

## **Um olhar sobre o desenvolvimento das crianças em idade pré-escolar - Uma perspetiva da intervenção do enfermeiro**

**Relatório de Estágio apresentado para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem**

**Helena Catarina Antunes Nascimento Moita**

**Orientadora:**

**Prof.<sup>a</sup> Doutora Regina Ferreira**

**Co-orientadora:**

**Prof.<sup>a</sup> Mestre Teresa Carreira**

**2015**

*Um olhar sobre o desenvolvimento das crianças em idade pré-escolar  
Uma perspectiva da intervenção do enfermeiro*

UM OLHAR SOBRE O DESENVOLVIMENTO DAS CRIANÇAS EM IDADE PRÉ-ESCOLAR - UMA  
PERSPETIVA DA INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO

**RESUMO**

O desenvolvimento da criança é uma área pela qual os pais manifestam, frequentemente, particular preocupação. O Enfermeiro com competências em Enfermagem de Saúde da Criança e Jovem (ESCJ) tem um papel preponderante na avaliação, diagnóstico e promoção do desenvolvimento da criança em idade pré-escolar, bem como no estabelecimento de parcerias com os pais/família para obter o máximo potencial de saúde e bem-estar.

**Metodologia:** RSL, com pesquisa em bases de dados científicas (2005 a 2015).

**Objetivo:** Analisar as intervenções de enfermagem em estágio com recurso à Prática Baseada na Evidência (PBE) na área da ESCJ.

**Resultados:** Conhecer as principais características do desenvolvimento da criança em idade pré-escolar, para o poder avaliar, acompanhar e promover junto da criança/pais.

**Conclusões:** A intervenção do enfermeiro com recurso à PBE na promoção e acompanhamento do desenvolvimento da criança é o caminho para uma intervenção atual com qualidade.

**Palavras-Chave:** Enfermeiro, desenvolvimento infantil, idade pré-escolar, pais.

*Um olhar sobre o desenvolvimento das crianças em idade pré-escolar  
Uma perspectiva da intervenção do enfermeiro*

A LOOK ON THE DEVELOPMENT OF CHILDREN IN PRESCHOOL AGE - A PERSPECTIVE OF  
NURSING INTERVENTION

**ABSTRACT**

Children development is an area in which parents often express particular concerns. Nurse with expertise in Child and Youth Health Nursing plays an important role in the assessment, diagnosis and promoting the development of children of preschool age, as well as establishing partnerships with parents/family to reach the maximum potential of health and wellness

**Methodology:** Systematic Literature review, with research in scientific databases (between 2005 and 2015).

**Objective:** To analyse the nursing interventions with the use of evidence-based practice in Health Nursing Area, for Children and Youth.

**Results:** Knowing the main characteristics of child development at preschool age, to be able to evaluate, monitor and promote with the child/parents.

**Conclusions:** Nurse's intervention using evidence-based practice in the promotion and monitoring of child development is the way to an updated and quality intervention.

**Keywords:** Nurse, child development, preschool age, parents.

*Um olhar sobre o desenvolvimento das crianças em idade pré-escolar  
Uma perspectiva da intervenção do enfermeiro*

## PENSAMENTO

Não sei se gosto mais do dia.  
Não sei que gosto mais da noite  
De dia posso brincar  
De noite, eu posso sonhar.  
Não sei se gosto mais do dia  
Não sei se gosto mais da noite  
De dia, eu posso balançar.  
Vou alto, bem alto, no meu balanço.  
Mas, de noite, eu posso sonhar.  
De dia, eu posso ler, mas de noite, ah!  
De noite eu posso sonhar.

Mary França

*Um olhar sobre o desenvolvimento das crianças em idade pré-escolar  
Uma perspectiva da intervenção do enfermeiro*

*Um olhar sobre o desenvolvimento das crianças em idade pré-escolar  
Uma perspetiva da intervenção do enfermeiro*

DEDICATÓRIA

À Rita, ao Miguel  
e a todas as crianças que ajudamos a crescer felizes.

*Um olhar sobre o desenvolvimento das crianças em idade pré-escolar  
Uma perspectiva da intervenção do enfermeiro*

## AGRADECIMENTOS

Aos meus filhos, pelas horas, dias e semanas que os privei da minha presença e disponibilidade para os ajudar a crescer; obrigado pelos beijinhos a segredar “está quase mãe, tu consegues”, são sempre preciosos.

Ao meu marido, pelo apoio incondicional a todos os níveis; sem ele esta aventura não teria sido possível.

Aos meus pais, que foram pais e avós dedicados e me substituíram em inúmeras tarefas para que eu pudesse desenvolver este trabalho.

À restante família, amigos e colegas pelo apoio e estímulo.

À Prof<sup>a</sup> Doutora Regina Ferreira e à Prof<sup>a</sup> Mestre Teresa Carreira, pela sua preciosa ajuda na elaboração deste trabalho, e estímulo nos momentos mais atribulados.

Aos colegas dos contextos de estágio, em especial à enf<sup>a</sup> Patrícia Nascimento, enf<sup>a</sup> Joana Marques e enf<sup>a</sup> Maria Luís, pelo seu precioso contributo.

A todos os que, de alguma forma, colaboraram na realização deste trabalho.

A todos, o meu sincero Obrigado.

*Um olhar sobre o desenvolvimento das crianças em idade pré-escolar  
Uma perspetiva da intervenção do enfermeiro*

## **SIGLAS/ABREVIATURAS**

CHMT - Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CLNBAS - Clinical Neonatal Behavioral Assessment Scale

CMESCJ - Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem

DR - Diário da República

Ed - Edição

Enf<sup>a</sup> - Enfermeira

ESCJ - Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem

EPE - Entidade Pública Empresarial

IAC - Instituto de Apoio à Criança

MMAMS - Meet Me At Mount Sinai

OE - Ordem dos Enfermeiros

p - Página

PBE - Prática Baseada na Evidência

pp - Páginas

PPP - Parceria Público-Privada

RCCEE - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

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

RN - Recém-nascido(s)

RSL - Revisão Sistemática da Literatura

SO - Sala de observações

TV - Televisão

*Um olhar sobre o desenvolvimento das crianças em idade pré-escolar  
Uma perspectiva da intervenção do enfermeiro*

## ÍNDICE

	p.
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>17</b>
<b>1 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b> .....	<b>19</b>
1.2 - A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO COMO PROMOTOR DO DESENVOLVIMENTO PSICOMOTOR EM IDADE PRÉ-ESCOLAR .....	25
<b>2 - DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS EM ESTÁGIO</b> .....	<b>33</b>
2.1 - PEDIATRIA .....	34
2.2 - NEONATOLOGIA .....	38
2.3 - URGÊNCIA PEDIÁTRICA.....	40
<b>3 - METODOLOGIA DE PESQUISA</b> .....	<b>43</b>
<b>4 - DA ANÁLISE DAS EVIDÊNCIAS PARA A REFLEXÃO SOBRE A PRÁTICA</b> .....	<b>45</b>
<b>5 - CONCLUSÃO</b> .....	<b>49</b>
<b>6 - BIBLIOGRAFIA</b> .....	<b>51</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>55</b>
ANEXO I – PROJETO DE ESTÁGIO II .....	57
ANEXO II - TESTE DE MARY SHERIDAN .....	77
ANEXO III - FOLHETO CRESCER A BRINCAR.....	83
ANEXO IV - INSTRUÇÃO DE TRABALHO "ORGANIZAÇÃO DA SALA DE ATIVIDADES LÚDICAS" .....	87
ANEXO V - AÇÃO DE FORMAÇÃO "DESENVOLVIMENTO PSICOMOTOR NA IDADE PRÉ- ESCOLAR" .....	93
ANEXO VI - ESCALA DE REGISTO CLNBAS.....	105
ANEXO VII - O RUÍDO EM NEONATOLOGIA - IMPLICAÇÕES NO SONO E DESENVOLVIMENTO DO RN.....	109
ANEXO VIII - LIMITADORES DE PESQUISA NAS BASES DE DADOS - CRITÉRIOS DE INCLUSÃO/EXCLUSÃO .....	131
ANEXO IX - CRUZAMENTO DAS PALAVRAS-CHAVE .....	135
ANEXO X - ANÁLISE DOS ARTIGOS DE INVESTIGAÇÃO .....	139

*Um olhar sobre o desenvolvimento das crianças em idade pré-escolar  
Uma perspectiva da intervenção do enfermeiro*

## **INTRODUÇÃO**

Na sequência do desenvolvimento do Estágio em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem II e Relatório, na vertente de cuidados de saúde diferenciados, surge o presente relatório para dar cumprimento ao plano curricular estabelecido para o Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem.

Este relatório contempla uma revisão da literatura sobre a temática em estudo e uma reflexão sobre a prática, desenvolvida ao longo do estágio em contexto hospitalar. O trabalho reflete as atividades implementadas tendo como referência as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (CCEE), definidas no regulamento nº 122/2011, publicado em Diário da República 2ª série, nº 35 de 18/02/2011, e as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (CEEEESCJ), definidas no regulamento nº 123/2011, publicado em Diário da República 2ª série, nº 35 de 18/02/2011.

Do desenvolvimento das atividades realizadas em estágio e da respetiva contextualização teórica, emergiu a pergunta PI[C]O, a qual nos orientou para a revisão sistemática da literatura relativa à temática em estudo.

As atividades desenvolvidas no estágio II tiveram como orientação o projeto de estágio II previamente elaborado, com particular ênfase no tema “Cuidar das crianças em idade pré-escolar - Um olhar sobre o desenvolvimento psicomotor”.

Para além da prestação de cuidados globais à criança/jovem e família, em contexto hospitalar, foi dada especial relevância ao desenvolvimento da criança em idade pré-escolar. Pretende-se evidenciar formas de cuidar contextualizadas em evidências científicas e centralizadas na criança, jovem, pais e família.

O tema **“Um olhar sobre o desenvolvimento das crianças em idade pré-escolar - Uma perspectiva da intervenção do enfermeiro”** surge pela importância do desenvolvimento da criança enquanto determinante específico da intervenção do enfermeiro junto da criança, pais e família. De salientar que este tema é igualmente defendido pela Ordem dos Enfermeiros (OE) como uma área de intervenção pertinente e urgente. Esta realça que, relativamente à saúde infantil,

(...) os enfermeiros têm um papel preponderante na educação e aconselhamento dos pais. É da sua competência avaliar o estado de saúde, crescimento e nível de desenvolvimento da criança (...) diríamos que o desafio e a urgência é, indubitavelmente, tornar a criança feliz «já», favorecer o seu desenvolvimento (...) (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2010:77).

É necessário que os pais/famílias conheçam as etapas do desenvolvimento das suas crianças/jovens. Os pais referem, frequentemente, dúvidas relacionadas com o comportamento dos seus filhos e qual a correta intervenção face aos mesmos (Opperman e Cassandra, 2001).

Os enfermeiros, na sua prática clínica, devem promover, junto dos pais e famílias, o

*Um olhar sobre o desenvolvimento das crianças em idade pré-escolar  
Uma perspetiva da intervenção do enfermeiro*

conhecimento sobre o que caracteriza a etapa do desenvolvimento, na qual a criança se insere. Devem igualmente incluir uma avaliação estruturada do desenvolvimento psicomotor da criança, com recurso a um instrumento de avaliação fidedigno e com o objetivo de caracterizar o desenvolvimento da criança e prevenir potenciais problemas (OE, 2010).

A idade pediátrica inclui as crianças e jovens com idade compreendida entre 0-18 anos sendo, em caso de doença crónica, incapacidade ou deficiência, alargada para os 21 anos (OE, 2011:12). Embora em estágio tenham sido prestados cuidados de enfermagem à generalidade das crianças em idade pediátrica, a revisão da literatura efetuada incide, em especial, sobre o desenvolvimento das crianças dos 3-5 anos.

Definiu-se como objetivo geral:

- Analisar as intervenções de enfermagem desenvolvidas em contexto de estágio com recurso à prática clínica baseada na evidência na área da Enfermagem de Saúde da Criança e Jovem

Definiram-se como objetivos específicos:

- Contextualizar teoricamente a intervenção do enfermeiro de Saúde da Criança e do Jovem relativamente à promoção do desenvolvimento na idade pré-escolar;

- Fundamentar as competências desenvolvidas em estágio no sentido de uma enfermagem avançada;

- Desenvolver a Prática Baseada na Evidência suportada na Revisão Sistemática da Literatura relativamente à promoção do desenvolvimento da criança em idade pré-escolar;

- Divulgar o resultado da reflexão efetuada com base na articulação dos cuidados prestados versus cuidados propostos pela revisão sistemática da literatura.

Incitar os enfermeiros a descobrir novas estratégias de cuidar, tendo por base a metodologia científica, para que os cuidados de enfermagem acompanhem a inovação e cresçam em qualidade, é um dos desafios deste trabalho.

## **1 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

Neste capítulo, começamos por fazer a caracterização global da criança dos 3-5 anos, o seu crescimento e desenvolvimento. Posteriormente será abordado o brincar, como atividade primordial nesta idade e a intervenção do enfermeiro como promotor do desenvolvimento psicomotor destas crianças.

A intervenção do enfermeiro tem como referência a parceria de cuidados, de acordo com Modelo de Enfermagem de Parceria nos Cuidados de Anne Casey. Será evidenciada a promoção do desenvolvimento em contexto hospitalar e, por fim, a educação para a saúde e o seu contributo nesta área de intervenção.

Verifica-se diariamente a necessidade dos pais/famílias em conhecer as etapas do desenvolvimento psicomotor das suas crianças. “Os pais têm frequentemente muitas dúvidas relacionadas com os cuidados e os comportamentos dos filhos. As preocupações habituais incluem os padrões de sono, o treino para a utilização da sanita, os cuidados dos dentes, as «birras» e a disciplina” (Opperman, 2001:118).

Também a Ordem dos Enfermeiros defende que:

A prática clínica direcionada para o acompanhamento do desenvolvimento infantil faz parte de um processo muito vasto de gestão e promoção da saúde da criança (...) deverá incluir uma avaliação do desenvolvimento psicomotor, realizada de uma forma estruturada, mensurada por um instrumento de avaliação, actuando ao nível da prevenção de potenciais problemas. Neste contexto, é crucial a existência de conhecimentos especializados e a capacidade dos profissionais para comunicar com os pais/prestadores de cuidados, estabelecendo estratégias de parceria no que se refere a comportamentos de promoção do desenvolvimento infantil (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2010:77).

### **1.1 - CRIANÇA EM IDADE PRÉ-ESCOLAR**

Considera-se como período pré-escolar o intervalo dos 3 aos 5 anos, conforme defende Whaley e Wong (1989). Contudo, este período não é estanque, uma vez que o desenvolvimento de cada criança é único e ao seu próprio ritmo (Brazelton e Greenspan, 2002).

O período do pré-escolar é uma etapa do desenvolvimento infantil que:

(...) compreende o período que se estende dos três anos até o final do quinto ano de vida. É uma idade de descobertas, imaginação, curiosidade e de desenvolvimento de padrões sócio-culturais de comportamento. (...) Numerosos autores são de opinião que o período mais crítico do desenvolvimento emocional e psicológico da criança vai desde o nascimento até o ingresso na escola (Whaley e Wong, 1989:273).

A personalidade da criança, nesta idade, constrói-se através da aquisição, com sucesso, de confiança, autonomia e iniciativa. Os pais têm nesta fase uma importância fulcral na formação da

criança e na aquisição/aperfeiçoamento destas competências. É igualmente nesta idade que a criança aperfeiçoa as suas competências a nível biológico, psicossocial, cognitivo, espiritual e adaptativo, essenciais para a etapa de desenvolvimento que se segue e das exigências a ela inerentes - a entrada para a escola (Whaley e Wong, 1989).

## **Crescimento**

O crescimento das crianças em idade pré-escolar apresenta algumas especificidades.

Nesta faixa etária, o desenvolvimento físico diminui consideravelmente de intensidade, verifica-se um abrandamento dos ritmos vitais em direção a um estatuto mais adulto e a uma harmonização do corpo (Deconchy, sem data).

O crescimento físico das crianças dos 3-5 anos diminui de ritmo face aos anos anteriores, sendo o aumento médio anual de peso cerca de 2,3 quilogramas e de altura cerca de 6,75 centímetros a 7,5 centímetros. O seu corpo é esguio, mais forte e gracioso nos movimentos (Whaley e Wong, 1989).

Os sinais vitais também adquirem algumas particularidades, a frequência cardíaca e respiratória reduzem discretamente relativamente à faixa etária anterior. Aos 3 anos a frequência cardíaca varia entre 70-110 pulsações por minuto e a frequência respiratória entre 22-34 ciclos por minuto. A tensão arterial sistólica varia entre 95-110 milímetros de mercúrio, e a diastólica varia entre 55-69 milímetros de mercúrio (Opperman e Cassandra, 2001).

A alimentação nesta idade já inclui todos os alimentos e, normalmente, as crianças já são independentes e conseguem comer sem ajuda do adulto.

As exigências calóricas diminuem ligeiramente para 80 a 90 calorias/kg de peso corporal, para uma ingestão diária média de 1800 calorias. As variações das exigências nutricionais das crianças em idade pré-escolar reflectem os rápidos períodos de crescimento e os de abrandamento. (...) A criança activa pode estar “demasiado” ocupada a brincar para querer parar e ir comer (Opperman e Cassandra 2001:137).

Nesta faixa etária, todos os dentes de leite estão habitualmente presentes. Aos 5 anos pode iniciar a erupção dentária permanente, sendo os 4 molares os primeiros a surgir.

Este período etário é igualmente caracterizado pela aquisição, pela maioria das crianças, do controlo diurno e noturno de esfíncteres. Normalmente, o controlo diurno precede o noturno, bem como o controlo intestinal precede o vesical.

Estas crianças necessitam de dormir entre 9 a 12 horas de sono noturno. Contudo, algumas já deixaram de dormir durante o dia, uma vez que, em alguns estabelecimentos escolares, o período da sesta já não está incluído nas suas rotinas. “Os pré-escolares desenvolvem muitas vezes rituais de sono, tais como: orações, histórias, aconchegar-se, uma refeição leve ou música. Muitos pais referem que deitar os filhos é uma grande tarefa” (Bolander, 1998:246).

A maioria dos sistemas orgânicos é estável e madura, sendo capazes de se adaptar a graus moderados de stress e mudança.

Cerca dos 5 anos define-se a preferência por uma das mãos (90% das crianças são dextros)

(Whaley e Wong, 1989).

A criança torna-se mais ágil com movimentos mais coordenados e complexos, fruto do aperfeiçoamento das habilidades, anteriormente aprendidas, como sejam andar, correr e saltar. "(...) o desenvolvimento da musculatura e o crescimento ósseo ainda estão longe da maturidade. O excesso de atividade e os esforços exagerados podem lesionar os delicados tecidos da criança" (Whaley e Wong, 1989:274).

Para um desenvolvimento do sistema músculo-esquelético adequado contribui a adoção de práticas saudáveis como alimentação adequada, o exercício físico, o repouso, a postura correta ou a adoção de calçado de tamanho adequado (Whaley e Wong, 1989).

### **Desenvolvimento**

A idade pré-escolar é prodigiosa em aquisições relativamente ao seu desenvolvimento, tendo cada criança o seu *timing* próprio, relativamente a novas aquisições e progressos. "As crianças atingem níveis (...) de desenvolvimento a ritmos muito diferentes. Apressá-las só terá como resultado atrasar a sua progressão" (Brazelton e Greenspan, 2002:155).

Se a criança dominar as competências adquiridas no período anterior, relativamente ao seu desenvolvimento, ela estará preparada para adquirir e dominar as competências características desta nova etapa (Whaley e Wong, 1989).

A criança canaliza a sua energia para novas aprendizagens, demonstrando-as aos seus pais, com entusiasmo. Ela aprende a interagir e a relacionar-se com outras crianças e adultos, os comportamentos socialmente aceites, o que é certo e errado e quais as suas consequências, a recompensa ou o castigo.

É na idade pré-escolar que são lançados os alicerces para o desenvolvimento moral e espiritual da criança (Bolander, 1998). Os conhecimentos sobre fé e religião são veiculados pelas pessoas significativas que a rodeiam, adotando habitualmente as práticas religiosas dos seus pais. "O pré-escolar tem uma concepção concreta de Deus, atribuindo-lhe características físicas e considerando-o muitas vezes como um amigo imaginário" (Whaley e Wong, 1989:275).

O desenvolvimento da consciência está intimamente ligado ao desenvolvimento espiritual.

O egocentrismo, característico desta idade, faz com que a criança adote uma posição autocentrada nela própria, não conseguindo ver o mundo senão do seu ponto de vista. Gosta particularmente de ter a atenção dos outros centrada em si (Faw, 1981).

Os anos pré-escolares desempenham um papel fundamental na construção da imagem corporal da criança. Reconhece a diferença de cor e raça e conhece o significado de bonito ou feio. Cerca dos 5 anos, a criança já compara a sua altura com a dos seus pares.

Contudo, estas crianças têm ainda pouco definida a noção dos seus limites corporais, e pouco conhecimento sobre a sua anatomia interna. Qualquer intervenção invasiva as amedronta, uma vez que, para elas, põe em risco a sua integridade e a sua noção de totalidade do corpo. Na perspectiva do pré-escolar, estas intervenções retiram-lhes uma parte do seu corpo. O enfermeiro especialista, na sua intervenção com estas crianças, deve ter estas particularidades em atenção, de

forma a minimizar o sofrimento da criança.

“As atitudes e as respostas das outras pessoas, diante do papel desempenhado pela criança, contribuem para a maneira como ela percebe a si própria e aos outros” (Whaley e Wong, 1989:275).

Desenvolve-se nesta faixa etária, e segundo Freud, o complexo de Édipo ou de Electra, vitais no desenvolvimento da sua personalidade.

As crianças em idade pré-escolar não distinguem a realidade da fantasia. É um período rico em associações criativas, mesmo que ilógicas.

As brincadeiras, nesta idade, são principalmente por imitação, representando assim a realidade que vivenciam, os papéis da vida de várias pessoas com quem se relacionam, os seus medos e fantasias.

As crianças em idade pré-escolar são grandes imitadoras. As suas brincadeiras envolvem, muitas vezes, a imitação dos comportamentos bons e maus dos adultos. A representação do papel do comportamento desejado é o método de ensino mais eficaz para as crianças em idade escolar. (Opperman e Cassandra, 1998:137).

Nesta faixa etária, as crianças retêm facilmente canções novas, principalmente se estas forem acompanhadas de mímica. Além de desenvolverem a linguagem e a coordenação motora, estas atividades são das preferidas destas crianças. Gostam igualmente de ouvir histórias e, cada vez mais, de as recontar, utilizando o vocabulário que, de forma exponencial, vão adquirindo.

A criança aprende cerca de quatro mil palavras. Conseguir falar permite uma série de relações sociais novas. A criança, através da linguagem, conquista uma autonomia em relação às pessoas que até então não possuía. Ela consegue reconhecer daqui para o futuro, o outro como pessoa independente. “A criança em idade pré-escolar compreende apenas o significado literal das palavras. A enfermeira pediátrica aprende a escolher expressões que não comportem outros significados” (Opperman e Cassandra, 2001:131).

### **1.1.2 - Desenvolvimento psicomotor em idade pré-escolar**

Desenvolvimento psicomotor é, segundo a Ordem dos Enfermeiros, um “Processo natural e evolutivo. Integra a coordenação, comunicação, socialização e aspetos da mobilidade. Capacidade das pessoas para interagirem com o meio envolvente através de comportamentos” (OE, 2010:101).

São vários os autores que desenvolveram teorias explicativas do desenvolvimento e comportamento humano. Elas caracterizam as várias etapas do desenvolvimento, resumindo as características gerais dos indivíduos ao longo das mesmas. Destacam-se neste trabalho as teorias de Freud, Erikson e Piaget (Bolander, 1998), por serem autores de teorias muito divulgadas, por serem referenciadas pela Ordem dos Enfermeiros no seu 1º Guia Orientador da Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, nas quais a mestrande se documenta para a prática de cuidar em enfermagem.

Freud, psicanalista de destaque, define na sua Teoria do Desenvolvimento Psicosexual, a idade dos 3-5 anos como o Estádio Fálico. Este caracteriza-se pela centralidade na genitália.

*Um olhar sobre o desenvolvimento das crianças em idade pré-escolar  
Uma perspetiva da intervenção do enfermeiro*

Desenvolve-se o complexo de Édipo nos rapazes (atração pela mãe, sendo o pai visto como rival) e o complexo de Electra nas raparigas (atração pelo pai, sendo a mãe vista como rival). Para Freud, eles são determinantes no desenvolvimento da personalidade da criança.

Na sua Teoria do Desenvolvimento Psicossocial, Erikson denomina o estágio de desenvolvimento das crianças nesta faixa etária como pertencente à Segunda Infância. A crise de desenvolvimento que caracteriza este estágio é a Iniciativa versus Culpa, onde se desenvolve o sentido realista do Eu e a habilidade para avaliar o seu próprio comportamento.

*A iniciativa é a capacidade de começar e concluir uma atividade sem grande comando dos adultos. As crianças precisam de ser encorajadas a planear e levar a cabo actividades independentes. Se são criticadas pelos seus esforços, podem desenvolver um sentimento de culpa e afetar seriamente a auto-estima (Bolander, 1998:248).*

A Teoria Cognitiva de Piaget, inclui a idade pré-escolar no Estádio Pré-Operatório, que decorre entre os 2-7 anos. Neste estágio, o método de aprendizagem eleito é o da Tentativa e Erro. A utilização do Jogo Simbólico permite à criança compreender que os objetos podem significar outros objetos ou ideias. São naturalmente egocêntricas e incapazes de aceitar a opinião do outro. Apresentam um raciocínio transductivo, caracterizado pela generalização de um facto específico para outro.

O conhecimento das várias teorias de desenvolvimento possibilita aos profissionais de saúde um conhecimento mais profundo sobre os comportamentos e competências características de cada estágio do desenvolvimento.

Conhecendo as características de cada estágio do desenvolvimento, o enfermeiro pode, com mais rigor, avaliar em que estágio as crianças se encontram, promovendo o seu normal decurso, sendo sensível à deteção precoce de desvios.

A crescente autonomia que as crianças em idade pré-escolar vão adquirindo permite-lhes, no que respeita ao seu desenvolvimento psicomotor, a conquista de algumas competências. Segurar um lápis ou pincel com as extremidades dos dedos ou utilizar a tesoura é agora mais fácil.

