al. - **The Assessment of Preterm Infants' Behavior (APIB): Furthering the Understanding and Measurement of Neurodevelopmental Competence in Preterm and Full-Term Infants.** Ment Retard Dev Disabil Res Rev. 11(1): 94–102, 2005. [Consultado em 10 out. 2015]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4106135/pdf/nihms596619.pdf>

- ASKIN, D.F.; WILSON, D. – Recém-Nascido de Alto Risco e a Família. In HOCKENBERRY, M.J.; WILSON, D., org. – **Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente.** 9.ª ed. Loures: Lusociência, 2014. ISBN 978-989-748-004-1, vol. I, pt. 10, p. 331-411.

- BRAZELTON, T. B. - **O grande livro da criança - o desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos.** 11ª ed. Barcarena: Editorial Presença, 2009.

- DITZ, E.; DINIZ, L.F. – **Dor Neonatal e Desenvolvimento Neuropsicológico.** Revista Mineira de Enfermagem, 10 (3): 266-270, jul./set., 2006. [Consultado em 10 out. 2015], Disponível em:

[www.reme.org.br/exportar-pdf/417/v10n3a10.pdf](http://www.reme.org.br/exportar-pdf/417/v10n3a10.pdf)

- FERREIRA, S. et al. - **Desenvolvimento psicomotor de grandes prematuros.** Ata Pediátrica Portuguesa: 44(6):319-24, 2013. [Consultado em 10 out. 2015]. Disponível em: [actapediatrica.spp.pt/article/viewFile/2796/2752](http://actapediatrica.spp.pt/article/viewFile/2796/2752)

- HENRIQUES, G.; CHAVES, F.; AMARAL, J. – **Prematuridade.** In: Tratado de Clínica Pediátrica. Amadora: Abbott Laboratórios, 2008. Capít. 331, Vol.3, p. 1704-1712.

- LANZILLOTTI, L.; SHIRATORI, K. - **Estímulo tátil – Contenção facilitada: o cuidado de enfermagem em recém-nascidos prematuros de muito baixo peso.** Revista Enfermería Global, nº 8, 2006. [Consultado em 10 out. 2015]. Disponível em: <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/329/309>

- RESENDE, C.; OLIVEIRA, G. - **Sépsis Neonatal em Recém-Nascidos de Muito Baixo Peso e/ou Idade Gestacional Inferior a 32 Semanas e Neurodesenvolvimento aos 24 Meses.** Ata Pediátrica Portuguesa: 46:181-9, 2015. [Consultado em 10 out. 2015]. Disponível em: [actapediatrica.spp.pt/article/download/5960/5233](http://actapediatrica.spp.pt/article/download/5960/5233)