

Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Bantere Gomes

CUIDADOS CENTRADOS NAS NECESSIDADES DA CRIANÇA COM DIFICULDADE RESPIRATÓRIA E SUA FAMÍLIA

dez | 2022

GUARDA
POLI
TÉCNICO



POLI
TÉCNICO
GUARDA

Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico da Guarda

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

**CUIDADOS CENTRADOS NAS NECESSIDADES DA CRIANÇA COM
DIFICULDADE RESPIRATÓRIA E SUA FAMÍLIA**

Bantere Gomes

Guarda

2022

POLI TÉCNICO GUARDA

Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico da Guarda

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

CUIDADOS CENTRADOS NAS NECESSIDADES DA CRIANÇA COM DIFICULDADE RESPIRATÓRIA E SUA FAMÍLIA

Relatório de estágio

Trabalho realizado no âmbito da unidade curricular: Estágio com Relatório Final para obtenção do grau de mestre em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Bantere Gomes

Orientado por:

Professora Doutora Ana Maria Jorge

Professora Mestre Marília Costa Flora

Guarda

2022

“As crianças são as flores da nossa luta e a razão do nosso combate”

(Amílcar Lopes Cabral)

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CCCF – Cuidados Centrados na Criança e Família

CCF – Cuidados Centrados na Família

ESS – Escola Superior de Saúde

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

GFUC – Guia do Funcionamento de Unidade Curricular

OE – Ordem dos Enfermeiros

PAVM – Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica

PNDR – Programa Nacional de Doenças Respiratórias

SUP – Serviço de Urgência Pediátrica

SDR – Síndrome de Dificuldade Respiratória

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a meu querido falecido pai Augusto Gomes e a minha querida mãe
Segunda Camilo Sanca. Eles são a minha inspiração.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, quero agradecer a Deus por me ajudar a superar todas as dificuldades e obstáculos que enfrentei;

Um agradecimento especial à minha família pelo apoio e amor incondicional que sempre demonstraram, principalmente à minha mãe;

Ao meu noivo pelo seu apoio e amor incondicional;

À professora Doutora Ana Maria Jorge e professora Mestre Marília Costa Flora, que me acompanharam durante todo esse percurso, pelo apoio, disponibilidade, partilha dos seus saberes e atenção e das suas experiências e competências;

A todos os professores que ao longo de todo o percurso do mestrado contribuíram para esta concretização dando sempre o apoio e disponibilidade;

Aos enfermeiros orientadores no campo de estágio e a todo pessoal de saúde, pelo apoio, disponibilidade, atenção e partilha dos seus saberes, experiências e competências;

Aos colegas do curso deste mestrado em enfermagem de saúde infantil e pediatria.

Meu muito obrigada, que Deus vos abençoe sempre.

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pag.
Figura 1 - Resultados de busca em base de dados eletrônicos.....	17
Figura 2 - Modelo de Enfermagem de Parceria nos Cuidados.....	23

ÍNDICE DE QUADROS

	Pag.
Quadro 1 – Representação do lançamento dos artigos.....	16
Quadro 2 – Apresentação dos resultados.....	18
Quadro 3 - Práticas de Cuidados Centrados na criança e Família por indicador	33

RESUMO

Lidar com a criança e sua família na complexidade da sua saúde é necessário que os (as) enfermeiros se apresentem como um elemento dinamizador para uma gestão e negociação dando contributo para que a criança e sua família se sintam acolhidos de uma forma harmoniosa, garantindo a qualidade dos cuidados de enfermagem.

Por vezes a condição de saúde de uma criança pode requer um episódio de hospitalização, revelando-se uma experiência complexa para a criança e família. A forma de lidar com a hospitalização vai depender das características pessoais da criança e família bem como do envolvimento dos enfermeiros. Nestas situações, os cuidados de enfermagem influenciam as atitudes dos pais para uma melhor condição de saúde da criança. A parceria de cuidados entre os enfermeiros e os pais em unidades pediátricas é uma melhor forma para alcançar os melhores resultados de saúde para a criança doente ou no seu desequilíbrio de saúde.

O presente relatório decorre da experiência clínica durante um estágio, o que proporcionou à estudante momentos de aprendizagem acerca da importância de parceria dos cuidados entre os (as) enfermeiros (as) e a família da criança que necessita dos cuidados de enfermagem.

O estudo teve como referencial o modelo de parceria dos cuidados de Anne Casey (1988), que estabelece os cuidados de enfermagem valorizando e reconhecendo a importância da família para o bem-estar da criança, sustentado pelos valores e crenças que tornam os pais/família os melhores cuidadores da criança.

O estudo desenvolvido reflete sobre a importância da aplicabilidade deste modelo em contexto da prática de cuidados, com impacto na minimização do impacto da hospitalização na criança com patologia respiratória. Destaca-se a importância dos enfermeiros desenvolverem a capacidade de trabalhar em parceria com a criança e sua família, garantindo os desejados padrões de qualidade dos cuidados.

Palavras-chaves: Criança/família; Parceria dos Cuidados; Modelo de Anne Casey; Enfermagem Especializada em Saúde Infantil e Pediátrica

ABSTRACT

Dealing with the child and his/her family in the complexity of their health, it is necessary that nurses present themselves as a dynamic element for management and negotiation, contributing to the child and his/her family feeling welcomed in a harmonious way, ensuring the quality of nursing care.

Sometimes a child's health condition may require an episode of hospitalization, revealing itself to be a complex experience for the child and family. The way to deal with hospitalization will depend on the personal characteristics of the child and family as well as on the involvement of nurses. In these situations, nursing care influences parents' attitudes towards a better health condition of the child. The care partnership between nurses and parents in pediatric units is a better way to achieve the best health outcomes for the sick child or in their health imbalance.

This report results from the clinical experience during an internship, which provided the student with learning moments about the importance of partnership of care between nurses and the family of the child who needs nursing care.

The study had as reference the model of partnership of the care of Anne Casey (1988), which establishes nursing care valuing and recognizing the importance of the family for the well-being of the child, supported by the values and beliefs that make the parents/family the best caregivers of the child.

The study developed reflects on the importance of applicability from a model in the context of care practice, with an impact on minimizing the impact of hospitalization on children with respiratory pathology. The importance of nurses has developed the ability to work in partnership with the child and his/her family, ensuring the desired standards of quality of care.

Keywords: Child/family; Care Partnership; Anne Casey model; Specialized Nursing in Child and Pediatric Health

ÍNDICE

	Pag.
INTRODUÇÃO	13
1. REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA	15
2. PERCURSO FORMATIVO	21
2.1. MODELO DE PARCERIA DE CUIDADOS PEDIÁTRICOS DE ANNE CASEY.....	21
2.2. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS FORMATIVOS.....	28
2.3. CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS À CRIANÇA/JOVEM E FAMÍLIA EM SITUAÇÃO DE URGÊNCIA E INTERNAMENTO.....	31
2.4. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS.....	38
CONCLUSÃO	42
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	43
ANEXOS	46
Anexo I - Bronquiolite como prevenir? Folheto informativo para pais e cuidadores.....	47
Anexo II - O modelo de escala de avaliação de Mary Sheridan.....	50
APÊNDICES	65
Apêndice I – Cronograma do estágio.....	66
Apêndice II – Sistema de triagem de prioridade de Manchester.....	68

INTRODUÇÃO

O presente relatório insere-se na Unidade Curricular do Estágio com Relatório Final do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, 2º ciclo da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico da Guarda, no âmbito de metodologia de ensino/aprendizagem e de avaliação desta Unidade Curricular, e aquisição/desenvolvimento de competências profissionais - competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, previstas pela Ordem dos Enfermeiros.

De acordo com o plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Saúde da Guarda e o preconizado no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Ordem dos Enfermeiros (OE) (2018) e pelo GFUC do estágio com relatório final (ESS, 2019) delineou-se para a unidade curricular Estágio com Relatório Final os seguintes objetivos:

- Aplicar conhecimentos e capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares relacionados com a área de enfermagem especializada em Saúde Infantil e Pediatria;
- Demonstrar capacidade de integração de conhecimentos para lidar com questões complexas, desenvolvendo soluções ou emitido juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
- Comunicar as suas conclusões, conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e fundamentada;
- Desenvolver competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo;
- Demonstrar conhecimentos que permitam e constituam a base de desenvolvimentos e/ou aplicações originais em diferentes contextos de investigação em enfermagem especializada em Saúde Infantil e Pediatria.

O estágio teve como finalidade “desenvolver competências científicas, técnicas e humanas para a gestão, a perceção, a prestação e a supervisão de cuidados de enfermagem especializados à criança, jovem e a família”.

De acordo com a problemática identificada, foram delineados dois objetivos gerais:

- Prestar cuidados de enfermagem especializados a criança/jovem e família em situação de urgência e internamento;

- Compreender a importância dos cuidados centrados nas necessidades da criança com dificuldade respiratória e sua família em contexto de urgência pediátrica.

As reflexões inerentes ao desenvolvimento académico são sustentadas por este trabalho de reflexão, tendo ocorrido a vários níveis, como os conhecimentos adquiridos e resultado da revisão da literatura, da observação, interação e prestação de cuidados à criança e família ao longo do estágio. Estes diferentes níveis de reflexão e prática contribuíram na aquisição das competências.

Urta, Jana e García (2011), salientaram que, cuidado é uma atividade que diz respeito a todos os profissionais de saúde, e a enfermagem como uma profissão de cuidados de saúde, dedica o esforço ao cuidado de indivíduo quer saudável ou doente, e o cuidado tem duas dimensões: uma imersa em cultura, com suas práticas individuais e coletivos; e o outro, que é a moralidade, que atribui o cuidar de valores, um bem, que legitima a atuação (Watson, 1985).

Este relatório tem como foco principal Cuidados Centrados nas Necessidades da Criança com Dificuldade Respiratória e sua Família, como preocupação dos que cuidam da criança e sua família, é o foco principal do meu percurso para aquisição de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediatria, e o processo de aquisição de desenvolvimento de competências que caracteriza esta unidade curricular. O interesse nesta temática prende-se com as vivências de enfermeira na Guiné-Bissau e necessidades destas e famílias, como prioridade de cuidados.

Para além da introdução e conclusão, o presente relatório está estruturado em quatro capítulos. No primeiro capítulo será apresentada a revisão integrativa da literatura. No segundo capítulo será abordado quadro conceptual e modelo de parceria de cuidados de Anne Casey. No terceiro capítulo será abordado o percurso formativo nomeadamente como cuidadora nos serviços de urgência e internamento de pediátrica, incluindo a referência aos objetivos e atividades preconizadas e realizadas seguido das competências desenvolvidas.

1. REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Introdução

Os enfermeiros são desafiados constantemente na procura de conhecimento científico no sentido de promoverem a melhoria do cuidado ao paciente. Uma das práticas baseadas em evidências tem como propósito encorajar a utilização de resultados de pesquisa junto à assistência à saúde que é prestada nos diversos níveis de atenção, para reforçar a importância da pesquisa na prática clínica (Mendes, Silveira, & Galvão, 2008).

A prática baseada na evidência é uma abordagem de resolução de problemas para uma tomada de decisão incorporando a mais recente evidência, competência clínica do profissional e os valores e preferências do paciente dentro do contexto do cuidado, que envolve a definição de um problema, a procura crítica das evidências disponíveis e a implementação destas na prática clínica com avaliação dos resultados obtidos. Estas abordagens encorajam a assistência na saúde fundamentada em conhecimentos científicos com resultados de qualidade e com custos efetivos (Mendes, Silveira, & Galvão, 2008).

Considerando o contexto de estudo, foram consideradas as crianças com dificuldades respiratórias como asma, bronquiolite, pneumonia, covid-19, considerando os cuidados de enfermagem centrados nestas crianças e suas famílias.

O objetivo deste trabalho foi analisar a importância dos cuidados centrados nas necessidades da criança com dificuldade respiratória e sua família.

Enquadramento

A revisão da literatura tem como objetivo fazer uma apresentação de um estado de arte relacionada à temática em questão “Cuidados Centrados nas Necessidades da Criança com Dificuldade Respiratória e sua Família e procura fazer uma síntese integrativa do conhecimento sobre o tema.

No percurso da revisão integrativa da literatura foi estabelecida a questão:

- Quais as necessidades da criança com dificuldade respiratória e sua família?