O desenvolvimento da motricidade fina e da coordenação motora permite a estas crianças aprimorarem estes movimentos. O desenho da figura humana começa então a desenvolver-se e, o desenho em geral, a adquirir mais pormenor e a ser menos grosseiro.

Comer com faca e garfo, segurar o copo com uma mão, comer a sopa agarrando a colher com a palma da mão, com pouco extravasamento, vestir-se sozinho, atar os sapatos ou colaborar em tarefas domésticas simples são aquisições importantes nesta faixa etária, e que devem ser elogiadas pelos pais (Whaley e Wong, 1989).

No aspeto lúdico, os jogos de encaixe, os legos, correr, saltar com os dois pés, andar em bicos de pés ou fazer jogos de equilíbrio, são atividades que lhes dão prazer e, em simultâneo, lhes permitem, de forma lúdica e agradável continuar o seu desenvolvimento psicomotor, adquirindo cada vez mais competências nesta área (Opperman e Cassandra, 2001).

Para a avaliação do desenvolvimento existem várias escalas, sendo a Escala de Avaliação do desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada (anexo II), uma das mais utilizadas, não só pela sua objetividade como pela facilidade de utilização pelos profissionais de saúde, sendo aconselhada

a sua utilização no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (Direção Geral da Saúde [DGS], 2013). Esta escala permite a avaliação do desenvolvimento das crianças dos 0 aos 5 anos, fazendo referência às competências características de cada idade em 5 áreas: postura e motricidade global; visão e motricidade fina; audição e linguagem; comportamento e adaptação social. A escala menciona ainda os sinais de alarme, as atividades promotoras do desenvolvimento e os parâmetros a avaliar em cada idade. Esta e outras escalas, utilizadas na avaliação do desenvolvimento, devem ser aplicadas em parceria com os pais e em ambiente calmo, tendo sempre em consideração a unicidade de cada criança/família.

### **1.1.3 - Brincar para crescer - O papel dos pais**

Brincar é uma necessidade vital das crianças, essencial para o seu desenvolvimento motor, emocional, mental e social, sendo a sua importância destacada no 31º princípio da Convenção sobre os Direitos da Criança.

Como referem Cibreiros & Oliveira (2001) citado por Tavares “Pensemos em brincadeira como uma atividade livre, objeto em si mesma, sem regras, a não ser as determinadas pela própria criança, envolta em fantasia e em imaginação” (Tavares, 2011:65).

É através da brincadeira que a criança conhece o mundo e se relaciona com ele. Brincar, no sentido lato, inclui brincar sozinho, com os pares, com os pais ou outros educadores. Com a brincadeira, a criança aprende a socializar-se no seu meio envolvente.

Brincar faz parte integrante da vida da criança, tendo os pais e educadores o dever vital de o promover e de não o negligenciar. Como defende Brazelton e Greenspan (2002), as crianças e os pais precisam de tempo juntos, sem nada marcado, para poderem brincar.

Brincar com os filhos além de promover momentos de prazer para ambos, reforça o vínculo pais-filhos. A brincadeira é um momento privilegiado para, de forma lúdica e agradável, ensinar regras aos filhos e proporcionar experiências afetivas e empáticas. Estes tipos de experiências são fundamentais para que a criança se desenvolva em todos domínios. Ao proporcionar brincadeiras adequadas a cada idade, às competências já adquiridas no domínio psicomotor, e com ajuda dos brinquedos adequados, os pais estão a proporcionar aos seus filhos experiências promotoras de um saudável desenvolvimento psicomotor: “Para desenvolverem o pensamento lógico-criativo, necessitam que os adultos se tornem parceiros nos jogos de faz-de-conta, nas discussões e nos debates” (Brazelton e Greenspan, 2002:155).

O tempo de estar com os filhos, de brincar com eles deve ser um tempo de qualidade e de exclusividade para ambos, sem outras tarefas em simultâneo, como efetuar as lides domésticas ou ver TV.

Muitas crianças preferem videojogos ou ver TV em detrimento de brincadeiras mais interativas e que impliquem movimento e relação com os outros. “O grande perigo da televisão está na ausência de interação. As crianças precisam do dar e tirar que mobiliza o sistema nervoso para caminhos integrados e leva ao crescimento” (Brazelton e Greenspan, 2002:170).

Através da brincadeira, pais e educadores ajudam as suas crianças a crescer e desenvolver-

se de forma harmoniosa em vários domínios, afetivos, psicomotor, cognitivo, físico e moral. Também os enfermeiros, quando cuidam de crianças, devem saber utilizar esta preciosa “ferramenta” na relação que estabelecem com elas.

A brincadeira deve fazer parte integrante do cuidar em pediatria. Tal como defende a Ordem dos Enfermeiros: “Um dos aspectos basilares em contexto hospitalar é o brincar. As crianças afastam momentaneamente os sentimentos de sofrimento, refletem sobre a situação e criam estratégias para um desfecho mais satisfatório da situação” (OE, 2010:96).

## 1.2 - A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO COMO PROMOTOR DO DESENVOLVIMENTO PSICOMOTOR EM IDADE PRÉ-ESCOLAR

Este capítulo tem como objetivo abordar a intervenção do enfermeiro especialista à criança em idade pré-escolar e seu desenvolvimento psicomotor, tema central deste trabalho. Inicialmente será abordado o Modelo de Enfermagem selecionado para cuidar em pediatria- Modelo de Enfermagem de Parceria nos Cuidados de Anne Casey. Em seguida será abordada a intervenção do enfermeiro junto da criança/família hospitalizada, numa perspetiva de promoção do desenvolvimento psicomotor. Por fim a intervenção do enfermeiro, junto da criança/família, em sessões de educação para a saúde direcionadas para o desenvolvimento psicomotor em idade pré-escolar.

### 1.2.1 - Parceria com os pais

No sentido de se obter um cuidar de excelência em Pediatria, desenvolve-se uma mudança constante na prática de enfermagem, evoluindo do cuidar centrado apenas na criança para adotar o cuidar centrado na criança/família, numa perspetiva de parceria de cuidados.

Atualmente, a enfermeira especialista em enfermagem de saúde da criança e jovem, está muito sensível ao envolvimento e participação ativa dos pais na prática no cuidar à criança, desenvolvendo com estes um processo de parceria. Esta requer uma interação integral da família de forma a proporcionar condições potenciadoras de um desenvolvimento global da criança (Mendes e Martins, 2012).

Também a Ordem dos Enfermeiros, no seu guia Orientador de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, (citando Bellman, Lingam e Aukett, 1996), refere a importância de cuidar em parceria com a família. “Promover o desenvolvimento infantil, é ajudar a criança em parceria com a família, na sua circunstância de vida e no seu tempo, a desenvolver-se dentro dos padrões esperados para a sua idade, respeitando o seu ritmo” (OE, 2010:71).

Nesta perspetiva, “O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem utiliza um modelo conceptual centrado na criança e família encarando sempre este binómio como beneficiário dos seus cuidados (...) trabalha em parceria com a criança/família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre (...)” DR nº35 de 18/02/2011.

O modelo concetual privilegiado para Cuidar em Pediatria e que integra os pressupostos

acima descritos é o Modelo de Enfermagem de Parceria nos Cuidados de Anne Casey (1988).

Com a adoção deste modelo, na prática de cuidar em Pediatria

(...) o enfermeiro deveria prestar apenas cuidados de enfermagem ou cuidados especializados, quando tal se justifique, incentivando os pais a prestar os cuidados familiares, de suporte às necessidades básicas (...). Só deverá imiscuir-se se a família não tiver as capacidades ou conhecimentos necessários para garantir a eficácia desses mesmos cuidados (Ferreira e Costa, 2004:55).

Este modelo favorece o desenvolvimento da criança/família, em todas as dimensões, como sejam a física, emocional, moral e social.

No modelo de Anne Casey (1993), os enfermeiros cuidam em parceria com os pais/familiares, sendo estes últimos os agentes privilegiados para ajudar a criança/jovem a satisfazer as suas necessidades. As crianças/jovens também são agentes ativos e coparticipantes nos cuidados. Esta participação varia de acordo com a idade e etapa de desenvolvimento.

O enfermeiro estabelece parceria com a criança/jovem/família em todas as etapas do processo de enfermagem. Esta parceria permite aos enfermeiros desenvolver competências de comunicação, de ensino e de trabalho de grupo.

Os cuidados de enfermagem podem ser prestados pela família, com o devido apoio e ensino prévios (Casey, 1993).

Mesmo nos cuidados de enfermagem que envolvam maior diferenciação técnica, os pais participam ativamente em parceria com os enfermeiros, colaborando de acordo com as suas possibilidades e envolvendo-se nos cuidados conforme o que foi, por ambos, definido. São eles que conhecem melhor a criança e são a sua principal fonte de conforto.

Segundo Casey (1993), não devem existir fronteiras bem definidas nem compartimentalização de funções, mas sim uma complementaridade nas ações desenvolvidas pelos parceiros nos cuidados, de forma a maximizar o bem-estar da criança/jovem.

### **1.2.2 - Em contexto hospitalar**

Ao enfermeiro especialista em Enfermagem de saúde da Criança e do Jovem é-lhe atribuída, de acordo com os respetivos padrões de qualidade dos cuidados especializados, a responsabilidade de cuidar com “O rigor técnico/científico na implementação das intervenções de enfermagem que visem a aplicação do conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento, e respetiva avaliação” (OE, 2011:10).

Na avaliação inicial, o enfermeiro faz um diagnóstico relativo ao desenvolvimento da criança, de forma a planear e executar intervenções específicas conducentes a um desenvolvimento psicomotor dentro dos padrões definidos como normalidade.

A utilização, em parceria com os pais, de escalas de avaliação do desenvolvimento, como a Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada, permite ir aferindo em simultâneo, a especificidade de cada criança em relação ao desenvolvimento normal esperado.

No cuidado à criança em idade pré-escolar, o enfermeiro intervém ativamente junto da criança, em parceria com os pais/família, realizando atividades que promovam o seu

*Um olhar sobre o desenvolvimento das crianças em idade pré-escolar  
Uma perspectiva da intervenção do enfermeiro*

desenvolvimento e utilizando materiais lúdicos adequados e estimulantes de forma a captar o interesse e adesão da criança. Com uso adequado de jogos, puzzles, livros, bolas, lápis de cor e outros brinquedos, podem ser estimuladas as várias competências, relativas ao desenvolvimento, no que respeita à motricidade global, à visão e manipulação, à audição e linguagem e ao comportamento e adaptação social.

Com a avaliação dos resultados obtidos e as competências adquiridas, por parte da criança, o enfermeiro reformula o seu planeamento inicial, de forma a programar novas intervenções de enfermagem que estimulem o desenvolvimento psicomotor da criança.

Para além de desenvolver competências específicas no cuidado global da criança em idade pré-escolar, no âmbito da promoção da saúde, desenvolvendo educação para a saúde, junto dos seus parceiros (pais/família), o enfermeiro realiza outras intervenções, no âmbito dos cuidados de saúde diferenciados.

A hospitalização de uma criança é sempre uma situação que provoca alteração na dinâmica familiar e geradora de stress para a criança/pais/família.

As crianças são especialmente vulneráveis à hospitalização devido ao seu limitado número de mecanismos para lidar com o stress, bem como pelo facto da mesma alterar significativamente a sua rotina familiar (sem esquecer referir a sua alteração do estado de saúde, que por si só já é um factor condicionante). A forma como cada criança reage à doença e à hospitalização difere entre elas e depende da idade que apresenta, nível de desenvolvimento e rede de apoios disponíveis (Tavares, 2011:45).

O enfermeiro especialista, conhecendo os principais factores de stress na criança hospitalizada e as características de cada criança/família, planeia a sua intervenção específica com o objetivo de alcançar o bem-estar desta e minimizar o efeito da hospitalização. "(...) as enfermeiras deverão proporcionar um acolhimento baseado na reciprocidade, acolhendo a criança e família e deixando-se acolher, passando do acolhimento ao envolvimento, progredindo assim para uma relação terapêutica" (Tavares, 2011:32). Apresentando-se com um sorriso, dizendo o seu nome e chamando a criança pelo seu nome, apresentando o espaço físico e a equipa presente, o enfermeiro proporciona um clima de tranquilidade e confiança.

Devem ser considerados os factores de stress físicos (que incluem a dor e desconforto, a imobilidade, a privação de sono ou a alteração no seu padrão alimentar e dos seus hábitos de eliminação), os factores de stress psicológicos (que incluem a falta de privacidade, a incapacidade para comunicar, o inadequado conhecimento ou compreensão da situação e a gravidade da doença) e os factores de stress ambientais (que incluem o ambiente estranho e pouco familiar, os sons, luzes e odores estranhos, pessoas desconhecidas-profissionais de saúde e outras crianças/famílias internadas, comentários inadequados) (Tavares, 2011).

O enfermeiro especialista, na sua intervenção com a criança/família deve preocupar-se em prevenir ou atenuar a separação da criança e família, estimular o sentido de controlo e prevenir ou atenuar a lesão e dor corporal (Whaley e Wong, 1989).

Com a permanência dos pais durante o internamento, conforme preconizado na Carta da Criança Hospitalizada (Instituto de Apoio à Criança [IAC], 2008) ou a presença dos seus brinquedos ou objetos transacionais junto da mesma, o enfermeiro minimiza a ansiedade da separação, quer

dos seus familiares quer da sua casa e seus pertences.

O pensamento mágico e egocêntrico característico destas crianças faz com que, frequentemente associem o internamento a punição por erros imaginários ou reais, experimentando sentimentos de vergonha, culpa e medo (Whaley e Wong, 1989). Cabe ao enfermeiro desmistificar esse tipo de sentimentos, promovendo a sua expressão verbal, através da dramatização ou do desenho, reduzir ao máximo os procedimentos invasivos ou que provoquem dor e utilizar os meios ao seu dispor (medidas farmacológicas e técnicas não farmacológicas de controlo da dor) para, de forma lúdica, minimizar a dor e os efeitos nefastos da hospitalização.

Ao enfermeiro especialista, no exercício das suas competências específicas definidas no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, cabe a desafiadora mas muito gratificante missão de cuidar das crianças/famílias a eles confiados, com saber e arte, promovendo o seu desenvolvimento, mesmo em situação de doença, com ou sem hospitalização, e minimizando os efeitos adversos que possam delas advir. Cumprindo este propósito, seguramente que o enfermeiro experienciará o sentimento de missão cumprida.

### **1.2.3 - Educação para a saúde**

Educação para a Saúde é definida pela OMS como “uma qualquer combinação de experiências de aprendizagem destinadas a ajudar os indivíduos e comunidades a melhorar a sua saúde, por meio do aumento dos seus conhecimentos ou influenciando as suas atitudes” (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2015).

Também Tones e Tilford (1994), citados por Carvalho e Carvalho, definem educação para a saúde como sendo

(...) toda a actividade intencional conducente a aprendizagens relacionadas com saúde e doença (...), produzindo mudanças no conhecimento e compreensão e nas formas de pensar. Pode influenciar ou clarificar valores, pode proporcionar mudanças de convicções e atitudes; pode facilitar a aquisição de competências; pode ainda conduzir a mudanças de comportamentos e de estilos de vida (Carvalho e Carvalho, 2006:21).

A educação para a saúde é uma ferramenta privilegiada dos enfermeiros na promoção da saúde e de hábitos de vida saudáveis. Estes devem aperfeiçoar as suas competências neste domínio, de forma a colaborar com os pais, em parceria, na promoção de um adequado desenvolvimento psicomotor dos seus filhos. Tal como referido no enunciado descritivo dos Padrões de Qualidade, os enfermeiros devem fomentar

A criação e aproveitamento de oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adopção de comportamentos potenciadores de saúde. (...) O fornecimento de informação orientadora dos cuidados antecipatórios, dirigida às famílias, para maximização do potencial de desenvolvimento infanto-juvenil (OE, 2011:7).

A orientação nutricional, a prevenção de acidentes, o crescimento e desenvolvimento psicomotor esperado, bem como as brincadeiras adequadas a esta faixa etária, são alguns dos temas a abordar com os pais. Contudo, deve ser salvaguardado o ritmo de cada criança. Os pais

*Um olhar sobre o desenvolvimento das crianças em idade pré-escolar  
Uma perspectiva da intervenção do enfermeiro*

devem ter consciência que cada criança tem o seu ritmo de desenvolvimento e, uma estimulação exagerada ou, em oposição, descuidada, são prejudiciais ao seu saudável desenvolvimento.

Os pais, em colaboração com o enfermeiro, devem averiguar se o desenvolvimento da sua criança permite iniciar o treino de esfíncteres, normalmente iniciado com o treino intestinal e só depois o vesical. É importante salvaguardar que, sem a maturação necessária, este treino não tem sucesso, pelo que deve ser respeitada a unicidade de cada criança.

Conforme a criança vai dando cada passo, os pais podem elogiá-la e respeitar a forma como a criança contribuiu para o seu treino do controlo das necessidades fisiológicas. Se a forçarem, ou se lhe retirarem a sua contribuição pessoal, os pais perdem uma oportunidade para encorajar a sua sensação de domínio (Brazelton e Sparrow, 2008:389).

A vacinação preconizada pelo Programa Nacional de Vacinação e o cumprimento das consultas de vigilância de saúde preconizadas pelo Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, bem como os temas a abordar por ele sugeridos, devem ser incluídos nas sessões de educação para a saúde.

As sessões de educação para a saúde devem orientar os pais para a necessidade de estabelecer regras e limites e devem incluir algumas estratégias que os ajudem a lidar com as birras ou com a resistência à autoridade parental. O reforço do comportamento desejado e a punição do comportamento indesejável também devem ser temas a abordar. “Os pais, às vezes, punem as crianças para coibir um comportamento indesejável, mas as crianças geralmente aprendem mais quando são reforçadas por bom comportamento” (Papalia, Olds e Feldman, 2006:332).

Os pais devem ser tranquilizados relativamente aos pesadelos, habituais nesta idade e de como lidar com eles. As rotinas diárias, as horas de sono e das refeições também são tema a abordar. Os pais devem ser aconselhados a manter uma rotina diária relativamente ao horário de deitar dos seus filhos, bem como das atividades a ele subjacentes, como sejam a higiene oral antes de deitar, o conto de uma história, o aconchego da roupa, as manifestações de afeto, a disponibilização de um objeto transacional (boneco ou brinquedo da preferência da criança, que a ajuda a reduzir a ansiedade) e que a acompanha habitualmente na cama. Estas atividades rotineiras ajudam a criança a acalmar, na hora de deitar, proporcionando-lhes o conforto e tranquilidade necessários ao sono tranquilo (Whaley e Wong, 1989).

A educação alimentar deve ser igualmente um assunto a abordar nas sessões de educação para a saúde. Embora seja preocupação frequente dos pais a quantidade de alimentos ingerida pelos seus filhos, deve ser destacada a importância da qualidade dos mesmos. “Um regime alimentar equilibrado e variado constitui uma necessidade irredutível da criança, sendo consignado na Declaração Universal dos Direitos da Criança” (OE, 2010:81).

Whaley e Wong (1989) e Brazelton e Greenspan (2002) fazem referência nas suas obras a alguns dos temas a abordar com os pais. Destacam-se as preferências e caprichos alimentares, as birras e desafios à autoridade parental à mesa, bem como a sugestão de algumas estratégias a adotar. Os autores referem também que os pais devem ser aconselhados a ser assertivos e coerentes na abordagem da criança e consideram que estes são vistos como um exemplo pelos filhos.

*Um olhar sobre o desenvolvimento das crianças em idade pré-escolar  
Uma perspectiva da intervenção do enfermeiro*

Os brinquedos mais adequados a cada idade, os livros e a sua leitura pelos pais aos filhos, o estímulo pelo desenho e pela pintura bem como outras artes manuais são igualmente temas a incluir nas sessões.

Os pais devem ser preparados para o alto nível de imaginação da criança, a qual gosta de exagerar, e que não deve confundir com a mentira (Whaley e Wong, 1989).

A educação para os afetos e a educação sexual devem ser incluídas igualmente na partilha de conhecimentos com os pais e educadores.

Os enfermeiros devem sensibilizar os pais para, no meio da “atividade frenética do dia-a-dia”, guardarem algum tempo para se dedicarem exclusivamente aos seus filhos e salvaguardarem a importância da qualidade em detrimento da quantidade de tempo que passam com eles.

É importante partilharmos das magias das crianças. Brincar com elas, rebolar pela relva, fazê-las sentir a doçura do cheiro da brisa sobre o rosto, sentir a textura da natureza, sentir a frescura da água sobre a pele, o perfume das flores sobre as mãos, a alegria de cantar e desafinar, a emoção de sorrir, de estar e partilhar, de tropeçar mas se erguer lutar, e alcançar. Isto são gestos de amor que podem fazer com que as crianças cresçam mais felizes e saudáveis (OE, 2010:91).

Os pais devem igualmente ser sensibilizados para a necessidade de disciplina e coerência nas suas atitudes e comportamentos.

Quando a disciplina é estabelecida como uma aprendizagem e é reforçada com muita empatia e carinho, as crianças sentem-se bem por seguirem as regras (...) A disciplina tem a ver com ensinar, *não* com punir. (...) Portanto, na ocasião em que surge a necessidade de disciplina, o primeiro passo é usar medidas que interrompam rapidamente o ciclo (contensão, isolamento, afastamento). O próximo passo é explicar isto à criança. (...) O objetivo é ensinar à criança a controlar os seus próprios impulsos (Brazelton e Greenspan, 2002:190).

É igualmente de salientar, junto dos pais, que a par do desenvolvimento emocional da criança também se desenvolve a sexualidade na infância. Na idade pré-escolar ocorrem importantes descobertas e explorações a respeito dos órgãos sexuais, das diferenças entre o corpo feminino e o masculino. A masturbação é recorrente, mas sem malícia no ato, que se resume a um gesto agradável. O enfermeiro deve alertar os pais para as perguntas que possam surgir nomeadamente sobre sexo e reprodução. A verdade deve nortear todas as respostas. Deve ser averiguado o que realmente a criança sabe e pensa sobre o assunto e responder apenas ao que é perguntado (Whaley e Wong, 1989).

O exercício físico adaptado a esta idade deve ser fomentado, este estimula a coordenação motora, fundamental para um bom desenvolvimento psicomotor. O jogo da “macaca”, jogar à bola, saltar à corda ou andar de bicicleta são ótimos exemplos de atividades que, de uma forma lúdica, contribuem para o saudável e adequado desenvolvimento psicomotor.

A prevenção de acidentes é outro assunto fundamental a incluir nas sessões de educação para a saúde. Os pais devem ser instruídos sobre os acidentes mais frequentes nesta idade e como os prevenir. Deve ser abordada a prevenção de acidentes rodoviários, quedas, intoxicação com produtos tóxicos de uso doméstico como os detergentes, as queimaduras e as lesões por instrumentos cortantes (Opperman e Cassandra, 2001).

*Um olhar sobre o desenvolvimento das crianças em idade pré-escolar  
Uma perspectiva da intervenção do enfermeiro*

A criança em idade pré-escolar acredita sincera e inquestionavelmente as regras e valores dos seus pais. Através do seu exemplo os pais podem ser excelentes educadores relativamente à segurança dos seus filhos e na prevenção de acidentes.

É nesta faixa etária que muitas crianças iniciam a sua vida escolar e a frequência de um jardim-de-infância. Aqui têm a oportunidade de aprenderem a cooperação em grupo e de se ajustar às várias diferenças socioculturais dos seus pares. “O jardim-de-infância estimula intensamente o desenvolvimento da linguagem, assim como o desenvolvimento físico e social da criança (...)” (Whaley e Wong, 1989:282). O enfermeiro deve colaborar com os pais e alertá-los para alguns comportamentos que possam surgir por parte das crianças.

O enfermeiro, quer seja dos cuidados primários ou diferenciados, na sua arte de cuidar, é um parceiro privilegiado dos pais na árdua tarefa de educar os filhos e de lhes proporcionar um desenvolvimento saudável ao longo da sua vida.

*Um olhar sobre o desenvolvimento das crianças em idade pré-escolar  
Uma perspetiva da intervenção do enfermeiro*

## **2 - DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS EM ESTÁGIO**

No decorrer do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (CMESC.J), surge a unidade curricular de Estágio de Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem II, que decorreu em contexto de cuidados de saúde diferenciados.

Este estágio II foi desenvolvido nos serviços de Pediatria de um Hospital Distrital, em regime PPP, numa Unidade de Neonatologia de um serviço de Obstetrícia e na Urgência Pediátrica de um Hospital Distrital, em regime EPE.

Foi elaborado um projeto de estágio II (anexo I) onde foram propostas atividades, para cada contexto de estágio, com vista à aquisição de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, e que serviram de referência no decurso do estágio (anexo1).

O estágio decorreu, respetivamente, nos seguintes locais e datas:

- Serviço de Pediatria – 28/10/2013 a 06/12/2013;
- Unidade de Neonatologia – 09/12/2013 a 24/01/2014;
- Serviço de Urgência Pediátrica – 3/02/2014 a 28/02/2014.

Houve interrupção de estágio para período de férias de Natal entre 23/12/2013 e 05/01/2014.

Para a aquisição de competências comuns e específicas do enf<sup>o</sup> especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem contribuíram:

- As competências já adquiridas, no âmbito do enf<sup>o</sup> generalista, uma vez que, desde o ano 2000 o contexto laboral é o serviço de Pediatria de um Hospital Distrital em regime EPE. Neste contexto laboral, a atividade de enf<sup>a</sup> generalista é desenvolvida nas 3 valências que compõem o serviço de Pediatria (Internamento de Pediatria/Urgência Pediátrica/Ambulatório Pediátrico), tendo como população alvo as crianças e jovens até aos 18 anos de idade e respetivas famílias. Por esse motivo, a prática diária enquanto enf<sup>a</sup> generalista neste serviço e a pesquisa bibliográfica efetuada ao longo do tempo permitiu um prévio conhecimento sobre o Cuidar na área Pediátrica;
- As competências adquiridas no decorrer do estágio I;
- O conhecimento das competências comuns e específicas do enf<sup>o</sup> especialista em Enfermagem de Saúde na Criança e no Jovem, divulgadas pela OE respetivamente em Maio e Outubro de 2010;
- O gosto e interesse pessoal por cuidar em Pediatria e, em especial, pelo cuidar de crianças em idade pré-escolar e respetivas famílias;
- A elaboração do projeto de estágio II e respetiva discussão com os enf<sup>o</sup> cooperantes e prof<sup>a</sup> orientadora em cada contexto de estágio;
- O cumprimento das atividades propostas no projeto de estágio II e desenvolvidas

*Um olhar sobre o desenvolvimento das crianças em idade pré-escolar  
Uma perspectiva da intervenção do enfermeiro*

nos serviços acima referidos, envolvendo as crianças e jovens em todo o processo de cuidar, numa perspetiva de parceria e corresponsabilização no processo de saúde/doença, tendo como base o Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey;

- Desenvolvimento de pesquisa bibliográfica relativa ao cuidar da criança/jovem e família e, em particular, relativa ao tema do projeto;
- Reflexão individual e com os en<sup>f</sup>o cooperantes sobre a prática diária dos cuidados de enfermagem em Pediatria, como forma de adquirir/melhorar as competências pessoais e maximizar a qualidade dos cuidados prestados;
- Utilização e divulgação do preconizado na carta da criança hospitalizada.

