

# GUIAS ORIENTADORES DE BOA PRÁTICA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

ENTREVISTA  
AO ADOLESCENTE

PROMOVER O DESENVOLVIMENTO  
INFANTIL NA CRIANÇA

---

GUIA ORIENTADOR DE BOA PRÁTICA

---

CADERNOS OE | SÉRIE I | NÚMERO 3 | VOLUME 1

---

**GUIAS ORIENTADORES DE BOA PRÁTICA  
EM ENFERMAGEM  
DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA**

VOLUME I



Ordem dos Enfermeiros, 2010

## FICHA TÉCNICA

Título: Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – VOLUME I

Trabalho desenvolvido por: Ordem dos Enfermeiros – Comissão de Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – Mandato de 2008 / 2010 – António Manuel Marques (Presidente), Elvira Maria Martins dos Santos, Francisco José Madeira Mendes, José Carlos Galvão Baptista Nelas, Maria Amélia José Monteiro, Maria Arminda Amaro Monteiro, Maria da Graça Ferreira Aparício Costa

Coordenação Nacional:

Enfermeiros António Manuel Marques e Francisco José Madeira Mendes

Coordenação Regional: Enfermeiros

Filomena Maria Silveira Candeias da Costa Ferreira

José Carlos Galvão Baptista Nelas

Maria Amélia José Monteiro

Maria Arminda Amaro Monteiro

Vera Lúcia Freitas Ferreira de Gouveia Pestana

Coordenação do Guia Orientador de Boa Prática: Entrevista ao Adolescente: Enfermeira Maria Arminda Amaro Monteiro

Redactores: Enfermeiras

Ana Cristina Neves Mendes Pinheiro

Maria Adelaide Oliveira Verde Martins

Maria Arminda Amaro Monteiro

Maria do Rosário Bispo Ferreira Esteves

Sandra Cristina Magalhães de Seixas Faleiro

Perito consultado: Enfermeira Maria Cecília Martins Gaspar Barroqueiro

Coordenação do Guia Orientador de Boa Prática: Promover o desenvolvimento infantil na criança dos 0 aos 5 anos: Enfermeira Vera Lúcia Freitas Ferreira de Gouveia Pestana

Redactores: Enfermeiras

Ana Maria Costa Jardim de Azevedo Jardim

Ana Ivone Marques Moreira Nunes

Márcia Sousa Gouveia

Miquelina Andrea do Rosário Freitas

Sílvia Maria Alves Caldeira Berenguer

Vera Lúcia Freitas Ferreira de Gouveia Pestana

Peritos consultados: Enfermeiros Jorge Manuel Amado Apóstolo e Maria da Graça Ferreira Aparício Costa

Estes Guias foram aprovados em reunião do Conselho Directivo da Ordem dos Enfermeiros em 6 de Agosto de 2008

Edição: Ordem dos Enfermeiros – Setembro de 2010

Revisão: Ordem dos Enfermeiros

Fotografia da Capa: Enfermeiro David da Silva Moderno

Capa, Paginação e Impressão: DPI Cromotipo

Depósito Legal: 315432/10

ISBN: 978-989-8444-00-4

## SUMÁRIO

MENSAGEM .....	5
PREFÁCIO .....	7
PREÂMBULO .....	9
<b>GUIA ORIENTADOR DE BOA PRÁTICA: ENTREVISTA AO ADOLESCENTE .....</b>	<b>11</b>
INTRODUÇÃO .....	13
1. FUNDAMENTAÇÃO .....	17
2. PRINCÍPIOS GERAIS NA ENTREVISTA AO ADOLESCENTE .....	23
3. ALGORITMO DE ACTUAÇÃO / PLANEAMENTO DE CUIDADOS .....	29
4. OPERACIONALIZAÇÃO DA ENTREVISTA AO ADOLESCENTE .....	31
5. QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO .....	35
GLOSSÁRIO .....	37
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	39
BIBLIOGRAFIA .....	43
ANEXOS .....	47
Anexo 1 – Factores que influenciam a motivação e o desejo de mudança de comportamentos e hábitos não saudáveis .....	49
Anexo 2 – Estádios de mudança de comportamento .....	53
Anexo 3 – Modo de apresentação do adolescente durante a entrevista .....	57
Anexo 4 – Técnicas de apoio narrativo .....	61

<b>GUIA ORIENTADOR DE BOA PRÁTICA: PROMOVER O DESENVOLVIMENTO INFANTIL NA CRIANÇA DOS 0 AOS 5 ANOS</b> .....	67
INTRODUÇÃO .....	69
1. FUNDAMENTAÇÃO .....	71
2. ALGORITMO PARA A AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA .....	73
3. PRINCÍPIOS PARA PROMOVER O DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA .....	75
4. RECOMENDAÇÕES PARA A PRÁTICA PROFISSIONAL .....	77
4.1. Prestação de Cuidados .....	77
4.1.1. Promover o desenvolvimento infantil .....	78
4.1.2. Promover o desenvolvimento infantil em crianças com deficiência ...	94
4.1.3. Promover o desenvolvimento infantil em contexto hospitalar .....	96
4.2. Monitorização do Desenvolvimento Infantil .....	97
4.3. Formação / Investigação .....	98
4.4. Políticas Organizacionais .....	99
GLOSSÁRIO .....	101
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	103
ANEXOS .....	107
Anexo 1 – Teorias do desenvolvimento.....	109
Anexo 2 – Parâmetros do desenvolvimento infantil / actividades promotoras, aspectos prejudiciais e fortalecedores do desenvolvimento psico-afectivo e sinais de alerta de acordo com a faixa etária .....	113
Anexo 3 – Instrumentos de Avaliação do Desenvolvimento .....	131

## MENSAGEM

Caros leitores,

Entre as várias atribuições da Ordem dos Enfermeiros constam as *mais* nobres obrigações de promover a qualidade dos cuidados e o desenvolvimento da profissão, «fomentar o desenvolvimento da formação e da investigação em Enfermagem (...)» e de impulsionar «o intercâmbio de ideias, experiências e conhecimentos científicos entre os seus membros e organismos congéneres, nacionais e estrangeiros, que se dediquem aos problemas de saúde e da Enfermagem»<sup>1</sup>.

Cumprindo os desígnios acima referidos, é com enorme regozijo que a Ordem dos Enfermeiros lança o Número 3 da Série I da colecção «**Cadernos OE**».

Este número, designado de «**Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica**», pela sua extensão, diversidade e abrangência de conteúdos e orientações, será subdividido em três volumes, dos quais este é o Volume I. O propósito último desta obra é melhorar os cuidados de Enfermagem prestados às crianças, jovens e suas famílias.

No preâmbulo, que se apresenta nas páginas que se seguem, o Enf.º António Marques, Coordenador deste guia, introduz-nos na construção do trabalho desenvolvido e enuncia o conjunto das temáticas deste Caderno.

A Ordem dos Enfermeiros agradece o empenho e dedicação que os autores e peritos colocaram neste novo número dos «**Cadernos OE**». Este empenho e dedicação é o sinal visível do sentido de profissionalismo, abnegação e responsabilidade para com a profissão, partilhando o seu tempo e os seus saberes com todos nós, que aceitamos o desafio da sua leitura como instrumento enriquecedor do nosso quotidiano. A Enfermagem, e nomeadamente os cuidados que os enfermeiros oferecem à criança / jovem e suas famílias ficarão mais enriquecidos pela partilha testemunhada nas páginas e nas obras que se seguem.