A pesquisa baseada em evidências científicas é uma abordagem que encoraja o desenvolvimento e a utilização dos resultados de pesquisas na prática clínica, assim, recorreu-se às bases de dados para procurar consensos e mapear a literatura sobre o tema.

Metodologia

Foi realizada uma pesquisa em bases de dados científicos, como: PUBMED, SCIELO e RCAAP. Tendo como **critérios de inclusão** o limite temporal (de 2010 a 2021), no idioma (português e inglês) com base na análise dos artigos (dissertações e teses no âmbito de mestrado e doutoramento, revistas científicas nacionais e internacionais e legislação). Como critérios de exclusão, foram rejeitados artigos relacionados com dificuldade respiratória em adultos.

Esta Revisão Sistemática da Literatura teve como finalidade a análise de estudos publicados sobre o tema, no sentido de mapear o conhecimento, permitindo conhecer e identificar as técnicas e metodologias de intervenção adaptadas de uma forma que garanta junto da criança e sua família uma intervenção adequada nos cuidados às suas necessidades.

Extração e análise de dados

Foram analisados todos os artigos encontrados e selecionados de acordo com o fluxograma PRISMA em anexo. Tendo como descrição geral de estudo as seguintes características: contexto de pesquisa, ano de publicação, local de pesquisa, tipo de estudo, instrumento de medida, amostra e principais resultados. Representação e identificação dos artigos na base das evidências científicas, a partir dos descritores “(child) and (asthma) and nursing care and partnersinp in care, cuidados de enfermagem em patologias respiratórias nas crianças, Bronquiolite aguda em crianças: cuidados de enfermagem, cuidados de enfermagem em crianças com covid-19 e sua família e cuidados especializados na saúde infantil em infeções respiratórias”.

Quadro 1 – Estratégia de pesquisa de acordo com os descritores

Conjugação Boleana	Resultados da pesquisa
(criança) e (asma) e cuidados de enfermagem e parceiros nos cuidados	32
cuidados de enfermagem em patologias respiratórias nas crianças	102
Bronquiolite aguda em crianças: cuidados de enfermagem	41
cuidados de enfermagem em criança com covid-19 e sua família	160
cuidados especializados na saúde infantil em infeções respiratórias	105
Total de resultados	440

Resultados

Tendo como resultado de pesquisa 440 artigos, a seleção feita através da leitura do título, todos os artigos foram analisados para definir as que tem mais relação com o tema deste trabalho. Entretanto foram analisados e sendo excluídos 298 artigos que estavam repetidos. Na segunda fase foi feito as leituras dos resumos e tendo sido eliminadas 90 referências com a aplicação dos critérios de inclusão. Na fase final foi feito o procedimento da leitura integral de cada artigo e posteriormente foram excluídos 45 artigos, por não preencheram os critérios de inclusão e/ou não responderem à questão da investigação. O método de busca e dos resultados apresenta-se na figura 1.

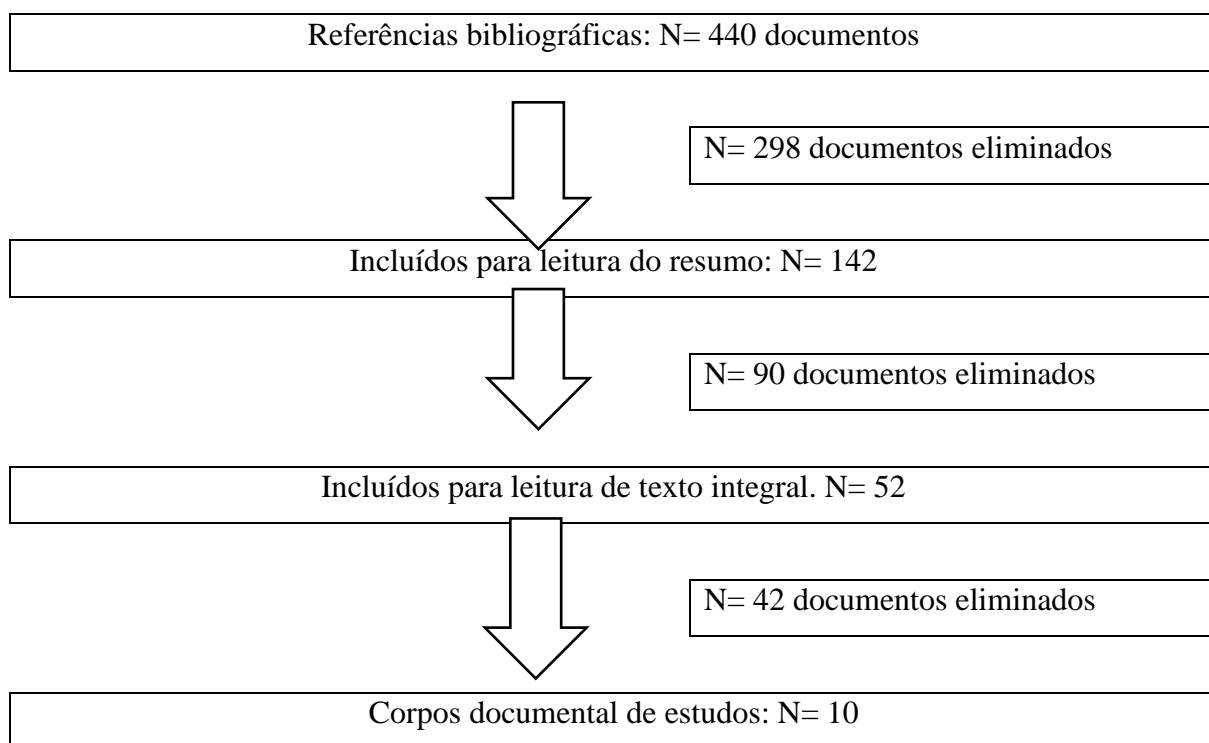


Figura 1 – Resultados de busca em base de dados eletrônicas

Quadro 2 – Apresentação dos resultados

Título	Autores	Ano	Tipo de estudo	Objetivo	Resultados de discussão
Gestão de enfermagem da asma pediátrica em pronto-socorro	Gemma Sheldon, Paul Anthony Heaton, Sarah Palmer e Siba Prosad Paul	2018	Estudo qualitativo, descritivo exploratório	A avaliação gravidade de uma exacerbação aguda da asma	Para uma boa prática de cuidados de enfermagem, os enfermeiros devem ser capazes de reconhecer os sinais clínicos e sintomas agudos da asma, avaliar a gravidade e aconselhar sobre o manejo adequado.
Cuidados de enfermagem de reabilitação respiratória à criança com bronquiolite e família	Marta Carrão Grilo	2013	qualitativo do tipo descritivo	Adquirir competências na área da reabilitação respiratória pediátrica	Neste estudo verificou-se que as crianças melhoram a sua função respiratória através de técnicas que permitem aumentar a permeabilidade das vias aéreas. As técnicas mais utilizadas, até aos dois anos de idade, são a drenagem postural clássica ou modificada com associação de percussões e vibrações, a tosse provocada e a aspiração de secreções nasofaríngeas.
Atuação do enfermeiro no cuidado à criança frente à COVID-19: revisão integrativa	Alex Sandra Avila Minasi, Giovana Calcagno Gomes, Pâmela Kath de Oliveira Nörnberg, Stella Minasi de Oliveira e Camila Magroski Goulart Nobre	2021	Estudo qualitativo	Rever a produção científica acerca da atuação do enfermeiro no cuidado à criança frente à Covid-19.	O enfermeiro atua de forma multifacetada no cuidado à criança frente a pandemia da COVID-19
Cuidados Paliativos Pediátricos em Doentes Crónicos Complexos Dependentes de Tecnologia Médica Respiratória	Ana Luísa Dias Tinoco	2020	Estudo qualitativo	Descrever os cuidados prestados às crianças com patologia crónica complexa dependentes, acompanhadas num hospital central de referência da região Norte de Portugal	O estudo forneceu um contributo dirigido aos cuidados paliativos pediátricos
Intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na criança-família com	Ribeiro, Ana Filipa Rodrigues	2016	Estudo qualitativo	Evidenciar os cuidados à pessoa/família ao longo do ciclo de vida, no âmbito respiratório, sensorio-motor, eliminação e alimentação, dando especial relevância à	A integração do enfermeiro especialista na equipa multidisciplinar é essencialmente atuar para a diminuição dos sintomas, para a prevenção de novas

doença respiratória crônica				criança com doença respiratória crônica.	exacerbações e para evitar a progressão da doença
Assistência de enfermagem ao prematuro com síndrome do desconforto respiratório: uma revisão bibliográfica	Bibiana Wanderlei Flores, Gabriela Heinemann Severo, Daniela Rático de Quadros e Luana Pisoni	2017	Estudo qualitativo, descritivo	Analisar a assistência de enfermagem prestada ao recém-nascido com SDR a partir da literatura	Destacam-se os cuidados de enfermagem aos recém-nascidos prematuros, devido sua fragilidade, necessitando de atenção integral da equipa multiprofissional
A enfermagem na assistência à criança com problemas respiratórios	Dulce Maria V. de Freitas, Carmem Gracinda S. Scochi e Regina Aparecida G. de Lima	2015	Estudo qualitativo, descritivo	Discutir questões referentes à assistência de enfermagem à criança com problemas respiratórios agudos, tendo como fundamentos básicos o programa das ações básicas na assistência integral à saúde da criança no controle das infecções respiratórias agudas (IRA), e os cuidados de enfermagem desenvolvidas nesta assistência	Ao definirem a assistência de enfermagem à criança com infecção respiratória aguda as ações que norteiam o processo de trabalho de enfermagem. Tal conduta, facilita o desenvolvimento da assistência de enfermagem, o planejamento e o preparo de recursos humanos nesta área.
Intervenção Especializada de Enfermagem na Prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica na Criança	João Pedro Batista da Silva	2016	Estudo qualitativo	Desenvolver competências de enfermagem para a prevenção da Pneumonia Associada a Ventilação Mecânica na criança	A atuação do enfermeiro especialista perante a pessoa em situação crítica permitirá responder às necessidades, mantendo as funções básicas e prevenindo complicações e limitando incapacidades
Protocolo de enfermagem na prevenção da pneumonia associada ao ventilador: comparação de efeitos	Hamanda Garcia da Silva	2010	Estudos qualitativo	A manutenção da permeabilidade das vias aéreas	O estudo mostra que a intervenção do enfermeiro realizada diretamente na assistência ao paciente e na educação da equipa de enfermagem contribui para prevenir que a pneumonia associada à ventilação mecânica o que demonstra a efetividade da sua utilização.
Sistematização da assistência de enfermagem ao lactente com pneumonia e derrame pleural	Joyce Vichi, Maria de Fátima Calhau e Aline Affonso Luna	2016	Estudo qualitativo, descritivo	Expor as sensações e expectativas vivenciadas na aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem ao lactente	Destaca-se a relevância do conhecimento científico sobre a fisiopatologia das doenças na criança, com impacto no crescimento e o desenvolvimento.

Análise e Discussão

Esta revisão da literatura foi constituída por dez estudos que atenderam os critérios de inclusão estabelecidos. A apresentação desses dados e discussão dos resultados é feita de uma forma descritiva e comparativa se apoiando em literatura pertinente que está relacionado com o tema visando atender ao objetivo do estudo. E foram agrupados baseadas nas ideias centrais encontradas nos estudos que é denominada: cuidados de enfermagem centrados a criança com dificuldades respiratória e sua família; cuidados de enfermagem nas infecções respiratórias mais comuns nas crianças.

Os estudos mostram que a sínteses dos resultados de pesquisas são relevantes e reconhecido pelos profissionais e que vai facilitando a incorporação de evidências e tornando mais ágil a transferência de conhecimento novo para prática. Salienta ainda a importância de ter a família como parceira nos cuidados à criança com a patologia respiratória e de como esta influencia o bem-estar da saúde da criança.

Relativo à categoria profissional dos autores e com vista ao objeto de estudo investigado é pertencente à área da enfermagem, mostra-se que todas as publicações selecionadas são de autoria de enfermeiros.

Nota conclusiva

Nesse sentido, os resultados encontrados com a análise dos artigos contribuíram para novas reflexões sobre esta temática, sobretudo por parte dos enfermeiros, de modo a aperfeiçoar-se sobre os cuidados centrados nas necessidades da criança com dificuldades respiratórias e sua família. De acordo com o objetivo da revisão, a pesquisa mostrou a importância nos cuidados à criança, sempre com a envolvimento da família como parceiros nos cuidados em contexto de hospitalização. Porém, destaca-se a vertente ser mais humana e uma comunicação afetiva entre os profissionais e os pais/familiares.