## 2.1 - PEDIATRIA

O estágio no contexto de Pediatria Médica e Cirúrgica foi desenvolvido no serviço de Pediatria de um Hospital Distrital. Neste serviço estão internadas crianças que necessitam de cuidados no âmbito da pediatria médica, cirúrgica e ortopédica.

A metodologia utilizada na organização dos cuidados é o método de enfermeiro de referência. Este é o método de excelência no cuidar da criança e jovem/família, e o recomendado pela Ordem dos Enfermeiros no Regulamento dos Padrões de Qualidade do Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e Jovem (OE, Novembro 2013). Este método é "(...) imprescindível para uma prestação de cuidados de elevado nível de complexidade, que contemple e promova a satisfação da criança/jovem (...)" (OE, 2013:16).

O processo de enfermagem é aplicado com recurso à terminologia CIPE e o registo informático é realizado em aplicativo da Glintt. O aspeto arquitetónico do serviço é pouco atrativo uma vez que prevalece o preto e o branco. Este é minimizado pelo profissionalismo da equipa de enfermagem, sempre preocupada em diminuir os fatores de stress na criança hospitalizada. A utilização de fardamento com motivos infantis pela equipa de enfermagem deste serviço promove uma aproximação natural às crianças e evita o medo clássico da "bata branca".

(...) as crianças se encontram fisicamente debilitadas, em sofrimento, afastadas de seu ambiente social e familiar, das atividades cotidianas e escolares e de seus pares, deparando-se com um espaço desconhecido e "frio", tendo em sua volta pessoas estranhas vestidas de branco com instrumentos assustadores e que, ainda, realizam procedimentos dolorosos e, tudo isto misturado com a ansiedade, o medo e aliados a espera da alta, que parece interminável (Batista, 2003:17).

As crianças estão acompanhadas, durante o dia por um ou ambos os pais e à noite, por um destes, condição primordial para a prestação de cuidados centralizados na família e conforme preconizado na Carta da Criança Hospitalizada (IAC, 2008).

Dando cumprimento ao proposto no projeto de estágio II, e em cada turno, foram prestados cuidados de acordo com a metodologia do processo de enfermagem, negociando com a criança/jovem e família a participação ativa em todo o processo de cuidar, conducente à sua independência e bem-estar. Esta negociação foi visível na decisão sobre a forma de participar nos procedimentos, tais como, na administração de terapêutica e realização de pensos, na definição de

*Um olhar sobre o desenvolvimento das crianças em idade pré-escolar  
Uma perspectiva da intervenção do enfermeiro*

estratégias de adaptação das rotinas da criança/pais e na decisão sobre a ocupação lúdica da criança durante a permanência na unidade hospitalar.

A utilização de várias técnicas/estratégias de comunicação, de acordo com a idade da criança e estágio de desenvolvimento foram primordiais para o estabelecimento de uma relação de parceria com a criança/jovem e família. Houve a preocupação em utilizar vocabulário simples, objetivo, e centrado na criança, solicitando a sua participação nos procedimentos. Foi gratificante conseguir o envolvimento e a parceria com crianças mais tímidas e com as que ainda têm a representação social do enfermeiro associada a cuidados, por vezes traumáticos. A conquista da sua confiança foi baseada na verdade e na comunicação adequada à sua idade. “As crianças e os pais têm o direito a receber uma informação adaptada à sua idade compreensão” (IAC, 2008:9).

Para a enfermeira que dedica tempo a uma criança, estabelecendo relacionamento positivo com ela, geralmente lhe será mais fácil obter a sua cooperação. Se o relacionamento for baseado em confiança, a criança associará a enfermeira com atividades de assistência que na maioria das vezes lhe proporcionam conforto e prazer, e não como alguém que traz desconforto e estresse (Whaley e Wong, 1989:469).

Tal como Anne Casey defende no seu modelo de Parceria de Cuidados, citado por Ferreira e Costa, “(...) para preservar o crescimento e desenvolvimento da criança, os cuidados a esta devem ser em forma de proteção, estímulo e amor” (Ferreira e Costa, 2004:51). Assim, de acordo com a autora, os pais são os melhores e mais privilegiados parceiros no processo de cuidar dos seus filhos. A participação das crianças/jovens/pais nos cuidados implica uma relação de parceria entre este e a equipa de enfermagem, em que as ações desenvolvidas por cada um dos intervenientes são complementares entre si, e com o objetivo final da maximização do bem-estar da criança.

Esta parceria inicia-se logo no momento da admissão da criança e estende-se ao longo de todo o período de permanência destes na instituição.

Aquando da realização da avaliação inicial efetuada com crianças hospitalizadas, foi incluída a avaliação do seu desenvolvimento psicomotor, com base na Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada.

Na perspetiva de melhoria contínua dos cuidados prestados, foi promovida a reflexão/partilha de experiências, com os enfermeiros do serviço, sobre a aplicação da referida escala, bem como a sensibilização dos mesmos para as vantagens da sua utilização na avaliação inicial, efetuada no acolhimento da criança/jovem e família. Foi deixado no serviço um exemplar da Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan, de forma a agilizar a sua utilização.

A avaliação do desenvolvimento deve ser efetuada sistematicamente, uma vez que, através dela, podem ser detetados precocemente alguns desvios do desenvolvimento padronizado. Esta avaliação reveste-se de particular importância, sendo a sua aplicação recomendada pelo Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil do Ministério da Saúde (DGS, 2013:58). Esta intervenção de enfermagem requer rigor técnico-científico e a sua implementação defendida nos padrões de qualidade dos cuidados especializados de saúde da criança e do jovem da OE (2011:10). Para além da entrevista aos pais, a avaliação do desenvolvimento realiza-se através do brincar com a criança, com recurso aos materiais necessários e preconizados. Durante a avaliação, e de acordo com a idade, foi pedido à criança que construísse uma torre com cubos, que identificasse algumas cores,

*Um olhar sobre o desenvolvimento das crianças em idade pré-escolar  
Uma perspetiva da intervenção do enfermeiro*

que desenhasse a figura humana, um quadrado ou um triângulo e que nomeasse o seu nome, idade e morada.

No cuidar das crianças e famílias foi incentivado/valorizado a importância de brincar em família, das brincadeiras e brinquedos adequadas à idade, que sejam potenciadores do desenvolvimento psicomotor.

Foram desenvolvidas brincadeiras com as crianças internadas, com a participação dos pais, tendo a preocupação de estas serem promotoras do desenvolvimento psicomotor, utilizando vários jogos, materiais lúdicos (bonecos, carros, bolas, livros, legos, materiais de desenho e pintura) e canções. O objetivo desta intervenção de enfermagem, para além de lúdico, conferindo às crianças satisfação e alegria no momento, tem um papel demonstrativo para os pais e enfermeiros do serviço, para que estes as continuem a desenvolver *a posteriori*. Como complemento foi disponibilizado folheto elaborado para o efeito (anexo III). Estas brincadeiras foram desenvolvidas principalmente no quarto das crianças e na sala de atividades lúdicas. Na sala de tratamentos eram desenvolvidas as brincadeiras e dramatizações específicas para os procedimentos aí efetuados.

A sala onde são desenvolvidas atividades lúdicas é a mesma onde são servidas as refeições às crianças. Este facto dificulta a organização do espaço para as diferentes atividades lúdicas, uma vez que a sua utilização várias vezes por dia, para disponibilizar as refeições às crianças aí internadas, bem como a subsequente higienização, diminui o tempo de utilização do espaço para brincar.

A ideal organização da sala por “cantinhos” (de leitura, de teatro, de construções e jogos, de brincar ao faz de conta) ficou assim dificultada.

Mesmo com este constrangimento, os brinquedos contidos na sala foram arrumados e dispostos pelos vários armários de forma a individualizar os espaços existentes de acordo com as atividades a desenvolver e as idades alvo. Foi criada uma caixa onde diariamente era colocada uma história infantil, para fomentar a leitura das crianças e suas famílias. Foi igualmente elaborado uma instrução de trabalho sobre “Organização da sala de atividades lúdicas” (anexo IV) que ficou para aprovação institucional e que permite regulamentar e definir a sua utilização. Estas atividades tiveram como objetivos, fomentar a atividade lúdica em contexto de internamento hospitalar e promover atividades com as crianças que promovam o seu adequado desenvolvimento psicomotor. Estas atividades proporcionaram o desenvolvimento da competência “Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem”, e em especial a unidade de competência específica “Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil” definida no regulamento nº 123/2011, publicado em DR de 18/02/2011.

Como brincar é uma atividade primordial na vida da criança e do seu normal desenvolvimento, a sala de atividades num serviço de Pediatria é uma zona de destacada importância. Nela foram desenvolvidas e incentivadas brincadeiras adequadas a cada criança/família, de acordo com a sua faixa etária. Salienta-se o facto de não existir educadora de infância neste serviço, pelo que a atividade lúdica das crianças deve ser orientada pela equipa de enfermagem. Brincar, é uma atividade basilar em Pediatria, tendo sido parte integrante das intervenções de enfermagem desenvolvidas. Através do brincar demonstramos e desmistificamos

*Um olhar sobre o desenvolvimento das crianças em idade pré-escolar  
Uma perspetiva da intervenção do enfermeiro*

procedimentos, tranquilizamos a criança, conhecemo-la e conquistamos a sua confiança e, não menos importante, é pela brincadeira que a criança nos transmite as suas vivências. “Brincar é um dos aspetos mais importantes na vida de uma criança e um dos instrumentos mais eficazes para diminuir o stress” (Whaley e Wong, 1989:452). Mas brincar é também “a forma que a criança tem para, ativamente, expressar os seus medos, ansiedades e frustrações. Brincando a criança expressa de forma simbólica as suas fantasias, desejos e experiências vividas” (Tavares, 2011:65).

Brincar é igualmente útil no controlo da dor. A brincadeira terapêutica foi igualmente utilizada em estágio nomeadamente na preparação para procedimentos dolorosos.

As unidades pediátricas, ao desenvolver uma abordagem centrada na brincadeira lúdica e terapêutica podem criar *kits* temáticos (ex: Kit sem Dói-dói), com «artigos destinados ao alívio do medo, ansiedade e dor, que vão desde medicamentos de ação tópica no controlo da dor, a material didático e lúdico para desviar a atenção da criança/adolescente da técnica dolorosa, através do brincar (Ordem dos enfermeiros [OE], 2013:37)

Foram utilizadas, em parceria com a criança/jovem e família, escalas de avaliação da dor, adequadas à faixa etária, conforme preconizado pela OE (2008) no guia orientador da boa prática-Dor. Foram desenvolvidas intervenções de enfermagem, no âmbito dos cuidados especializados, com o objetivo de minimizar a dor na criança/jovem, recorrendo à gestão adequada de medidas farmacológicas e implementação de medidas não farmacológicas de controlo da dor. Foi igualmente desenvolvida educação para a saúde sob o mesmo tema, à criança/jovem e família.

(...) cuidar a criança e o adolescente com dor exige, para além de um franco conhecimento dos fármacos analgésicos existentes no mercado e dos seus critérios de administração, uma consciência perfeita e profunda de terapias não farmacológicas no alívio da dor (OE, 2013:7).

Estas intervenções tiveram particular destaque no cuidado da criança submetida a cirurgia e/ou com patologia do foro ortopédico, pela dor que lhe é inerente. Foi gratificante cuidar destas crianças e jovens, uma vez que no contexto laboral da mestranda não são prestados cuidados nestas áreas. A aquisição de competências específicas no cuidado de enfermagem nestas áreas foi uma das mais-valias do estágio neste serviço, pela diversidade de patologias do foro cirúrgico com que foi possível contactar.

A oportunidade de prestar cuidados a crianças/jovens nas situações de especial complexidade, algumas inseridas em famílias de contextos sociais adversos, permitiu igualmente desenvolver competências específicas nesta área e, posteriormente, pela avaliação efetuada, observar a eficácia da aplicação das mesmas. Estas atividades dão visibilidade à competência “Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade”, definida no regulamento nº123/2011, publicado em DR de 18/02/2011.

Neste estágio foram igualmente adquiridas competências na área da gestão dos recursos humanos, dos cuidados e de materiais, em consonância com a competência “Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados”, definida no regulamento nº122/2011, publicado em DR de 18/02/2011.

Para a sua concretização foi efetuada reunião com a enf<sup>a</sup> chefe do serviço para conhecimento das atividades desenvolvidas no âmbito da gestão e participação nas atividades de

*Um olhar sobre o desenvolvimento das crianças em idade pré-escolar  
Uma perspetiva da intervenção do enfermeiro*

gestão desenvolvidas pela mesma, nesse período. Ao longo do estágio foi possível participar na gestão dos recursos humanos e materiais, uma vez que a enf<sup>a</sup> cooperante era a coordenadora do serviço. O facto deste contexto de estágio estar inserido numa instituição em regime de PPP, permitiu contactar com uma estratégia de gestão diferente da realidade laboral da mestranda. A missão e objetivos institucionais, a avaliação de desempenho, o recrutamento e progressão na carreira e a gestão de recursos humanos e materiais contemplam algumas diferenças, o que enriqueceu este estágio. Pôde constatar-se que a filosofia de gestão dos serviços é aproximada da praticada em instituições privadas, com otimização e rigor na gestão dos recursos, preocupação em minimizar desperdícios e com recrutamento diferente do efetuado nas instituições públicas.

No sentido de aperfeiçoamento da competência “Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento” definida no regulamento nº 122/2011, publicado em DR de 18/02/2011, realizou-se uma reunião com a equipa de enfermagem, com a finalidade de partilhar informação sobre o tema “Desenvolvimento psicomotor na faixa etária dos 3-5 anos” e troca de experiências entre a mestranda e a assembleia (enfermeiros da prestação de cuidados, enf<sup>a</sup> chefe, enf<sup>a</sup> coordenadora/cooperante e assistente social do serviço). A apresentação utilizada na reunião pode ser consultada no anexo V.

## 2.2 - NEONATOLOGIA

O estágio de neonatologia decorreu na Unidade de neonatologia do serviço de obstetria de um hospital distrital.

Na neonatologia estão internados todos os recém-nascidos que carecem de cuidados especializados quer estejam em incubadora ou nos berços junto das suas mães.

A metodologia de organização dos cuidados utilizada é o método de enf<sup>a</sup> de referência e o modelo de enfermagem adotado, o Modelo de Anne Casey.

Lumley (2003) classifica os recém-nascidos (RN) de acordo com a idade gestacional no momento do parto. Assim, considera prematuros extremos os nascidos entre as 20-27 semanas, prematuros moderados entre as 28-31 semanas e prematuros leves entre as 30-36 semanas.

No decorrer do estágio não houve oportunidade de prestar cuidados no âmbito dos cuidados intermédios/intensivos a recém-nascidos (RN) prematuros extremos nem a prematuros moderados, apenas a prematuros leves. Apesar deste constrangimento, a experiência foi muito enriquecedora, tendo sido aproveitados todos os momentos de estágio para aquisição de competências específicas no cuidado ao RN prematuro/família.

Destaca-se a preocupação de todos os profissionais de cuidar em parceria com os pais/cuidadores, visando a autonomia destes e promovendo a vinculação precoce. Com a finalidade de promover a vinculação precoce e promover o desenvolvimento psicomotor dos seus filhos, os pais foram estimulados a acariciar, a falar e a cuidar dos seus filhos. Foi efetuada educação para a saúde sob estes temas, por forma a contextualizar estas intervenções e suas vantagens. Verificou-se que esta intervenção de enfermagem foi promotora do contato mais estreito dos pais com os seus RN(s), bem como a desmistificação do receio que detêm em cuidar e tocar-lhes. Referiam com

*Um olhar sobre o desenvolvimento das crianças em idade pré-escolar  
Uma perspetiva da intervenção do enfermeiro*

frequência que tinham receio em cuidar e tocar no seu RN, não só por ser frágil, mas também por medo em fazerem algo de errado que o prejudicasse. Estas intervenções de enfermagem proporcionaram a aquisição da competência “Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem” e, em especial, a unidade de competência específica, no âmbito da promoção da vinculação precoce, “Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais” definida no regulamento nº 123/2011, publicado em DR de 18/02/2011.

(...) agimos para criar um ambiente mais reconfortante para o bebé, buscamos tornar a unidade mais confortável também para seus pais, ajudando-os, em parte, a cuidarem de seus filhos, deixando claro que somos meros coadjuvantes. Vale dizer que esta valorização do papel de protagonistas torna-se fundamental, porque, muitas vezes, os pais sofrem muito diante da suposição de que o bebé está vivo graças à competência alheia, isto é, a dos médicos e enfermeiros. Nossa intervenção busca resgatar a competência das figuras parentais, facilitando a formação de vínculos (Moreira, Lopes e Carvalho, 2004:552).

Houve oportunidade de cuidar de RN para aquisição de autonomia alimentar, alguns em contexto social complexo que permitiu adquirir competências nessa área, conforme o preconizado na competência “Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde” e, em especial, a unidade de competência “Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem”, definida no regulamento nº 123/2011, publicado em DR de 18/02/2011, tendo sido gratificante o cuidado das mesmas em parceria com os pais bem como os progressos obtidos.

No âmbito do projeto pessoal, foi trabalhado com os pais o desenvolvimento psicomotor do RN, efetuada educação para a saúde nessa área, com o objetivo destes pais adquirirem/melhorarem os seus conhecimentos e competências nesta área. Os pais de RN que necessitam de cuidados especiais e, por isso, de internamento numa unidade de Neonatologia, têm receio em manipular o seu filho, associado ao facto de muitas vezes ser a primeira experiência de parentalidade. Por isso, foram desenvolvidas, com estes pais, competências no cuidado aos seus filhos, fomentada a vinculação precoce e promovido o seu desenvolvimento psicomotor, utilizando estratégias simples e ao seu alcance como a voz dos pais, o toque, a introdução de algumas rotinas no seu cuidado (mudança de fralda, alimentação por biberão, posicionamento).

Trabalhar com estes pais, o desenvolvimento dos seus filhos, é pessoalmente muito gratificante uma vez que é nele que se centra o projeto profissional. Foi possível desenvolver competências específicas nesta área conforme preconizado na competência “Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem”, definida no regulamento nº 123/2011, publicado em DR de 18/02/2011.

Para avaliar o desenvolvimento do RN foi utilizada e divulgada aos enfermeiros da equipa o Registo CLNBAS desenvolvida por Brazelton e que é a versão clínica da NBAS (“Neonatal Behavior Assessment Scale” construída por Brazelton e colaboradores em 1973) (anexo VI).

Com a CLNBAS, temos a possibilidade de conhecer todo o reportório neuro-comportamental do bebé recém-nascido, em particular as suas forças e as suas tentativas para conseguir adaptar-se ao meio extra-uterino. Com a CLNBAS temos, ainda, a

*Um olhar sobre o desenvolvimento das crianças em idade pré-escolar  
Uma perspetiva da intervenção do enfermeiro*

oportunidade de descobrir a individualidade e a identidade de cada bebé, bem como, as suas competências adaptativas (Gomes-Pedro, 2003:389-390).

Para efetuar esta avaliação o autor defende que é indispensável a presença dos pais, o que vem, mais uma vez, sublinhar a parceria de cuidados defendida e operacionalizada pela mestrandia na sua prática de cuidados. Constatou-se na prática a mais-valia da presença dos pais na avaliação do desenvolvimento. Além de promover o bem-estar do RN pela sua presença, a sua participação ativa na avaliação proporcionou a aquisição de conhecimentos relativos ao desenvolvimento do seu filho, através da observação/participação e da educação para a saúde efetuada pela enfermeira.

No decurso do estágio verificou-se que alguns profissionais de saúde, não estavam sensibilizados para manter um tom de voz baixo e minimizar o ruído na sala. Uma vez que o tema estava sinalizado, segundo a chefia, como necessidade formativa para o serviço, decidiu-se elaborar um trabalho escrito sobre o impacto do ruído em neonatologia. Este foi posteriormente divulgado aos colegas do serviço e estudantes de enfermagem (a desenvolverem estágio), numa reunião de serviço, sob o tema “Projeto de intervenção no ruído no serviço de Neonatologia” (anexo VII). Esta atividade, além do enriquecimento pessoal permitiu aperfeiçoar competências “Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade” e “Baseia a sua práxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento” definida no regulamento nº 122/2011, publicado em DR de 18/02/2011.

### 2.3 - URGÊNCIA PEDIÁTRICA

O estágio na vertente Urgência Pediátrica foi desenvolvido no serviço de Urgência Pediátrica de um hospital distrital. Este serviço situa-se no piso 0 e serve a população da área de influência, com idade compreendida entre os 0-18 anos.

Na urgência pediátrica são disponibilizados cuidados diferenciados na área da pediatria médica, tendo depois apoio das restantes especialidades médicas e cirúrgicas disponíveis no serviço de urgência geral, sendo as mais utilizadas a cirurgia e a ortopedia.

A metodologia utilizada na organização dos cuidados é o método de enfermeiro de referência.

O aplicativo informático utilizado nos registos de enfermagem é o ALERT®. De salientar as mais-valias da utilização deste aplicativo na gestão e registos dos cuidados. O ALERT® permite, a qualquer momento, observar quais os cuidados programados, nas várias zonas assistenciais, tempos de espera e histórico da criança/jovem. Destaca-se ainda a facilidade e objetividade dos registos produzidos neste aplicativo.

O modelo de enfermagem utilizado foi o modelo de Anne Casey. Também em contexto de urgência a prática dos cuidados de enfermagem tem subjacente este modelo. O **O** envolvimento e a parceria nos cuidados em Pediatria são pilar da atuação do enfermeiro; em contexto de urgência a aplicação deste modelo adquire maior relevo uma vez que os níveis de stress produzidos pela instalação de doença aguda e suas consequências na vida da criança/família são elevados.

*Um olhar sobre o desenvolvimento das crianças em idade pré-escolar  
Uma perspetiva da intervenção do enfermeiro*

O envolvimento dos pais, em todo o processo de cuidar, reduz o stress inerente à doença súbita, aos cuidados necessários decorrentes da sua situação clínica e à permanência num serviço de urgência. Além de propiciar qualidade aos cuidados prestados, promove a aquisição de competências por parte dos pais com vista à autonomia dos mesmos em alguns cuidados aos filhos. Este envolvimento com os pais permite ainda uma maior individualização dos cuidados prestados. “(...) os pais devem ser parceiros da equipa de saúde, sentindo que têm um papel activo na gestão dos cuidados e nas decisões clínicas associadas” (MELO, 2011:17).

Foram efetuadas avaliações do desenvolvimento às crianças/jovens internadas em SO, bem como a distribuição de folheto “Crescer a Brincar” construído pela mestranda (anexo III). Neste folheto são sugeridas algumas atividades para os pais desenvolverem com os seus filhos, com o objetivo de promover a interação entre estes e o desenvolvimento psicomotor das crianças. Os comentários que os pais produziram e as questões que colocaram permitiram inferir que o folheto estava em consonância com os seus interesses. Foram aproveitados os momentos de maior disponibilidade dos pais e menor necessidade de cuidados para efetuar educação para a saúde sobre este e outros temas considerados oportunos. Foi observado interesse e discussão entre alguns pais sobre os temas abordados o que permite inferir que estes foram ao encontro das necessidades e interesses dos mesmos. Estas atividades permitiram o desenvolvimento da competência “Baseia a sua práxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento”, definida no regulamento nº 122/2011, publicado em DR de 18/02/2011 e da competência “Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde”, definidas no regulamento nº 123/2011, publicado em DR de 18/02/2011.

O sistema de triagem de Manchester utilizado nesta urgência, enquadrado no aplicativo ALERT®, diverge, em alguns aspetos, daquele que a mestranda habitualmente utiliza pelo que a prestação de cuidados nesta unidade trouxe mais-valias. O ALERT® permite visualizar, no mesmo aplicativo, o processo da criança/jovem desde a admissão até à alta, não sendo necessário o recurso à utilização de outros aplicativos para consulta, consoante a área em que a criança/jovem se encontre.

O encaminhamento das crianças é efetuado de imediato para as várias especialidades aqui existentes e os cuidados imediatos necessários são prestados de acordo com protocolos de atuação.

Durante o estágio não ocorreu nenhuma situação em que fosse possível desenvolver competências na área da emergência, nomeadamente cuidados onde sejam desenvolvidas habilidades de suporte imediato e avançado de crianças/jovens.

A grande afluência de crianças e jovens com patologia respiratória e do foro cirúrgico permitiu aperfeiçoar competências na identificação precoce de situações de instabilidade e na prestação de cuidados imediatos, de acordo com a competência “Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade”, definidas no regulamento nº 123/2011, publicado em DR de 18/02/2011, e com os protocolos aqui vigentes.

Neste serviço, a gestão da dor, nomeadamente de origem orto-traumatológica carece de melhoria. Nem sempre são disponibilizadas às crianças/jovens medidas farmacológicas de controlo

*Um olhar sobre o desenvolvimento das crianças em idade pré-escolar  
Uma perspetiva da intervenção do enfermeiro*

da dor, de forma a minimizar o desconforto das mesmas. Contudo, durante o estágio, a mestranda prestou cuidados recorrendo a medidas farmacológicas e não farmacológicas de controlo da dor. Foi igualmente efetuada educação para a saúde às crianças/jovens/pais sobre este tema específico e partilhadas experiências com os enfermeiros do serviço, o que constituiu uma mais-valia para a mestranda e permitiu aperfeiçoar a competência “Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade” e, de modo particular, a unidade de competência “Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas”, definidas no regulamento nº 123/2011, publicado em DR de 18/02/2011.