---

<sup>1</sup> Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, republicado pela Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro, Artigo 3º, n.º 1 e n.º 2, alíneas m) e p).

Quero agradecer igualmente a todos quantos deram o seu precioso contributo na edição e preparação desta publicação.

Estou certa que, a exemplo do que aconteceu com o «**Dor – Guia Orientador de Boa Prática**» e com o «**Guia de Boa Prática de Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Traumatismo Vértebro-Medular**», estamos perante um excelente instrumento de suporte à decisão clínica em Enfermagem.

Pela abrangência dos temas em questão e pela clareza com que os mesmos são apresentados, antevejo que, para além da sua relevância para os enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, este Número 3 dos «**Cadernos OE**» interessará a muitos enfermeiros – mesmo os não especialistas – e até a outros profissionais.

Votos de boa leitura.

Maria Augusta Sousa  
Bastonária da Ordem dos Enfermeiros

## PREFÁCIO

A publicação deste Caderno, com Guias Orientadores de Boa Prática, decorre da iniciativa da Comissão de Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, presidida por António Marques, e do investimento dos enfermeiros especialistas que disponibilizaram o seu tempo, pesquisaram e construíram o guia e para ele congregaram as opiniões dos peritos consultados. Genericamente, trata-se de linhas orientadoras para a prática de cuidados, assentes em resultados de estudos, fontes científicas e na opinião de peritos. O facto de serem enunciados sistemáticos que consideram avaliações, intervenções e resultados, no contexto de um processo de cuidados, configura-os como determinações profissionais para a prática.

Os Guias Orientadores da Boa Prática, quando rigorosamente elaborados e utilizados, podem ser uma base para sistematizar as intervenções de Enfermagem, adequando a eficiência e segurança da acção à eficácia do resultado. A profissão precisa de analisar as suas práticas, reflectir sobre elas e indicar os melhores caminhos, assegurando o seu papel nos cuidados globais de saúde, influenciando inclusivamente as políticas neste sector. Assim, a elaboração de Guias Orientadores da Boa Prática pode ser também uma estratégia de colaboração na equipa multidisciplinar de saúde. Todavia, ainda não chega elaborar e implementar guias. É preciso disseminá-los.

A divulgação de Boas Práticas de Cuidados será mais eficaz se for precedida de estudos-piloto para as testar, de preferência em contextos que favoreçam a mudança. E quando obtemos dados comparáveis, passamos a poder considerar o *benchmarking*.

*Benchmarking* é definido como o «processo contínuo e sistemático que permite a comparação das *performances* das organizações e respectivas funções ou processos face ao que é considerado “o melhor nível”, visando não apenas a equiparação dos níveis de *performance*, mas também a sua ultrapassagem» (DG III – Indústria da Comissão Europeia, 1996).

A prática do *benchmarking* consiste na pesquisa dos melhores métodos utilizados nos diferentes processos de negócio e funções empresariais, com especial ênfase naqueles cujo impacto no desempenho permitem assegurar e sustentar vantagens competitivas. A avaliação e a comparação não representam um fim em si, mas um meio para apoiar o processo de melhoria,



constituindo-se como uma forma de aprendizagem, dado que a procura de melhores práticas implica uma análise cuidada das diversas formas de implementação dos processos, das metodologias de trabalho e dos diferentes arranjos organizacionais – e, claro, com a análise de resultados, a definição de recomendações e a sua implementação.

No caso concreto deste guia, que se constitui como colectânea de três volumes, o fio condutor é a formulação de práticas de qualidade nos cuidados de Enfermagem a partir do enquadramento conceptual do enfermeiro especialista em Saúde Infantil e Pediátrica e considerando os focos de atenção que se constituem como desafios actuais para estes especialistas.

Votos que este guia seja usado, apropriado, discutido, e que o desenvolvimento do conhecimento e da *praxis* conduzam à melhoria da qualidade dos cuidados de Enfermagem prestados.

Lucília Nunes  
Presidente do Conselho de Enfermagem

## PREÂMBULO

A elaboração do presente caderno, com este conjunto de Guias Orientadores de Boa Prática (GOBP), traduz a concretização do plano de acção da Comissão de Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (CEESIP) para o mandato em curso, mais propriamente das actividades tendentes à consecução do objectivo geral «Promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de Enfermagem».

Para esta opção do plano, considerámos as áreas de melhoria contínua preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE), ao nível dos enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, com os respectivos indicadores associados à trilogia de Donabedian: Estrutura, Processo e Resultado. Pensando a estrutura na perspectiva dos prestadores de cuidados – como o conjunto dos instrumentos e recursos que estes têm ao seu dispor para a prestação de cuidados de qualidade – foi para nós linha de rumo coerente investir na elaboração de GOBP que pretendemos se constituam recursos de estrutura para a qualidade dos cuidados de Enfermagem pediátrica.

A linha editorial adoptada foi norteadada pelo modelo conceptual utilizado pelo enfermeiro especialista em Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP). Modelo que se centra nas respostas às necessidades da criança e família, binómio encarado como o beneficiário dos seus cuidados e que é informado pelos valores: reconhecimento da criança como ser vulnerável, valorização dos pais / pessoa significativa como os primeiros prestadores de cuidados, maximização do potencial de crescimento e desenvolvimento da criança, preservação, em qualquer situação, da segurança e bem-estar da criança e família.

Por ser prioritário potenciar os enfermeiros para optimizarem a sua competência de diagnosticar e prescrever eficazmente, este foi o segundo vector orientador da linha editorial, no que à influência da CEESIP diz respeito.

Finalmente, foram eleitos os focos de atenção que se constituem como desafios actuais para o EESIP, tomando-se como fontes de informação a epidemiologia e as determinantes da saúde da idade pediátrica segundo o Plano Nacional de Saúde (PNS).

A presente compilação foi organizada pela CEESIP segundo as linhas orientadoras explicitadas, recorrendo a um conjunto de EESIP considerados de

referência em cada uma das cinco regiões da OE. A este trabalho, gerido pela CEESIP, acresceram outros GOBP elaborados por uma equipa de Pediatria do Hospital de Setúbal, em conjunto com os centros de saúde de referência, e do Hospital Pediátrico de Coimbra, que nem sempre se subordinaram à linha editorial estabelecida, mas foram considerados relevantes e validados pelos peritos.

Neste enquadramento, a sequência adoptada foi no sentido de subordinar as temáticas à lógica da sequência do percurso de cuidar e / ou de internamento, dividindo esta edição em três livros (volumes), com o Volume I a incluir a «Entrevista ao Adolescente» e a «Promoção do Desenvolvimento Infantil», o Volume II contemplando os guias «Diminuir o Medo da Cirurgia», «Assistir a Criança / Família com Diabetes» e «Assistir a Criança / Família com Estoma» e, finalmente, o Volume III contendo a «Promoção da Esperança em Pais de Crianças com Doença Crónica» e a «Preparação do Regresso a Casa da Criança com Necessidade de Cuidados».

Ao nível das instruções transmitidas aos autores, procurou-se o equilíbrio entre a exposição em profundidade da fundamentação e o pragmatismo da consulta, para que o resultado fosse consistente, mas não dissuasor da utilização regular pelos enfermeiros.