2. PERCURSO FORMATIVO

Neste capítulo apresenta-se o quadro conceptual deste relatório de estágio, bases teóricas em que se articulam os conceitos que permitam uma compreensão mais aprofundada sobre o tema. Cuidados centrados nas necessidades da criança com dificuldade respiratória e sua família, é a situação em que se foca este enquadramento teórico, a forma como podem potenciar estas filosofias a sua satisfação e qualidade dos cuidados de enfermagem. O ponto de partida é o modelo de parceria de cuidados de Anne Casey.

De acordo com o preconizado no regulamento de competências do EEESIP, o enfermeiro utiliza um modelo conceptual centrado sempre na criança e família utilizando o binómio como beneficiário dos seus cuidados e estabelece com ambos uma parceria de cuidar promotora da otimização da saúde, no sentido da adequação da gestão do regime e da parentalidade (OE, 2018).

A enfermagem é uma ciência que cuida do individuo quer sã ou doente, na sua dimensão biológica, psicológica, espiritual e social, ao longo do seu ciclo vital satisfazendo as suas necessidades de conforto o máximo que possível.

O cuidado de enfermagem é aquele que reconhece às necessidades do doente e atende-a em momentos de doença e tristeza, sempre encorajando o doente com relações de compaixão e se move para onde necessita o paciente.

2.1. Modelo de parceria de cuidados pediátricos de Anne Casey

Em 1988 Anne Casey criou um modelo de parceria nos cuidados para utilização na prestação dos cuidados pediátricos. Segundo Ferreira e Costa (2016), Casey defende que para preservar o crescimento e desenvolvimento da criança, os cuidados a esta devem ser em forma de proteção, estímulo e amor. Entretanto, ninguém melhor que os pais para cuidarem dos seus filhos. Este modelo mostra que, aplicado numa unidade de cuidados neonatais, urgência ou internamento pediátrico, dá o contributo para a vinculação entre pais/filhos e, ainda, permite desenvolver laços familiares e promove a união dos mesmos.

O modelo proporciona um crescimento familiar a nível emocional, físico e social, onde os pais são cuidadores, não uns simples visitantes (Ferreira e Costa, 2016).

A parceria de cuidados representa para os enfermeiros que trabalham em Pediatria, a melhor forma de ajudar as crianças e suas famílias a mitigarem o sofrimento causado pelo internamento duma criança que

lhes é querida, independentemente da gravidade da doença ou do tempo em que vão permanecer no hospital (Monteiro, 2003, p.95).

Ferreira e Costa (2016) citam Casey (1993:233), ao considerar “os cuidados centrados na família, prestados em parceria com esta, são a filosofia de enfermagem pediátrica da década de noventa. As crenças e valores que sustentam essa filosofia incluem o reconhecimento de que os pais são os melhores prestadores de cuidados à criança.”

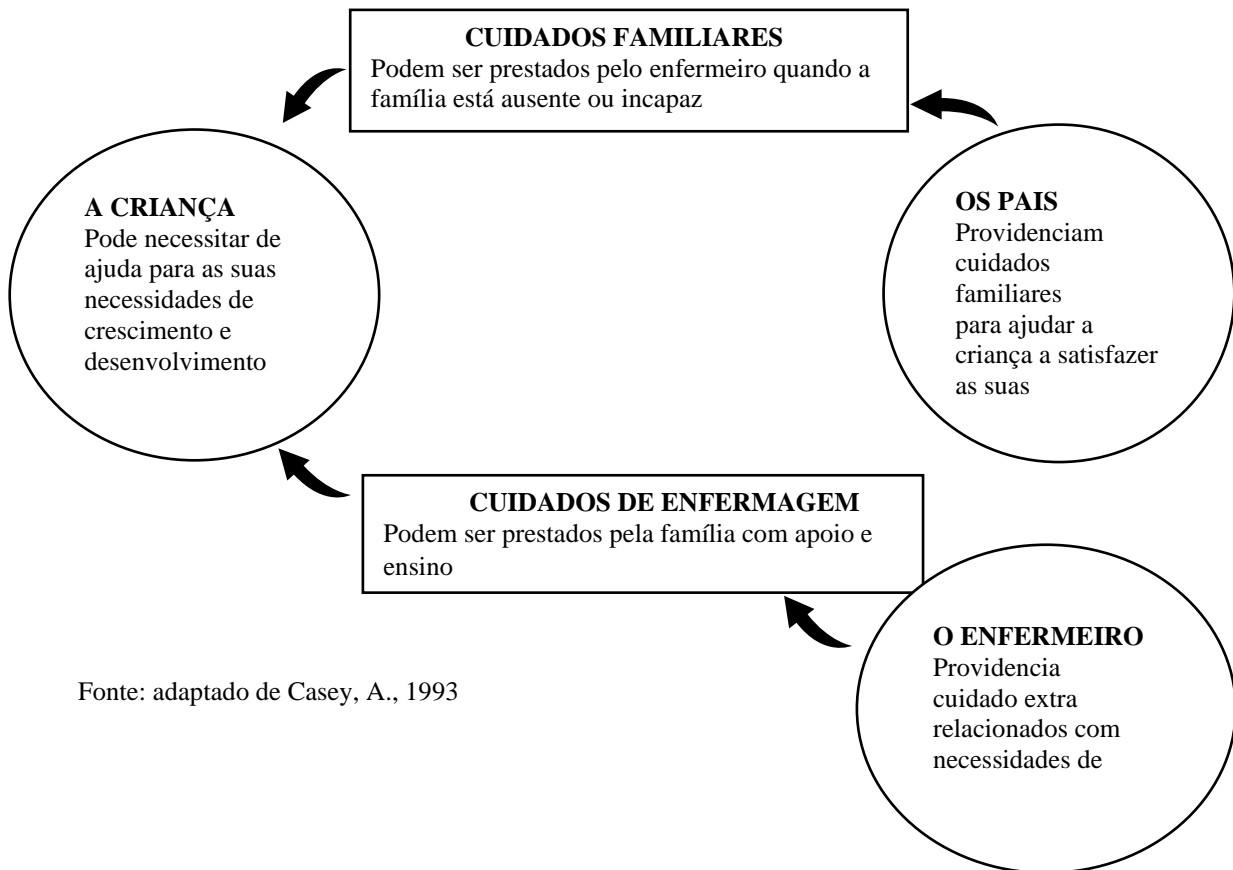
Casey mostra uma abordagem de flexibilidade nos cuidados, que distingue cuidados de enfermagem e cuidados familiares. Nos cuidados às crianças dependendo das circunstâncias das suas famílias, poderá haver momentos em que o enfermeiro desempenha atividades de cuidados familiares e, simultaneamente, também os pais realizam algumas atividades de cuidados de enfermagem (Ferreira e Costa, 2016).

É importante, para o melhor interesse da criança e sua família, que os enfermeiros pediátricos consigam orientar a sua prática de trabalho através de um modelo que insere um exemplo que para além da manutenção da vida, defende o mais importante como valor fundamental a qualidade de vida da criança e, dependendo de uma relação muito forte com a sua família (Ferreira e Costa, 2016).

Neste contexto de parceria de cuidados com os pais Anne Casey elaborou, para a prática de enfermagem, um modelo de parceria dos cuidados pediátricos, que se encaixa perfeitamente na prática nos cuidados centrados nas necessidades da criança com dificuldade respiratória e sua família.

Para Ferreira e Costa (2016), este modelo, vai ajudando a mudar alguns tipos de comportamentos por parte dos profissionais de enfermagem que não são certos, também das próprias políticas das instituições e das unidades de saúde.

Para Ferreira e Costa (2016), segundo a base de modelo dos cuidados de Casey, apresentaram um esquema que apresento na figura 1 que é uma negociação alicerçada no respeito pela família e suas necessidades e desejos.



Fonte: adaptado de Casey, A., 1993

Figura 2 - Modelo de Enfermagem de Parceria nos Cuidados

O modelo realça a existência de uma relação mais aprofundada entre o enfermeiro/família, na medida que vai facilitando a metodologia do trabalho por enfermeiro responsável, partilhando competências entre família e enfermeiro.

Segundo Farrell (1994) cit. por Carneiro (2010), Anne Casey é uma enfermeira que integra no Royal College of Nursing no Reino Unido que em 1988 elaborou um modelo dos cuidados no âmbito da pediatria. De acordo com a opinião da Casey, os restantes modelos não focavam a globalidade dos conceitos fundamentais que dizem respeito aos cuidados infantis. Salientou, ainda, que em qualquer momento, os pais fornecem um contributo único para vida dos seus filhos, seja criança ou recém-nascido.

Anne Casey, enfermeira neozelandesa, criou um modelo flexível de parceria no Reino Unido no ano 1988 que foi reconhecido e adaptado em alguns Hospitais Pediátricos em Portugal. O surgir deste modelo deu resultado da certeza de que os outros modelos existentes não reconheciam ou salientavam os conceitos necessários à filosofia de cuidados infantis. Diz que a criança é o cliente principal e reconhece os pais como os melhores prestadores de cuidados (Carneiro, 2010).

A participação dos pais nos cuidados vai diminuindo a angústia de separação e criando uma relação de confiança para aperfeiçoar as competências e habilidades, seja qual for a situação afetiva, social ou clínica entre pais-filhos; a demonstração do interesse dos enfermeiros pela situação é reconhecerem a ambos a sua importância como pessoas (Carneiro, 2010).

Segundo Carneiro (2010), no modelo de parceria idealizado por Casey (1988, pp.67) é defendida a premissa de que, “as relações da criança com a sua família e os efeitos do ambiente, podem influenciar o crescimento e desenvolvimento assim como a capacidade para o agir social, emocional e fisicamente”.

A parceria de cuidados representa para os enfermeiros que trabalham em Pediatria, “a melhor forma de ajudar as crianças e suas famílias a mitigarem o sofrimento causado pelo internamento numa criança que lhes é querida, independentemente da gravidade da doença ou do tempo em que vão permanecer no hospital” (Monteiro, 2003, p.95).

Para os pais todas as doenças são graves, não existem doenças menos graves, só a sua ida com o seu filho ao hospital para tratar algum problema de saúde é completamente uma confusão e alterações das suas vidas, causando muito sofrimento na família e ansiedade. Nesta ótica é que, os enfermeiros que lidam diretamente com estas situações, devem apoiar, encorajar, respeitar e dar força à família para poderem ultrapassar esta fase delicada.

Para Ribeiro, et. al., (2015), nas estratégias de apoio, o enfermeiro poderá colocar em função as estratégias que vai permitindo aos pais, participarem nos cuidados, assim criando um ambiente de confiança entre criança/pais/enfermeiros.

Segundo Casey não podem existir barreiras ou compartimento de funções e devem ser desenvolvidas as ações complementares por um único objetivo que é o bem-estar da criança (Ferreira e Costa, 2016).

Para Casey (1993) citado por Ferreira e Costa (2016), nas condições de saúde da criança deve ter as mudanças, no que diz respeito à informação prestada pela equipa e às suas competências para o cuidado; dar informação aos pais/família é muito importante, sempre incluindo a família nos próprios cuidados.

Ainda realça que sempre deve haver uma comunicação entre o enfermeiro/família e continuidade nos cuidados, para salvaguardar a legalidade do processo, permitindo sempre a compreensão do que foi feito, porque foi feito, por quem foi feito e quais os resultados obtidos.

Este modelo de Cuidados “emerge num momento muito peculiar em que se defende uma mudança na filosofia de cuidados de saúde: da evolução de cuidados centrados na doença

e aspetos biológicos para uma abordagem holística do ser humano. Evolui-se também no sentido de acreditar que as pessoas devem ser responsáveis por zelar pela sua saúde e pelos seus cuidados de saúde (quando isso é possível)” (Ribeiro, Moura, Sequeira, Barbieri,, & Erdmann, 2015, p.139).

Segundo Ribeiro, et. al., (2015), a base deste modelo é negociação e respeito pelas necessidades e desejos da criança/família. Segundo Monteiro (2003), em Portugal foi implementado para os pais poderem acompanhar suas crianças nos cuidados pela primeira vez no Hospital Pediátrico de Coimbra, em 1977. Ainda salientou de que a “participação dos pais nos cuidados começou a ser considerada pelos enfermeiros como vantajosa para a criança, minimizando as consequências negativas da hospitalização, contribuindo também para a melhoria e criação de estruturas hospitalares adequadas à criança, tendo em conta as diferentes faixas etárias, promovendo actividades lúdicas e incentivando a formação de equipas multidisciplinares (Monteiro, 2003, p.18).