A partilha de experiências com os colegas do serviço são sempre enriquecedoras, uma vez que permite refletir e confrontar a prática pessoal dos cuidados de enfermagem com a prática dos colegas e estas com os cuidados defendidos pela revisão da literatura.

### **3 - METODOLOGIA DE PESQUISA**

Com o objetivo de estruturar a abordagem da problemática em análise através do recurso às bases de dados científicas, foi definida a pergunta em formato PI[C]O, que serviu de orientação nas opções estratégicas e metodológicas de pesquisa e conseqüente contexto de análise. Nesta nomenclatura inclui-se a definição específica da População (P), que deve ser delimitada a um grupo com características comuns, da Intervenção (I) do enfermeiro, da Comparação (C) que, não sendo imprescindível, serve de controlo e, por fim, do Outcome (O) que expressa os resultados a alcançar.

Para confrontar a prática de cuidar com as evidências científicas, deu-se início ao processo com a seleção de uma área de interesse, que desse corpo ao trabalho desenvolvido em contexto de ensino clínico, contextualizando-o de forma fundamentada.

O enquadramento concetual surge pela necessidade de aprofundamento teórico da problemática em estudo, e permite a orientação na construção da questão de investigação. Desta forma, surge a pergunta PI[C]O:

**“Quais as intervenções de enfermagem (I) junto da criança/pais (P) promotoras do desenvolvimento (O).”**

Após a definição da pergunta, iniciou-se o processo de pesquisa, que na sua génese tem a identificação das palavras-chave. Definiram-se e hierarquizaram-se as palavras-chave, em consonância com a concetualização previamente efetuada.

Os termos apurados foram: Enfermeiro, desenvolvimento infantil, idade pré-escolar e pais. Os termos apurados no contexto desta metodologia e após tradução para a língua inglesa, foram submetidos à plataforma MeSH (Medical Subjects Headings) Browser (2015, [www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html](http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html)) obtendo-se: Enfermeiro - *Nurs*\*; Desenvolvimento infantil - *Child Development*; idade pré-escolar - *Preschool*; Pais- *Parents*.

Na etapa seguinte da revisão sistemática da literatura, e depois de definidos os descritores, selecionaram-se as bases de dados científicas a consultar: CINAHL Plus with Full Text e MEDLINE with Full Text, no dia 5 Maio de 2015 às 15 horas.

Foram definidos os limitadores de pesquisa nas bases de dados, bem como os critérios de inclusão/exclusão, com o objetivo de selecionar os artigos mais adequados, apresentados no anexo VIII. De salientar que o filtro cronológico adotado é de dez anos, uma vez que, num filtro de cinco anos, não foram encontrados artigos que enquadrassem o tema em estudo.

Procedeu-se à pesquisa das palavras-chave de forma individual e, posteriormente, à conjugação entre elas. Por fim, procedeu-se ao cruzamento entre todas as palavras-chave (anexo IX). Obtiveram-se vinte e nove artigos, que foram alvo de leitura dos seus resumos. Destes, foram selecionados cinco para leitura integral do artigo. Finalmente foi efetuada a análise crítica de três artigos selecionados, com recurso à escala de Guyatt e Rennie (2002), para caracterização do seu

*Um olhar sobre o desenvolvimento das crianças em idade pré-escolar  
Uma perspectiva da intervenção do enfermeiro*

grau de evidência e construção dos seus quadros de resumo (anexo X). As evidências encontradas nos artigos analisados não fundamentam na íntegra a prática desenvolvida nos contextos; contudo, são os que mais se aproximam da problemática em estudo.

#### **4 - DA ANÁLISE DAS EVIDÊNCIAS PARA A REFLEXÃO SOBRE A PRÁTICA**

Ser enfermeiro, atualmente, é um desafio constante. Prestar cuidados de qualidade exige, a cada enfermeiro, uma responsabilidade acrescida e uma atualização constante das suas competências (técnicas, científicas, relacionais), de forma a dignificar a sua profissão e a não defraudar as exigências impostas pela sociedade atual. As competências exigidas aos enfermeiros relativamente à sua formação académica e profissional têm vindo a traduzir-se no desenvolvimento de uma prática profissional junto da criança, jovem e família cada vez mais complexa, diferenciada e exigente.

Prestar cuidados à criança, jovem e família na atualidade, exige competências específicas aos enfermeiros, em que se destacam as suas intervenções autónomas, suportadas pelos conhecimentos científicos e pela investigação, num crescente de inovação e adaptação às necessidades dos nossos clientes, sempre baseada numa parceria e integração dos mesmos nos cuidados.

Assim, pretende-se neste capítulo suportar a reflexão sobre a prática desenvolvida no Estágio II, suportada na análise dos artigos científicos obtidos através da RSL (anexo X).

Para adquirir a competência específica em Enfermagem de Saúde da Criança e Jovem “Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem”, definida no regulamento nº 123/2011, publicado em DR de 18/02/2011, a mestranda prestou cuidados de forma a promover não só o desenvolvimento da criança, mas também tendo um papel ativo junto dos pais, para que estes sejam agentes promotores do desenvolvimento dos seus filhos. O trabalho junto dos pais incluiu educação para a saúde para que estes utilizem materiais e estratégias adequadas a cada idade, esclarecendo alguns dos seus receios e expectativas.

Reijneveld *et al.*, (2008) referem que muitos pais mencionam como preocupação os vários aspetos da parentalidade, como sejam o comportamento dos seus filhos, o atraso no desenvolvimento e as consequências das doenças, entre outros. Os autores referem igualmente que as preocupações dos pais podem ser influenciadas por fatores culturais. Este facto foi igualmente constatado pela mestranda na sua prestação de cuidados, nomeadamente a crianças de etnia cigana ou a crianças chinesas, em que a doença e a hospitalização se revestem de um valor cultural diferente da cultura ocidental.

Prestar cuidados de saúde, numa perspetiva preventiva, oferece uma boa oportunidade aos profissionais para avaliar as preocupações dos pais e intervir em conformidade, conforme referido por Reijneveld *et al.*, (2008). Verificou-se em estágio que as sessões informais de educação para a saúde, realizadas com os pais, para promoção do desenvolvimento dos seus filhos, proporcionaram a partilha dos seus receios e dúvidas. Abordar o tema do desenvolvimento da criança com os pais,

proporcionou um ótimo momento para esclarecer essas dúvidas e receios e definir estratégias de intervenção.

Prestar cuidados a crianças e jovens com patologias de especial complexidade, algumas delas inseridas em contextos sociais adversos, permitiu o desenvolvimento de competências específicas, nomeadamente, a adequação do suporte familiar e comunitário e a promoção de uma relação dinâmica com crianças/jovens e famílias com adaptação adequada. Para desenvolver a essas competências, a mestranda fez contacto e referenciação de crianças para os Centros de Saúde e/ou instituições de suporte da comunidade. Promoveu igualmente a adaptação familiar a situações de deficiência, em colaboração com a restante equipa multidisciplinar.

Anderson, *et al.* (2010), suporta estas intervenções defendendo que quando uma criança tem um atraso de desenvolvimento, o comportamento dos pais, da criança e da família são afetados. Também em situação de doença crónica a comunicação familiar pode ficar prejudicada e, em consequência, a relação pais-filho. A intervenção do enfermeiro é fundamental para promover a adaptação da criança/família à situação de doença/deficiência. Refere igualmente que as consequências na relação pais-filho em situação de risco nem sempre são negativas para a família. As relações podem ser fortalecidas face à adversidade.

É importante que o enfermeiro colabore com a criança/pais/família na adaptação à situação de deficiência/doença crónica e na adoção de estratégias e encaminhamento para redes de suporte.

Os pais com dificuldade em colocar limites têm dificuldade em utilizar a disciplina, na sua relação com os filhos, embora reconheçam a sua importância (Anderson, *et al.*, 2010). Os autores mencionam igualmente que os pais que participam ativamente na resolução de problemas em família aumentaram a quantidade de tempo a jogar com os seus filhos e a cooperação nas interações entre pais-filhos. Também Brazelton e Greenspan (2002) referem a importância da disciplina e a necessidade de estabelecer limites com os filhos conjugando-os com carinho e atenção. Este aspeto foi trabalhado com os pais, nos contextos de estágio, através de sessões de educação para a saúde. Brincar e jogar com os filhos foi muito incentivado pela mestranda junto dos pais, como forma de promover o desenvolvimento e as relações saudáveis entre pais-filhos. Com os enfermeiros dos contextos de estágio foi trabalhado o tema, através de uma sessão de sensibilização, onde estes conteúdos foram igualmente abordados (anexo V). Aos enfermeiros foi salientada a sua importância como agentes promotores do desenvolvimento junto das crianças e dos seus pais.

Os pais são parceiros imprescindíveis na prestação de cuidados. Durante o estágio, nos vários contextos, houve a preocupação de os envolver, de lhes conferir e inculcar que são agentes privilegiados no crescimento e desenvolvimento dos seus filhos e que uma relação saudável pais-filhos é promotora de um desenvolvimento saudável e feliz, em todas as suas dimensões, tal como defendem Anderson, *et al.* (2010).

Estes autores referem também que a relação pais-filho favorece ou, pelo contrário, pode colocar em risco a saúde da criança e dos pais. É pois, de vital importância, considerar a díade pais-filho, como centro dos cuidados.

Para adquirir a competência específica em Enfermagem de Saúde da Criança e Jovem

“Assiste a Criança/Jovem com a família, na maximização da sua saúde”, de acordo com o regulamento nº 123/2011, publicado em DR de 18/02/2011, a mestranda utilizou várias técnicas/estratégias de comunicação, de acordo com a idade e estágio de desenvolvimento.

Justus, *et al.* (2006) referem que devem ser fornecidas informações sobre os procedimentos no hospital, às crianças e seus pais, promovendo a expressão de preocupações e necessidades individuais com o objetivo de diminuir o medo do desconhecido. Refere igualmente que deve ser efetuada uma preparação emocional e cognitiva da criança, orientada para as suas necessidades de desenvolvimento e contribuindo para a diminuição da ansiedade e adaptação positiva.

Durante o estágio e em cada admissão de uma criança, nos vários contextos, foram postos em prática todos estes pressupostos, verificando-se que estas intervenções diminuíram a ansiedade da criança/pais, bem como o medo do desconhecido, tal como referido por Justus, *et al.* (2006).

Os autores referem ainda, além da ansiedade da criança e dos pais, outros fatores de stress, aos quais os enfermeiros devem estar sensíveis e devem diagnosticar precocemente, como sejam a dor, o vestuário, os cheiros e os sons, o desconhecimento das rotinas e o vocabulário utilizado, entre outros. Também Bolander (1998), Whaley e Wong (1989) e Tavares (2011) fazem referência aos fatores de stress da criança hospitalizada.

Nos contextos de estágio, a mestranda teve a preocupação de os diagnosticar precocemente e prestar cuidados em parceria com a criança/pais no sentido de os minorar.

Justus, *et al.* (2006) corroboram esta prática, defendendo que os pais são peritos sobre os cuidados ao seu filho, participando ativamente em todas as fases do programa MMAMS (Meet Me at Mount Sinai). Este programa tem como objetivo reduzir o stress relacionado com a hospitalização e a cirurgia, nas crianças e suas famílias, ajudar a lidar com a experiência cirúrgica, minimizar o impacto traumático da cirurgia e promover e acompanhar a recuperação física e emocional. Envolve a participação de enfermeiros, assistentes sociais e educadores de infância. Foi desenvolvido no Hospital Mount Sinai.

A dor é referida por Justus, *et al.* (2006) como um importante fator de stress, que deve ser minimizado e, quando se prevê que ela surja (como no caso de um cirurgia), deve ser alvo de cuidados antecipatórios, de forma a posteriormente ser efetuada uma gestão mais eficaz da mesma. A mestranda prestou cuidados de forma a gerir eficazmente a dor. Foram desenvolvidas, em todos os contextos, medidas farmacológicas e não farmacológicas de controlo da dor, tais como a brincadeira terapêutica (OE, 2013:37) e a técnica de distração, contribuindo assim para a aquisição da competência específica de Enfermagem de Saúde da Criança e Jovem “Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade” definida no regulamento nº 123/2011, publicado em DR de 18/02/2011. Estes autores referem como é realizada a preparação pré-operatória através de um programa de intervenção MMAMS, onde defendem que esta preparação deverá ter em consideração a unicidade de cada criança e o estágio de desenvolvimento. Sugerem que a preparação pré-operatória deve ser próxima do ato cirúrgico, para crianças em idade pré-escolar, recomendando um dia por cada ano da criança. Referem, igualmente, que devem ser consideradas as habilidades sociais, a autonomia das crianças, o pensamento criativo e a linguagem, específicas

*Um olhar sobre o desenvolvimento das crianças em idade pré-escolar  
Uma perspectiva da intervenção do enfermeiro*

desta idade. Estes aspetos foram todos considerados na preparação pré-operatória efetuada com as crianças/pais, em contexto de estágio.

Após a reflexão da prática em contexto de estágio e partindo das evidências dos três artigos analisados (anexo X), destaca-se a importância da promoção de uma relação saudável pais-filho, promotora do desenvolvimento, a defesa do cuidar em parceria com as crianças/pais, com ênfase nos receios, unicidade e centralidade dos cuidados em cada díade criança/pais.

Os artigos evidenciam igualmente que os enfermeiros devem ser agentes ativos na promoção do desenvolvimento, junto das crianças e de seus pais, melhorando os conhecimentos dos progenitores, para um adequado acompanhamento/resolução, com sucesso, das etapas inerentes ao desenvolvimento dos seus filhos.

Aos enfermeiros lança-se o desafio de melhorar, em cada dia, a sua prestação de cuidados, através da atualização permanente dos seus conhecimentos pelas evidências científicas e aperfeiçoamento das suas competências, rumo à excelência.

## **5 - CONCLUSÃO**

Ao concluir a elaboração deste relatório importa ressaltar alguns aspetos.

A elaboração de um trabalho desta natureza constitui um desafio permanente. Ele envolve uma aprendizagem constante, um despojo do conforto e do que é tido como adquirido, uma aceitação da inquietude característica da procura de novos saberes. Um caminho de avanços e retrocessos, próprios de quem quer consolidar o seu Saber e quer adquirir novas competências. Para isso, procura, no conhecimento científico, novas formas de Cuidar, rumo à excelência dos cuidados e à satisfação pessoal.

Este processo de aprendizagem e de aquisição de competências específicas, enquanto enfermeira de um serviço de Pediatria e mestranda em ESCJ, foi sendo construído com a colaboração de vários intervenientes, as crianças e suas famílias, os professores, os orientadores e os enfermeiros dos contextos de estágio.

Após a seleção do tema em estudo, e de ter sido elaborado um projeto de estágio II, procedeu-se a um enquadramento teórico que fundamentasse a prática em contexto de estágio, rica em experiências e em partilha de Saberes. A Prática Baseada na Evidência, e a conseqüente análise de artigos relacionados com o tema em estudo, tornaram possível a reflexão sobre a prática desenvolvida, tendo por base o conhecimento científico.

O enquadramento teórico, bem como as evidências científicas aplicadas na prática dos cuidados, permitiram a aquisição de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em ESCJ.

Embora as evidências científicas obtidas não sejam assim tão específicas face ao tema em estudo, estas corroboram a prática desenvolvida nos contextos de estágio.

A parceria de cuidados é defendida pelas evidências científicas e igualmente aplicada na prática em estágio. A mestranda desenvolve a sua prática assente neste Modelo de Enfermagem, considerando as crianças/jovens e suas famílias parceiros ativos, obtendo assim ganhos em Saúde e corresponsabilização sobre o seu processo de saúde/doença.

As evidências referem que a relação pais-filhos deve ser uma das preocupações dos enfermeiros. Verificou-se que uma relação saudável é promotora do desenvolvimento da criança a todos os níveis.

Os enfermeiros são agentes ativos na promoção do desenvolvimento da criança/pais e sua família. Ao enfermeiro cabe a responsabilidade de avaliar o desenvolvimento da criança, em parceria com os pais, definir estratégias e materiais, brinquedos e atividades lúdicas adequadas a cada uma, no sentido de avaliar, diagnosticar e promover um desenvolvimento saudável. Se este não se verificar, estabelecer, em parceria, orientações antecipatórias às famílias para maximizar o potencial de desenvolvimento das suas crianças/jovens.

*Um olhar sobre o desenvolvimento das crianças em idade pré-escolar  
Uma perspectiva da intervenção do enfermeiro*

As evidências também demonstram a necessidade dos enfermeiros comunicarem com a criança/jovem e suas famílias com recurso a técnicas adequadas à sua idade, estágio de desenvolvimento e contexto cultural. A prática desta competência enquanto enfermeira/mestranda corrobora as evidências, constatando-se diariamente os benefícios e ganhos em saúde obtidos.

A aprendizagem efetuada permitiu a aquisição de competências no cuidar específico da criança/jovem, novas metodologias de aprendizagem e de reflexão sobre a prática, sensibilidade para a procura permanente de novas evidências científicas que melhorem os cuidados prestados.

Pelo atrás exposto a mestranda considera que atingiu os objetivos propostos para este relatório.

A mestranda pretende desenvolver, no seu contexto profissional, uma promoção mais efetiva do desenvolvimento infantil, quer através de sessões de educação para a saúde junto dos pais, quer através da área lúdica junto das crianças/pais. Propõe-se continuar a colocar em prática as competências adquiridas no curso e o proposto pelas evidências científicas. Destaca-se a maior sensibilidade referente às preocupações dos pais face ao desenvolvimento e situação de saúde/doença dos filhos. Pretende igualmente, desenvolver junto dos colegas, formação em serviço nesta área, de forma a melhorar os conhecimentos destes e inerente qualidade dos cuidados à criança/jovem e família.

Ser enfermeira e cuidar de crianças e jovens além de um desafio diário é um prazer imenso. Cuidar, refletindo a prática, integrando o conhecimento científico na sua intervenção especializada e divulgando-o junto dos pares mais do que um propósito é uma necessidade para quem quer, a cada dia, rumar à qualidade dos cuidados.

## 6 - BIBLIOGRAFIA

- Anderson, L., Riesch, S., Pridham, K., Lutz, K., Becker, P. (2010). Furthering the understanding of parent-child relationships: a nursing scholarship review series. Part 4: parent-child relationships at risk. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 2 (vol. 15), pp. 111-134. Acedido em 5 de maio de 2015 em <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=c4255777-a083-4598-88b3-9ae6da8b3c97%40sessionmgr114&vid=19&hid=128>.
- Batista, C. (2003). *Brincriança: A criança enferma e o jogo simbólico*. Estudo de caso. Tese de doutoramento, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, Brasil.
- Brazelton, T. e Greenspan, S. (2002) *A criança e o seu mundo. Requisitos essenciais para o crescimento e aprendizagem*. Lisboa: Editorial Presença
- Brazelton, T. e Sparrow, J. (2008) *A criança dos 3 aos 6 anos. O desenvolvimento emocional e do comportamento*. 4ª ed., Lisboa: Editorial Presença.
- Brazelton, T. e Sparrow, J. (2006). *Compreender a agressividade na criança*. Lisboa: Editorial Presença
- Bolander, V. (1998). *Enfermagem Fundamental: Abordagem Psicofisiológica*. Lisboa: Lusodidacta.
- Carvalho, A. e Carvalho, G. (2006). *Educação para a Saúde: conceitos, práticas e necessidade de formação*. Lisboa: Lusociência.
- Casey, A. (1993) Development and use of Partnership Model of Nursing Care. In Glasper, E.; Tucher, A. *Advances in Child Health Nursing* (p. 193). London: Scutari.
- Casey, A. e Mobbs, S. (1988). Partnership in practice. *Nursing Times*, 44 (vol. 84).
- Deconchy, J. (sem data). *O desenvolvimento Psicológico da criança e do Adolescente*. Lisboa: Editorial Pórtico
- Direção-Geral da Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa: DGS.
- Faw, T. (1981). *Psicología del niño*. México: Mc Graw Hill

*Um olhar sobre o desenvolvimento das crianças em idade pré-escolar  
Uma perspetiva da intervenção do enfermeiro*

- Ferreira, M. e Costa, M. (2004). *Cuidar em Parceria: Subsídio para a vinculação pais/bebé pré-termo*. Viseu: Instituto Politécnico de Viseu. Acedido em 10 de Janeiro 2015 em <http://hdl.handle.net/10400.19/442>.
- Gomes-Pedro, J. (2003). CLNBAS- A avaliação neuro-comportamental do Recém-nascido para Aplicação Clínica. *Acta pediátrica portuguesa*, (6) (34), pp. 389-391.
- Instituto de Apoio à Criança (1990). *Guia dos direitos da criança* (2ª ed.). Lisboa: IAC.
- Instituto de Apoio à Criança (2008). *Carta da criança hospitalizada*. (4ª ed.). Lisboa: IAC.
- Justus, R., Wyles, D., Wilson, J., Rode, D., Walther, V., Lim-Sulit, N. (2006). Preparing Children and Families for Surgery: Mount Sinai's Multidisciplinary Perspective. *Pediatric Nursing*, 1 (vol 32), pp. 35-43. Acedido em 5 de maio de 2015 em <http://content.ebscohost.com/ContentServer.asp?T=P&P=AN&K=2009125221&S=R&D=ccm&EbscoContent=dGJyMNHr7ESeqLU40dvuOLCmr02eqLBSsKy4S7CWxWXS&ContentCustomer=dGJyMOzprkqxrLZNuePfgex33vt6OOL>.
- Lumley, J. (2003). *Defining the problem: the epidemiology of preterm*. BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology (110) (Supl nº 20), pp. 3-7. Acedido em 15 de Novembro de 2014 em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12763104>.
- Mano, M. (2002) Cuidados em parceria às crianças hospitalizadas: Predisposição dos enfermeiros e dos pais. *Revista Referência*, 8, 53-61.
- Melo, E. (2011). *Envolvimento dos pais nos cuidados de saúde de crianças hospitalizadas*. Tese de Doutoramento, Universidade de Aveiro, Aveiro, Portugal.
- Mendes, M. e Martins, M. (2012). Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, III Série (6), pp. 113-121.
- Moreira, M., Lopes, J. e Carvalho, M., (org.) (2004). *O recém-nascido de alto risco: teoria e prática do cuidar*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Opperman, C. e Cassandra, K. (2001). *Enfermagem Pediátrica Contemporânea*. Loures: Lusociência.
- Ordem dos Enfermeiros (2008). *Guia orientador de boa prática - Dor*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

*Um olhar sobre o desenvolvimento das crianças em idade pré-escolar  
Uma perspetiva da intervenção do enfermeiro*

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Guia orientador de boa prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. (Volume1). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia orientador de boa prática- Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2012). *REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Papalia, D., Olds, S. e Feldman, R. (2006). *Desenvolvimento Humano*. 8ª ed., Porto Alegre: Artmed Editora

Regulamento n.º 122/2011. *Diário da República nº35 de 18 de Fevereiro de 2011 – II série – E*. Ordem dos Enfermeiros. Portugal (Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista).

Regulamento n.º 123/2011. *Diário da República nº35 de 18 de Fevereiro de 2011 – II série – E*. Ordem dos Enfermeiros. Portugal (Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem).

Reijneveld, S., de Meer, G., Wiefferink, C., Crone, M. (2008). Parent's concerns about children are highly prevalent but often not confirmed by child doctors and nurses. *BioMed Central Public Health*, 8, p. 124. Acedido em 5 de Maio de 2015 em <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=6a377d2a-045d-42fe-9308-c95bb3cf655b%40sessionmgr113&vid=1&hid=128>.

Sá, E. (2000). *Psicologia dos pais e do Brincar*. 3º ed. Lisboa: Fim de Século.

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

United Nations Children's Fund (1990). *A Convenção sobre os Direitos da Criança*. Nova Iorque: Nações Unidas

Whaley, L. e Wong, D. (1989). *Enfermagem Pediátrica. Elementos Essenciais à Intervenção Efetiva*. 2ª ed., Rio de Janeiro: Editora Guanabara.

*Um olhar sobre o desenvolvimento das crianças em idade pré-escolar  
Uma perspetiva da intervenção do enfermeiro*

World Health Organization (2015) *Health Education*. Disponível em  
[http://www.who.int/topics/health\\_education/en](http://www.who.int/topics/health_education/en)

ANEXOS

*Um olhar sobre o desenvolvimento das crianças em idade pré-escolar  
Uma perspetiva da intervenção do enfermeiro*

ANEXO I – Projeto de estágio II

*Um olhar sobre o desenvolvimento das crianças em idade pré-escolar  
Uma perspetiva da intervenção do enfermeiro*

1º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE DA CRIANÇA E DO JOVEM

# CUIDAR DAS CRIANÇAS NO PRÉ-ESCOLAR - UM OLHAR SOBRE O DESENVOLVIMENTO PSICOMOTOR



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM**  
**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM**  
**1º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE DA CRIANÇA E DO JOVEM**  
**UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO DE ENFERMAGEM**  
**DE SAÚDE DA CRIANÇA E DO JOVEM II**

# **PROJETO DE ESTÁGIO II**

**ORIENTAÇÃO:**

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> REGINA FERREIRA

**Enf<sup>a</sup> COOPERANTE:**

Enf<sup>a</sup> Maria Luís

**MESTRANDA:**

HELENA MOITA

SANTARÉM  
OUTUBRO 2013

## **SIGLAS/ABREVIATURAS**

Enf<sup>a</sup> – Enfermeira

HDS – Hospital Distrital de Santarém, EPE

HRSI – Hospital Rainha Santa Isabel

HVFX – Hospital Vila Franca de Xira

OE – Ordem dos Enfermeiros

## ÍNDICE

<b>0 – INTRODUÇÃO .....</b>	<b>4</b>
<b>1 – JUSTIFICAÇÃO DO TEMA .....</b>	<b>6</b>
<b>2 – PLANO DE ATIVIDADES - ESTÁGIO II.....</b>	<b>8</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>16</b>

## 0 - INTRODUÇÃO

No decorrer do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (CMESCJ), surge a unidade curricular de Estágio de Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem II, que decorre em contexto de cuidados de saúde diferenciados.

Este estágio II será desenvolvido no serviço de Pediatria do Hospital Vila Franca de Xira, e nos serviços de Neonatologia e de Urgência Pediátrica do Hospital Distrital de Santarém, EPE.