Com o desenvolvimento da solução informática que suporta o *site* da OE, vai ser possível manter os GOBP actualizados *online*, fazendo-os progredir de acordo com a evolução da evidência científica.

Esperamos assim que esta compilação se constitua uma mais-valia para o cuidar de qualidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

António Marques  
Presidente da Comissão de Especialidade de Enfermagem  
de Saúde Infantil e Pediátrica durante o mandato de 2008 / 2010

**GUIA ORIENTADOR DE BOA PRÁTICA:  
ENTREVISTA AO ADOLESCENTE**



## INTRODUÇÃO

Este Guia Orientador de Boa Prática pretende sistematizar os elementos essenciais da entrevista no atendimento ao adolescente contribuindo, dessa forma, para a melhoria contínua da qualidade de cuidados de Enfermagem ao adolescente.

A adolescência é a etapa da vida compreendida entre a infância e a fase adulta marcada por um complexo processo de crescimento e desenvolvimento biopsicossocial.<sup>1, 2</sup> É dividida em três fases: inicial, compreendida entre os 10 e os 13 anos; intermédia, dos 14 aos 16 anos; tardia, depois dos 16 anos.<sup>3</sup> A Organização Mundial de Saúde (OMS) atribui as designações de adolescentes e de jovens aos indivíduos que têm entre 10 e 19 anos e entre 15 e 24 anos, respectivamente.<sup>4</sup>

Em geral, a adolescência e juventude são os períodos mais saudáveis do ser humano com menores índices de morbi-mortalidade em relação a outros grupos etários. Esta condição resulta numa escassa procura de serviços de saúde.<sup>5</sup> Sabe-se também que a adolescência é um período crucial no desenvolvimento e integração de condutas e comportamentos que influenciam a saúde no futuro.<sup>1, 2</sup>

A presença dos adolescentes nos serviços de saúde constitui uma oportunidade ímpar para potenciar as aprendizagens referidas, promovendo a assistência em saúde aos adolescentes e famílias.

Nas intervenções de Enfermagem, no âmbito do atendimento ao adolescente, a promoção de comportamentos saudáveis, tanto para melhorar o seu nível de saúde, como para prevenir a doença, assume lugar de destaque. A percepção que frequentemente os profissionais de saúde têm de que o adolescente bem informado desenvolverá uma vida saudável, conduz a uma intervenção em saúde baseada, sobretudo na informação. Mas, a boa informação não é suficiente para provocar mudanças.<sup>6</sup> A motivação ou desejo de mudança para alterar comportamentos e hábitos não saudáveis depende de muitos factores, nomeadamente, motivação intrínseca; selecção e controlo pessoal de decisões; auto-confiança e percepção de eficácia; ambivalência pessoal e ajuda individualizada, entre outros (Anexo 1).<sup>7</sup>

Nas fases mais precoces da adolescência, os pais controlam de forma mais próxima a situação de saúde do adolescente, mas à medida que a sua autonomia vai crescendo é fundamental que comece a exercer maior responsabilidade neste âmbito. As suas competências desenvolvimentais permitem-lhe agora compreender melhor o mundo que o rodeia, podendo assumir outras responsabilidades, outro nível de participação em tudo o que lhe diz respeito.

No contexto do atendimento ao adolescente, nos serviços de saúde, a entrevista assume uma singularidade particular, possibilitando identificar as suas necessidades, problemas, potencialidades, desejos e significados de experiências.

Na entrevista, o adolescente é o protagonista da solução para os seus problemas, o que implica o desenvolvimento de uma relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional de Enfermagem, caracterizando-se não só, por uma parceria entre os diferentes intervenientes no respeito pelas suas capacidades<sup>8</sup>, como também pelas suas opiniões, sentimentos e competências.

**Destinatários:** Enfermeiros que atendem adolescentes e suas famílias, quer nos Cuidados de Saúde Primários (centros de saúde), quer nas escolas, quer nos Cuidados de Saúde Secundários (hospitais: serviço de urgência, ambulatório, hospital de dia e internamento).

**Objectivos:**

- Compreender a importância da entrevista no atendimento feito pelo enfermeiro ao adolescente;
- Sistematizar alguns princípios e estratégias, com vista a obter informação relevante para uma melhoria na qualidade da intervenção em saúde ao adolescente e família;
- Promover uma uniformização nos procedimentos da entrevista de Enfermagem ao adolescente.

A realização deste Guia Orientador de Boa Prática tem por base um suporte legal de âmbito internacional e nacional salientando-se: legislação e orientações da OMS; UNICEF; OMS – Europa; Constituição da República Portuguesa; Código Civil; Código Penal Português; Lei n.º 48/90 – Lei de Bases da

Saúde; Lei n.º 120/99, D.R. I Série A. 186 (99-08-11) 5232-5234; Decreto-Lei n.º 259/2000; Carta dos Direitos da Criança (1959) e Carta da Criança Hospitalizada (1988); Direcção-Geral da Saúde: Plano Nacional de Saúde 2004 – 2010; Saúde dos Adolescentes – Princípios Orientadores (DGS 1998); Programa Nacional de Saúde dos Jovens (PNSJ), de 2006; Programa-tipo de actuação em Saúde Infantil e Juvenil (2005); Programa-tipo de Saúde Escolar (2006); Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes de Saúde relacionados com os estilos de vida (2007).

O Guia Orientador de Boa Prática está organizado em cinco capítulos. No capítulo 1 são abordados aspectos do desenvolvimento do adolescente, noção de risco, questões éticas e considerações sobre a entrevista. No capítulo 2 são enunciados princípios a contemplar na entrevista ao adolescente. No capítulo 3 está esquematizado o algoritmo. No capítulo 4 é descrita a operacionalização da entrevista ao adolescente no atendimento em saúde. Por último, no capítulo 5 são sugeridas algumas questões de investigação.





## 1. FUNDAMENTAÇÃO

### Aspectos associados ao desenvolvimento do adolescente

O adolescente está face a um conjunto de tarefas que envolvem a busca de identidade, autonomia crescente, mudanças a nível físico, cognitivo e social. Estas mudanças integram desafios constantes e confrontos com o mundo que o rodeia, essencialmente com os pais e outros adultos. Os processos de tomada de decisão são incipientes no início e vão ganhando consistência à medida que a autonomia e responsabilidade vão sendo conseguidas.<sup>9</sup>

A sociedade em geral interfere neste processo, mas os pais, professores, profissionais de saúde e pares têm lugar de destaque. Como consequência deste esforço, resulta a possibilidade de se tornar um indivíduo autónomo, capaz de assumir responsabilidades, tomar decisões, desenvolver afectos e integrar-se na sociedade, de forma a contribuir de forma efectiva para o desenvolvimento da mesma.