O enfermeiro pode ter um impacto positivo na vida das famílias que têm necessidade de se confrontar com a situação de uma criança doente. De tal modo, é muito importante saber desenvolver a capacidade de avaliar e de trabalhar em parceria com os pais, para os tornar com capacidade e responsabilidade de manter os cuidados de uma forma completa (Sousa, 2012).

Segundo Casey (1995) cit. por Sousa (2012, p. 42) “A parceria de cuidados tem dois princípios: (1) os cuidados de enfermagem às crianças nos hospitais podem ser prestados pelos pais com o apoio e educação dos enfermeiros e (2) os cuidados familiares podem ser prestados pelos enfermeiros quando os pais não estão presentes”. O papel dos enfermeiros é dar ensino, transmitir conhecimentos e técnicas quando é necessário e dar encaminhamento a família para outros profissionais. Na ausência de um familiar da criança o enfermeiro presta cuidados para manter os cuidados habituais que a família prestaria em vez de substituir por rotinas hospitalares. Quando a família está presente e o deseja, deve iniciar um processo de negociação com o enfermeiro, para fornecer continuidade de apoio e informação para tornar a família de ser capaz de tomar decisões e participar nos cuidados de enfermagem ou familiares.

“A parceria de cuidados fundamenta-se na assunção de que os pais desejam e são capazes de serem cuidadores efetivos e de que a responsabilidade dos cuidados à criança doente permanece com eles, com o mínimo input dos profissionais da saúde” (Coyne, 2006, p. 737). O principal objetivo é de permitir que a criança e sua família satisfaça as suas necessidades de cuidados com a intervenção mínima dos profissionais de saúde (Charepe, 2004, cit. por Sousa,

2012). Salientou Almeida (2001) cit. por Sousa (2012) que os enfermeiros assumem mais a posição de supervisor do que intervir diretamente e, só intervêm quando é necessário prestar cuidados especializados ou intervêm só quando os familiares não têm a capacidade e conhecimentos necessários para garantir um resultado positivo dos cuidados de saúde.

O sentido da parceria de cuidados é de envolver uma relação de comunicação efetiva e construtiva, informação e participação entre enfermeiros e pais/cuidadores, sem estes elementos a ideia de parceria pode ser incoerente e o seu sucesso duvidoso. E isso leva a igualdade, partilha e negociação de cuidados. Se o enfermeiro desenvolver um plano de cuidados individualizado pode assegurar que a criança e sua família tem a oportunidade de dar uma contribuição para o desenvolvimento de plano de cuidados de modo que vai confortá-los (Sousa, 2012).

A promoção de uma parceria de cuidados não só envolve os enfermeiros reconhecerem que os pais são uma parte essencial dos cuidados à criança e da sua experiência em situação de doença, mas, é de conhecer e respeitar a demonstração das habilidades dos pais em cuidar do filho dentro e fora do hospital. Na ausência dos pais, os enfermeiros devem manter as rotinas da criança estabelecidas pelos pais, na presença dos pais, iniciar um relacionamento com eles e a criança baseando-se, sempre num processo de negociação para um melhor resultado.

Este modelo de parceria de cuidados é integra aos conceitos de criança, família, saúde, ambiente, cuidados familiares e cuidados de enfermagem que abrange as quatro fases do processo de enfermagem: a fase de avaliação inclui a condição física, desenvolvimental e psicológica da criança, a estrutura da família e o desejo da família em participar nos cuidados à criança, as necessidades e os problemas da criança e família e a capacidade da família para cuidar da criança; a fase de planeamento é feita com a família e inicia-se a negociação, estabelecendo-se os objetivos dos cuidados de enfermagem e planeando-se as intervenções de ensinar e apoiar; a implementação inclui o apoio contínuo, desempenhar os cuidados de enfermagem e/ou familiares que foram planeados na fase anterior e implementar as intervenções do tipo ensinar, reajustando sempre que necessário os cuidados planeados; a avaliação dos cuidados prestados é contínua e inclui a reavaliação das necessidades de apoio da família e criança, e o registo dos resultados da intervenção (Casey, 2006; cit. por Sousa, 2012).

Para Sousa (2012), “apesar do modelo de Anne Casey distinguir cuidados familiares de cuidados de enfermagem, não há barreiras delimitadas entre estes”. A base deste modelo vai no sentido da negociação e respeito pelos desejos da família, no entanto se os pais se sentirem incapazes para prestar os cuidados ou não demonstram à vontade, a sua decisão deve ser

respeitada e cabe o enfermeiro dar a continuidade aos cuidados à criança (Almeida, 2001; cit por Sousa, 2012).

Para Casey (1993), este modelo reúne cinco conceitos principais: criança, família, enfermeiro, saúde e ambiente. A **criança** segundo a autora, é vista como alguém que depende de outras pessoas para satisfazer as suas necessidades, na sua maioria. A **família** é vista como um grupo de indivíduos que tomam a principal responsabilidade na prestação de cuidados à criança e que são uma grande influência no crescimento e desenvolvimento da criança. O **enfermeiro** como um profissional que assume conjuntos de responsabilidades e ações para promoção da saúde da criança e estabelecer o seu bem-estar, prestando-lhes cuidados de enfermagem especializados na medida que o estado de saúde da criança vai exigindo (Lopes, 2016). A **saúde** definida para Casey como um estado de ótimo bem-estar de físico e mental que deveria permanecer o tempo todo, para permitir que a criança atinja o seu máximo potencial. E, defende ainda, que as alterações não identificadas que aparecem ou não sendo corrigidas, podem comprometer o crescimento e desenvolvimento físico, psicológico, social, intelectual e espiritual da criança (Lopes, 2012). O **ambiente** implica que, o desenvolvimento de uma criança pode ser afetado por vários tipos de estímulos que têm por origem o ambiente que a rodeia. Ainda considera que os que têm origem em estímulos externos, que é daquilo que é fora do próprio à criança, vai surgindo em consequência do ambiente a que está sujeita. Estes estímulos devem ser envolvidos de amor e cuidados para que a criança possa sentir-se segura e confiante para desenvolver a sua competência (Lopes, 2012).

O modelo também faz a distinção entre os cuidados dados pelos enfermeiros e familiares considerando que os cuidados primários englobam as necessidades básicas da criança, como higiene, alimentação, amor e conforto, e os cuidados de enfermagem são os que envolvem algumas diferenciações, e com o objetivo de satisfazer outras necessidades da criança, que estão presentes em virtude do quadro fisiopatológico da criança. O modelo ainda salienta que, o enfermeiro deveria apenas prestar cuidados de enfermagem ou cuidados especializados, incentivando sempre os pais a prestarem todos os cuidados familiares (Casey, 1993; cit. por Lopes, 2012).

2.2 Caracterização dos contextos formativos

A construção deste percurso para obtenção de grau de mestre em enfermagem na área de saúde infantil e pediatria, envolve a aquisição e o desenvolvimento de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediatria. Pretende-se, neste mestrado, mediante uma articulação aturada entre a prática de cuidados e a teoria, uma compreensão aprofundada de pensamento e saber específico de cuidados de enfermagem, ao nível de grau de mestre em enfermagem de saúde infantil e pediatria. As atividades e as aprendizagens teóricas e experiências significativas que foram realizadas ao longo do período de estágio foram e vão ser neste relatório alvo de reflexão e análise crítica.

O estágio teve como finalidade “desenvolver competências científicas, técnicas e humanas para a gestão, a percepção, a prestação e a observação de cuidados de enfermagem especializados à criança, jovem e a família”.

De acordo com a problemática identificada, foram delineados dois objetivos gerais:

- Prestar cuidados de enfermagem especializados a criança/jovem e família em situação de urgência e internamento;
- Compreender a importância dos cuidados centrados nas necessidades da criança com dificuldade respiratória e sua família em contexto de urgência pediátrica.

Para dar resposta aos objetivos propostos para o estágio, foi realizado o percurso de experiência de acordo com o respetivo cronograma que se encontra no apêndice I.

O Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, E.P.E., com sede em Santa Maria da Feira, foi criado na sequência da publicação do Decreto-Lei n.º 27/2009, de 27 de Janeiro, agrupado o Hospital de São Sebastião, E.P.E. (Santa Maria da Feira), o Hospital Distrital de São João da Madeira e o Hospital São Miguel (Oliveira de Azeméis), com efeitos a partir de 1 de Fevereiro de 2009. O Centro Hospitalar passou a ser responsável pela prestação de cuidados de saúde a uma população que ronda os 340.000 habitantes, residente nos concelhos de Santa Maria da Feira, Arouca, São João da Madeira, Oliveira de Azeméis, Vale de Cambra, Ovar e Castelo de Paiva (algumas freguesias).

Com a criação do Centro Hospitalar foram estabelecidas as condições necessárias para uma melhor articulação entre as unidades hospitalares da parte norte do Distrito de Aveiro, melhorando a acessibilidade às consultas externas das diversas especialidades e facilitando a gestão das listas de espera cirúrgicas. Por outro lado, veio proporcionar uma maior racionalização nos recursos humanos e materiais disponíveis.

Neste local, para além da divulgação dos aspetos relacionados com a organização e o funcionamento do Centro Hospitalar apresenta-se um conjunto de informações dirigidas em especial aos utentes, fundamentalmente quando são prestados cuidados de saúde nas consultas externas, na urgência e no internamento.

O Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga tem como missão a prestação de cuidados de saúde diferenciados/especializados aos doentes de uma área que integra um conjunto de sete concelhos, sem prejuízo do direito de livre preferência dos doentes originários de outras áreas geográficas, em tempo adequado, humanizado, com eficiência, qualidade e quantidade, em articulação com a rede de hospitais que integram o Serviço Nacional de Saúde, com a rede de cuidados de saúde primários e com a rede nacional de cuidados continuados integrados, fazendo ainda parte da Missão do Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga a participação no ensino e na formação pré e pós-graduada de pessoal técnico e saúde e o desenvolvimento de linhas de investigação clínica.

A visão do Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga é ser um exemplo na prestação de cuidados de saúde a nível nacional, na capacidade de investigação e inovação, reduzindo um impacto positivo na comunidade, garantindo a eficiência e a sustentabilidade económica, financeira e ambiental, a médio e a longo prazo e permitindo que a população servida por este centro obtenha elevado nível de cuidados de saúde, assegurando o melhor nível de satisfação dos utentes e a reputação da instituição, contribuindo também para a sustentabilidade geral do Serviço Nacional de Saúde.

Neste estágio com relatório final, iniciou-se a experiência no Serviço de Urgência Pediátrica. Neste serviço está implementado o Sistema de Triagem de Prioridade de Manchester, pelo que a criança será atendida não pela ordem de chegada, mas sim, em função da gravidade da situação clínica. O grau de gravidade de situação clínica será classificado com uma cor, que corresponderá a um tempo de espera recomendado como indica no apêndice II. Tem como objetivo proporcionar um melhor atendimento nos Serviços de Urgência do Centro Hospitalar. Este Serviço de Urgência Pediátrica é composto por: duas salas de observação; duas salas de tratamento; uma sala de triagem; cinco gabinetes médico; três casas de banhos; uma copa; uma sala de limpos; uma de sujos e uma sala para profissionais se prepararem para trabalhar. Por motivo da pandemia Covid-19 toda esta área de Urgência Pediátrica está dividida em duas partes: **zona covid** (uma sala de observação, uma sala de tratamentos, uma sala de triagem, três gabinetes médicos e uma casa de banho para os utentes) e **não covid** (uma sala de tratamentos, uma sala de observação, uma copa, dois gabinetes médicos, uma sala de limpos,

uma de sujos, uma sala para os profissionais se prepararem para o trabalho, uma casa de banho dos profissionais e uma casa de banho para os utentes).