O estágio decorrerá, respetivamente, nos seguintes locais e datas:

- Serviço de Pediatria do Hospital Vila Franca de Xira – 28/10/2013 a 06/12/2013;
- Serviço de Neonatologia do Hospital Distrital de Santarém, EPE – 09/12/2013 a 24/01/2014;
- Serviço de Urgência Pediátrica do Hospital Distrital de Santarém, EPE – 3/02/2014 a 28/02/2014.

Haverá interrupção de estágio para período de férias de Natal entre 23/12/2013 e 05/01/2014.

Nele serão realizadas atividades conducentes ao desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem.

Neste estágio a área do desenvolvimento psicomotor nas crianças dos 3-5 anos, foi a escolhida para investimento pessoal. Contudo, no estágio no Serviço de Neonatologia o projeto será adaptado à faixa etária dos utentes desta unidade. O tema escolhido foi **“Cuidar das crianças no pré-escolar - um olhar sobre o desenvolvimento psicomotor”**.

Este projeto de estágio pretende justificar a seleção da área/tema e planificar as atividades a desenvolver no decurso do Estágio II, bem como as competências específicas do enfermeiro especialista a desenvolver.

É definido como objetivo geral do estágio:

- Desenvolver competências do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde na criança e no jovem, em contexto de cuidados de saúde diferenciados.

São definidos como objetivos específicos:

- Conhecer a estrutura física, orgânica e funcional dos microssistemas Pediatria do HVFX, Neonatologia do HDS e Urgência Pediátrica do HDS;
- Assistir a criança/jovem, com a família, na maximização da sua saúde;
- Cuidar da criança/jovem e família, nas situações de especial complexidade;
- Prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e desenvolvimento da criança/jovem;
- Adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a

otimização da qualidade dos cuidados;

- Basear a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento;
- Conceber, gerir e colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade;
- Avaliar o desempenho no estágio II, no âmbito da aquisição de competências específicas de enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem.

## 1 - JUSTIFICAÇÃO DO TEMA

O tema “Cuidar das crianças no pré-escolar - um olhar sobre o desenvolvimento psicomotor” surge não só pela necessidade pessoal sentida mas também pela reflexão sobre a prática diária como enfermeira de cuidados gerais em Pediatria.

Verifica-se diariamente a necessidade dos pais/famílias em conhecer as etapas do desenvolvimento psicomotor das suas crianças. «Os pais têm frequentemente muitas dúvidas relacionadas com os cuidados e os comportamentos dos filhos. As preocupações habituais incluem os padrões de sono, o treino para a utilização da sanita, os cuidados dos dentes, as “birras” e a disciplina.» (OPPERMAN, 2001:118)

Esta é uma área de particular interesse e que se pretende desenvolver, articulando o estudo com a prática clínica. Também a Ordem dos Enfermeiros defende que:

A prática clínica direcionada para o acompanhamento do desenvolvimento infantil faz parte de um processo muito vasto de gestão e promoção da saúde da criança (...) deverá incluir uma avaliação do desenvolvimento psicomotor, realizada de uma forma estruturada, mensurada por um instrumento de avaliação, actuando ao nível da prevenção de potenciais problemas. Neste contexto, é crucial a existência de conhecimentos especializados e a capacidade dos profissionais para comunicar com os pais / prestadores de cuidados, estabelecendo estratégias de parceria no que se refere a comportamentos de promoção do desenvolvimento infantil. (ORDEM DOS ENFERMEIROS [OE], 2010:77)

A área de intervenção será a prestação de cuidados à criança e jovem, com especial ênfase na idade do pré-escolar (3-5 anos), por ser de interesse pessoal.

O período do pré-escolar é uma etapa do desenvolvimento infantil que:

(...) compreende o período que se estende dos três anos até o final do quinto ano de vida. É uma idade de descobertas, imaginação, curiosidade e de desenvolvimento de padrões sócio-culturais de comportamento. (...) Numerosos autores são de opinião que o período mais crítico do desenvolvimento emocional e psicológico da criança vai desde o nascimento até o ingresso na escola. (WHALEY; WONG, 1989:273).

Desenvolvimento psicomotor é, segundo a Ordem dos Enfermeiros, um “Processo natural e evolutivo. Integra a coordenação, comunicação, socialização e aspectos da mobilidade. Capacidade das pessoas para interagirem com o meio envolvente através de comportamentos.” (OE, 2010:101).

Cuidar da criança/jovem em contexto hospitalar requer que o enfermeiro mobilize uma série de competências e saberes, que minimizem o impacto e o stress que o processo de doença e/ou internamento acarretam. A promoção do desenvolvimento infantil não deve ser descuidada e a utilização do brincar deve integrar a prática dos cuidados. Este são pilares básicos no cuidar em pediatria. Tal como defende a Ordem dos Enfermeiros: “Um dos aspectos basilares em contexto hospitalar é o brincar. As crianças afastam momentaneamente os sentimentos de sofrimento, refletem sobre a situação e criam estratégias para um desfecho mais satisfatório da situação.” (OE,

2010:96).

## 2 - PLANO DE ATIVIDADES - ESTÁGIO II

OBJETIVOS	COMPETÊNCIAS	ATIVIDADES	ONDE	QUEM	QUANDO
Conhecer a estrutura física, orgânica e funcional dos microsistemas: Pediatria do HVFX, Neonatologia do HDS e Urgência Pediátrica do HDS	Integra a equipa de enfermagem, em contexto hospitalar nas valências de Pediatria, Neonatologia e Urgência Pediátrica	<p>- Reunião com Enf<sup>a</sup> cooperante para:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Conhecer a missão, visão, valores e objetivos dos microsistemas: Pediatria do HVFX, Neonatologia do HDS e Urgência Pediátrica do HDS;</li> <li>✓ Conhecer os objetivos dos referidos microsistemas para o ano em curso;</li> <li>✓ Conhecer a equipa de saúde e sua dinâmica de funcionamento;</li> <li>✓ Apresentação/validação do projeto de estágio;</li> <li>✓ Avaliação das necessidades formativas e/ou de atuação no âmbito da Enfermagem especializada em saúde infantil e pediátrica nos referidos microsistemas</li> </ul>	Pediatria do HVFX, Neonatologia do HDS e Urgência Pediátrica do HDS	Com a Enf <sup>a</sup> cooperante	28/10/2013 a 01/11/2013 (Pediatria) 09/12/2013 a 13/12/2013 (Neonatologia) 03/02/2014 a 07/02/2014 (Urgência Pediátrica)

OBJETIVOS	COMPETÊNCIAS	ATIVIDADES	ONDE	QUEM	QUANDO
Assistir a criança/jovem com a família na maximização da sua saúde	Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Negociação, com a criança/jovem e respetiva família, para a participação ativa em todo o processo de cuidar, conducente à independência e ao bem-estar;</li> <li>- Comunicação com a criança/jovem, adequando as técnicas e estratégias utilizadas à idade e estágio de desenvolvimento;</li> <li>- Prescrição de intervenções de enfermagem, face aos problemas identificados nos vários contextos;</li> <li>- Implementação de intervenções que contribuam para o conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais, junto da criança/jovem/família, facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença;</li> <li>- Avaliação, em parceria com a criança/jovem/família, das intervenções adotadas e dos ganhos em saúde obtidos com as mesmas;</li> <li>- Promoção de hábitos de vida saudáveis da criança/jovem/família, de acordo com as necessidades individuais de cada um.</li> </ul>	Pediatria do HVFX, Neonatologia do HDS e Urgência Pediátrica do HDS	Em parceria com a Enfª cooperante	No decurso do estágio II

OBJETIVOS	COMPETÊNCIAS	ATIVIDADES	ONDE	QUEM	QUANDO
Assistir a criança/jovem com a família na maximização da sua saúde	Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informação, à criança/jovem/família, das doenças comuns da infância e das estratégias de utilização dos seus recursos individuais, para restabelecimento da sua saúde, sempre que se justifique;</li> <li>- Identificação de situações de risco para a criança/jovem/família que possam comprometer o seu saudável desenvolvimento e crescimento.</li> </ul>	Pediatria do HVFX, Neonatologia do HDS e Urgência Pediátrica do HDS	Em parceria com a Enfª cooperante	No decurso do estágio II
Cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade	<p>Reconhece situações de estabilidade, nas funções vitais e risco de morte, e presta cuidados de enfermagem apropriados</p> <p>Faz gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificação precoce de situações de instabilidade e/ou risco de vida na criança/jovem;</li> <li>- Aplicação do modelo de triagem em urgência, utilizado no HDS, para priorização correta das necessidades de cuidados;</li> <li>- Mobilização dos conhecimentos e habilidades em suporte imediato e avançado de vida, para uma atuação precoce</li> <li>- Avaliação da dor na criança/jovem utilizando os instrumentos de avaliação da dor, adequados à idade;</li> <li>- Gestão adequada de medidas farmacológicas de combate à dor;</li> <li>- Aplicação de medidas não farmacológicas de controlo da dor, de acordo com as características da criança/jovem;</li> <li>- Realização de educação para a saúde, à criança/jovem e família, sobre avaliação e controlo da dor</li> </ul>	<p>Urgência pediátrica do HDS</p> <p>Pediatria do HVFX, Neonatologia do HDS e Urgência Pediátrica do HDS</p>	Em parceria com a Enfª cooperante	<p>09/12/2013 a 24/01/2014</p> <p>No decurso do estágio II</p>

OBJETIVOS	COMPETÊNCIAS	ATIVIDADES	ONDE	QUEM	QUANDO
<p>Prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e desenvolvimento da criança/jovem</p>	<p>Promove o crescimento e desenvolvimento infantil</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realização de pesquisa bibliográfica para exploração do tema;</li> <li>- Acolhimento da criança/jovem/ família proporcionando ambiente e condições que minimizem o stress do internamento;</li> <li>-Elaboração do plano de cuidados em parceria com a criança/jovem/família em que estes sejam intervenientes ativos;</li> <li>- Execução das intervenções de enfermagem planeadas em parceria com a criança/jovem/família.</li> <li>- Avaliação das intervenções de enfermagem implementadas em parceria com a criança/jovem/família;</li> <li>- Reformulação do plano de cuidados, se necessário, em parceria com a criança/jovem/família;</li> <li>- Preparação da alta em parceria com a criança/jovem/família ajustando os recursos da família e da comunidade com o objetivo da rápida recuperação da saúde;</li> <li>- Avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança em idade pré-escolar;</li> <li>- Aplicação da Escala de Avaliação de Desenvolvimento de Mary Sheridan às crianças dos 3-5 anos, inclusive, internadas em Pediatria médica/cirúrgica;</li> <li>- Transmissão de orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infanto-juvenil;</li> <li>- Incentivo à capacitação do prestador direto de cuidados para</li> </ul>	<p>Pediatria do HVFX, Neonatologia do HDS</p>	<p>Em parceria com a enfermeira cooperante</p>	<p>No decurso do estágio II</p>

OBJETIVOS	COMPETÊNCIAS	ATIVIDADES	ONDE	QUEM	QUANDO
		comportamentos potenciadores de desenvolvimento infantil da criança/jovem			
Prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e desenvolvimento da criança/jovem	Promove o crescimento e desenvolvimento infantil	<p>Apoio e estímulo à função parental e vinculação precoce em recém-nascidos internados em Neonatologia;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Valorização/incentivo às famílias da importância do brincar em família, como potenciador do desenvolvimento;</li> <li>- Capacitação das famílias para as etapas chave do desenvolvimento e o que é esperado em cada uma delas;</li> <li>- Capacitação das famílias para o despiste precoce de desvios no desenvolvimento;</li> <li>- Informação, aos pais, de estratégias adequadas para lidar com birras e outros comportamentos desviantes;</li> <li>- Realização de sessão de educação para a saúde, aos pais, sobre: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Desenvolvimento psicomotor nas crianças dos 3-5 anos (em Pediatria)</li> <li>• Desenvolvimento psicomotor no recém-nascido pré-termo (em Neonatologia)</li> </ul> </li> <li>- Elaboração do folheto informativo sobre desenvolvimento psicomotor no recém-nascido;</li> <li>- Adaptação do folheto previamente construído, sobre desenvolvimento psicomotor em crianças dos 3-5 anos</li> </ul>	Pediatria do HVFX, Neonatologia do HDS	Em parceria com a enfermeira cooperante	No decurso do estágio II

OBJETIVOS	COMPETÊNCIAS	ATIVIDADES	ONDE	QUEM	QUANDO
Basear a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento	Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade	<p>- Realização de reunião com a equipa de enfermagem para partilha de informação sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ desenvolvimento psicomotor na faixa etária dos 3-5 anos;</li> <li>✓ utilização da Escala de Avaliação de Desenvolvimento de Mary Sheridan como instrumento de avaliação do desenvolvimento infantil dos 0 meses aos 5 anos</li> </ul> <p>- Disponibilização de exemplar da Escala de Avaliação de Desenvolvimento de Mary Sheridan para utilização pelos enfermeiros na avaliação do desenvolvimento das crianças internadas</p>	Pediatria do HVFX	Com Enf <sup>a</sup> cooperante	25/11/2013 a 29/11/2013

OBJETIVOS	COMPETÊNCIAS	ATIVIDADES	ONDE	QUEM	QUANDO
Adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a otimização da qualidade dos cuidados	Otimiza o trabalho de equipa, adequando os recursos às necessidades de cuidados	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Negociação de recursos adequados à prestação de cuidados de qualidade;</li> <li>- Incentivo à participação ativa da equipa multidisciplinar no cuidado à criança/jovem/família maximizando os recursos existentes;</li> <li>- Utilização dos recursos de forma eficiente para promover a qualidade;</li> <li>- Realização de reunião com a Enfª chefe da Pediatria do HVFX para conhecimento dos procedimentos de gestão de cuidados, adotados no serviço;</li> <li>- Conhecimento da forma de organização, coordenação e avaliação de desempenho da equipa de prestação de cuidados;</li> <li>- Participação na gestão de recursos humanos e materiais, no serviço de Pediatria, durante 1-2 dias;</li> <li>- Organização e coordenação da equipa de enfermagem sempre que possível.</li> </ul>	Pediatria do HVFX	Com a Enfª chefe do serviço de Pediatria do HVFX	25/11/2013 a 29/11/2013
Conceber, gerir e colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade	Planeia programas de melhoria contínua	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificação da necessidade de elaboração de guia orientador que uniformize e melhore a qualidade dos cuidados;</li> <li>- Elaboração de instrução de trabalho relativamente à gestão, utilização e manutenção da sala de atividades;</li> </ul>	Pediatria do HVFX	Em parceria com a Enfª cooperante	25/11/2013 a 29/11/2013

OBJETIVOS	COMPETÊNCIAS	ATIVIDADES	ONDE	QUEM	QUANDO
Avaliar o desempenho no estágio II, no âmbito do cumprimento das funções específicas de especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem	Avalia o seu desempenho no decurso do estágio II, com espírito crítico e reflexivo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliação intercalar informal, com a Enf<sup>a</sup> cooperante, das atividades desenvolvidas no âmbito do cumprimento das funções específicas de especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem;</li> <li>- Avaliação intercalar, com a Enf<sup>a</sup> cooperante e Prof<sup>a</sup> orientadora, das atividades desenvolvidas no âmbito do cumprimento das funções específicas de especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem;</li> <li>- Orientação tutória para a continuação do cumprimento das atividades programadas em projeto de estágio;</li> <li>- Avaliação final de estágio II e preenchimento dos instrumentos de avaliação</li> </ul>	Pediatria do HVFX, Neonatologia do HDS e Urgência Pediátrica do HDS	<p>Em parceria com a Enf<sup>a</sup> cooperante</p> <p>Em parceria com a Enf<sup>a</sup> cooperante e a Prof<sup>a</sup> orientadora</p>	<p>18/11/2013 a 22/11/2013 (Pediatria)</p> <p>06/01/2014 a 10/01/2014 (Neonatologia)</p> <p>10/02/2014 a 14/02/2014 (Urgência Pediátrica)</p>

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CASSANDRA, K.; OPPERMAN, C. (2001). **Enfermagem Pediátrica Contemporânea**. Loures: Lusociência.

WHALEY, L.; WONG, D. (1989). **Enfermagem Pediátrica – Elementos Essenciais à intervenção efetiva**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010). **Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica - Volume I**. Lisboa: Comissão de Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – Mandato de 2008 / 2010.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010). **Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista**. Lisboa: Conselho Directivo.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010). **Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem**. Lisboa: Conselho Directivo.



ANEXO II - Teste de Mary Sheridan

*Um olhar sobre o desenvolvimento das crianças em idade pré-escolar  
Uma perspectiva da intervenção do enfermeiro*

## AVALIAÇÃO DE DESENVOLVIMENTO – TESTE DE MARY SHERIDAN – 1 - 12 MESES



NOME: \_\_\_\_\_ D.NASC: \_\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_ PROC. Nº: \_\_\_\_\_

	4-6 SEMANAS	3 MESES	6 MESES	9 MESES	12 MESES
<b>POSTURA E MOTRICIDADE GLOBAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Decúbito ventral levanta a cabeça</li> <li>- Decúbito dorsal postura assimétrica; membro sup. do lado da face em extensão</li> <li>- Tração pelas mãos a cabeça cai</li> <li>- Sentado dorso em arco e mãos fechadas</li> <li>- Suspensão vertical cabeça ereta membros semi-fletidos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Decúbito ventral apoio nos antebraços</li> <li>- Decúbito dorsal, postura simétrica.</li> <li>- Membros com movimentos ritmados.</li> <li>- Tração pelas mãos, cabeça ereta coluna dorsal direita.</li> <li>- De pé flete os joelhos não faz apoio.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Decúbito ventral apoia-se nas mãos</li> <li>- Decúbito dorsal levanta a cabeça, membros inferiores na vertical, dedos fletidos</li> <li>- Tração pelas mãos, faz força para se sentar</li> <li>- Mantém-se sentado sem apoio</li> <li>- De pé faz apoio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Senta-se só e fica 10/15 min</li> <li>- Põe-se de pé com apoio mas não consegue baixar-se</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Passa de decúbito dorsal a sentado</li> <li>- Tem equilíbrio sentado</li> <li>- Gatinha</li> <li>- Põe-se de pé e baixa-se, apoio de duas ou uma mão</li> </ul>
<b>VISÃO E MOTRICIDADE FINA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Segue uma bola pendente a 20-25 cm ¼ de círculo (do lado até à linha média)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mãos abertas, junta-as na linha média e brinca com elas</li> <li>- Segura brevemente a roca e move-a em direção à face.</li> <li>- Segue uma bola pendente ½ círculo e horizontal</li> <li>- Convergência</li> <li>- Pestanejo de defesa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tem preensão palmar</li> <li>- Leva os objetos à boca</li> <li>- Transfere objetos</li> <li>- Se o objeto cai, esquece-o imediatamente</li> <li>- Boa convergência (estrabismo é anormal)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tem preensão e manipulação</li> <li>- Leva tudo à boca</li> <li>- Aponta com o indicador</li> <li>- Tem pinça</li> <li>- Atira os objetos ao chão deliberadamente</li> <li>- Procura o objeto que caiu ao chão</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Explora com energia os objetos e atira-os sistematicamente ao chão</li> <li>- Procura um objeto escondido</li> <li>- Interesse visual para perto e longe</li> </ul>
<b>AUDIÇÃO E LINGUAGEM</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Para e pode voltar os olhos ao som de uma sineta/roca ou voz a 15 cm do ouvido</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atende e volta-se geralmente aos sons</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Segue os sons a 45 cm do ouvido</li> <li>- Vocaliza sons monossílabos e dissílabos</li> <li>- Dá gargalhadas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atenção rápida para os sons perto e longe</li> <li>- Localização de sons suaves a 90 cm acima ou abaixo do nível do ouvido</li> <li>- Repete várias sílabas ou sons do adulto</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Resposta rápida aos sons suaves mas habituando-se depressa</li> <li>- Dá pelo nome e volta-se</li> <li>- Jargão</li> <li>- Compreende ordens simples “dá, cá e adeus”</li> </ul>
<b>COMPORTAMENTO E ADAPTAÇÃO SOCIAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fixa a face da mãe quando o alimenta</li> <li>- Sorriso presente às 6 semanas</li> <li>- Chora quando desconfortável e responde com sons guturais em situações de prazer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sorri</li> <li>- Boa resposta social à aproximação de uma face familiar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Muito ativo, atento e curioso</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Leva uma bolacha à boca</li> <li>- Mastiga</li> <li>- Distingue os familiares dos estranhos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bebe pelo copo com ajuda</li> <li>- Segura a colher mas não a usa</li> <li>- Colabora no vestir levantando os braços</li> <li>- Muito dependente do adulto</li> <li>- Demonstra afeto</li> </ul>

## SINAIS DE ALARME

1 MÊS	3 MESES	6 MESES	9 MESES	12 MESES
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ausência de tentativa de controlo da cabeça, na posição sentado</li> <li>- Hiper e Hipo tonicidade na posição de pé</li> <li>- Não segue a face humana</li> <li>- Não vira os olhos e cabeça para o som (voz humana)</li> <li>- Não se mantém em situação de alerta, nem por breves períodos</li> <li>- Não estabelece qualquer tipo de interação</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Não fixa nem segue objetos</li> <li>- Não sorri</li> <li>- Não há qualquer controlo da cabeça</li> <li>- Mãos sempre fechadas</li> <li>- Membros rígidos em repouso</li> <li>- Sobressalto ao menor ruído</li> <li>- Chora e grita quando se toca</li> <li>- Pobreza de movimentos</li> <li>- Postura assimétrica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ausência de controlo da cabeça</li> <li>- Membros inferiores rígidos e passagem direta à posição de pé, quando se tenta sentar</li> <li>- Não olha nem pega qualquer objeto</li> <li>- Assimetrias</li> <li>- Não reage aos sons</li> <li>- Não vocaliza</li> <li>- Desinteresse pelo ambiente</li> <li>- Irritabilidade</li> <li>- Estrabismo manifesto e constante</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Não se senta</li> <li>- Permanece sentado e imóvel, sem procurar mudar de posição</li> <li>- Assimetrias</li> <li>- Sem preensão palmar, não leva objetos à boca</li> <li>- Não reage aos sons</li> <li>- Vocaliza monotonamente ou perde a vocalização</li> <li>- Apático</li> <li>- Não imita</li> <li>- Engasga-se com facilidade</li> <li>- Estrabismo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Não suporta o peso de pé</li> <li>- Permanece imóvel; não procura mudar de posição</li> <li>- Assimetrias</li> <li>- Não pega nos brinquedos ou fá-lo só com uma mão</li> <li>- Não reage à voz</li> <li>- Não brinca nem estabelece contato</li> <li>- Apático</li> <li>- Não mastiga</li> <li>- Estrabismo</li> </ul>

Fonte: Ordem dos Enfermeiros (2010)

## AVALIAÇÃO DE DESENVOLVIMENTO – TESTE DE MARY SHERIDAN – 18 MESES - 5 ANOS



NOME: \_\_\_\_\_ D.NASC: \_\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_ PROC. Nº: \_\_\_\_\_

	18 MESES	2 ANOS	3 ANOS	4 ANOS	5 ANOS
POSTURA E MOTRICIDADE GLOBAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Anda bem</li> <li>- Apanha brinquedos do chão</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Corre</li> <li>- Sobe e desce com os dois pés no mesmo degrau</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Equilíbrio momentâneo num só pé</li> <li>- Sobe escadas alternadamente; desce com os 2 pés no mesmo degrau</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fica num pé, sem apoio, 3-5 segundos</li> <li>- Sobe e desce as escadas alternadamente</li> <li>- Salta num pé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fica num pé 3-5 segundos, com os braços dobrados sobre o tórax</li> <li>- Salta alternadamente num pé</li> </ul>
VISÃO E MOTRICIDADE FINA	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Constrói torre de 3 cubos</li> <li>- Faz rabiscos, mostrando preferência por uma mão</li> <li>- Olha um livro de bonecos e volta várias páginas de cada vez</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Constrói torre de 6 cubos</li> <li>- Imita rabisco circular</li> <li>- Gosta de ver livros</li> <li>- Vira uma página de cada vez</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Constrói torre de 9 cubos</li> <li>- Imita (3A) e copia (3A ½) a ponte de 3 cubos; copia o círculo; imita a cruz</li> <li>- Combina 2 cores, geralmente o vermelho e o amarelo (confunde o azul e verde)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Constrói escada de 6 cubos</li> <li>- Copia a cruz</li> <li>- Combina e nomeia 4 cores básicas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Constrói 4 degraus com 10 cubos</li> <li>- Copia o quadrado e o triângulo</li> <li>- Conta 5 dedos de uma mão</li> <li>- Nomeia 4 cores</li> </ul>
AUDIÇÃO E LINGUAGEM	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Usa 6 a 26 palavras reconhecíveis e compreende muitas mais</li> <li>- Mostra em si, ou num boneco, os olhos, o cabelo, o nariz e os sapatos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diz o primeiro nome</li> <li>- Fala sozinho enquanto brinca</li> <li>- Junta 2 ou mais palavras, construindo frases curtas</li> <li>- Linguagem incompreensível, mesmo pelos familiares</li> <li>- Nomeia objetos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diz o nome completo e o sexo</li> <li>- Vocabulário extenso mas pouco compreensível por estranhos</li> <li>- Defeitos de articulação e imaturidade na linguagem</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sabe o nome completo, a idade e o sexo e, habitualmente, a morada</li> <li>- Linguagem compreensível</li> <li>- Apenas algumas substituições infantis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sabe o nome completo, a idade, morada e, habitualmente, a data de nascimento</li> <li>- Vocabulário fluente e articulação, geralmente, correta</li> <li>- Pode haver confusão em alguns sons</li> </ul>
COMPORTAMENTO E ADAPTAÇÃO SOCIAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bebe por um copo sem entornar muito, levantando-o com ambas as mãos</li> <li>- Segura a colher e leva alimentos à boca</li> <li>- Não gosta que lhe peguem</li> <li>- Exige muita atenção</li> <li>- Indica necessidade de ir à toilette</li> <li>- Começa a copiar atividades domésticas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Põe o chapéu e os sapatos</li> <li>- Usa bem a colher</li> <li>- Bebe por um copo e coloca-o no lugar sem entornar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pode despir-se só se lhe desabotoarem o vestuário</li> <li>- Vai sozinho à toilette</li> <li>- Come com colher e garfo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pode vestir-se e despir-se só com exceção de abotoar atrás e dar laços</li> <li>- Gosta de brincar com crianças da sua idade</li> <li>- Sabe esperar pela sua vez</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Veste-se sozinho</li> <li>- Lava as mãos e a cara, e limpa-se sozinho</li> <li>- Escolhe os amigos</li> <li>- Compreende as regras do jogo</li> </ul>

## SINAIS DE ALARME

18 MESES	2 ANOS	3 ANOS	4 ANOS	5 ANOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Não se põe de pé</li> <li>- Não suporta o peso sobre as pernas</li> <li>- Anda sempre na ponta dos pés</li> <li>- Assimetrias</li> <li>- Não faz pinça fina</li> <li>- Não responde quando o chamam</li> <li>- Não vocaliza espontaneamente</li> <li>- Não se interessa pelo ambiente</li> <li>- Não estabelece contato</li> <li>- Atira tudo ao chão</li> <li>- Leva tudo à boca</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Não anda</li> <li>- Assimetria</li> <li>- Deita os objetos ao chão</li> <li>- Não constrói nada</li> <li>- Não compreende o que se lhe diz</li> <li>- Não pronuncia palavras inteligíveis</li> <li>- Não se interessa pelo que está em seu redor</li> <li>- Não estabelece contato</li> <li>- Não procura imitar</li> <li>- Estrabismo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Marcha insegura</li> <li>- Não brinca com outras crianças</li> <li>- Incapaz de desenvolver jogo</li> <li>- Irritabilidade frequente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desajeitado</li> <li>- Hiperativo, distraído, com dificuldade de concentração</li> <li>- Linguagem incompreensível, substituições fonéticas, gaguez</li> <li>- Estrabismo ou suspeita de déficit visual</li> <li>- Perturbações do comportamento</li> <li>- Não responde à voz</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Não se interessa pelo meio ambiente</li> <li>- Má coordenação motora</li> <li>- Dificuldade extrema na linguagem</li> <li>- Alterações de comportamento</li> </ul>

Fonte: Ordem dos Enfermeiros (2010)

*Um olhar sobre o desenvolvimento das crianças em idade pré-escolar  
Uma perspetiva da intervenção do enfermeiro*

ANEXO III - Folheto Crescer a Brincar

*Um olhar sobre o desenvolvimento das crianças em idade pré-escolar  
Uma perspetiva da intervenção do enfermeiro*

## RECOMENDAÇÕES GERAIS

- Verifique se os brinquedos são adequados à idade de seu filho e qual o seu estado de conservação;
- Ensine-o a arrumar os seus brinquedos depois de os utilizar;
- Brinque com ele ou esteja por perto para vigiar as brincadeiras;
- Certifique-se que o local onde brinca é seguro;
- Selecione os programas de televisão adequados à idade do seu filho e esteja com ele ou por perto enquanto ele está a ver TV;
- Não deixe que o seu filho esteja mais que 1 hora a ver TV ou a jogar computador;
- Esteja presente quando ele estiver a jogar computador ou outros jogos eletrónicos;
- Proporcione ao seu filho tempo para brincar com os pais e amigos;
- Elogie os seus progressos e ajude-o a ultrapassar as dificuldades.