### Comportamentos de risco

No decurso do desenvolvimento, ao longo da infância e juventude, os indivíduos procuram assegurar a satisfação das suas necessidades fundamentais de segurança, afecto, valorização, estima e protagonismo social. Em todo o mundo, a adolescência é um tempo de oportunidades e de riscos.<sup>10</sup> No complexo processo de crescimento e de desenvolvimento, ensaiam-se novas reflexões, tomadas de decisão e condutas, que até então não tinham sido tentadas. Habitualmente são perspectivadas como envolvendo alguma forma de *risco*. Dependente do resultado, o *risco* pode ser considerado de dois modos: o que gera *prejuízo*, com repercussões negativas no estado de saúde e danos a curto, médio e / ou longo prazo; e o que cria *oportunidades*, em que os comportamentos podem tornar-se vantajosos ou necessários para o crescimento, desenvolvimento de autonomia e construção de novas interdependências; tornando-se contributos importantes para a maturação e expressão das potencialidades físicas, para o enriquecimento psico-afectivo e para a socialização.<sup>10, 11</sup>

A população adolescente portuguesa é globalmente saudável. No entanto, no que respeita à morbi-mortalidade, a situação actual é preocupante em relação a problemas de saúde resultantes de comportamentos de risco, em particular traumatismos, ferimentos e lesões acidentais.

Em relação aos acidentes, Portugal apresenta uma taxa de incidência que é o dobro da verificada na União Europeia (8,03%),<sup>12</sup> sendo esta a primeira causa de morte. Por cada morte por acidente estima-se que cinco jovens fiquem incapacitados, aumentando a taxa de morbilidade neste grupo e a necessidade de cuidados de saúde específicos.

Entre os comportamentos de risco estão sinalizados como problemas de saúde preocupantes: os desequilíbrios alimentares (consumo alimentar e sedentarismo); consumos nocivos de substâncias (álcool, tabaco e drogas ilícitas); infecções sexualmente transmissíveis (a infecção pelo VIH / Sida decresceu em número de casos de Sida, de 2000 para 2004; porém, verificou-se serem elevados os totais acumulados de portadores assintomáticos e de casos sintomáticos Não-Sida); a parentalidade precoce (a maternidade na adolescência ocupa o 2º lugar entre os países da União Europeia com 15,6%, salientando-se a não utilização de métodos contraceptivos em 16% das adolescentes e o recurso à pílula do dia seguinte, que aumenta à medida que a idade diminui, tendo já 33% das adolescentes recorrido a este método contraceptivo).<sup>13, 14</sup>

A taxa de suicídio no grupo etário dos 10 aos 14 anos é baixa (0,4%), sendo de referir que, embora o número de suicídios nos jovens tenha estabilizado, os comportamentos suicidários têm aumentado.<sup>15, 16</sup>

Estes dados indicam que a especificidade das necessidades e dos problemas de saúde dos adolescentes e dos jovens resulta, não tanto de patologia do foro médico, mas, sobretudo, das repercussões possíveis de alguns padrões de conduta, da ocorrência de determinados eventos e do mal-estar psico-afectivo, relacional e ambiental que podem interagir com o crescimento e o desenvolvimento.

Em consequência, os serviços de saúde necessitam de se reestruturar e de criar programas que visem a saúde integral dos jovens. Neste contexto, e considerando as determinantes da saúde identificadas pela OMS em 2002,<sup>11</sup> a promoção da saúde na perspectiva referida requer estratégias de intervenção que equacionem de forma integrada, não apenas os factores biológicos, os estilos de vida e os comportamentos, mas também o ambiente físico, cultural

e socioeconómico, assim como a oferta e a organização de serviços prestadores de cuidados, de forma a responder às necessidades e problemáticas identificadas na população adolescente.

O Programa Nacional de Saúde dos Jovens (PNSJ), de 2006, dá indicações para a qualidade e a boa prática na intervenção em saúde nesta faixa etária, destacando-se a preparação técnica dos profissionais e a difusão de modelos de boas práticas, fazendo referência à conjugação de diversos factores como: preparação técnica e pedagógica dos profissionais, privacidade e confidencialidade, participação juvenil e exercício do consentimento livre e esclarecido.<sup>11</sup>

## Reflexão Ética

No contexto dos cuidados ao adolescente, considera-se frequentemente que este não possui maturidade suficiente para definir e assumir as decisões no sentido do seu melhor interesse. Esta situação conduz, frequentemente, a conflitos entre adolescentes, famílias, e profissionais de saúde, motivo pelo qual irrompem os dilemas éticos mais complexos.<sup>17</sup>

Os princípios éticos no atendimento ao adolescente referem-se especialmente ao respeito pela autonomia, privacidade, confidencialidade e sigilo.

No que diz respeito à aplicação do princípio da autonomia, o adolescente necessita de percorrer as diversas etapas de desenvolvimento sócio-moral, com vista à maturidade necessária para uma autonomia que vai sendo consolidada, possibilitando tomadas de decisão com responsabilidade (Queirós, 2001).<sup>18</sup>

Segundo a mesma autora, os adolescentes estão ainda numa fase de conquista da autonomia e, por isso, esta é ainda reduzida.

Antunes (1998),<sup>19</sup> citando a Convenção de Bioética do Conselho da Europa no Artigo 6º, refere que a opinião do menor deve ser tida em conta, em proporção da sua idade e grau de maturidade. Desta forma, o adolescente deve ser envolvido no processo de decisão, quando atingir um grau de compreensão e de inteligência para tal, sendo da competência dos pais partilhar o consentimento com os filhos.

De acordo com o Código Penal Português, no nº 3 do Artigo 38º, é considerado que, a partir dos 14 anos, o adolescente já possui capacidade que lhe permite tomar uma decisão válida no domínio ético<sup>19</sup>. No entanto, segundo o mesmo autor «não há um instante ético antes do qual seja razoável não se

reconhecer o direito à autonomia e a partir do qual nos tornamos absolutamente autónomos». Neste sentido, é fundamental ouvir os adolescentes, promover a sua auto-estima e a consciência do bem melhor, quer pessoal, quer colectivo<sup>19</sup> e o consentimento livre e esclarecido deverá ser obtido por parte do adolescente, tendo em conta o respeito pela autonomia da pessoa humana.

O direito à privacidade está directamente relacionado com a relação interpessoal que se estabelece entre a(o) enfermeira(o), adolescente e família, de forma a facilitar o estabelecimento de diálogo e confiança mútua entre todos os elementos. O adolescente tem o direito a ser atendido individualmente, em espaço privado, onde seja reconhecida a sua autonomia e individualidade, estimulando a responsabilidade pela sua própria saúde.<sup>18</sup>

A confidencialidade garante que as informações conhecidas pelos profissionais de saúde não são reveladas aos seus pais ou responsáveis, sem a autorização do adolescente.<sup>18</sup> A confidencialidade e privacidade são fundamentais na abordagem de temas como a sexualidade, o uso de drogas e a violência. Algumas decisões e questões importantes a tomar terão de ser partilhadas com os pais<sup>3</sup>, especificamente as situações que envolvem risco para a vida do adolescente e para a vida de outras pessoas. É necessário informar o adolescente antecipadamente, face à necessidade de quebra de sigilo.<sup>5, 20</sup>

O adolescente deve ser envolvido neste processo sempre que possível.<sup>2</sup>

## Considerações sobre a entrevista

A entrevista constitui uma parte essencial no atendimento de Enfermagem ao adolescente, pois permite recolher informação e estabelecer canais de comunicação para o futuro.<sup>21</sup> Na CIPE® 1.0 encontramos definido que *entrevistar* é a «acção de determinar com as seguintes características específicas: examinar fazendo perguntas e promovendo respostas faladas» e *determinar* a «acção com características específicas: descobrir ou estabelecer com precisão a presença de alguma coisa».<sup>22</sup>

São objectivos da entrevista: avaliar o desenvolvimento psicossocial e afectivo do adolescente; estabelecer uma adequada relação terapêutica; prevenir problemas; mas o mais importante, consiste na identificação dos problemas

reais, pelo que o enfermeiro deve estar atento ao que este autor descreve como a «agenda oculta».