A segunda e última experiência deste estágio com relatório final, foi no Internamento de Pediatria, que teve como finalidade prestar cuidados à saúde a crianças/jovens de 0 a 18 anos de idade em situação de doença ou em desequilíbrio da sua saúde. Este serviço de Internamento de Pediatria é composto por: catorze salas de internamento e cinco destas salas com as suas casa de banho particulares; quatro berçários possuindo dois desses berçários casas de banhos; uma sala de extração de leite, uma sala de sujos, um fraldário, uma copa de leite; um stock dos monitores; duas salas de tratamentos; uma sala de medicação com computadores para os registos; duas salas de estar com brinquedos para crianças; seis casas de banho comuns, quatro para pais/crianças, uma para os profissionais e uma para os deficientes; uma copa para os profissionais; um stock dos medicamentos e materiais. Por motivo da pandemia Covid-19 toda esta área de Internamento de Pediatria está dividida em duas partes: **zona covid** (três salas de internamentos, cada uma com duas camas e um casa de banho para cada; dois berçários, cada uma com dois berços e um casa de banho para cada; uma casa de banho para deficientes) e **zona não covid** (onze salas de internamentos, dos três primeiros possui um berço e uma cama para acompanhantes, três salas com duas berços para cada uma, duas salas com duas camas para cada e do lado de fora da sala com duas casas de banhos uma para cada, três salas com duas camas para cada e uma casa de banho numa dessas salas, uma sala com quatro berços; dois berçários, uma com dois berços e uma com quatro berços; uma sala de extração de leite; uma sala de sujos; um fraldário; uma copa de leite; um stock dos materiais; dois salas de tratamentos e um com computadores para os registos; uma sala de medicação e com computadores para registos; duas salas de estar com brinquedos para as crianças; cinco casas de banho comuns, quatro para os pais e uma para os profissionais; uma copa para os profissionais; um stock dos medicamentos e materiais; uma sala de equipamentos para profissionais se vestirem para entrada da zona covid com proteção).

De seguida, apresenta-se uma descrição da análise reflexiva das atividades realizadas, metodologias e procedimentos usados de acordo com os objetivos propostos, assim como a descrição e referência das competências adquiridas e desenvolvidas.

2.3 Cuidados de enfermagem especializados à criança/jovem e família em situação de urgência e internamento

No percurso do desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria nos cuidados de enfermagem especializados a criança/jovem e família em situação de urgência e internamento, foram delineados quatro objetivos específicos: a) mobilizar uma abordagem Cuidados Centrados na Criança e Família na prestação de cuidados; b) mobilizar planos de comunicação promotoras dos Cuidados Centrados na Criança e Família (negociação dos cuidados, participação, informação e parceria); c) promover um ambiente terapêutico para prática de Cuidados Centrados na Criança e Família; e d) desenvolver capacidades para atuação em situação crítica.

Mobilizar uma abordagem de Cuidados Centrados na Criança e Família na prestação de cuidados

Os Cuidados Centrados na Criança e Família em contexto de estágio decorreram de uma forma a desenvolver estratégias e fundamentos da prestação dos cuidados que se consolidaram com aprofundamento de um estudo teórico feito na base da evidência científica através de diferentes bases de dados. E também na interação, observação e absorção de práticas com as minhas orientadoras nos campos de estágios e com diferentes profissionais de enfermagem que trabalham nestes estabelecimentos o que se concretizou, também, através de mobilização de estratégias da minha prestação de cuidados de enfermagem adquiridos anteriormente. Este aprofundamento permitiu-me de uma forma íntegra conetar com esta abordagem, dos objetivos, com este foco, como fazer pesquisas com base na evidência científica, como fazer atualização do software, como organizar um trabalho académico com nível do mestrado. Esta foi uma mudança de nível de exigência e de produtividade e um crescimento significativo da intencionalidade no desenvolvimento dos cuidados tendo sempre como foco os Cuidados Centrados na Criança e Família.

Na pesquisa sobre a evidência científica em cuidados centrados na criança e família o recurso a teoria não se resumiu só ao ponto de partida, mas sim de uma forma imprescindível a sua utilização sempre que necessário. Os cuidados centrados na criança e família não são de todo uma nova prática, abordagem ou conhecimento inovadora no meu cuidar. Os cuidados que anteriormente prestava antes de frequentar este mestrado não se baseavam nas evidências atuais, não se solidificavam de uma forma tão grande e que abrange intencionalidade. Este

aprofundar de conhecimento me permitiu conetar de forma íntegra nesta abordagem, com este objetivo, com este foco, com a atualização do meu software, uma mudança de nível de exigência e de produtividade. Tendo como foco os cuidados centrados na criança e família, foi com uma intencionalidade de crescimento e do desenvolvimento do cuidar.

Nesta procura de conhecimentos, existe também um foco de estratégias percorridos e exequível a implementação nos contextos de estágio, na medida do meu alcance mesmo em situações de limitações de tempo, de conhecimento da família e de recursos humanos. Estas limitações de tempo ou do conhecimento da família, são muito comuns no serviço de urgência pediátrica.

Verifiquei que os cuidados centrados na criança e família, da observação efetuada de uma forma geral, não são aplicados em vários contextos. Há indicadores em que foram observadas práticas não sistemáticas, por exemplo, em casos em que é permitido um certo número de familiares por crianças, não seguiram os mesmos critérios por toda a equipa; a nível de organização não se reconhecem e nem são incentivadas práticas das visões que contemplem a família como recetora de cuidados, mas sim, considerando-a, muitas vezes, como visita, ou também desenvolver um suporte em papel da maioria das informações dadas à família. Ainda que sejam verificados alguns destes casos, nota-se mais nas instituições de saúde ou hospitais nos serviços pediátricos do meu país (Guiné-Bissau), que não respeitam ou melhor que desconhecem destas normas de parceria de cuidados que devem ser respeitados para melhor alcançar a possível recuperação do estado físico e emocional da criança. Ainda há um longo percurso para construir o que é preconizado e desejado nas práticas presentes em algumas situações principalmente na forma do cuidar das crianças do meu país.

Nestes casos, os enfermeiros referem frequentemente de uma forma mais ou menos clara, os obstáculos que às vezes condicionam a implementação dos cuidados centrados na criança e família. Estão mais relacionadas com a falta de tempo, sobrecarga de trabalho ou por falta do pessoal, e também por falta de recursos físicos.

Refleti muito sobre estes condicionantes durante o meu percurso no estágio e pensando no meu aprofundar de conhecimentos para melhor desempenhar esses papéis perante uma criança em desequilíbrio da sua saúde e a família para melhorar a forma dos cuidados prestados no meu serviço e no que posso contribuir futuramente no que se refere aos cuidados das nossas crianças e a família nas outras instituições de saúde ou no sistema nacional de saúde da Guiné-Bissau que carece muito destas abordagens. Isto, deve-se mais à falta de conhecimento destas estratégias, por exemplo, disponibilizar espaço sempre para a família colocar as suas questões,

para que a família possa se sentir à vontade. Posso dizer que poucos profissionais de saúde nas instituições de saúde no meu país têm o conhecimento sobre a parceria nos cuidados, de incluir a família na prestação dos cuidados a criança.

No que fui constatando em diferentes situações e no que mostram os estudos, os enfermeiros valorizam e compreendem esta teoria, só que na prática não conseguem ainda potenciá-la, quer por falta de conhecimentos, de tempo, por falta de organização de suporte de cultura, como por visão da estratégia de uma organização que não contempla a família como alvo nos cuidados. As perspectivas das opiniões das crianças e familiares ou prestadores de cuidados não são válidas na tomada de decisão e no planeamento ao nível da conceção e no estabelecimento da política do desenvolvimento de projetos institucionais.

Segundo Reis (2016), os contributos positivos e práticas de excelência destas condicionantes sobrepuseram nos diversos contextos e foram abundantes e múltiplas. O mesmo autor, fez uma demonstração de análise das práticas, das mais consistentes e das mais potenciadoras de cuidados centrados na família, que está demonstrado no quadro 3.

Quadro 3: Práticas de Cuidados Centrados na Criança e sua Família por indicador

Indicador	Práticas consistentes
Visão, missão e filosofia de cuidados	Visão, missão e filosofia de cuidados que contemplam a criança e a sua família e abarcam os pilares dos Cuidados Centrados na Família.
Participação da família nos cuidados	Reconhecimento da família como fonte primária e essencial de informação sobre a criança. As famílias são incentivadas e capacitadas a participar no cuidado na medida que desejarem e apoiadas qual seja o seu desejo e nível de participação.
Suporte/apoio à família	É dado suporte à família independente das suas escolhas e sem juízos de valor. Valorização da opinião e das perceções da família e criança. Existem brinquedos que abrangem todas as faixas etárias da população pediátrica na sala de espera. Durante procedimentos (antes, durante e após) existem interações adequadas à fase de desenvolvimento da criança. Em todas as famílias são reconhecidas forças e competências.
Informação e tomada de decisão	Informação atempada e útil, fornecida à família, para a capacitação da tomada de decisão por parte da mesma.
Coordenação e continuidade dos cuidados	O enfermeiro gere e identifica necessidades de todos os cuidados de saúde (fisioterapia, terapia ocupacional, psicólogo) de modo a assegurar uma coordenação dos cuidados desde o momento de acolhimento da família até à alta.
Meio ambiente e design	Espaço exclusivo para a permanência da família equipado com sofás e com minicozinha. Estacionamento gratuito e sempre disponível para as famílias.
Avaliação /melhoria da qualidade	Família pode reportar as suas perceções da vivência da hospitalização, no serviço de observação da urgência, através de caixa de sugestões, sendo incentivada a fazê-lo no momento da alta.

Mobilizar planos de comunicação promotores dos Cuidados Centrados na Criança e Família (negociação dos cuidados, participação, informação e parceria)

A comunicação é a pedra fundamental da existência humana e suas relações, principalmente quando se trata da prestação dos cuidados a uma criança e sua família em situação de doença. Sendo a enfermagem uma área que se desenvolve na relação com as pessoas, o desenvolvimento de competências neste âmbito foi importante para a minha prestação de Cuidados Centrados na Criança e Família.

De acordo com Reis (2016) aprende-se a comunicar da melhor forma comunicando e de uma maneira adequada cada vez que todas as estratégias e a sua individualidade dos interlocutores estão presentes. Salientou ainda que a teoria é complementada pela prática, a pesquisa de técnicas de comunicação como a validação, e ganha visibilidade e sua compreensibilidade pessoal depois da sua experimentação. Demonstrou ainda que cada relação e interação são únicas e esta extraordinária singularidade da interação só se pode adquirir na prática, por se sentir e por se vivenciar.

No estágio existem momentos de reflexão, interação e de feedback muitos preciosos nesta busca de saber, principalmente o saber comunicar. Fui aperfeiçoando as minhas práticas de comunicação por estar presente no momento, em situação, no espaço e no contexto. Foi uma grande oportunidade para o crescimento da minha prática e reflexão na experiência do comunicar com a criança e família de uma forma verbal e não-verbal.

Segundo Alves (2012), para que se concretize uma relação terapêutica entre o profissional de saúde e o doente é essencial que exista uma comunicação eficaz, o que pressupõe, por parte do enfermeiro, um conhecimento sólido a respeito do processo comunicacional, nomeadamente das formas verbais e não-verbais da comunicação, assim como o desenvolvimento de competências a nível comunicacional.

Na comunicação não verbal “transmitimos as mensagens de forma inconsciente, por meio da expressão facial, da linguagem corporal, das características físicas” (Santos & Shiratori, 2005, p. 434).

Reis (2016), demonstra que o tom, os gestos, a posição corporal e o olhar podem exprimir uma realidade diferente, por vezes, contrária à que emite verbalmente. Dando exemplo de “numa interação, se digo se tem alguma questão, mas se estou a olhar para o relógio e ver as horas, então a minha comunicação vai no sentido de referir que não estou disponível, é contrária ao meu discurso verbal” (p. 48).

No estágio fui sempre utilizando o método de brincar como forma de cativar e comunicar com as crianças, que é uma língua universal das crianças para a intervenção terapêutica. Em enfermagem é importante utilizar o brincar como ferramenta nos cuidados às crianças.

Promover um ambiente terapêutico para prática de Cuidados Centrados na Criança e sua Família

Segundo Reis (2016, p.49) “O ambiente físico do cuidar tem impacto na forma como os cuidados são prestados, influenciando não só a forma como as crianças respondem e se curam, mas também o humor e, conseqüentemente, a eficácia da equipa de saúde”. Revela ainda que, “Os doentes experimentam um resultado positivo num ambiente que incorpore luz natural, elementos da natureza, cores calmantes, sons apaziguadores e terapêuticos, ambientes agradáveis, vistas para a natureza e que proporcionem interação com a família” (Stichler, 2001, p. 12). Entretanto durante o estágio, tentei minimizar a dor e o sofrimento da criança utilizando estratégias como por exemplo (minimizar as luzes dando preferência a luz natural em vez da artificial, desligar alarmes, evitando mínimas interações com as crianças durante o sono).