## Bibliografia

- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010). *Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica - Volume I*. Lisboa: Comissão de Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica - Mandato de 2008 / 2010.
- BRAZELTON, T. B.; SPARROW, J. D. (2003). *A criança dos 3 aos 6 anos - o desenvolvimento emocional e do comportamento*. Queluz de Baixo: Editorial Presença
- BRAZELTON, T. B.; GREENSPAN, S. I. (2002). *A criança e o seu mundo - Requisitos essenciais para o crescimento e aprendizagem*. Queluz de Baixo: Editorial Presença
- <http://luoucuras.blogspot.com/2012/10/feliz-dia-das-criancas.html>
- <http://tlc.howstuffworks.com/family/how-to-stimulate-a-childs-mind3.htm>
- [http://www.hoftalon.com.br/arquivos/noticia/8\\_noticia.jpg](http://www.hoftalon.com.br/arquivos/noticia/8_noticia.jpg)
- <http://1.bp.blogspot.com/-76empa24vJw/UTCapFAVM-I/AAAAAAAAAD0U/9vrDckJ1rI8/s1600/criancas-brincando-com-os-pais.jpg>
- [http://1.bp.blogspot.com/-zoAV2U\\_X\\_xc/UEqYP8TVWTI/AAAAAAAAAH8/qO56jVLd3BI/s1600/brincadeiras1.jpg](http://1.bp.blogspot.com/-zoAV2U_X_xc/UEqYP8TVWTI/AAAAAAAAAH8/qO56jVLd3BI/s1600/brincadeiras1.jpg)
- <http://3.bp.blogspot.com/-FKL68Ds7T3A/UEqX4vdH9tI/AAAAAAAAAHK/UOEFqto9Jgk/s1600/coop-kids.png>
- <http://4.bp.blogspot.com/>

# BRINCAR PARA CRESCER



Realizado por Helena Moita, aluna do mestrado em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica

Escola Superior de Saúde de Santarém

Instituto Politécnico de Santarém

Novembro/2013

**BRINCAR** é uma atividade fundamental ao desenvolvimento saudável da criança a nível físico, mental e social.

É a brincar que a criança conhece o mundo e, pela sua curiosidade vai adquirindo novas experiências e conhecimentos.

Em cada idade há brincadeiras que ajudam o seu filho a **CRESCER** saudável

### -aos 3 anos

O SEU FILHO VAI GOSTAR DE:

- Brincar ao faz de conta (estimula a imaginação);
- Contar histórias e o que fez durante o dia;
- Saltar, correr, andar de triciclo, jogar à bola;
- Pintar e desenhar;
- Ajudar em pequenas tarefas (ex: arrumar brinquedos, fazer pequenos recados. Faça disso uma brincadeira divertida);
- Cantar, dizer lengalengas e rimas simples;



### -aos 4 anos

O SEU FILHO VAI GOSTAR DE:

- Jogar à bola, mostrando algumas habilidades;
- Enfiar contas e botões grandes num fio;
- Construir puzzles e legos;
- Desenhar e pintar (incluindo a figura humana);
- Fazer alguns recortes, com tesoura de bicos redondos, e colagens;
- Brincar com plasticina;
- Colaborar em pequenas tarefas domésticas;
- Inventar brincadeiras que incluam a distinção de cores;
- Cantar, dizer algumas rimas e lengalengas;
- Ouvir e contar histórias (incentive-o a contar o seu dia)
- Ouvir histórias infantis e ver as imagens dos livros que lhe estão a ler.



### -aos 5 anos

O SEU FILHO VAI GOSTAR DE:

- Saltar à corda, jogar à macaca, jogar à bola;
- Correr, saltar, andar de bicicleta;
- Desenhar e pintar;
- Construir puzzles e legos;
- Ouvir histórias infantis, ver imagens dos livros que lhe estão a ler;
- Contar histórias e fazer uso da fantasia;
- Cantar, dizer rimas e lengalengas mais difíceis;
- Colaborar em pequenas tarefas domésticas, arrumar brinquedos;
- Brincar e jogar com outras crianças, respeitando as regras.



ANEXO IV - Instrução de trabalho "Organização da sala de atividades lúdicas"

*Um olhar sobre o desenvolvimento das crianças em idade pré-escolar  
Uma perspectiva da intervenção do enfermeiro*

**ORGANIZAÇÃO DA SALA DE  
ATIVIDADES LÚDICAS****1. OBJETIVO**

- Definir a organização da sala de atividades lúdicas

**2. ÂMBITO**

- Sala de atividades lúdicas do internamento de Pediatria do Hospital Vila Franca de Xira

**3. DEFINIÇÕES, ABREVIATURAS E REFERÊNCIAS**

- A sala de atividades lúdicas é um espaço disponibilizado para a criança brincar uma vez que dispõe de diversos materiais e espaço adequados às brincadeiras;
- Brincar promove o desenvolvimento psicomotor, cognitivo e social;
- Proporciona diversão e relaxamento;
- Brincar ajuda a criança a sentir-se mais segura no ambiente que para ela é estranho e adverso;
- Ao brincar, as crianças afastam momentaneamente os sentimentos de sofrimento, refletem sobre a situação e criam estratégias que facilitam a aprendizagem perante novas situações;
- Ao brincar a criança alivia tensões e expressa sentimentos;
- Brincar minimiza a ansiedade da separação e as saudades de casa;

**4. DESCRIÇÃO****4.1 CONTEÚDO**

- 2 Armários fechados com chave que contém alguns materiais para pintura e desenho:
  - Caixas com vários lápis de cor;
  - Pasta com desenhos para colorir;
  - Folhas brancas para desenho livre;
  - Pasta com fichas de atividades variadas (sequências, pares, conjuntos);
- 2 Armários abertos tipo estante onde estão guardados:
  - Jogos didáticos e livros;
  - Brinquedos para várias idades

A chave dos armários encontra-se no balcão de enfermagem.

- Caixa com histórias em folhas soltas de uso individual (exemplo- história do dia)
- 1 Televisor
- Sofás
- Mesas e cadeiras

**4.1.1 PROPOSTA DE MATERIAIS A ACRESCENTAR (se possível)**

- Rocas, brinquedos com som, luz e várias texturas para o 1º ano de vida;
- Cubos, encaixes, puzzles de várias peças;
- Jogos didáticos para as várias idades;
- Jogos de sociedade para os adolescentes;
- Computador para uso das crianças/ jovens internados;

**ORGANIZAÇÃO DA SALA DE  
ATIVIDADES LÚDICAS**

- Livros adequados às várias idades;
- Bonecos de borracha laváveis;
- Carros;
- Brinquedos para brincar ao faz de conta (materiais de cozinha, ferramentas plásticas, cama de bonecas);
- Caixa “ hospital das brincadeiras “ que inclui materiais diversos usados em contexto hospitalar, adequados ao uso por crianças para que pelo seu manuseio se desmistifique o seu uso real;
- Quadro para afixar desenhos e pequenos trabalhos das crianças.

**4.1.2 RESPONSÁVEIS PELA SALA**

Nomeado 1 enfermeiro e 1 assistente operacional que são responsáveis pela sala no que respeita:

- Supervisão da sua limpeza;
- Introdução de novos materiais;
- Gestão dos materiais disponíveis e dos materiais doados;
- Articulação com as voluntárias da liga dos amigos do hospital e da biblioteca municipal, que diariamente utilizam a sala e ajudam a ocupar e distrair as crianças aqui internadas.

**4.1.3 PRESSUPOSTOS**

- Disponibilizar apenas brinquedos que sejam de fácil limpeza (rígidos, de plástico e não porosos);
- Se o brinquedo não puder ser higienizado, não é apropriado em instituições de saúde;
- Não adquirir/ colocar à disposição na sala “peluches ou bonecos de tecido”. Se este tipo de brinquedos for doado ao serviço, deve ser individualizado. Após a alta, se possível enviá-los à central de esterilização, dar à criança ou eliminá-los;
- Não são necessárias precauções especiais para as revistas e livros a não ser que estejam visivelmente sujos. Na situação de infeções que exijam isolamento, recomenda-se o uso de livros higienizáveis;
- Se a criança estiver em isolamento e se substituírem os brinquedos, descontaminá-los antes de voltarem ao uso comum;
- Evitar a partilha de brinquedos nas crianças mais pequenas (porque introduzem com frequência os brinquedos e/ou mãos contaminadas na boca), ou em situações específicas;
- A enfermeira de serviço deverá, sempre que possível, orientar as voluntárias da liga dos amigos do hospital e os pais na gestão dos vários brinquedos e materiais disponíveis em função das características das crianças/jovens internados;
- Disponibilizar doseador de desinfetante de mãos (solução alcoólica) para desinfecção das mãos das crianças/ jovens/ pais antes da entrada na sala. Colocar dístico informativo).

**4.1.4 LIMPEZA DA SALA**

A limpeza da sala é assegurada diariamente pelas funcionárias da empresa externa

**ORGANIZAÇÃO DA SALA DE  
ATIVIDADES LÚDICAS**

de limpeza, e inclui chão, mesas, cadeiras, superfície dos móveis.

**4.1.5 LIMPEZA DOS BRINQUEDOS/ DESINFEÇÃO**

- Enviar à central de esterilização todos os brinquedos que suportem uma temperatura de 70°C e que a sua dimensão o permita;
- Se não suportam essa temperatura, ou a sua dimensão não o permite: lavar no serviço com água quente e detergente, enxaguar, secar;
- Em alternativa, em brinquedos não contaminados com matéria orgânica ou não visivelmente sujos, passar com álcool a 70°;
- Em brinquedos contaminados ou suspeitos de contaminação com microrganismos multirresistentes, se não for possível enviar à central de esterilização, lavar com água quente e detergente, desinfetar com dicloroisocianurato de sódio a 0,014%, enxaguar com água e secar.

**4.1.5.1 Frequência da limpeza**

- Diariamente aquando da limpeza da sala de atividades lúdicas;
- Semanalmente à 5ª feira todos os materiais existentes na sala;
- Semanalmente em internamentos prolongados, se o brinquedo permanece na unidade da criança;
- Na alta da criança os brinquedos que estejam na sua unidade.

**ELABORADO POR****APROVADO POR**

Proposta de instrução de trabalho elaborada por:

Helena Moita

1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem

*Um olhar sobre o desenvolvimento das crianças em idade pré-escolar  
Uma perspetiva da intervenção do enfermeiro*

*Um olhar sobre o desenvolvimento das crianças em idade pré-escolar  
Uma perspectiva da intervenção do enfermeiro*

ANEXO V - Ação de formação "Desenvolvimento psicomotor na idade pré-escolar"

*Um olhar sobre o desenvolvimento das crianças em idade pré-escolar  
Uma perspetiva da intervenção do enfermeiro*

## Plano de Formação

**TEMA:** Cuidar de crianças do pré-escolar: Um olhar sobre o desenvolvimento psicomotor.

**GRUPO DE TRABALHO:** Mestranda Helena Moita e Enfª cooperante Patrícia Nascimento

**DESTINATÁRIOS:** Equipa de Enfermagem do serviço de pediatria, neonatologia e urgência pediátrica.

**OBJECTIVO GERAL:** Refletir sobre o desenvolvimento psicomotor na criança em idade pré-escolar.

**OBJECTIVOS ESPECÍFICOS:**

No final do curso o formando deverá ser capaz de:

- Rever os conceitos de desenvolvimento psicomotor e de idade pré-escolar;
- Rever algumas teorias do desenvolvimento infantil;
- Conhecer algumas estratégias promotoras de um desenvolvimento psicomotor saudável, em vários domínios, nas crianças do pré-escolar;
- Promover a adoção, pelos pais, de estratégias e comportamentos promotores de um desenvolvimento saudável;
- Identificar alguns stressores relativamente á hospitalização nesta idade,
- Identificar algumas intervenções de enfermagem que ajudam a minimizar o impacto do internamento;
- Utilizar a atividade lúdica em parceria com os pais como estratégia fundamental no cuidar em Pediatria;

**MÉTODOS PEDAGÓGICOS:** Método expositivo e participativo.

**MATERIAL NECESSÁRIO:** Retroprojeter e computador.

**CRONOGRAMA DA FORMAÇÃO:** 28 de Novembro de 2013 às 14h.

(Caso se aplique, exemplificar como se vai repartir a formação em horas por dia e dias por semana)

## Plano de Formação

**FORMADORES:** Helena Moita

(Nome dos formadores que realizam a acção de formação na respectiva Unidade de Saúde)

**DURAÇÃO DA ACÇÃO:** 60 minutos.

**BIBLIOGRAFIA:**

(consultada para preparação da acção de formação – escrever segundo a norma Portuguesa)

BRAZELTON, T. B.; GREENSPAN, S. I. (2002). A criança e o seu mundo - Requisitos essenciais para o crescimento e aprendizagem. Queluz de Baixo: Editorial Presença

BRAZELTON, T. B.; SPARROW, J. D. (2003). A criança dos 3 aos 6 anos - o desenvolvimento emocional e do comportamento. Queluz de Baixo: Editorial Presença

CASSANDRA, K.; OPPERMAN, C. (2001). Enfermagem Pediátrica Contemporânea. Loures: Lusociência.

<http://brasilfront.com.br/wp-content/uploads/brincadeiras-simples-formacao-desenvolvimento-crianca.jpg>

<http://arteativaeventosinfantis.com.br/?area=texto&pg=CURSOS+PEDAGOGIA>

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010). Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica - Volume I. Lisboa: Comissão de Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – Mandato de 2008 / 2010.

PATRICIA, P (2011). Acolher brincando. Loures. Lusociência.

WHALEY, L.; WONG, D. (1989). Enfermagem Pediátrica – Elementos Essenciais à intervenção efetiva. Rio de Janeiro: Editora Guanabara.

**Plano de Formação**

<b>CONTEÚDO PROGRAMÁTICO</b>	<b>T T/P P</b>	<b>Tempo</b>	<b>Formador</b>
Apresentação da formação, da formadora, dos objetivos e métodos utilizados	T	5 Minutos	Helena Moita
Conceitos de desenvolvimento psicomotor e idade pré-escolar	T	5 Minutos	Helena Moita
Teorias do desenvolvimento infantil	T	5 Minutos	Helena Moita
Estratégias e comportamentos promotores de um desenvolvimento saudável	T	5 Minutos	Helena Moita
Stressores relativamente á hospitalização nesta idade	T	10 Minutos	Helena Moita
Intervenções de enfermagem que ajudam a minimizarem o impacto do internamento	T	10 Minutos	Helena Moita
A atividade lúdica em parceria com os pais como estratégia fundamental no cuidar em Pediatria	T	10 Minutos	Helena Moita
Apresentação da escala de avaliação do desenvolvimento por teste de Mary Sheridan	T	5 Minutos	Helena Moita
Conclusão e avaliação da sessão	T	5 Minutos	Helena Moita

**T** – teórica; **T/P** – teórico-prática; **P** - prática

# Cuidar das crianças do pré-escolar Um olhar sobre o desenvolvimento psicomotor



Convidam-se os  
enfermeiros para a  
Sessão de formação  
a 28/11/2013 pelas  
14h

Helena Moita  
1º CMESCJ

## Cuidar das crianças do pré-escolar Um olhar sobre o desenvolvimento psicomotor



Helena Moita  
1º CMESCJ

## OBJETIVO GERAL

- Refletir sobre o desenvolvimento psicomotor das crianças em idade pré-escolar



## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Rever os conceitos de desenvolvimento psicomotor e de idade pré-escolar;
- Rever algumas teorias do desenvolvimento infantil;
- Conhecer algumas estratégias promotoras de um desenvolvimento psicomotor saudável, em vários domínios, nas crianças do pré-escolar;
- Promover a adoção, pelos pais, de estratégias e comportamentos promotores de um desenvolvimento saudável;
- Conhecer os principais stressores da doença/ hospitalização na criança dos 3-5 anos;
- Rever algumas intervenções de enfermagem que minimizem o stress da doença/hospitalização;



## Idade Pré-escolar

“(...) compreende o período que se estende dos três anos até o final do quinto ano de vida. É uma idade de descobertas, imaginação, curiosidade e de desenvolvimento de padrões socioculturais de comportamento. (...) Numerosos autores são de opinião que o período mais crítico do desenvolvimento emocional e psicológico da criança vai desde o nascimento até o ingresso na escola.” (WHALEY; WONG, 1989)



## Desenvolvimento psicomotor

“Processo natural e evolutivo. Integra a coordenação, comunicação, socialização e aspetos da mobilidade. Capacidade das pessoas para interagirem com o meio envolvente através de comportamentos.” (OE, 2010).



## Brincar é vital

- Brincar com os pais e amigos ao faz-de-conta
- Brincar pelo menos 1 hora/dia
- Potencia o desenvolvimento em todos os domínios (cognitivo, motor, emocional e psicossocial)
- Jogar com os pares ajuda a aprender a relacionar-se
- Brincadeiras livres, não estruturadas, para brincarem com os amigos, irmãos ou sozinhos
- Ao brincar a criança conhece o mundo



## Teorias do desenvolvimento

	Idade	Piaget	Erickson	Freud	Kohlberg
Lactente	0 – 1	Sensório-Motor (0-2) (6 estádios)	Confiança Desconfiança	Oral	
Toddler	1 – 3	Pré-Operatório (Pré-conceitual) (2-4)	Autonomia Dúvida	Anal	Moralidade Pré-Convencional (estádio 1)
Pré-escolar	3 – 6	Pré-Operatório (Intuitiva) (4-6)	Iniciativa Culpa	Fálica	Moralidade Pré-Convencional (estádio 2)
Escolar	6 – 12	Operatório Concreto	Produtividade Inferioridade	Latência	Moralidade Convencional (estádio 3 e 4)
Adolescente	12 – 18	Operações Formais	Identidade Confusão papéis	Pré-Genital	Moralidade Pós-Convencional (estádio 5 e 6)



## Desenvolvimento único

- Informar os pais das etapas importantes do desenvolvimento
- Respeitar o ritmo de desenvolvimento de cada criança e desmistificar avanços e progressões mais lentas
- Não se obvia etapas desenvolvimento
- Desenvolvimento neurológico condiciona a progressão das etapas



## Amor e Disciplina

- As regras são estruturantes
- O amor é fundamental na relação com a criança
- A disciplina está relacionada com o ensinar e não com o punir
- Os castigos corporais não respeitam a criança e tendem a destruir a sua autoestima



## Os afetos

“Temos efetivamente de ajudar os pais a compreender que, para o desenvolvimento das capacidades cognitivas e emocionais dos filhos, o que é realmente importante é a sensibilidade e a qualidade das interações emocionais entre eles”

(OE, 2010)

- Ensinar os pais a preparar os filhos para os fracassos e não só para os sucessos



## As birras

- Sem espetadores as birras não fazem sentido
- Ensinar os pais a mandar a criança retirar-se algum tempo, isolá-la, imobilizá-la nos braços e confiná-la ao seu quarto
- Ser firmes nas atitudes que tomam
- Incentivar os pais a dar oportunidade à criança a pedir desculpa, reparar o estrago e de se sentir perdoada.



## O sono

- Congruência entre os progenitores relativamente à hora e rotina do deitar
- As crianças dos 3-5 anos devem dormir 11 a 14 horas/dia
- O sono alterna entre profundo/leve e agitado a cada 3 a 4h
- Ensinar aos pais a importância de um ritual consistente na hora de deitar
- Se durante a noite a criança acordar, ensinar os pais a irem ter com ela, reconfortá-la mas não a retirar da cama



## O sono

- Ensinar os pais a lidar com o medo dos filhos em ir dormir, com os eventuais pesadelos.
- As crianças não devem dormir na cama dos pais
- Ensinar medidas úteis, tais como:
  - ✓ diminuir o ritmo das atividades
  - ✓ manter luz acesa suave, no quarto
  - ✓ permitir objeto de transição
  - ✓ contar uma história



## Sexualidade

- Consciência das diferenças de sexo aos 4 anos
- Ser honesto quando responde a questões sobre este tema
- Responder, de forma simples, às questões da criança e perguntar-lhe o que pensa sobre as mesmas
- A masturbação é o resultado normal da exploração
- Não reprovar atitudes masturbatórias das crianças mas ensiná-las a fazê-lo em privado



## Televisão e computador

- Ensinar os pais a:
  - Selecionar os programas de TV adequados à idade e a estarem com os filhos ou perto deles
  - Estarem presentes quando os filhos estiverem a jogar computador ou jogos eletrónicos
  - Não permitir que as crianças permanecem mais de 1 hora/dia a ver TV ou a jogar computador
  - Preferir jogos didáticos aos que têm violência explícita



## Hospitalização na criança

### Principais medos das crianças face à hospitalização

- Ansiedade face ao desconhecido
- Medo dos procedimentos
- Medo de ficar só

(TAVARES, Patrícia P., 2011)



## Principais stressores da doença e/ou hospitalização em crianças 3-5 anos

### SEPARAÇÃO

- Recusa alimentar
- Dificuldade em dormir
- Partir ou estragar brinquedos
- Agressividade com outras crianças
- Recusa em cooperar no autocuidado



## Principais stressores da doença e/ou hospitalização em crianças 3-5 anos

### PERDA DO CONTROLE

Restrição física  
Rotinas alteradas  
Dependência imposta

➔

Perda do Controle

- Pensamento mágico e egocêntrico limita a sua capacidade para compreender os acontecimentos.
- Doença e hospitalização como punição por erros reais ou imaginários



## Principais stressores da doença e/ou hospitalização em crianças 3-5 anos

### LESÃO CORPORAL E DOR

- Procedimentos invasivos, dolorosos ou não, representam uma ameaça
- Medo da mutilação e da perda de parte do corpo
- Pode surgir dor psicossomática (Ex: dor abdominal)
- Agressão verbal (Ex: sai daqui, não gosto de ti)



## Intervenções de enfermagem

- Incentivar a presença permanente dos pais ou representantes legais

«Uma criança hospitalizada tem direito a ter os pais, ou seus substitutos, junto dela, dia e noite, qualquer que seja a sua idade ou o seu estado clínico»

Carta de Leiden-1988  
Instituto de Apoio à Criança



## Intervenções de enfermagem

- Salvar os direitos da criança hospitalizada mencionados na carta da criança hospitalizada divulgada pelo Instituto de Apoio à Criança
- Incentivar a presença do seu brinquedo favorito
- Encorajar a criança a expressar/ representar os seus sentimentos e medos
- Reconhecer precocemente os medos e ansiedade da criança
- Manter as suas rotinas de casa, se possível



## Intervenções de enfermagem

- Minimizar a ansiedade da separação e saudades de casa
- Aceitar e compreender os comportamentos regressivos
- Evitar procedimentos invasivos, quando possível
- Explicar todos os procedimentos a efetuar
- Utilizar técnicas de redução da dor, incluindo medicação (ex: anestésico local)
- Utilizar medidas de conforto



## Intervenções de enfermagem

- Permitir tanta mobilidade quanto possível
- Incentivar participação em atividades lúdicas
- Incentivar a brincar com os pais e, se possível, com outras crianças
- Utilização da brincadeira terapêutica
- Colocar a criança em posição ativa, oferecendo-lhe a possibilidade de fazer escolhas e de se sentir no comando



## Bibliografia

BRAZELTON, T. B.; GREENSPAN, S. I. (2002). A criança e o seu mundo - Requisitos essenciais para o crescimento e aprendizagem. Queluz de Baixo: Editorial Presença

BRAZELTON, T. B.; SPARROW, J. D. (2003). A criança dos 3 aos 6 anos - o desenvolvimento emocional e do comportamento. Queluz de Baixo: Editorial Presença

CASSANDRA, K.; OPPERMAN, C. (2001). Enfermagem Pediátrica Contemporânea. Loures: Lusociência.