Actualmente, fala-se de entrevista motivacional, como aquela que pretende influenciar a conduta de um sujeito, respeitando os seus pontos de vista e liberdade de escolha.<sup>7, 23</sup> Neste tipo de entrevista clínica, centrada no cliente, pretende-se que o adolescente reflita sobre o seu problema, sendo apoiado e motivado para fazer as suas próprias escolhas e mudanças de atitude. Este tipo de entrevista responde ao objectivo de promoção da saúde do adolescente numa perspectiva integral.<sup>7, 24</sup>

Durante toda a entrevista devem ser trabalhadas a motivação, espaços e posturas favoráveis à expressão dos seus valores e conhecimentos; comportamentos, dificuldades e interesses; elementos de troca e reflexão que favoreçam o controlo da própria vida, práticas de responsabilização e de participação mais ampla nas decisões que lhe dizem respeito.<sup>7, 25</sup>

No processo de mudança de hábitos de vida, um dos modelos utilizado é o Modelo de Estádios de Mudança de Comportamento. Cada estágio representa a dimensão temporal da mudança de comportamento, isto é, mostra quando a mudança ocorre e o grau de motivação para a mudança.<sup>7, 26</sup> As estratégias de intervenção são adequadas às diferentes etapas (Anexo 2).<sup>26, 27</sup>

«A entrevista é, em si mesma, um tratamento para uma parte significativa dos problemas que o adolescente pode manifestar»,<sup>5, 28, 29</sup> Constitui um espaço privilegiado no contacto com o adolescente para conhecer o seu estado de saúde, estilos de vida, identificar problemas, preocupações, necessidades e competências e, simultaneamente, transmitir informações com vista a prevenir eventuais alterações da sua saúde, tanto física como psicossocial.



## 2. PRINCÍPIOS GERAIS NA ENTREVISTA AO ADOLESCENTE

No decurso da entrevista é essencial o estabelecimento de uma relação de confiança entre o enfermeiro e o adolescente que favoreça uma vinculação, de modo a que o adolescente seja capaz de revelar os seus sentimentos, problemas e perspectivas, tendo a esperança de ser beneficiado com esta relação<sup>30</sup> e a convicção de não ser prejudicado.

Alguns pré-requisitos são essenciais na realização desta entrevista e dizem respeito a características do entrevistador e do adolescente; características do espaço e tempo e pré-requisitos para a relação / comunicação com o adolescente.

### Características do entrevistado

Previamente à entrevista, o enfermeiro deverá fazer uma reflexão pessoal acerca dos seus próprios valores, assim como das respectivas necessidades de formação. Como qualidades básicas deve possuir motivação para compreender, valorizar e escutar o adolescente. É importante não projectar os seus próprios conflitos da adolescência nos jovens. Recordar essa fase pode ajudar a comunicar com os jovens.<sup>31</sup>

São identificados alguns requisitos do profissional que atende adolescentes:<sup>32, 33, 34</sup>

- Maturidade pessoal; auto-estima; um conceito claro de autoridade com flexibilidade; ser sensível, genuíno, saber dar e receber afecto; possuir valores morais, espirituais e culturais sólidos e congruentes; conhecimento e compreensão sobre a sexualidade sem preconceitos ou dúvidas morais; capacidade de comunicação sincera e fluida com os jovens e conhecimento adequado e actual da problemática social.
- Respeito, autenticidade e empatia são atitudes facilitadoras do estabelecimento de uma parceria terapêutica entre o enfermeiro e o adolescente (Cox, 1988, em WHO, 2001) e da expressão de sentimentos pelo adolescente.<sup>35</sup>



- Evitar algumas atitudes incorrectas, nomeadamente *assumir o papel do adolescente*, porque este procura um profissional que o possa aconselhar e ajudar, e não um «colega» que fale e actue como ele. Evitar *substituir os pais*, o adolescente pode ver o enfermeiro como cúmplice dos pais contra ele e pode recusar toda a possibilidade de ajuda. Não adoptar uma *postura dominadora* que pode originar uma luta entre o profissional e o adolescente para validar quem tem mais poder. Os jovens podem retrair-se ou ser excessivamente provocadores. *Ser moralizador* é uma outra forma de pactuar com os pais, fazer *sermões* ou simplesmente avaliar o comportamento dos adolescentes, através de frases, como: «deves fazer ...», «deverias ser mais...».<sup>31</sup>

## Características do adolescente

O modo como o adolescente se apresenta poderá condicionar a forma como o enfermeiro vai conduzir a entrevista (Anexo 3).<sup>31, 32, 33, 34</sup>

O enfermeiro, para além de estar atento à forma como o adolescente se apresenta, também necessita de identificar as dificuldades na relação. Uma das mais frequentes é quando o *adolescente é silencioso e um pouco hostil*.<sup>20</sup> Estes comportamentos constituem, por vezes, barreiras defensivas que podem ser minimizadas, centrando-se o enfermeiro em outros aspectos que também caracterizam o adolescente. É essencial estabelecer um clima de confiança antes de abordar temas sensíveis, começando a entrevista com questões informais, abordando assuntos do quotidiano (escola, amigos, lazer).<sup>20</sup> Esta abordagem, além de ajudar a estabelecer uma relação de confiança, contribui também para conhecer o adolescente, a sua personalidade e situação emocional.<sup>36</sup> Quando o adolescente permanece *hostil*, o enfermeiro não se deve envolver na emoção negativa, referindo-se à sua atitude, como por exemplo: «vejo que está muito zangado».

Se necessário, também ajuda definir limites: «não encontro razão para que tenha de admitir a sua atitude, se você não mudar...». Se permanece em *silêncio*, o enfermeiro deve fazer uma revisão da situação, procurando identificar o motivo daquele comportamento. Deve manter a paciência e identificar temas de interesse comum, como por exemplo: «eu não aprecio matemática». Se houver sinal de empatia deve continuar: «posso imaginar como se sente nesses momentos».

O sentido de humor também pode ser eficaz: «o que faz uma adolescente como você, num lugar como este?» É importante não permitir que o silêncio controle a entrevista, mas se não houver progresso, deve-se terminar e marcar para outro dia.<sup>20</sup>

## **Características do espaço e tempo**

O espaço físico onde é realizada a entrevista deve ser acolhedor e confortável, bem ventilado e limpo. Deve ter espaço suficiente e mobiliário para acolher o adolescente e família.<sup>37, 38</sup>

Devem ser criados espaços próprios, destinados exclusivamente a jovens, com acesso a materiais educativos (livros, revistas, vídeos, programas de informática). Estas condições contribuem para um aproveitamento do tempo livre e constituem oportunidades no acesso e reforço de informações relevantes.<sup>5, 7</sup>

Vários estudos revelaram que os adolescentes valorizam mais a relação estabelecida com o profissional do que as características do ambiente físico. Preferem um profissional conhecido, acessível, em quem possam confiar os seus problemas.<sup>5</sup>