Desenvolver capacidades para atuação em situação crítica

“Na situação crítica o rigor, a perícia e o conhecimento científico são fundamentais para o sucesso das intervenções, que muitas vezes podem resultar na diferença entre a vida e a morte” (Reis, 2016, p.44).

(...) “o foco da prática do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica é, mais que a monitorização e observação constantes, o cuidar da pessoa que vivencia processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; considera-se também a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítima bem como a maximização da intervenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil, como grandes áreas de intervenção do enfermeiro especialista” (Silva, 2014, p. 35).

Segundo Reis (2016), na situação de risco de vida e ameaças do equilíbrio seguem-se protocolos de atuação, que vão ajudar a organizar o pensamento e estabelecer linhas de intervenção e atuação, sempre baseando na mais recente evidência, para o maior sucesso possível.

Para Silva (2014), torna-se claro, que, para cuidar de uma pessoa em situação crítica são necessárias competências a nível cognitivo, do autoconhecimento, possuir um conhecimento específico e usar este conhecimento em prol do bem-estar do doente, bem como possuir competências relacionais, de liderança e de interajuda porque o trabalho é realizado sempre em equipa e que em qualquer momento pode precisar do colega de equipa ao lado.

Por ser muito importante para a prática de excelência no Serviço de Urgência Pediátrica, como futura enfermeira especialista a minha preocupação é aumentar a capacidade de atuação em situações críticas. No meu percurso durante o estágio no Serviço de Urgência Pediátrica, destaco os cuidados que pude prestar as crianças, que foram os seguintes:

- Realização de testes de COVID a crianças/jovens e em alguns casos aos pais/acompanhantes das crianças;
- Realização de consultas na triagem;
- Administração de broncodilatadores por nebulização para crianças com dispneia, bronquiolite, asma;
- Administração de Ondansetron ® nas crianças com vômitos progressivos;
- Colocação de saco e algáliação para colheita da urina nas crianças de 0 aos 2 anos de idade;
- Participação na lavagem intestinal por intoxicação a um adolescente de 14 anos que ingeriu grande quantidade de medicamentos;
- Participação nas colheitas de sangue para as análises;
- Administração de clister;
- Administração de medicação antipirética;
- Observação de uma adolescente com epistaxe que anteriormente tinha feito cauterização química e voltou a apresentar epistaxis novamente após ter ido a casa, pelo que lhe foi colocado um tampão nasal anterior na narina para estancamento da hemorragia;
- Observação na consulta externa de pediatria das consultas às crianças com diabetes mellitus tipo I e II, e realização de ensinamentos dos cuidados antecipatórios como fator de promoção da saúde e de prevenção da doença junto da minha orientadora;
- Consulta do desenvolvimento infantil, em que fiz avaliação dos parâmetros antropométricos nas crianças de 0 aos 18 anos de idade com a orientação nos boletins de saúde infanto-juvenis e utilizei a escala de avaliação do desenvolvimento de Mary Sheridan (anexo II). Monitorizei sinais vitais.

No meu percurso durante o estágio no **Internamento de Pediatria**, destaco os cuidados que pude prestar às crianças, que são os seguintes:

- Monitorização de sinais vitais de acordo com o plano de cuidados de enfermagem (Saturação do Oxigénio, Frequência Cardíaca, Temperatura, Tensão Arterial);
- Higienização dos bebés (prematuros ou não prematuros);
- Alimentação;
- Administração terapêutica;

Vou destacar algumas situações que tiveram mais relevância de acordo com o meu tema em estudo:

- Criança de três meses com bronquiolite à qual pude prestar os cuidados seguindo o plano de cuidados de enfermagem (monitorização de sinais vitais, monitorização contínua de frequência cardíaca e saturação de oxigénio, cinesiterapia respiratória, cabeceira elevada a 30°, vigilância de síndrome de dificuldade respiratória, aspiração de secreções em SOS e administração de salbutamol por nebulização);

- Criança com bronquiolite aguda de gravidade moderada com impato na alimentação. Os principais cuidados que pude prestar foram: elevação da cabeceira no ângulo de 30°, monitorização de sinais vitais, monitorização contínua de saturação de oxigénio, frequência cardíaca e pieira, aspiração de secreções, pausa alimentar, nebulização de adrenalina 1mg/1ml;

- Pneumonia numa criança com 2 anos de idade: os cuidados que prestei foram de monitorização de sinais vitais de 12/12 horas, monitorização contínua de frequência cardíaca e saturação de oxigénio, administração de Ceftriaxona 1g com diluição em perfusão intermitente de 12/12 horas via Ev;

- Hiperactividade brônquica numa criança com 3 anos de idade. Os cuidados que prestei foram: elevação de cabeceira da cama no ângulo de 30°, avaliação de sinais vitais de 12/12 horas, monitorização contínua de frequência cardíaca e saturação de oxigénio, administração de oxigénio por cânula nasal por apresentar sempre a saturação baixa;

- Infecção COVID-19 num bebé de 29 dias de vida. Os cuidados que prestei (monitorização de sinais vitais de 12/12 horas, monitorização de frequência cardíaca, saturação de oxigénio e alimentação de 3/3horas.

Em todos os cuidados prestados houve a preocupação de envolvimento dos pais na assistência à criança.

2.4. Competências desenvolvidas

Durante todo esse processo de saberes, aprendizagens, experiências o desenvolvimento de Competências Comuns e de Competências Específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria foi uma preocupação ao longo do estágio cuidar da criança/jovem e família, utilizando uma abordagem de cuidados centrados na criança e sua família no local de estágio, que foi surgindo o interesse durante a frequência das aulas do mestrado e intensificando durante este percurso, principalmente durante o período de estágio e desenvolvendo continuamente a minha prestação de cuidados.

De uma forma estruturada e para permitir um pensamento consequente e eficaz, Reis (2016) no seu pensamento salientou o seguinte:

Quando se pondera determinada problemática à luz de uma teoria, logramos obter uma resposta com sentido, que se traduz numa conduta profissional coerente. Esta construção de sentido, que vai dando provas na prática de enfermagem, traduz-se em conhecimento. É este compromisso ético inerente ao exercício da profissão, o de pensar a teoria a partir da prática e melhorar e pensar continuamente a prática tendo por base a teoria, que permite que a Enfermagem se desenvolva de forma consistente (Reis, 2016, p. 56).

Ao longo deste percurso considero ter desenvolvido as **competências comuns de Enfermeiro Especialista**, de acordo com a OE (2019, p.4745) ou seja, “as competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade” nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal; da melhoria contínua da qualidade; da gestão dos cuidados; e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, destaque: promoção das práticas que respeitem os direitos das crianças e famílias; desempenha um papel dinamizador ao nível da unidade de cuidados e da organização; perceção, gestão e colaboração em programas de melhoria contínua de cuidados e o desenvolvimento do autoconhecimento e a capacidade de basear as práticas em sólidos conhecimentos científicos (OE, 2019).

No que diz respeito às **competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria** (OE, 2018), dei particular importância ao assistir a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde; cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade, presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem. Neste relatório de estágio saliento: a implementação de cuidados que promovam as melhores condições para o exercício da parentalidade e dos papéis de outros familiares, principalmente em situações de doença e hospitalização; utilização de estratégias de comunicação apropriadas à criança e sua

família e o recurso a um conjunto de tratamentos de enfermagem suportadas na evidência e fundadas no cuidado humano (OE, 2018).

Em resposta ao segundo objetivo geral do estágio e à segunda competência específica do enfermeiro especialista, prestei cuidados centrados nas necessidades da criança com dificuldade respiratória e sua família em contexto de urgência pediátrica, que foi uma preocupação durante o estágio no Serviço de Urgência Pediátrica. Thomas (2010) cit. por Reis (2016), salienta que para melhorar os cuidados neste serviço é necessário saber onde está a nível dos Cuidados Centrados na Criança e Família prestados no serviço de urgência pediátrica. Respondendo a esta questão, identificam-se as necessidades do desenvolvimento das competências, de treino e de formação, para um cuidar eficaz neste contexto.

A ida de uma família com a criança à urgência pediátrica é um desafio resultante da sua fragilidade de uma situação e circunstâncias da saúde e do contexto de cuidados.

Os Cuidados Centrados na Criança e Família surgem como uma filosofia dos cuidados de excelência à criança e familiares que ocorrem ao serviço de urgência pediátrica com as crianças. Entretanto, as condições terapêuticas de enfermagem, dos Cuidados Centrados na Criança e Família devem ser amplamente aproveitados como ferramenta do cuidar de enfermagem, cabendo ao Enfermeiro Especialista a sua sistemática promoção e a liderança dos processos tendentes à sua plena implementação (Reis, 2016).

A enfermagem é considerada a profissão que assume a posição fundamental no conceito da profissão de saúde uma vez que a que mais entra em contato direto com o doente e família/acompanhante. Todo o episódio de qualquer pessoa doente até obter a sua estabilidade do estado normal de saúde, vai afetando os familiares e entes queridos e a sua força para recuperar depende deles também.

Segundo Collière (1999) cit. por Carneiro (2010), é necessário tomar conta da sua vida para que possa viver uma vida saudável e por mais anos, porque todos os seres vivos precisam de cuidados, inclusive os Homens. Cuidar é uma maneira de viver que tem como finalidade permitir que a vida continua e lutando contra a morte do indivíduo, morte da espécie ou do grupo. Esta autora definiu dois tipos de cuidados que se diferenciam as práticas de saúde pelos objetivos que pretende alcançar, que são quotidianos ou habituais (care) e os de reparação (cure). Os primeiros mostram as funções de manutenção e de continuidade de vida que satisfaz a ligação das necessidades humanas que baseiam na resposta aos hábitos de vida, crenças, costumes, e que imergem como intenção de ultrapassar aquilo que se sobrepõe e cria como um obstáculo à existência de vida.

Os cuidados de reparação são um complemento dos habituais, uma vez que o tratamento da doença só tem importância quando é sustentado por tudo aquilo que torna possível o desenvolvimento e uma vida contínua. Martins (2004, p.53) cit. por Carneiro (2010), considera, relativamente aos cuidados quotidianos que, “a cultura de cada grupo social define o que é bom ou mau para manter a vida. Inserem-se neste grupo todos os cuidados prestados pela mãe ao filho, ou que nós prestamos a nós próprios à medida que vamos tendo autonomia para tal, devendo, contudo, ser assegurado por terceiros quando a referida autonomia é diminuída, limitada ou perdida”.

Segundo Reis (2016), os Cuidados Centrados na Família são considerados a melhor forma de prestar cuidados às crianças, com muitas vantagens e benefícios. Dentro desta filosofia é proclamada, acarinhada e reconhecida na pediatria, contudo ainda está numa fase incipiente da sua maximização. E é neste hiato, entre o que é percebido como importante e o que é realmente praticado, que o enfermeiro especialista deve atuar, para poder reduzir e promover os Cuidados Centrados na Família, nomeadamente no Serviço de Urgência Pediátrica. (p. 28).

“Em Portugal, as doenças respiratórias, em particular as Doenças Respiratórias Crónicas, continuam a ser uma das principais causas de morbilidade e mortalidade, com tendência clara para o aumento da sua prevalência” (Programa Nacional para as Doenças Respiratórias, 2017, p.12).

No entanto o Programa Nacional para as Doenças Respiratórias (2017) salienta, ainda que o programa dá uma continuidade à visão estabelecida no Plano Nacional de Saúde e no antigo Programa de 2012-2016, visando maximizar os ganhos em saúde do doente respiratório crónico, através da integração de esforços sustentados em todos os setores da sociedade e da utilização de estratégias assentes na cidadania, na equidade e no acesso, na qualidade e nas políticas saudáveis (p.12).

A imaturidade do recém-nascido tem estado a aumentar, constituindo a dificuldade respiratória uma alteração clínica frequente como a taquipneia, tiragem, gemidos, adejo nasal, estridor, cianose ou apneia. No caso de as trocas gasosas pulmonares serem ineficazes, com oxigenação tecidual e eliminação de dióxido de carbono, isso mostra que estamos perante um quadro de insuficiência respiratória (Proença, 2006).