<http://brasilfront.com.br/wp-content/uploads/brincadeiras-simples-formacao-desenvolvimento-crianca.jpg>

<http://arteativaeventosinfantis.com.br/?area=texto&pg=CURSOS+PEDAGOGIA>

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010). Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica - Volume 1. Lisboa: Comissão de Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica - Mandato de 2008 / 2010.

POMBO, P.(2011).Acolher brincando. Loures :Lusociência.

WHALEY, L.; WONG, D. (1989). Enfermagem Pediátrica - Elementos Essenciais à intervenção efetiva. Rio de Janeiro: Editora Guanabara.



ANEXO VI - Escala de registo CLNBAS

*Um olhar sobre o desenvolvimento das crianças em idade pré-escolar  
Uma perspectiva da intervenção do enfermeiro*

## Folha de Registo CLNBAS (Traduzido pelo Centro Brazelton- Lisboa. Para treino)

Nome do Bebé: _____			Sexo - _____	Idade - _____	
Idade Gestacional _____		Peso ao Nascer _____		Níveis de Apgar _____	
Tipo de Alimentação _____			Paridade _____		
Membros da família presentes – Indique _____					
Comentários dos pais acerca do bebé e o parto (nas suas próprias palavras) _____					
Observação Introdutória do bebé _____					
Nome do observador _____			Data do Exame ____/____/____		
Dimensão/sistema Comportamental	Itens	Avaliação Qualitativa (Assinale a melhor descrição)			Checklist de seguimento
Autonómico	1. Autonomia/fisiologia (Tremores, sustos, cor da pele)	Suave	Moderada	Extrema	Sinais de stress
	2. Nível de Atividade	Suave	Moderada	Extrema	Organização
Interação	3. Reação à face	Bem	Quase bem	Menos bem	Comunicação
	4. Reação à face e à voz				
	5. Reação à voz	Bem	Quase bem	Menos bem	Audição
	6. Segue a bola vermelha	Bem	Quase bem	Menos bem	Visão
	7. Reação à roca	Bem	Quase bem	Menos bem	Alerta ao som
Motricidade	8. Tônus muscular: braços e pernas	Forte	Médio	Fraco	Flexibilidade motora
	9. Pontos cardeais	Forte	Médio	Fraco	Alimentação
	10. Sucção				
	11. Preensão palmar	Forte	Médio	Fraco	Força e contacto
	12. Puxar a sentar	Forte	Médio	Fraco	Força /Robustez
	13. Rastejar	Forte	Médio	Fraco	Posição de dormir
Regulação de estádio e sono	14. Habituação à luz	Bem	Quase bem	Menos bem	Proteção do sono
	15. Habituação ao som	Bem	Quase bem	Menos bem	Proteção do sono
	16. Choro	Nunca	Às vezes	Quase sempre	Choro
	17. Consolabilidade	Autoconsola-se facilmente	Precisa alguma ajuda	Precisa muita ajuda	Consolabilidade
	18. Regulação de estádios (transições)	Suave	Moderada	Brusca	Organização e controlo

Perfil do bebé _____ _____ _____
--

Instruções de Registo CLNBAS

<b>1. Autonomia/fisiologia (Tremores, sustos, cor da pele)</b>			<b>10. Sucção</b>		
3	Bem organizado	Sem tremores ou sustos. Alterações mínimas na cor da pele	3	Forte	Mantém uma sucção forte e rítmica
2	Moderado	Alguns tremores ou sustos. Alterações moderadas na cor da pele	2	Moderado	Movimento de sucção lento
1	Não organizado	Muitos tremores ou sustos, alterações importantes na cor da pele	1	Fraca	Sem movimento de sucção
<b>2. Nível de Atividade</b>			<b>11. Preensão palmar</b>		
3	Modulada	Bem modulada	3	Forte	Forte preensão palmar
2	Baixa	Baixo nível de atividade	2	Moderado	Ligeira flexão dos dedos
1	Elevada	Muito ativo durante a observação	1	Fraco	Resposta ausente
<b>3. Reação à face - 4. Reação à face e à voz</b>			<b>12. Puxar a sentar</b>		
3	Reage muito	Fixa e segue com movimentos fluidos da cabeça e dos olhos	3	Forte	Traz a cabeça à linha média, com queda mínima e mantém-na 3 segundos
2	Reage moderadamente	Para, fixa e segue um pouco com os olhos	2	Moderado	Consegue trazer a cabeça à linha média, mas não a mantém
1	Não reage	Fixa brevemente e/ou não fixa não segue com os olhos	1	Fraco	Incapaz de trazer a cabeça à linha média
<b>5. Reação à voz</b>			<b>13. Rastejar</b>		
3	Reage muito	Fixa e segue com movimentos fluidos da cabeça e dos olhos	3	Forte	Movimento coordenado, envolvendo os membros superiores e inferiores, com libertação da face
2	Reage moderadamente	Para, fixa e segue um pouco com os olhos	2	Moderado	Algumas tentativas de flexão dos membros
1	Não reage	Fixa brevemente e/ou não fixa não segue com os olhos	1	Fraco	Sem flexão dos membros e sem libertação da cabeça
<b>6. Segue a bola vermelha</b>			<b>14. Habituação à luz</b>		
3	Reage muito	Fixa e segue com movimentos fluidos da cabeça e dos olhos	3	Com alguma facilidade	Habituação fácil ao estímulo (1 a 5 apresentações)
2	Reage moderadamente	Para, fixa e segue um pouco com os olhos	2	Com alguma dificuldade	Habituação algo difícil ao estímulo (6 ou mais apresentações)
1	Não reage	Fixa brevemente e/ou não fixa não segue com os olhos	1	Com grande dificuldade	Incapaz de habituação após 10 apresentações
<b>7. Reação à roca</b>			<b>15. Habituação ao som</b>		
3	Reage muito	Para, muda de expressão, vira-se e localiza o som	3	Com alguma facilidade	Habituação fácil ao estímulo (1 a 5 apresentações)
2	Reage moderadamente	Para, muda de expressão, procura com os olhos mas não localiza a fonte sonora	2	Com alguma dificuldade	Habituação algo difícil ao estímulo (6 ou mais apresentações)
1	Não reage	Os olhos permanecem fechados, alerta pobre, sem reação ao som	1	Com grande dificuldade	Incapaz de habituação após 10 apresentações
<b>8. Tônus muscular: braços e pernas</b>			<b>16. Choro</b>		
3	Forte	Tónus, dos membros superiores e inferiores, bem modulado, com boa <i>recolha</i>	3	Chora pouco	Quase não chora ou rabuja
2	Moderado	Tónus misto ou irregular	2	Chora moderadamente	Chora ou rabuja moderadamente
1	Fraco	Pouco ou nenhum tônus dos membros	1	Chora muito	Chora durante toda a observação
<b>9. Pontos cardeais</b>			<b>17. Consolabilidade</b>		
3	Forte	Vira-se para o lado estimulado	3	Com alguma facilidade	Fácil de consolar-se e/ou autoconsola-se
2	Moderado	Vira um pouco a cabeça	2	Com alguma dificuldade	Só se consola com o embalar e embrulhar
1	Fraco	Quase não vira ou não vira a cabeça	1	Com grande dificuldade	Muito difícil de consolar ou inconsolável; nunca se autoconsola
<b>18. Regulação de estádios (transições)</b>					
3	Bem organizado	Estádios bem definidos e transições suaves e previsíveis			

**ANEXO VII - O ruído em Neonatologia - Implicações no sono e desenvolvimento do RN**

*Um olhar sobre o desenvolvimento das crianças em idade pré-escolar  
Uma perspectiva da intervenção do enfermeiro*

# PROJETO DE INTERVENÇÃO NO RUÍDO NO SERVIÇO DE NEONATOLOGIA DE UM HOSPITAL DISTRITAL



**Mestrandas:** Helena Moita

Sandra Lopes

**Enf.<sup>a</sup> Cooperante:** Enf.<sup>a</sup> Joana Marques

**Orientadora do Estágio:** Prof.<sup>a</sup> Regina Ferreira

SANTARÉM  
JANEIRO 2014

## ÍNDICE

<b>0 - INTRODUÇÃO</b>	<b>3</b>
<b>1 - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b>	<b>4</b>
1.2 - INFLUÊNCIA DO RUÍDO NO SONO E DESENVOLVIMENTO DO RN	5
<b>2 - SUGESTÃO DE EMPRESAS A CONTATAR</b>	<b>7</b>
<b>3 - RECOMENDAÇÕES</b>	<b>8</b>
<b>4 - BIBLIOGRAFIA</b>	<b>10</b>

## 0 - INTRODUÇÃO

O ruído nas unidades neonatais é frequentemente excessivo, com implicações nefastas para os recém-nascidos (RN) aí internados.

Estudos efetuados em várias Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN), em Portugal demonstraram que os níveis de ruído eram superiores aos recomendados.

Esta UCERN (unidade de cuidados especiais a recém nascidos) não presta cuidados intensivos neonatais, mas contém igualmente equipamento que produz ruído no seu funcionamento (ventilador, aparelho CPAP nasal - *Continuous Positive Airway Pressure*, monitores de sinais vitais) e uma sala tipo “ open space”onde se movimentam os profissionais de saúde e familiares dos RN aí internados, também produtores de ruído.

Este projeto tem como objetivos:

- Identificar as fontes do ruído produzido na UCERN do Hospital Distrital onde desenvolve estágio;

- Sugerir medidas /estratégias necessárias à manutenção de nível de ruído adequado a este tipo de unidades.

Para a implementação do projeto consideramos importante a realização de uma fundamentação teórica, seguida dos contactos das empresas a contactar para eventual medição do ruído na unidade e, por fim algumas sugestões de medidas corretivas a implementar, á priori, sendo posteriormente ajustadas de acordo com os dados obtidos.

## 1 - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

**Ruído**, é segundo a Organização Mundial de Saúde, “ Um estímulo sonoro indesejável ou desagradável para o auditor, caracterizado pelo seu nível de pressão sonora (...)”. A sua unidade de medida é o decibel (db).

A AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS (1997) recomenda que os níveis médios de ruído não excedam os 45 db durante o dia e 35 db no período noturno. Este nível recomendado para os RN é “ quase silêncio”, se considerarmos que o limiar auditivo se encontra nos 20-25db e a conversação humana normal produz 60db.

Os equipamentos de apoio vital necessários em uma UCIN, assim como inúmeros procedimentos médicos e da equipa aumentam significativamente a sobrevivência dos recém-nascidos prematuros. No entanto, alguns equipamentos podem também elevar consideravelmente o nível de ruído na unidade de neonatologia, além dos já produzidos pelos equipamentos de suporte, elevando o ruído em 15 a 20 decibéis (dB).

O ruído elevado, entretanto pode vir a causar além de perda auditiva, alterações fisiológicas e psicológicas como: irritabilidade, sono, alteração na função intelectual stress, todos dificultando o bem-estar e o processo de alta hospitalar.

Para TRAPANOTTO, BENINI, FARINA, GOBBER, MAGNAVITA, ZACHELLO (2004), os recém-nascidos (RN) reagem intensamente aos ruídos com alterações eletrofisiológicas, mais prolongadas que o próprio estímulo, impedindo-os de repousar. JOHNSON (2003) refere que a redução do ruído tem um efeito positivo no sono dos recém-nascidos internados em UCIN.

BREMMER, BYERS, KIEHL (2003), referem que os prematuros em particular reagem com aumento da frequência respiratória e cardíaca e redução da saturação de oxigénio.

TRAPANOTTO *et al* e KAWADA (2004) consideram que o ruído é um importante fator de risco e de stress podendo agravar o tratamento e o desenvolvimento do RN.

É importante referir que o stress altera a imunidade fisiológica e psíquica do RN e provoca um gasto maior de energia gerado pela atividade cerebral, principalmente cortical. A permanência em UCIN por tempo prolongado, também é considerado um fator de ruído uma vez que os recém-nascidos passam pela separação mãe-bebé e ficam expostos a vários estímulos negativos como, a manipulação constante por parte da equipa multidisciplinar.

## 1.2-INFLUÊNCIA DO RUÍDO NO SONO E NO DESENVOLVIMENTO DO RN

Na adaptação à vida extra uterina, alguns órgãos dos RN pré-termo passam por um processo acelerado de maturação com sobrecarga do sistema orgânico. Nesta fase crítica do desenvolvimento, a exposição a estímulos inapropriados deve ser controlada pois pode romper o padrão normal do desenvolvimento.

Alguns estudos revelam que os níveis excessivos de ruído que se verificam nas UCIN têm sido implicados em alterações do padrão ventilatório e da frequência cardíaca dos RN, na hipoxia com repercussões no sistema nervoso central, em alterações no padrão de sono, como co-fator na patogênese da surdez neurosensorial e ainda em perturbações neuro-comportamentais posteriores (NICOLAU; CASAL; LOPES;KRONENBERG, 2005)

A hiperatividade tem também correlação direta com o ambiente em neonatologia, sendo descrita como uma desproporção em dois neurotransmissores preponderantes: a noradrenalina e a dopamina, que se situam nas áreas pré-frontais do córtex, responsáveis pelo modo como as células do cérebro comunicam e transmitem informações umas com as outras, que diminuem a sua atividade. Esta região é a responsável pelas funções superiores, também conhecidas por funções executivas: auto-organização, autorregulação e autovalorização.

A diminuição das horas de sono ou a sua ausência podem originar um mal-estar ou descompensação levando a alterações de comportamentos graves que influenciam o crescimento e desenvolvimento do ser humano.

Os distúrbios do sono constituem uma das principais perturbações do comportamento das crianças de todas as idades, ainda que muitas vezes transitórias, são umas das perturbações comportamentais mais observadas na prática clínica e assumem uma enorme importância no desequilíbrio emocional da criança e família (MONTEIRO,2006).

A qualidade e quantidade correta de sono é determinante para o bom desenvolvimento cognitivo, emocional e comportamental do recém nascido.

Os RN durante um internamento, são expostos a diversos estímulos, nomeadamente o manuseio frequente, ruídos externos, luminosidade, procedimentos invasivos, entre outros, que contribuem para a interrupção dos ciclos de sono e conseqüente aumento dos níveis de stress. A Enfª deve preservar o sono do RN negociando com os pais os momentos de manipulação e de realização de cuidados.

Um estudo efetuado por PAIVA, ANTUNES e SOARES (2006) ao nível de uma unidade de cuidados intensivos com o tema "Fatores que interferem na preservação do sono e repouso de criança em terapia intensiva", relata o caso de uma criança internada em "Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica", cujo objetivo é descrever os fatores que interferem na preservação de seu sono e repouso evidenciando a necessidade e a privação do sono e repouso nestas circunstâncias. Os resultados denotam que o sono e o repouso foram interrompidos, em média, em intervalos de 60 minutos durante a noite e de 25 minutos, durante o dia. Constatou-se que a criança entrava em quadro de exaustão, evidenciando a privação do sono (PAIVA, ANTUNES e SOARES, 2006)

Assim, o ruído produzido numa unidade de neonatologia, pode ser responsável ou

corresponsável por alterações nefastas no desenvolvimento dos RN (s) aí internados.

Na unidade de Neonatologia são inúmeras as fontes de ruído, sentidas de forma mais intensa pelos sensíveis órgãos auditivos do RN. A exposição constante ao ruído nestas unidades pode provocar lesões na cóclea, acarretando perda auditiva. A cóclea do RN apresenta uma redução de tolerância ao ruído face à cóclea do adulto.

Os RN reagem intensamente aos ruídos com alterações eletrofisiológicas, mais prolongadas que o próprio estímulo, impedindo-os de repousar.

As incubadoras fechadas atenuam o ruído, no entanto, as próprias incubadoras podem ser uma fonte de ruído. Também os ventiladores e os aparelhos de CPAP nasal são responsáveis pelo ruído nestas unidades. Estes aparelhos são muito utilizados nas Unidades de Neonatologia uma vez que os problemas respiratórios são uma das complicações mais comuns nos RN pré-termo.

Os ruídos de uma Unidade de Neonatologia são inesperados, desregulados e variados. Fechar as portas das incubadoras, dos armários ou da unidade, colocar o lixo em caixotes metálicos, música ambiente com som elevado e as múltiplas conversas entre os profissionais são algumas das fontes principais de ruído nestas unidades.

## 2 - SUGESTÃO DE EMPRESAS A CONTATAR

Sugerimos, após alguma pesquisa de mercado, o contato de algumas empresas que poderão monitorizar o ruído produzido ao longo do dia na UCERN, por forma a identificar os principais contribuintes para o ruído e adotar medidas específicas para a manutenção dos níveis sonoros dentro dos valores recomendados.

- **Ambiteste, Tecnologias Ambientais Lda.**

Laboratório de Acústica Acreditado pelo IPAC.

É uma empresa que presta serviços especializados na área do Ruído.

Para o efeito a Ambienteste conta com pessoal devidamente qualificado, com equipamentos modernos, homologados e calibrados, e também com o estabelecimento de parcerias que permitem potenciar os pontos fortes de cada organização e deste modo oferecer aos seus clientes um serviço de melhor qualidade.

Presta Serviços de: Acústica de Edifícios; Medição de Ruído Ambiental; Medição de Ruído Laboral; Elaboração de Mapas de Ruído. Efetuam trabalhos em todo o País.

### MISSÃO

- Satisfazer as necessidades dos seus clientes, com o cumprimento rigoroso dos procedimentos estabelecidos, assegurando deste modo a execução rigorosa e eficaz do serviço prestado.

- Contribuir para o cumprimento dos requisitos legais.

- Oferecer um serviço de qualidade técnica e científica, no mais curto prazo de tempo e aos melhores preços.

### CONTATOS

Rua Dr. César Anjo Lote 7 R/C; 3510-009 Viseu

Email: [ambiteste@gmail.com](mailto:ambiteste@gmail.com)

Telemóvel: 965656913 | 965709893 | 919688061

Web: [www.ambiteste.pt](http://www.ambiteste.pt)

- **HSEGT – Higiene e segurança no trabalho,Lda.**

Empresa acreditada pelo Instituto Português de Acreditação (IPAC) para a realização de avaliações de ruído ambiental.

**CONTATOS:**

HSEGT - Taguspark, Av. Jacques Delors, Núcleo central, sala 380; 2740-122 Porto Salvo

Telefone: 210 122 100

Fax: 210 122 109

### **3 - RECOMENDAÇÕES**

De forma a potencializar o interesse e vontades demonstradas em relação a esta temática, por parte dos enfermeiros do serviço/hospital, sugerimos recomendações que pensamos facilitar/minimizar os níveis de ruído atualmente existentes. Mesmo durante o processo de avaliação da produção de ruído na UCERN, podem ser promovidas uma série de alterações de comportamento dos profissionais conducentes à diminuição do ruído nesta unidade.

Recomenda-se:

- Formação dos profissionais de saúde relativamente ao ruído;
- Motivação dos profissionais de saúde para o controle do ruído, nomeadamente na implementação de um sinal luminoso na UCERN- este é acionado sempre que o nível de ruído existente seja excessivo;
- Evitar ruído desnecessário, a conversar em tom mais baixo, reduzir a abertura das portas das incubadoras às estritamente necessárias;
- Reduzir o tom de voz na passagem de turno e/ou no diálogo entre profissionais de saúde e os pais.
- Motivar os pais a falarem em tom baixo e explicar o motivo;
- Reduzir o volume dos alarmes
- Na aquisição de novos materiais ou equipamentos preferir os que produzem menos ruído;
- Eliminar os telefones e rádio ou diminuir-lhes o nível de som;
- Restringir a utilização do espaço da UCERN apenas para os cuidados aos RN aí internados;
- Almofadar com “batentes” as portas e gavetas para que ao fecharem não provoquem ruído;
- Restringir o uso de aparelhos musicais junto dos RN a situações clínicas específicas.

#### 4 - BIBLIOGRAFIA

ALBUQUERQUE, MARGARIDA; VALENTE, SANDRA; OLIVEIRA, GRAÇA; ALBUQUERQUE, MANUEL - **Estimativa do Ruído numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais**. Nascer e Crescer, revista do Hospital Maria Pia, ano 2006 Volume XV, Nº 4.

AMERICAN, ACADEMY OF PEDIATRICS: Noise. **A hazard for the fetus and newborn**. Pediatrics, 1997, paging 724-727.

WHO. **Guidelines for Community Noise - Report on the Expert Task Force Meeting**. London (United Kingdom): World Health Organization, April, 1999.

MONTEIRO, TOJAL - **Perturbações do sono na criança - Perspetiva do Pediatra**. In: Nascer e crescer, Proposta do Hospital de Crianças Maria Pia: Direção Sílvia Alvares, Porto – ISSN0872-0754- Volume 15, Nº 3, 2006, p.180-183.

NICOLAU, ANA SOFIA; CASAL, DIOGO BOGALHÃO DO; LOPES, PATRÍCIA MARTINS; KRONENBERG, PETER - **O Ruído nas Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais de Lisboa e Vale do Tejo**. Departamento de Saúde Pública da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa. Acta Pediátrica Portuguesa, 2005, nº1; volume 36; página 15-21.

PAIVA, M., ANTUNES, C., SOARES, E. - **Fatores que Interferem na Preservação do Sono e Repouso de Criança em Terapia Intensiva**, in Revista de Enfermagem, vol. 10, núm. 1, Abril, 2006, p. 29-35.

[http://www.ambiteste.pt/?utm\\_source=google&utm\\_medium=cpc&utm\\_campaign=truvo](http://www.ambiteste.pt/?utm_source=google&utm_medium=cpc&utm_campaign=truvo)

[http://www.hsegt.pt/servicos/engenharia/ruído\\_amb\\_serv.html?gclid=CJS5suD1srsCFSnpwgodRk4ATq](http://www.hsegt.pt/servicos/engenharia/ruído_amb_serv.html?gclid=CJS5suD1srsCFSnpwgodRk4ATq)

TRAPANOTTO M, BENINI F, FARINA M, GOBBER D, MAGNAVITA V, ZACCHELLO F. - **Behavioural and physiological reactivity to noise in the newborn**. J Paediatr Child Health. 2004. 40:275-81.

JOHNSON AN. - **Adapting the neonatal intensive care environment to decrease noise.**  
J Perinat Neonatal Nurs. 2003. 17(4):280-8

BREMMER P, BYERS JF, KIEHL E. - **Noise and the premature infant: physiological effects and practice implications.** J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2003. 32:447-54.

KAWADA T. - **The effect of noise on the health of children.** J Nippon Med Sch. 2004.  
71:5-10.

# CONVITE

SESSÃO DE SENSIBILIZAÇÃO PARA OS ENFERMEIROS DO  
SERVIÇO DE NEONATOLOGIA/OBSTETRÍCIA



## O RUÍDO EM NEONATOLOGIA - IMPLICAÇÕES NO SONO E NO DESENVOLVIMENTO DO RN



**DATA: 22 DE JANEIRO --- 14:00 HORAS**

**LOCAL: SALA DE OBSTETRÍCIA II DO HDS**

**ENF<sup>a</sup> HELENA MOITA E ENF<sup>a</sup>. SANDRA LOPES**

**MESTRANDAS DO 1º CURSO DE MESTRADO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE DA CRIANÇA E  
DO JOVEM DA ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM**

## O RUÍDO EM NEONATOLOGIA-IMPLICAÇÕES NO SONO E NO DESENVOLVIMENTO DO RN



Realizado por: Helena Moita e Sandra Lopes  
Enfermeiras e Mestrandas do 1º CMESCJ da Escola Superior de Saúde de Santarém  
Serviço de Neonatologia  
Janeiro 2014

## Objetivo Geral



Refletir com os Enfermeiros sobre as implicações do ruído no sono e no desenvolvimento do RN

## Objetivos Específicos

Pretende-se que os Enfermeiros no final da sessão consigam:

- \* Identificar 2 das manifestações mais comuns decorrentes de alteração do padrão sono no RN;
- \* Enumerar 4 aspetos a ter em consideração para a redução do ruído na Neonatologia



## Objetivos Específicos

- \* Identificar as principais fontes de ruído no serviço de Neonatologia
- \* Identificar os principais sintomas no RN exposto ao ruído excessivo



## O SONO



É uma atividade de vida fundamental para o desenvolvimento, crescimento e a reparação das células.

LOGAN, ROPER E TIERNEY (1990)

## O SONO



- \*É essencial para o desenvolvimento do RN , sendo que o padrão de sono se desenvolve à medida que o RN cresce
- \*O RN aprende a dormir
- \*É importante compreender os padrões de sono de cada bebé
- \* Desde o nascimento criar rotinas e hábitos

(Brazelton,2006)

## Mecanismos orgânicos durante o sono

Função reparadora da fadiga corporal e psíquica

O cérebro trabalha nas diferentes fases de registo codificação , armazenamento e evocação da memória

Segrega várias substancias como as hormonas do crescimento ,acetilcolina, adenosina, dopamina, serotonina

Processos metabólicos regenerativos contribuindo para a recuperação de lesões , contando com a participação ativa do sistema imunitário

Soares 2010



## PERTURBAÇÕES DO SONO



Enorme importância no desequilíbrio emocional do RN e família.

Monteiro, 2006

## Audição no RN



### Sistema Auditivo

- É responsável pela audição e desenvolve-se a partir da 24-25ª semana de gestação. O feto começa a ouvir sons mais baixos e graves.
- A audição é importante para desenvolver a atenção, o reconhecimento, a aprendizagem, o estado de alerta e comportamentos de orientação do RN prematuro.

## Ruído

❖ “É um estímulo sonoro indesejável ou desagradável para o auditor, caracterizado pelo seu nível de pressão sonora(...)”.