A duração da entrevista é variável consoante se trate de uma primeira entrevista ou subsequente, assim como do conteúdo da mesma. Numa primeira entrevista, cerca de 50 minutos permitem manter bons níveis de atenção e concentração, quer do adolescente, quer do enfermeiro.<sup>37, 38</sup> Para a Organização Pan-Americana da Saúde (OPS), o tempo necessário é de cerca de 30 minutos, não devendo ultrapassar os 90 minutos.<sup>39</sup>

Em contactos frequentes, é possível realizar entrevistas curtas, entre 30 segundos e 15 minutos com intervenções breves e que resultam eficazes.<sup>7</sup>

## **Pré-requisitos para a relação / comunicação com o adolescente**

- O entrevistador deverá possuir conhecimentos sobre o desenvolvimento da adolescência, estratégias de comunicação, recursos terapêuticos disponíveis, sentir-se confortável perante o adolescente, além de possuir alguma experiência na comunicação com adolescentes;<sup>31, 32, 33, 34</sup>
- Acolher de forma cordial e compreensiva;

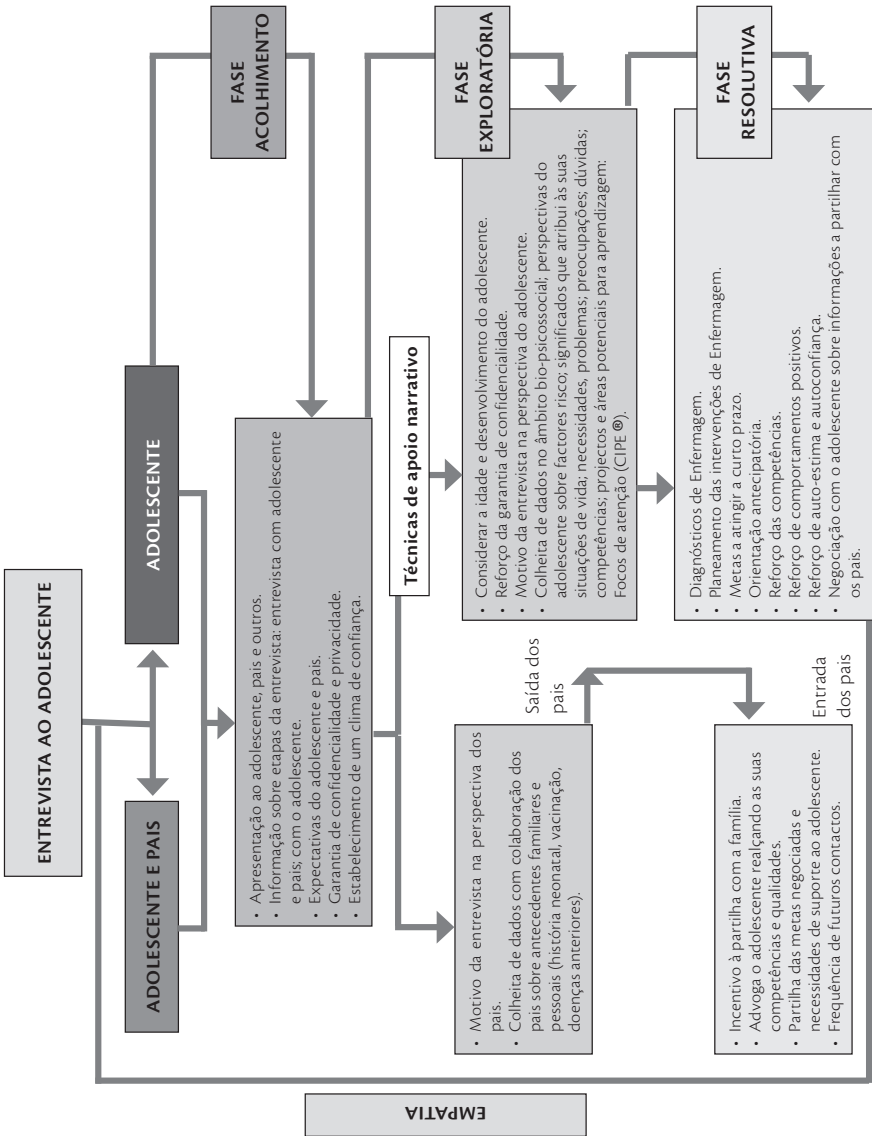
- Demonstrar disponibilidade;
- Assegurar a confidencialidade, devendo ficar muito clara esta obrigação ética e legal do enfermeiro. A ausência de explicação pode levar ao fracasso no estabelecimento da relação com o adolescente (muitas vezes, o jovem só recorre ao serviço se esta estiver salvaguardada);
- Assegurar o direito à privacidade;
- Conhecer as expectativas do adolescente e família;
- Dirigir as questões e as explicações directamente ao adolescente, mesmo quando está com os pais;
- Utilizar uma linguagem simples e realista (não usar termos técnicos ou *calão* juvenil), adequando as palavras, gestos, expressão facial e tom de voz;
- Apostar no diálogo, utilizando diversas técnicas de apoio narrativo <sup>31, 32, 33, 34</sup> (Anexo 4);
- Escutar o adolescente (é importante que se sinta escutado), para que se sinta confortável na verbalização de dúvidas e preocupações; considerar seriamente e com respeito todos os comentários, preocupações ou questões. É frequente ouvir dizer «de certo que é uma pergunta tonta o que vou dizer, mas gostaria de saber se é normal...»;
- Não induzir a resposta, pressionar ou criticar o tipo de linguagem que utiliza;
- Evitar juízos de valor; é mais adequado aguardar que o jovem emitia os seus próprios juízos de valor: «e a ti o que te parece?», «que queres dizer com isso?», «como te sentiste?»;
- Evitar silêncios prolongados (pode ser entendido como uma interpretação moralista ou de juízo de valor), procurar que a entrevista seja fluida;
- Reforçar competências;
- Reforçar comportamentos positivos e auto-estima;
- Evitar interrupções (entrada de outras pessoas; chamadas telefónicas);
- Escrever pouco e escutar mais, para assegurar a confiança, sobretudo nos assuntos mais sensíveis; dando apoio e compreensão: «imagino o que deves ter passado sem poder contar nada a ninguém!»;
- Captar mensagens não verbais e registar mentalmente as impressões iniciais sobre o adolescente (roupas, postura, gestos, estado de ânimo,

forma como se expressa, silêncios, pausas, choro, expressão da face, nervosismo, tom de voz...);

- Actuar como mediador. Existem situações em que é necessário expor ao adolescente a conveniência dos pais se inteirarem da situação, sobretudo se existe risco para a saúde.



### 3. ALGORITMO DE ACTUAÇÃO / PLANEAMENTO DE CUIDADOS





## 4. OPERACIONALIZAÇÃO DA ENTREVISTA AO ADOLESCENTE

Nesta etapa do desenvolvimento, a entrevista possui características especiais que estão relacionadas essencialmente com: idade, características do desenvolvimento, estilos vida e comportamentos.