De acordo com o preconizado no regulamento de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, o enfermeiro utiliza um modelo concetual centrado sempre na criança e família utilizando o binómio como beneficiário dos

seus cuidados e estabelece com ambos uma parceria de cuidar promotora da otimização da saúde, no sentido da adequação da gestão do regime e da parentalidade (OE, 2018).

No início de estágio e em cada experiência, mesmo que a minha posição fosse de observar, a minha presença nunca deixou de influenciar o ambiente em que me incluo, desde o início preocupada e demonstrando o interesse em aprender e prestar cuidados à criança e sua família dando apoio emocional e envolvendo sempre a família nos cuidados. Considerando o ato de intervenção na prestação dos cuidados não sendo alvo em diversos ambientes e como mostra por impulso de atuar perante a realidade, vem do meu grau de experiência e de conhecimento e, por mim mesmo fui convidada a agir e participar na prestação dos cuidados muito embora com algumas limitações de conhecimentos no início de estágio em vários contextos. Esta minha experiência na interação exigiu sempre uma observação e apropriação nas práticas envolvidas. Foi um grande contributo para a minha prestação de cuidados, no sentido de atingir as competências Comuns e Específicos do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria.

Prestando cuidados numa lógica de Cuidados centrados na criança e sua família e tendo como referência o modelo de parceria de cuidados de Anne Casey, foi de uma forma apropriada que me proporcionou uma grande oportunidade de experimentar, aplicar os conhecimentos obtidos e mostrar a construção durante este percurso rumo a uma prática de enfermagem especializada.

CONCLUSÃO

Hoje em dia, os melhores cuidados de enfermagem prestados pelos enfermeiros às crianças, são baseados em saber adquirido na prática do dia-a-dia dos cuidados e, nos estudos elaborados por vários autores sobre a importância do envolvimento da família na prática dos cuidados à criança.

A promoção da parceria de cuidados entre enfermeiros e os pais vai garantindo uma qualidade na prestação nos cuidados à criança, quer no seu estado saudável ou doente, nos contextos que se encontra.

A filosofia de cuidados em pediatria mostra claramente que não basta só cuidar do indivíduo na sua dimensão biológica, mas que tem de ser vista como um todo, assim dando contributo com a visão no seu crescimento e desenvolvimento integral, que permita a integração da família na equipa de saúde (Monteiro, 2003).

Entretanto, nos dois campos de estágio da unidade curricular estágio com relatório final procurei desenvolver competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria que é o preconizado de acordo com o plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria para atribuição do grau de mestre em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria pela Ordem dos Enfermeiros. Através do objetivo estabelecido para o estágio, que foi “desenvolver competências científicas, técnicas e humanas para a gestão, a perceção, a prestação e a supervisão de cuidados de enfermagem especializados à criança, jovem e a família” neste relatório, atingiram-se essas competências no assistir e cuidar da criança e sua família na maximização da sua saúde, na situação de elevada complexidade e na resposta às necessidades específicas do seu ciclo de vida e no desenvolvimento da criança, atingindo com sucesso os objetivos gerais e específicos delineados.

As aprendizagens conseguidas durante este percurso formativo servirão de base a uma intervenção mais cuidada e suportada às crianças da Guiné-Bissau tanto na promoção da saúde como na resposta a situações de doença, particularmente no âmbito das afeções respiratórias, tão frequentes neste país.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, S. M. (Março de 2014). *Bronquiolite Aguda: orientação num hospital central versus a recomendação da direção-geral da saúde artigo científico*. Acedido em 5 de Setembro de 2021, em <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/37349/1/Bronquiolite%20aguda.pdf>
- Alves, A. P. (2012). *A Comunicação com a Pessoa em Situação Crítica Submetida a Ventilação Mecânica Invasiva – Perspetiva do Enfermeiro*. Viana do Castelo: Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Acedido em 03 de Julho de 2021, em <http://hdl.handle.net/20.500.11960/1199>
- Antunes, J., Chambel, M., Borrego, L. M., Prates, S., & Loureiro, V. (2013). Infecções respiratórias virais na criança. *Sociedade Portuguesa de Pediatria*, 10. Acedido em 10 de Agosto de 2021, em 0873-9781/13/44-1/9
- Aquino, J., & Salgado, M. (2017). A bronquiolite aguda das crianças: o que fazer? – Texto para país. Acedido em 11 de Agosto de 2021, em [01_bronquiolite.pdf \(asic.pt\)](#) 71.
- Casey, A. (1988). *A partnership with child and family*. *Sen Nurs.* 8 (4). p. 8-9;
- Casey, Anne (1993) – Development and use of the partnership model of nursing care. In: Glasper, e.; Tucker, A. – *Advances in child health nursing*. London: Scutari Press.
- Casey, A. (1995). Partnership nursing: influences on involvement of informal carers. *Journal of Advanced Nursing*, 22, pp. 1058-65.
- Casey, A. (2006). *Assessing and Planning Care in Partnership*. In *Glasper, Edward; Richardson, James Textbook of Children's and Young People's Nursing*. London: Elsevier.
- Carneiro, S. G. (Julho de 2010). *As Implicações da Parceria de Cuidados Para a Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Nos Serviços de Pediatria*. Obtido de <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/26868/2/Dissertao.pdf>
- Collière, M-F. (1989). *Promover a Vida*. Lisboa, Portugal: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses;
- Collière, M-F. (1999). *Promover a Vida. Da prática das mulheres de virtude aos*

- cuidados de enfermagem*. Lisboa, Portugal: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses. 3ª Edição;
- Coyne, I. (2006). Children's experiences hospitalization. *Journal of Child Health Care*, 10(4), pp. 326-336.
- Diogo P., Vilelas J., Rodrigues L. & Almeida T. (2015). Enfermeiros com Competência Emocional na Gestão dos Medos de Crianças em Contexto de Urgência. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. 13, 43-51.
- Farrell, M. (1994). *Sócios nos cuidados: um modelo de enfermagem pediátrica* em: Nursing. Março. p. 27;
- Ferreira, M. M., & Costa, M. G. (2016). Cuidar em Parceria: Subsídio Para a Vinculação Pais/Bebé Pré-Termo. p. 51.
- Lopes, N. M. (2012). *Parceria Nos Cuidados à Criança Nos Serviços de Pediatria: Perspetiva Dos Enfermeiros*. Acedido em 11 de Dezembro de 2021
- Lopes, A. P. (2016). *Cuidar em Pediatria: a importância da parceria de cuidados entre pais e enfermeiros*. Acedido em 12 de Dezembro de 2021
- Martins, M. M. F. P. S. (2004). *O adulto doente e a família: uma parceria de cuidados*. (Dissertação do Doutoramento em Ciências de Enfermagem). Porto, Portugal: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar;
- Mendes, K. D., Silveira, R. C., & Galvão, C. M. (08 de Outubro de 2008). *Revisão Integrativa: Método de Pesquisa para a Incorporação de Evidências na Saúde e na Enfermagem*.
- Monteiro, M. A. (2003). *Parceria de Cuidados Experiência dos Pais num Hospital Pediátrico*. Porto. Acedido em 21 de Dezembro de 2021
- Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. *Diário da República*, 2.ª série — N.º 133 — 12 de julho de 2018, 19192. Acedido em 02 de Junho de 2021
- Ordem dos Enfermeiros (6 de Fevereiro de 2019). Regulamento das Competências Comuns. p. 4745. Acedido em 02 de Junho de 2021

- Pediatria, S. P. (22 de Abril de 2020). Abordagem do doente pediátrico com COVID-19. *Sociedade Portuguesa de Pediatria*, 2. Acedido em 2 de Setembro de 2021
- Pinto, J. R., & Silva, I. C. (31 de Outubro de 2012-2016). *Manual para Abordagem da Sibilância e Asma em Idade Pediátrica*. Acedido em 8 de Setembro de 2021
- Reis, D. S. (2016). *Promoção de Cuidados Centrados na Família no Serviço de Urgência Pediátrica – Intervenção do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: ESEL-Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Acedido em 02 de Junho de 2021, em <http://hdl.handle.net/10400.26/18133>
- Respiratórias, P. N. (2017). *Programa Nacional para as Doenças Respiratórias 2017*. LISBOA: DGS. Acedido de <http://hdl.handle.net/10400.26/21107>
- Ribeiro, R. C., Moura, M. C., Sequeira, C., Barbieri, C. M., Erdmann, L. A. (2015). Perceção de pais e enfermeiros sobre cuidados de Enfermagem em neonatologia: uma revisão integrativa. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14023>
- Santos, C. C., & Shiratori, K. (2005). A influência da comunicação não verbal no cuidado de enfermagem. *REBEEn*, 434.
- Seabra, P. (2005). Cuidar num CAT: o trabalho desenvolvido por um enfermeiro numa equipa de um programa de substituição opiácea. *IDT*, 58. Acedido em 04 de Julho em 2021, de <http://hdl.handle.net/10400.14/15124>
- Silva, M. A. (2014). *Pessoa em Situação Crítica – Foco de Cuidados do Enfermeiro Especialista*. Porto: Universidade Católica Portuguesa-Porto. Acedido em 03 de Julho de 2021, em <http://hdl.handle.net/10400.14/16296>
- Sousa, P. C. (Setembro de 2012). *O exercício parental durante a hospitalização do filho: intencionalidades terapêuticas de enfermagem face à parceria de cuidados*.
- Stichler, J. F. (2001). Criando ambientes de cura em unidades de terapia intensiva.
- Urra, E. M., Jana, A. A., & García, M. V. (29 de Novembro de 2011). Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. *Ciencia y Enfermería XVII (3): 11-22, 2011, 17(3), 12*. doi:ISSN 0717-2079

Veras, S. M., Menezes, T. M., Guerrero-Castañeda, R. F., Soares, M. V., Neto, F. R., & Pereira, G. S. (2019). O cuidado da enfermeira à dimensão espiritual da pessoa idosa hospitalizada. *REBEEn*, 248. Acedido em 04 de Julho de 2021, em <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0685>

ANEXOS

ANEXO II

O modelo de escala de avaliação de Mary Sheridan

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

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

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

	4 – 6 Semanas	3 M	6 M	9 M	12 M
Audição e Linguagem	<ul style="list-style-type: none"> Pára e pode voltar os olhos ao som de uma sineta, roca ou voz a 15 cm do ouvido. 	<ul style="list-style-type: none"> Atende e volta-se geralmente aos sons. 	<ul style="list-style-type: none"> Segue os sons a 45 cm do ouvido. Vocaliza sons monossilabos e dissilabos. Dá gargalhadas. 	<ul style="list-style-type: none"> Tem atenção rápida para os sons perto e longe. Localiza sons suaves a 90 cm abaixo ou acima do nível do ouvido. Repete várias sílabas ou sons do adulto. 	<ul style="list-style-type: none"> Tem resposta rápida aos sons suaves, mas habitua-se depressa. Dá pelo nome e volta-se. Jargão (vocaliza incessantemente em tom de conversa, embora completamente impercetível). Compreende ordens simples “dá, cá e adeus”.
Comportamento e Adaptação Social	<ul style="list-style-type: none"> Fixa a face da mãe quando o alimenta. Tem sorriso presente às 6 semanas. Chora quando desconfortável e responde com sons guturais em situações de prazer. 	<ul style="list-style-type: none"> Sorri. Tem boa resposta social à aproximação de uma face familiar. 	<ul style="list-style-type: none"> É muito ativo(a), atento(a) e curioso(a). 	<ul style="list-style-type: none"> Leva uma bolacha à boca. Mastiga. Distingue os familiares dos estranhos. 	<ul style="list-style-type: none"> Bebe pelo copo com ajuda. Segura a colher mas não a usa. Colabora no vestir levantando os braços. É muito dependente do adulto. Demonstra afeto.

Quadro 2. Sinais de Alarme: 1 – 12 M

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

Apoios _____

Plano de ação _____

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

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

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

	18 M	2 A	3 A	4 A	5 A
Comportamento e Adaptação Social	<ul style="list-style-type: none"> • Bebe por um copo sem entornar muito, levantando-o com ambas as mãos. • Segura a colher e leva alimentos à boca. • Não gosta que lhe peguem. • Exige muita atenção. • Indica necessidade de ir à casa de banho. • Começa a copiar atividades domésticas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Coloca o chapéu e os sapatos. • Usa bem a colher. • Bebe por um copo e coloca-o no lugar sem entornar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pode despir-se, mas só se lhe desabotoarem o vestuário. • Vai sozinho(a) à casa de banho. • Come com colher e garfo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pode vestir-se e despir-se só com exceção de abotoar atrás e dar laços. • Gosta de brincar com crianças da sua idade. • Sabe esperar pela sua vez. 	<ul style="list-style-type: none"> • Veste-se sozinho(a). • Lava as mãos e a cara e limpa-se sozinho(a). • Escolhe o(a)s amigo(a)s. • Compreende as regras do jogo.