WHO, 1999

❖ A sua unidade de medida é o decibel (db)



## Ruído

❖ Nível ruído recomendado:

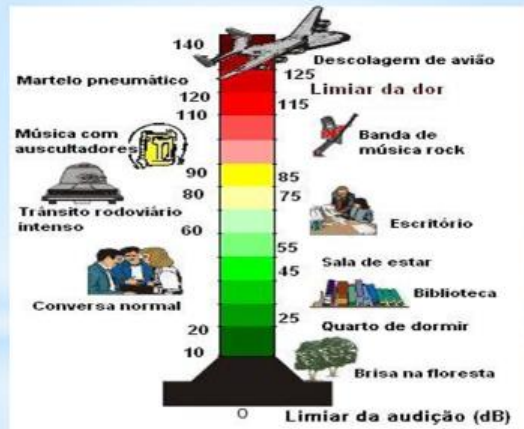
- ✓ 45 db durante o dia
- ✓ 35 db no período noturno

❖ 20-25db é o limiar auditivo  
❖ 60db nível ruído da conversação humana normal

Academia Americana de Pediatria, 1997



## Níveis de Ruído



## Fontes de ruído



## \* Ruído dentro da incubadora em situações particulares



	RN sem ventilação	RN em ventilação com CIPAP
BASE	56,7db	72,4 db
ESCREVER SOBRE A INCUBADORA	56.9 db	72.6 db
COLOCAR OBJETO EM CIMA DA INCUBADORA	67.1 db	75.5 db
FECHAR AS PORTAS	78.0 db	84.4 db

(ALBUQUERQUE, et al 2006)

## STRESSORES DO RN RUIDO

O RUIDO excessivo pode lesar as estruturas auditivas imaturas do RN.

Respostas fisiológicas e comportamentais

Surdez neurosensorial

Perturbações neuro-comportamentais posteriores

Alterações no padrão de sono

Hipóxia

Pressão intracraniana

↑ Pressão sanguínea

↑ Apneia

Taquicardia

Baixa progressão ponderal



## Influência do Ruído no desenvolvimento do RN

No RN pré-termo todos os efeitos causados pelo ruído são agravados, principalmente, pela imaturidade do cérebro para processar e registrar as informações sensoriais, sendo extremamente sensível e incapaz de selecionar os estímulos recebidos devido à falta de controles inibitórios.



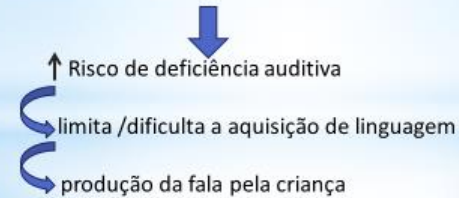
MARRESE, 1996

## Influência do Ruído no desenvolvimento do RN

O ruído intenso pode também afetar a personalidade do RN e reduzir sua capacidade de resiliência.

Carvalho, 2000

> 5 dias de internamento em UCIN



## ESTRATÉGIAS A ADOPTAR



- Evitar ruídos desnecessários;
- Baixar volume do telefone;
- Responder prontamente aos alarmes do equipamento;
- Fechar as portas das incubadoras com suavidade;
- Evitar colocar objetos em cima da incubadora;

## ESTRATÉGIAS A ADOPTAR



- Remover água dos circuitos respiratórios dos ventiladores;
- Reduzir o tom de voz no diálogo entre os profissionais de saúde e com os pais.
- Motivar os pais a falar em tom baixo e explicar porquê;
- Avaliar o ruído da Unidade medindo os decibéis dos vários tipos de ruídos, identificando as áreas a intervir.

## Conclusão

O enfermeiro é o principal elo de ligação para minimizar o contexto ambiental, físico e psicossocial, procurando proporcionar o máximo de conforto durante o internamento, tendo em conta as necessidades específicas do RN/família.



## PARA REFLETIR



A OE (2001) refere que as intervenções de enfermagem são frequentemente otimizadas se toda a unidade familiar for tomada por alvo do processo de cuidados, nomeadamente quando as intervenções de enfermagem visam a alteração de comportamentos, tendo em vista a adoção de estilos de vida compatíveis com a promoção da saúde.

## Referencias bibliográficas

- ✓ BRAZELTON, T. B., SPARROW, J. - **A Criança e o Sono – O Método Brazelton**, 5ª Edição, Lisboa, Editorial Presença, 2009, 90p.
- ✓ BRUNSCHWING, H. - **Sono**, Lisboa, Edições Pergaminho SA, 2008. 80p. ISBN: 978-972-711-715-4.
- ✓ CIPE – “**Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem**”, Lisboa: Estúdio Lusodidacta, Lda., 2011, ISBN: 978-92-95094-352.
- ✓ CORDEIRO, Mário – **Dormir Tranquilo**, Lisboa, A Esfera do Livro; 2010. 205p. ISBN:978-989-626-215-0.
- ✓ DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE -**Saúde Infantil e Juvenil: Programa Tipo de Atuação**, Direcção-Geral da Saúde, 2ª Edição, 2005.
- ✓ MENDES, L. R., FERNANDES, A., GARCIA, F. T.- **Hábitos e perturbações do sono em crianças em idade escolar**, In: Acta Pediátrica Portuguesa. - Revista de medicina da criança e do adolescente, Sociedade Portuguesa de Pediatria, Lisboa - Vol. 35, nº 4 (Julho/Agosto 2004), p.341-347.
- ✓ MONTEIRO, Tojal –**Perturbações do sono na criança – Perspetiva do Pediatra**. In : *Nascer e crescer* , Hospital de Crianças Maria Pia ; Direcção Sílvia Alvares , Porto – ISSN 0872-0754,Vol.15, nº3,pág.180-183,2006
- ✓ SOARES, Â. – **O Sono – Efeitos da sua privação sobre as defesas orgânicas**, Lisboa, LIDEL, Edições Técnicas, Lda, 2010, 100p. ISBN: 978-972-757-663-0.



Obrigado pela  
vossa presença

# Questionário de Avaliação da Sessão de Sensibilização

Este questionário tem como objetivo conhecer a sua opinião sobre os diferentes aspetos da Sessão de Sensibilização dedicada ao tema “O RUIDO EM NEONATOLOGIA – IMPLICAÇÕES NO SONO E NO DESENVOLVIMENTO DO RN”. Desta forma, pedimos que coloque um **X**, na resposta que melhor traduza o seu grau de satisfação, de acordo com a escala:

**1- Nada Satisfeito; 2- Pouco Satisfeito; 3- Satisfeito; 4- Muito Satisfeito**

## 1. Relativamente à Sessão:

	1	2	3	4
Clareza na apresentação, pertinência				
Conteúdos (tema da sessão)				
Metodologias utilizadas (formas como são conduzidas as sessões)				
Carga Horária da sessão				
Recursos didáticos (documentos, material de apoio, vídeos)				
Condições Físicas da sala				

## 2. Relativamente à Equipa dinamizadora/formadora:

	1	2	3	4
Motivação				
Participação e Interação com os formandos				
Disponibilidade				
Domínio dos conteúdos				
Gestão do tempo				
Criatividade				

## 3. Comentários/Sugestões:

---

---

---

---

---

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Obrigado pela atenção dispensada



ANEXO VIII - Limitadores de pesquisa nas bases de dados - Critérios de inclusão/exclusão



## LIMITADORES DE PESQUISA NAS BASES DE DADOS

<b>CINAHL Plus <i>with Full Text</i></b>	Texto completo; Booleano; Data de Publicação de Maio de 2005 a Maio de 2015, Resumo disponível, Qualquer autor é enfermeira; Prática baseada na evidência; Humano; Faixa etária: Child preschool; Texto completo em PDF.
<b>MEDLINE <i>with Full Text</i></b>	Texto completo; Booleano; Data de Publicação de Maio de 2005 a Maio de 2015, Resumo disponível; Humano; Faixa etária: Child preschool;

## CRITÉRIOS DE INCLUSÃO/EXCLUSÃO PARA SELEÇÃO DOS ARTIGOS A ESTUDAR

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO
Incluídos artigos publicados entre Janeiro 2005 e Janeiro de 2015 (inclusive).	Excluídos artigos publicados antes de Janeiro 2005 (não inclusive) e depois de Janeiro de 2015 (não inclusive).
Incluídos artigos publicados cuja população alvo sejam crianças com idades compreendidas entre os 3 anos e os 5 anos.	Excluídos artigos publicados cuja população alvo sejam crianças com menos de 3 anos e/ou mais de 5 anos.
Incluídos artigos cujo cerne da problemática sejam a intervenção do enfermeiro no desenvolvimento psicomotor bem como a sua promoção junto dos pais.	Excluídos artigos cujo cerne da problemática não sejam a intervenção do enfermeiro no desenvolvimento psicomotor nem sobre a sua promoção junto dos pais.

ANEXO IX - Cruzamento das palavras-chave

*Um olhar sobre o desenvolvimento das crianças em idade pré-escolar  
Uma perspetiva da intervenção do enfermeiro*

**PESQUISA NAS BASES DE DADOS DE CADA PALAVRA-CHAVE INDIVIDUALMENTE**

<b>PALAVRAS-CHAVE</b>	<b>NÚMERO DE ARTIGOS</b>
1 - NURS*	2156
2 - CHILD DEVELOPMENT	3267
3 - PRESCHOOL	83147
4 - PARENTS	7181

**CONJUGAÇÃO DAS PALAVRAS-CHAVE**

<b>CONJUGAÇÃO DAS PALAVRAS-CHAVE</b>	<b>NÚMERO DE ARTIGOS</b>
1 + 2	187
1 + 3	2156
1 + 4	650
2 + 3	3267
2 + 4	607
3 + 4	7181
1 + 2 + 3	107
1 + 2 + 3 + 4	29



ANEXO X - Análise dos artigos de investigação

*Um olhar sobre o desenvolvimento das crianças em idade pré-escolar  
Uma perspectiva da intervenção do enfermeiro*

## ANÁLISE DOS ARTIGOS DE INVESTIGAÇÃO

TÍTULO	<b>Parents concerns about children are highly prevalent but often not confirmed by child doctors and nurses</b>
AUTORES	Sijmen A Reijneveld, Gea de Meer, Carin H Wiefferink and Matty R Crone
PUBLICAÇÃO	BMC Public Health, 2008
MÉTODO	Quantitativo
NÍVEL DE EVIDÊNCIA	Level V (Guyatt; Rennie, 2002)
OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar a prevalência na população em geral de preocupações dos pais sobre o desenvolvimento do seu filho</li> <li>• Identificar grupos de risco</li> <li>• Avaliar a associação entre as preocupações dos pais e a avaliação dos profissionais, enfermeiros e médicos</li> </ul>
CONTEÚDOS	<p>Resultados do estudo mostraram que metade dos pais de crianças entre 1-12 anos, na população em geral, tem a preocupação sobre a educação do seu filho que, em sua opinião, deve ser discutida com alguém fora da família.</p> <p>Profissionais não confirmam a maior parte das preocupações dos pais relativamente ao desenvolvimento, comportamento, problemas emocionais ou consequências da doença.</p> <p>Neste estudo, tal como na prática diária, os profissionais nem sempre concordam com as preocupações expressas pelos pais.</p> <p>Um dos pontos fortes do estudo resulta do facto de ter sido efetuado sobre uma amostra muito superior relativamente aos anteriores, no que respeita às preocupações dos pais.</p> <p>Prestar cuidados de saúde numa perspetiva preventiva, oferece uma oportunidade ideal para avaliar as preocupações dos pais e prestar cuidados em conformidade.</p> <p>Os dados sobre as preocupações dos pais foram obtidos através de um questionário, onde foram abordadas as preocupações, nos últimos 12 meses, em relação à parentalidade em geral, atraso no desenvolvimento, emoções, comportamento, consequências das doenças e necessidade sentida relativamente à assistência ou conselhos de alguém fora da família.</p> <p>Foi igualmente questionado se os pais procuraram ajuda dos profissionais de saúde e, em caso negativo, porque não o fizeram.</p> <p>Foram registadas as características da criança e sua família: origem, etnia, nível de escolaridade parental, emprego e idade, composição da família, rendimentos familiares e número de irmãos.</p> <p>Do estudo destacam-se as preocupações dos pais relativamente ao comportamento da criança.</p> <p>As preocupações dos pais são especialmente elevadas em famílias: monoparentais, com baixos rendimentos; com filhos únicos; com pais jovens; com níveis de escolaridade altos.</p> <p>Houve concordância entre pais e profissionais relativamente à existência de</p>

	<p>problemas de comportamento (73,8%) e a atraso de desenvolvimento (87,5%).</p> <p>O déficit de conhecimentos, uma baixa percepção da urgência dos problemas e dificuldades na obtenção de cuidados foram as principais razões que os pais mencionaram para não procurar ajuda dos profissionais.</p> <p>As preocupações dos pais são uma boa ferramenta de triagem para avaliar os problemas da criança.</p>
CONCLUSÕES	<p>Os resultados do estudo indicam que as preocupações dos pais sobre os vários aspetos da parentalidade são altamente prevalentes.</p> <p>As preocupações dos pais podem ser influenciadas por fatores culturais.</p> <p>As preocupações dos pais relativamente aos problemas das crianças são um bom sinal de alerta e devem ser considerados na prática diária dos profissionais.</p>
HIPERLIGAÇÃO	<p><a href="http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=572fb362-2dfa-497e-9484-8c56a8eb360c%40sessionmgr113&amp;vid=1&amp;hid=128">http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=572fb362-2dfa-497e-9484-8c56a8eb360c%40sessionmgr113&amp;vid=1&amp;hid=128</a></p>

TÍTULO	<b>Furthering the Understanding of Parent-Child Relationships: A Nursing Scholarship Review Series. Part 4: Parent-Child Relationships at Risk</b>
AUTORES	Lori S. Anderson, Susan K. Riesch, Karen A. Pridham, Kristin F. Lutz, Patricia T. Becker
PUBLICAÇÃO	Journal for Specialists in Pediatric Nursing, 2010
MÉTODO	Revisão da literatura (revisão integrativa)
NÍVEL DE EVIDÊNCIA	Level I (Guyatt; Rennie, 2002)
OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sintetizar o conhecimento de enfermagem relativamente aos fatores que influenciam a fragilidade nas relações pai-filho (causas paternas ou condição crónica da criança);</li> <li>• Sintetizar o conhecimento de enfermagem relacionado com as relações pai-filho de risco.</li> </ul>
CONTEÚDOS	<p>Os enfermeiros reconhecem que a saúde da criança, o seu crescimento e desenvolvimento decorrerá no âmbito do contexto da relação pai-filho. Esta relação favorece ou, pelo contrário, pode colocar em risco a saúde da criança e dos pais.</p> <p>Pais com dificuldade em colocar limites têm dificuldade em utilizar a disciplina na sua relação com os filhos, mas referem que esta é importante.</p> <p>O stress psicológico, 24 a 48 horas após internamento hospitalar, afeta negativamente a relação pais-filhos, causando angústia e influenciando a coesão familiar. O apoio social e a parentalidade positiva, a qualidade do relacionamento mãe-filho e a adaptação da família minimizam o stress psicológico devido ao internamento hospitalar.</p> <p>Os pais que participam ativamente na resolução de problemas em família aumentaram a quantidade de tempo a jogar com as suas crianças e a cooperação nas interações entre pais e filhos.</p> <p>Filhos de pais com doença mental relatam graves perturbações na vida familiar.</p> <p>Fatores socioeconómicos podem colocar a relação pai-filho em risco.</p> <p>Há sinais de que, sob certas condições, o relacionamento pai-filho pode mostrar resiliência face à adversidade.</p> <p>Dois estudos relataram algum fortalecimento das relações na presença de risco.</p> <p>Os investigadores descobriram que quando uma criança tem um atraso de desenvolvimento, o comportamento da mãe, a criança e a família são afetados.</p> <p>Estudos revelam que a hospitalização é um importante fator de stress.</p>
CONCLUSÕES	<p>O conhecimento, por parte dos enfermeiros, sobre os fatores que influenciam as relações pais-filhos, tais como o stress, facilita a sua intervenção e apoio a fornecer à criança/pais e a sua relação com estes.</p> <p>As enfermeiras têm conhecimentos e condições para serem agentes promotores de uma relação pai-filho promotora da saúde e desenvolvimento da criança.</p> <p>Uma situação de doença crónica também tem impacto na relação pai-filho. A comunicação familiar pode ser prejudicada, o stress dos progenitores pode aumentar e a saudável interação familiar pode diminuir. As enfermeiras possuem conhecimentos para intervir e apoiar famílias, promovendo um</p>

	<p>saudável relacionamento pais-filhos.</p> <p>Os enfermeiros que são capazes de procurar e implementar a prática baseada na evidência podem fazer a diferença na intervenção de apoio à família. É importante reconhecer que as consequências da relação pai-filho, em situação de risco, não são sempre negativos para a família. Estas relações podem ficar mais fortes em condições de adversidade.</p>
HIPERLIGAÇÃO	<a href="http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=c4255777-a083-4598-88b3-9ae6da8b3c97%40sessionmgr114&amp;vid=26&amp;hid=128">http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=c4255777-a083-4598-88b3-9ae6da8b3c97%40sessionmgr114&amp;vid=26&amp;hid=128</a>

TÍTULO	<b>Preparing Children and Families for Surgery: Mount Sinai's Multidisciplinary Perspective</b>
AUTORES	Rachel Justus, Dana Wyles, Joan Wilson, Diane Rode, Virginia Walther, Nanita Lim-Sulit
PUBLICAÇÃO	Pediatric Nursing, 2006
MÉTODO	Revisão literatura/estudo de caso
NÍVEL DE EVIDÊNCIA	Level VI (Guyatt; Rennie, 2002)
OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Explorar como as crianças de várias idades reagem à experiência cirúrgica</li> <li>• Descrever a preparação pré-operatória;</li> <li>• Descrever o programa de encontros de preparação pré-operatória - "Meet Me at Mount Sinai" (MMAMS)</li> <li>• Analisar um estudo de caso relativo ao tema em estudo</li> </ul>
CONTEÚDOS	<p>As crianças ao tomarem conhecimento que vão ser submetidas a cirurgia, experimentam uma gama de emoções incluindo medo, raiva, culpa e tristeza.</p> <p>As crianças que estão preparadas para a cirurgia e têm apoio durante o internamento, recuperam mais rapidamente e têm menos problemas emocionais, tais como ansiedade de separação e distúrbios do sono, do que aqueles que não estão preparados.</p> <p>O programa de preparação pré-operatória permite às crianças e suas famílias uma preparação global emocional e cognitiva para a cirurgia, minimizando a ansiedade.</p> <p>O programa é liderado por uma equipa multidisciplinar de profissionais de saúde, incluindo uma enfermeira de cirurgia pediátrica, uma enfermeira de saúde da criança e jovem, uma assistente social e uma educadora de infância.</p> <p>A separação, a dor, a desfiguração, a perda de entes queridos e a perda de controlo ou autonomia são alguns dos medos referidos pelas crianças e famílias.</p> <p>A experiência cirúrgica, o desconhecimento das rotinas, o vestuário, equipamentos, sons, imagens e cheiros, a exposição de "partes íntimas" a estranhos, a vergonha, o vocabulário técnico utilizado pelos profissionais de saúde, a dor e a ansiedade dos pais são alguns dos fatores de stress descritos.</p> <p>Consideram "pontos de stress" a punção venosa, a separação dos pais e a indução anestésica.</p> <p>A ansiedade pré-operatória vivenciada pelas crianças e suas famílias deve ser reconhecida precocemente. A equipa de saúde deve prestar cuidados pré-operatórios às crianças/famílias, de forma a minimizar essa ansiedade.</p> <p>As respostas das crianças/famílias à experiência cirúrgica dependem do desenvolvimento da criança, das experiências anteriores e da qualidade e quantidade de preparação fornecida.</p> <p>O stress da cirurgia pode produzir nas crianças alterações a nível fisiológico, emocional, cognitivo, comportamental e interpessoal, que podem persistir para além do período peri-operatório imediato.</p> <p>Estudos revelam que as crianças submetidas a cirurgia em regime ambulatorio apresentam menos sequelas negativas.</p> <p>A preparação da criança para o internamento inclui 3 elementos: transmissão de informação à criança/família, incentivo à expressão emocional e</p>

<p>CONTEÚDOS</p>	<p>estabelecimento de uma relação de confiança com os profissionais de saúde.</p> <p>A preparação pré-operatória deve incluir filmes/vídeos, apresentações de slides, livros para colorir, álbuns de fotografias que mostrem os espaços físicos, equipamentos e algumas experiências que vão vivenciar no dia da cirurgia. Para isso é igualmente útil a demonstração, numa boneca, dos procedimentos pré e pós-operatórios.</p> <p>A utilização de boneca para demonstrar os procedimentos e o incentivo à troca de papéis entre a enfermeira e a criança melhorou significativamente o conhecimento, por parte da criança, dos procedimentos pré-operatórios a que vai ser submetida e, conseqüentemente, proporciona a redução da ansiedade e do medo.</p> <p>A preparação de crianças em idade pré-escolar deve ter em consideração que, nesta idade, elas têm um pensamento criativo e desenvolvem a linguagem e as habilidades sociais, começam a ganhar mais autonomia e autocontrole. Muitos acreditam que a cirurgia é resultado de punição. A preparação pré-operatória deve desmistificar esse tipo de pensamento e incluir uma explicação, adequada à idade, sobre o motivo da cirurgia.</p> <p>A preparação pré-operatória deve ser próxima do ato cirúrgico. Um autor recomenda um dia por cada ano de idade da criança.</p> <p>MMAMS (Meet Me at Mount Sinai) - programa criado com o objetivo de reduzir o stress relacionado com a hospitalização e a cirurgia, nas crianças e suas famílias, ajudar a lidar com a experiência cirúrgica, minimizar o impacto traumático da cirurgia e promover e acompanhar a recuperação física e emocional. Envolve a participação de enfermeiros, assistentes sociais, educadores de infância. Foi desenvolvido no Hospital Mount Sinai. Tem como premissa que a preparação emocional e cognitiva, orientada para as necessidades de desenvolvimento de cada criança, diminui a ansiedade e promove a adaptação positiva.</p> <p>Fornecer informação às crianças e seus pais sobre os procedimentos no hospital, diminuindo o medo do desconhecido, promovendo a expressão das preocupações e necessidades individuais face à próxima experiência hospitalar. Permite igualmente a partilha de experiências com outras famílias em situações semelhantes e a resolução de problemas partilhada com os profissionais de saúde do referido hospital.</p> <p>A preparação pré-operatória às crianças que participam no programa, é personalizada, tendo em consideração a sua idade, tipo de cirurgia planeada e suas experiências anteriores (cirurgias ou hospitalizações), cultura, língua, dinâmica familiar, história clínica, prognóstico e preocupações por elas expressas.</p> <p>A cada criança que participa no programa é entregue, durante as sessões de preparação, um Kit com uma máscara, um barrete, adesivos, elétrodos, pulseira, livro para colorir alusivo ao tema, lápis de cera e uma boneca de pano branco. Este Kit tem como finalidade disponibilizar à criança os materiais que vai encontrar, permitir que ela os manuseie e que utilize a boneca como alvo dos seus cuidados.</p> <p>As crianças são igualmente convidadas a levar consigo o seu objeto de transição. A família é envolvida em todo o programa e participa ativamente no decurso do mesmo.</p> <p>Os pais são considerados peritos sobre os cuidados ao seu filho. Os seus desejos e preocupações são fundamentais.</p>
------------------	---

ESTUDO DE CASO	<p>“Chris” um rapaz de seis anos, com diagnóstico de hérnia inguinal à esquerda é proposto para cirurgia no Hospital Mount Sinai e para ser incluído no programa MMAMS.</p> <p>Na reunião inicial foi entregue um folheto alusivo ao programa MMAMS.</p> <p>O pai de Chris verbalizou medo relativamente à cirurgia do filho uma vez que tinha tido uma experiência traumática e extremamente dolorosa, com complicações pós-cirúrgicas, quando foi submetido à mesma cirurgia que o filho. Receia que o filho tenha uma experiência semelhante.</p> <p>Na semana que antecedeu a cirurgia, a criança e seus pais tiveram uma reunião com a equipa multidisciplinar para preparação pré-operatória.</p> <p>Foi utilizado o urso de peluche de Chris como “paciente” e aí demonstrados os procedimentos a que iria ser submetido: anestesia, punção venosa e outros procedimentos pré-operatórios.</p> <p>Foram visitar os locais por onde iria passar no dia da cirurgia. Foi igualmente entregue o Kit com alguns materiais com os quais vai contactar na sua experiência cirúrgica.</p> <p>Foi entregue aos pais um livro que detalha alguns exercícios a efetuarem em casa, com o filho, para continuar o processo de preparação. Foi incentivada a presença do objeto de transição de Chris no hospital.</p> <p>Os pais de Chris e a equipa multidisciplinar mantiveram contato quase diário até à cirurgia, para que os pais fossem partilhando, com a enfermeira, os seus receios e dúvidas.</p> <p>No dia da cirurgia a enfermeira do programa bem como toda a equipa esteve com Chris e seus pais no período pré-operatório.</p> <p>Este programa permitiu a Chris viver a sua experiência cirúrgica como “uma aventura” em vez de algo “assustador” e produtor de ansiedade.</p> <p>A preparação personalizada promovida pelo programa ajudou a conter a ansiedade de Chris e de sua família, conferindo-lhes uma sensação de controlo, diferente daquela que o pai tinha vivenciado quando era criança.</p> <p>O programa MMAMS transformou uma experiência potencialmente traumática numa experiência positiva para toda a família.</p> <p>Este programa é promotor dos cuidados centrados na família.</p>
HIPERLIGAÇÃO	<p><a href="http://content.ebscohost.com/ContentServer.asp?T=P&amp;P=AN&amp;K=2009125221&amp;S=R&amp;D=ccm&amp;EbscoContent=dGJyMNHr7ESeqLU40dvuOLCmr02eqLBSsKy4S7CWxWXS&amp;ContentCustomer=dGJyMOzprkqxrLZNuePfgex33vt6OOL">http://content.ebscohost.com/ContentServer.asp?T=P&amp;P=AN&amp;K=2009125221&amp;S=R&amp;D=ccm&amp;EbscoContent=dGJyMNHr7ESeqLU40dvuOLCmr02eqLBSsKy4S7CWxWXS&amp;ContentCustomer=dGJyMOzprkqxrLZNuePfgex33vt6OOL</a></p>

## ESCALA DE CARACTERIZAÇÃO DE ESTUDOS SEGUNDO O GRAU DE EVIDÊNCIA

<b>Escala de caracterização de estudos segundo o grau de evidência</b>
<b>Level I:</b> Systematic Reviews (Integrative/Meta-analyses/Clinical Practice Guidelines based on systematic reviews)
<b>Level II:</b> Single experimental study (RCTs)
<b>Level III:</b> Quasi-experimental studies
<b>Level IV:</b> Non-experimental studies
<b>Level V:</b> Case report/program evaluation/narrative literature reviews
<b>Level VI:</b> Opinions of respected authorities/Consensus panels

Guyatt, G., Rennie, D. (2002). *User's guides to the Medical Literature: A manual for Evidence-Based Clinical practice*. Chicago: American Medical Association.