A entrevista ao adolescente deve ser estruturada em três fases que correspondem a:<sup>20, 31, 32, 33, 34</sup>

### Fase de acolhimento

- O enfermeiro começa pela saudação e apresentações (se for possível ou oportuno há que apresentar os restantes membros da equipa). Se os pais estão presentes, apresenta-se, em primeiro lugar, ao adolescente referindo o seu nome, validando como gosta de ser chamado e olhando-o. Esta atitude transmite ao adolescente (e adultos) uma mensagem clara de que ele é a pessoa principal. Em seguida, apresenta-se aos pais. Estas são estratégias que favorecem a vinculação e abrem canais de comunicação, especialmente se é o primeiro contacto.
- É fundamental conhecer as expectativas do adolescente e pais face à entrevista.
- O enfermeiro esclarece as etapas que constituem a entrevista:<sup>20, 31, 34</sup>
  - *Entrevista com o adolescente e família*, espaço que pode contribuir para o desenvolvimento de uma parceria entre o enfermeiro, familiares e adolescente. Este momento é importante para observar as relações entre os diferentes membros, compreender os antecedentes pessoais, familiares e os papéis que adoptam no seio da família;<sup>6</sup>
  - *Entrevista individual com o adolescente* é um momento único para um melhor conhecimento do adolescente, no qual poderá expressar os seus pontos de vista acerca dos problemas e inquietações, desejos e projectos. Esta é, simultaneamente, um tempo para reflectir e trabalhar a responsabilidade pela sua saúde e iniciar projectos com significado para o adolescente. A entrevista individual dá ao enfermeiro a possibilidade de manifestar um interesse genuíno na relação com o adolescente, o que pode aumentar o sentimento de confiança, auto-estima e independência em relação aos pais;



- *Entrevista com o adolescente e família.* Esta etapa final pode ocorrer, se necessário, sendo fundamental previamente validar com o adolescente os assuntos a partilhar;<sup>5</sup>
- Deve assegurar a confidencialidade e a privacidade.

## Fase exploratória

Nesta fase colhem-se dados sobre as diversas áreas de saúde, incluindo a obtenção de informação relevante referente à disposição para aprender, motivação para a mudança (Anexos 1, 2), assim como áreas potenciais para promover a aprendizagem.<sup>2, 6, 20, 32, 33, 34</sup>

- Na colheita de dados sobre antecedentes familiares e pessoais (história neonatal, vacinação, doenças anteriores) poderá ser útil a colaboração dos pais.
- Antes da entrevista individual, é necessário saber, sempre, se os pais pretendem expressar preocupações antes de saírem do local da entrevista.
- Rever com o adolescente o que foi referido acerca do tema da confidencialidade, se este tiver sido discutido com os adultos presentes.
- Referir ao adolescente que serão colocadas questões muito pessoais, explicando que a informação é essencial para a compreensão sobre a sua saúde.
- Utilizar diversas técnicas de apoio narrativo<sup>5, 6, 7, 31, 34</sup> (Anexo 4) que contribuam para a comunicação bidireccional promovendo um clima de empatia e potenciando a capacidade de expressão do adolescente.
- Analisar os sistemas bio-psicossociais do adolescente, utilizando como guião um dos acrónimos referidos pelos autores com conhecimento na entrevista ao adolescente, nomeadamente F.A.C.T.O.R.E.S. (Família, Amigos, Colégio / trabalho, Tóxicos, Objectivos, Riscos, Estima e Sexualidade), criado por García Tornel,<sup>5, 32, 33, 34</sup> ou H.E.A.D.S.S.S. (*Home, Education, Activities, Drugs, Sexual activity / Identity, Suicide / Depression and Security*)<sup>6</sup>. A análise psicossocial é essencial na identificação precoce de problemas, necessidades, significados que atribui às suas situações de vida, de modo a prevenir a morbi-mortalidade no adolescente e tomando como focos de atenção os apresentados no eixo A da CIPE<sup>® 22</sup> (Classifi-

cação Internacional para a Prática de Enfermagem), nomeadamente: processo familiar, família disfuncional, relacionamento com pais e irmãos; comportamento interactivo, participação, socialização, capacidade para socializar; isolamento social; desempenho escolar; uso de substâncias: álcool, drogas, tabaco; comportamentos de risco relativamente a divertir-se; fazer exercício; padrão alimentar e de ingestão de líquidos; abuso sexual, regime dietético; comportamento autodestrutivo; comportamento compulsivo; auto-imagem e auto-estima; imagem corporal; conhecimento sobre o sistema reprodutor, identidade sexual, relação sexual; comportamento sexual, uso de contraceptivos e gravidez não planeada.

## Fase Resolutiva

Corresponde à etapa de educação para a saúde que tem subjacente um processo de diagnóstico, planeamento e de intervenção, sendo que na fase de avaliação é determinada a natureza da necessidade, bem como a motivação para aprender, as metas a atingir, estabelecidas conjuntamente com o adolescente e / ou família (Anexo 2). As intervenções de Enfermagem incluem e consistem em: 2, 6, 20, 22, 29, 31,32, 34, 33, 40

- Analisar os dados;
- Disponibilizar tempo para que o adolescente possa expressar preocupações e colocar as últimas questões;
- Orientar mais do que aconselhar, para que o adolescente possa sentir que participa nas tomadas de decisão em assuntos que lhe dizem respeito;
- Reforçar a capacidade do adolescente intervir na consecução do seu projecto de saúde ou na recuperação da sua saúde (não deve haver delegação da saúde do adolescente no enfermeiro) através de orientação antecipatória;
- Enunciar várias opções para que o adolescente possa escolher o comportamento, começando com pequenas mudanças;
- Explicar os recursos que estão ao alcance do adolescente;
- Disponibilizar materiais educativos (livros, revistas, vídeos, programas informáticos) centrados em valores de saúde e bem-estar do adolescente;

- Negociar metas de curto prazo, já que estes podem ainda não entender as de longo prazo;
- Se o problema é grave, facilitar a consciencialização do adolescente em relação ao mesmo;
- Incentivar a partilha e negociação com a família;
- Reunir com os pais / responsáveis que acompanham o adolescente;
- Advogar o adolescente perante os pais, realçando as qualidades positivas, tendo em conta que apoiar o adolescente não significa estar de acordo com o seu comportamento;
- Partilhar com os pais as metas negociadas com o adolescente e facilitar o apoio necessário para a concretização das mesmas;
- Definir a frequência de entrevistas em relação ao adolescente e, se necessário, aos pais;
- Informar o adolescente e pais sobre a disponibilidade do enfermeiro e restante equipa de saúde;
- Disponibilizar contacto telefónico e / ou endereço do serviço de saúde e / ou do enfermeiro;
- Registar os dados, diagnósticos e intervenções de Enfermagem, resultados esperados, e informação relevante, tal como comportamento do adolescente, interesses, motivações, entre outros.

Em resumo, a entrevista tendo subjacente uma abordagem holística é, em si mesma, um espaço de trabalho com possíveis efeitos terapêuticos em relação a alguns problemas, esclarecimento de dúvidas e desenvolvimento de competências.<sup>29</sup>

O tipo de evidência científica que suporta as recomendações de operacionalização das práticas é de nível 4.

## 5. QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

Avaliar a contribuição do Guia Orientador de Boa Prática: Entrevista ao Adolescente no processo de educação para a saúde e ganhos em saúde, relativamente à promoção de saúde, à mudança de comportamentos do adolescente e à adopção de comportamentos saudáveis.