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

18 M	2 A	4 – 5 A
<ul style="list-style-type: none"> • Não se põe de pé, não suporta o peso sobre as pernas. • Anda sempre na ponta dos pés. • Apresenta assimetrias. • Não faz pinça – não pega em nenhum objeto entre o polegar e o indicador. • Não responde quando o(a) chamam. • Não vocaliza espontaneamente. • Não se interessa pelo que o(a) rodeia; não estabelece contacto. • Deita os objetos fora. Leva-os sistematicamente à boca. • Tem estrabismo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Não anda sozinho(a). • Deita os objetos fora. • Não constrói nada. • Não parece compreender o que se lhe diz. • Não pronuncia palavras inteligíveis. • Não se interessa pelo que está em seu redor. • Não estabelece contacto. • Não procura imitar. • Tem estrabismo. 	<ul style="list-style-type: none"> • É hiperactivo(a), distraído(a) e tem dificuldade de concentração. • Apresenta linguagem incompreensível, substituições fonéticas, gaguez. • Tem estrabismo ou suspeita de défice visual. • Apresenta perturbação do comportamento.

Apoios _____


Plano de ação _____

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

Idade	Parâmetros a avaliar		Material
RN Primeira Consulta	<p>P M G⁴</p> <p>NOTA: A avaliação deve ser realizada com o(a) recém-nascido(a) (RN) em estado de alerta e confortável.</p> <ul style="list-style-type: none"> Em decúbito dorsal: braços e pernas semi-fletidos, com postura simétrica. Se tração para sentar observa-se queda significativa da cabeça. Apoiado(a) em posição sentado(a): dorso curvado com queda da cabeça para a frente. <p>Em suspensão ventral: cabeça permanece abaixo do plano do corpo e membros semi-fletidos.</p> <p>Em decúbito ventral: cabeça para o lado, membros fletidos sob o abdômen, cotovelos fletidos junto ao tronco.</p> <p>Reflexos primitivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Reflexo de Moro: com a criança apoiada provoca-se, subitamente, ligeira queda da cabeça (2,5cm) resultando em abdução dos membros superiores e abertura das mãos; Reflexo de sucção e procura (pontos cardeais): estimulando região peri oral com os dedos observa-se direcionamento da boca / cabeça para o lado estimulado; Reflexo de preensão palmar; Reflexo da marcha automática, quando os pés estão apoiados numa superfície firme. <p>A L</p> <ul style="list-style-type: none"> Fixa com o olhar um objeto brilhante ou face humana a 30 cm; pode acompanhar lentamente com o olhar. Reação a sons altos e súbitos (por ex. bater palmas, fechar subitamente a porta, sinos, etc.): <ul style="list-style-type: none"> Qualquer reação é válida: piscar os olhos, franzir sobrancelhas, etc. 		


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

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

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


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

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

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



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

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

Idade	Parâmetros a avaliar		Material
6 M	C	<ul style="list-style-type: none"> Muito ativo(a), atento(a) e curioso(a): explora ambiente em todas as direções; quando oferecida roca abana deliberadamente; explora brinquedos / objetos. 	Roca
	A		Cubo
	S ⁷		Cubo
	V		<ul style="list-style-type: none"> Tem preensão palmar (usa ambas as mãos para alcançar um objeto). Transfere objetos de uma mão para a outra. Leva objetos à boca e explora-os. Se o objeto cai, esquece-o imediatamente (não procura o objeto que caiu): <ul style="list-style-type: none"> Colocar objeto (ex. cubo) em cima da mesa, no campo visual da criança, e posteriormente, em frente à criança, atirá-lo para o chão. Boa convergência (sem estrabismo). Reflexos de proteção (valorização de assimetrias): <ul style="list-style-type: none"> Paraquedas: segurando a criança pelo tronco e inclinando-a subitamente na direção do chão observa-se extensão e abdução dos braços e pernas e abertura das mãos; Proteção lateral: provoca-se desequilíbrio lateral quando a criança está sentada e observa-se extensão do braço e mão evitando a queda.
M			
F		Roca	
P	M	<ul style="list-style-type: none"> Em decúbito ventral, faz apoio nas mãos com braços estendidos levantando a cabeça. Faz força para se sentar e mantém-se sentado(a) sem apoio (por breves momentos): <ul style="list-style-type: none"> Sentado(a) sem apoio, independente, alcançado entre os 5-9 M; Dorso direito. De pé faz apoio plantar. 	Roca
A	L	<ul style="list-style-type: none"> Segue e localiza os sons a 45 cm ao nível do ouvido (assobiar, cantar baixo, abanar roca suavemente). Vocaliza monossílabos e dissílabos: <ul style="list-style-type: none"> Sons com "p", "m", "t" quando sozinho(a) ou em interação. Dá gargalhadas: <ul style="list-style-type: none"> Grita quando contrariado ou quando quer chamar a atenção. 	Roca

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

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

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

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

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

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

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

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

Idade	Parâmetros a avaliar	Material
18 M	<ul style="list-style-type: none"> • Bebe por um copo, sem entornar muito, levantando-o com ambas as mãos (geralmente, após beber entrega copo ao adulto, não o pousa). • Segura a colher e leva alimentos à boca sem entornar muito. • Não gosta que lhe peguem. • Exige muita atenção. • Indica a necessidade de ir à casa de banho (“dá sinal”, mesmo depois de urinar ou defecar). • Começa a copiar as atividades domésticas (ex. dar de comer à boneca, ler um livro, lavar roupa, etc.). • Já não leva brinquedos / objetos à boca. 	Copo
C A S ¹⁰		Colher
V M F	<ul style="list-style-type: none"> • Constrói torre de 3 cubos, após demonstração. • Faz rabiscos, mostrando preferência por uma mão: <ul style="list-style-type: none"> ○ NOTA: Lateralidade ou preferência por uma mão é anormal antes dos 18 M. • Interesse por livros com figuras, virando várias páginas de cada vez. 	Cubos
P M G	<ul style="list-style-type: none"> • Marcha sem apoio (sem necessidade de estender membros superiores para se equilibrar), embora com os pés ligeiramente afastados. • Apanha brinquedos do chão (agacha-se). 	Livro
A L	<ul style="list-style-type: none"> • Usa 6-26 palavras reconhecíveis, embora compreenda muitas mais (ex. obedece a instruções simples como “pega nos sapatos”, “fecha a porta”, etc): <ul style="list-style-type: none"> ○ Complementa com gestos significativos. • Mostra em si, num adulto, ou num boneco os olhos, o cabelo, o nariz e os sapatos. • Controlo de salivação (“não se babam”). 	Bola pequena

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

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

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

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

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

Idade	Parâmetros a avaliar		Material
3 A	C A S ¹²	<ul style="list-style-type: none"> • Pode despir-se mas só se lhe desabotoarem o vestuário. • Vai sozinho(a) à casa de banho. • Come com colher e garfo. 	
	V M F	<ul style="list-style-type: none"> • Constrói torre de 9 cubos. • Imita (3 A: construir ponte em frente à criança) e copia (3 A e meio: não construir em frente à criança) a ponte de 3 cubos. • Copia o círculo (não desenhar em frente à criança, apenas mostrar círculo já desenhado). • Imita a cruz. • Combina 2 cores, geralmente o vermelho e o amarelo (confunde o azul e o verde): <ul style="list-style-type: none"> ○ Não é obrigatório nomear a cor, mas sim corresponder. • Desenha figura humana: cabeça mais uma ou duas partes do corpo (mesmo em locais errados). 	Cubos Cubos / Painel de cores
	P M G	<ul style="list-style-type: none"> • Equilíbrio momentâneo num pé. • Atira bola acima da linha do ombro. • Sobe escadas alternadamente mas desce com os 2 pés no mesmo degrau. 	Bola pequena
	A L	<ul style="list-style-type: none"> • Diz o nome completo e o sexo. • Vocabulário extenso mas pouco compreensível por estranhos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Diz frases com 4 palavras. • Defeitos de articulação e imaturidade na linguagem: <ul style="list-style-type: none"> ○ Hesitações e repetições de sílabas e palavras no discurso. 	

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

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

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

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

Idade	Atividades promotoras do desenvolvimento
4 A	<ul style="list-style-type: none"> Promover as construções com <i>lego</i> e com <i>puzzles</i>. Proporcionar oportunidade para a criança fazer o desenho da figura humana. Inventar brincadeiras que envolvam distinção de cores e ensinar canções e versos. Pô-la a participar em afazeres, mesmo que sejam simbólicos. Dar oportunidade para a verbalização das suas vontades, aceitar a sensibilidade da criança, aceitando avanços e recuos. Mostrar as sequências das atividades. Promover brincadeiras onde exista movimento físico. Auxiliar a criança na diferenciação entre a emoção e o agir (consciência moral/solidariedade humana). Proporcionar a oportunidade da criança transmitir uma mensagem a outra pessoa. Não entrar em grandes pormenores quando questionados sobre sexualidade. Reforçar a necessidade de impor regras e limites e não ceder à chantagem da criança.

Idade	Parâmetros a avaliar		Material
5 – 6 A	<p>C</p> <ul style="list-style-type: none"> Veste-se sozinho(a). Lava as mãos e a cara e limpa-se sozinho(a). Escolhe o(a)s amigo(a)s. Compreende as regras do jogo. <p>A</p> <p>S¹⁴</p> <p>V</p> <ul style="list-style-type: none"> Constrói 4 degraus com 10 cubos após demonstração. Copia o quadrado e o triângulo (não deve ser desenhada na frente da criança). Conta 5 dedos de uma mão. Nomeia 4 ou mais cores e combina até 10 cores. Desenha a figura humana (cabeça com alguns pormenores, tronco, pernas e braços). <p>M</p> <p>F</p> <p>P</p> <ul style="list-style-type: none"> Fica num pé 8 a 10 segundos com os braços cruzados. Salta alternadamente num pé (numa distância de 2 a 3 metros). <p>M</p> <p>G</p> <p>A</p> <ul style="list-style-type: none"> Sabe o nome completo, a idade, morada e habitualmente a data de nascimento. Vocabulário fluente e articulação geralmente correta: <ul style="list-style-type: none"> ○ Pode haver redução de grupos consonânticos (por ex. todos os grupos que contenham Cr ou Cl). 		Painel de cores

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

Idade	Atividades promotoras do desenvolvimento
5 – 6 A	<ul style="list-style-type: none"> Selecionar os programas televisivos /computador, bem como o horário e o período de tempo. Não ridicularizar os presumíveis medos /pesadelos /fobias, ajudando a resolver o sentimento de impotência. Continuar a proporcionar atividades que permitam à criança desenvolver a área motora. Ensinar-lhe a recortar e colar triângulos, quadrados e círculos de vários tamanhos e formar figuras. Pedir para que explique o significado de palavras simples e incentivar para que pergunte aquelas que não conhece. Continuar a proporcionar à criança responsabilidade, como por exemplo: ajudar em casa, dar recados. Incutir regras, impor limites, ajudar a lidar com os impulsos (roubo, mentira). Promover a participação em jogos para a promoção da sua personalidade (saber lidar com a timidez, submissão, vaidade, liderança, etc.).

Adaptado de SHERIDAN (2008).

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

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

APÊNDICES

APÊNDICE I
Cronograma de Estágio

CRONOGRAMA DE ESTÁGIO

Ano	2021											
Mês	Maio			Junho						Julho		
Semanas	17 à 23	24 à 30	31	1 à 5	7 à 13	14	16 à 20	21 à 27	29 à 30	1 à 4	5 à 11	12 à 14
Estágio com Relatório Final	Urgência Pediátrica do Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga do Hospital São Sebastião						Internamento de Pediatria do Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga do Hospital São Sebastião					

APÊNDICE II
Sistema de Triagem de Prioridade de Manchester

SISTEMA DE TRIAGEM DE PRIORIDADE DE MANCHESTER

TRIAGEM MANCHESTER

COR	PRIORIDADE	TEMPO
VERMELHO	Emergente	Imediato
LARANJA	Muito Urgente	10 min
AMARELO	Urgente	60 min
VERDE	Pouco Urgente	120 min
AZUL	Não Urgente	240 min