No que concerne à avaliação do progresso do cliente e atendendo aos objectivos previamente delineados por Green (1979), citado por Silva (2007), três dimensões deverão ser avaliadas: o processo de educação para a saúde; o impacto (mudanças no conhecimento, atitudes ou comportamentos) e a mobilidade e mortalidade.<sup>40</sup>

A entrevista ao adolescente constitui-se como oportunidade única para o conhecimento das tendências, costumes e particularidades desta população em constante mudança, de modo a que as intervenções de Enfermagem respondam, efectivamente, às suas necessidades de saúde e bio-psicossociais.



## GLOSSÁRIO

<b>Atendimento global</b>	Trata-se de uma abordagem ao adolescente que se caracteriza por ser multiprofissional, imbuído de uma visão global da problemática de saúde do adolescente. Permite, além da identificação específica das suas condições físicas e psicossociais, um conhecimento da situação familiar e caracterização da comunidade onde se insere, respondendo às necessidades do adolescente nos seus aspectos biológico, cognitivo, afectivo e psicomotor. <sup>41</sup>
<b>Comportamento de promoção de saúde</b>	É um comportamento dirigido para atingir um elevado nível de saúde e bem-estar. <sup>42</sup>
<b>Comunicação</b>	Consiste num sistema de criação e de recriação de informação, de troca, de partilha de sentimentos e emoções entre pessoas. A comunicação pode ser consciente ou inconsciente, através do comportamento verbal ou não verbal, assim como, através da forma de agir dos intervenientes no processo. <sup>43</sup>
<b>Consentimento</b>	«É um acto de decisão voluntária, realizado por pessoa competente, esclarecida, com adequada informação e capaz de deliberar, tendo compreendido a informação revelada». <sup>18</sup>
<b>Determinantes da saúde</b>	De acordo com a OMS (2002), podem ser agrupadas em factores de ordem socioeconómica, estilos de vida e ambiente físico. No primeiro grupo, enquadram-se variáveis como o grau de desenvolvimento de uma comunidade, a pobreza, o emprego, a educação ou o stress. No segundo grupo, a alimentação, a actividade física, o consumo de tabaco, álcool e drogas não legalizadas. No que respeita ao ambiente físico, inserem-se aspectos como a qualidade do ar e da água, a segurança alimentar, a habitação, o trabalho, os transportes e a exposição a radiações ionizantes. <sup>11</sup>
<b>Empatia</b>	É um sentimento intenso de compreensão do outro e para o qual convergem os esforços em situação de ajuda. <sup>43</sup>
<b>Motivação</b>	Consiste num processo interno que influencia a direcção, a perseverança e o vigor dos nossos comportamentos conduzidos para um fim. Consiste num conjunto de factores de ordem afectiva, cognitiva e social que nos impulsiona a agir. <sup>43</sup>
<b>Promoção de saúde</b>	Consiste nas actividades que desenvolvem os recursos humanos e procedimentos que preservam ou intensificam o bem-estar. <sup>44</sup> «É um processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos para controlar a sua saúde, no sentido de a melhorarem». <sup>45</sup>

<b>Relação de ajuda</b>	Trata-se de uma troca verbal e não verbal, que ultrapassa a superficialidade e que favorece a criação de um clima de compreensão e de apoio, que a pessoa necessita. Esta relação permite-lhe compreender melhor a sua situação, aceitá-la e, conforme o caso, estar sensível à mudança e evoluir, tornando-se autónoma. Esta relação ajuda a pessoa a demonstrar coragem face à adversidade. <sup>43</sup>
<b>Relação terapêutica</b>	Consiste num processo de interação entre duas pessoas, em que uma solicita ajuda para aumentar a sua capacidade de tratar de um problema, crise ou situação perturbadora ou para melhorar a sua saúde. A relação que se estabelece é voluntária. A ajuda é profissional e focada nas necessidades da pessoa. <sup>46</sup>
<b>Saúde</b>	Definida pela OMS (1974) como «o completo bem-estar físico, mental e social e não meramente ausência de doença ou enfermidade». Para a Ordem dos Enfermeiros, saúde «é o estado e, simultaneamente, a representação mental da condição individual, do controlo do sofrimento, do bem-estar físico e do conforto, emocional e espiritual». <sup>47</sup>
<b>Saúde integral</b>	Considera, não apenas os factores biológicos, os estilos de vida e os comportamentos, mas também o ambiente físico, cultural e socioeconómico, assim como a oferta e a organização dos serviços prestadores de cuidados. Para promoção da saúde numa perspectiva integral, é, pois, indispensável seguir estratégias de intervenção que equacionem todos as variáveis referidas. <sup>11</sup>
<b>Valor</b>	É o grau de importância e de estima social concedida a uma crença, havendo a necessidade de a proteger e defender. Apoiar-se no conhecimento dos hábitos de vida que se considere necessário manter, em função de um determinado meio. <sup>48</sup>
<b>Valores fundamentais</b>	São aqueles que tendem a conservar e manter uma determinada prática, absolutamente necessária para a sobrevivência do grupo e que não podem modificar-se para além de um certo limite. <sup>48</sup>

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. RUZANY, M.H. e SZWARCOWALD, C.L. – **Oportunidades perdidas de atención integral del adolescente: resultados del estudio-piloto.** 2000 [Versão electrónica]. *Adolescencia Latinoamericana*, 26-35. Acedido em 10 de Outubro de 2008, em: [http://ral-adolesc.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-7130200000200006&lng=es&nrm=iso](http://ral-adolesc.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-7130200000200006&lng=es&nrm=iso).
2. AZEVEDO, Alda. E. B. I. – **A Consulta do Adolescente.** 2008. [Versão electrónica]. Acedido em 06 de Novembro de 2008, em: <http://www.sonape.com.br/consulta>.
3. FONSECA, H. – **Viver com Adolescentes.** 3ª edição, Lisboa: Editorial Presença, 2005.
4. PRAZERES, V.; LARANJEIRA, A.; OLIVEIRA, V. – **Saúde juvenil. Relatório sobre programas e oferta de cuidados.** Lisboa: Direcção-Geral da Saúde (DGS), 2004.
5. VICARIO, M. – **Atención integral del adolescente. Revisión crítica.** XVIII Congreso de la SEPEAP. Alicante, Spain, 16 – 19 Septiembre 2004. pp. 76-84. Acedido em 10 de Outubro de 2008, em: [http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/\\_USER\\_/SP\\_Atencion\\_integral\\_adolescente.pdf](http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/_USER_/SP_Atencion_integral_adolescente.pdf).
6. GOLDERING, J.; ROSEN, D. – **Getting into adolescent heads: an essential update.** 2004. [Versão electrónica]. *Modern Medicine. Healthy patients. Healthy practice.* 1: 1-19. Acedido em 10 de Outubro de 2008, em: <http://www.aap.org/pubserv/PSVpreview/pages/Files/HEADSS.pdf>.
7. LIZARRAGA, S.; AYARRA, M. – **Entrevista motivacional.** 2001. [Versão electrónica]. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 24: 43-54. Acedida em 05 de Novembro de 2008, em: <http://www.cfn Navarra.es/salud/anales/textos/vol24/suple2/suple6a.html>.
8. ORDEM DOS ENFERMEIROS. CONSELHO DE ENFERMAGEM – **Competências do enfermeiro de cuidados gerais.** Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2003.
9. BRACONNIER, A. e MARCELLI, D. – **As Mil Faces da Adolescência.** 1ª edição. Lisboa: Climepsi Editores, 2000.
10. MATOS, M. G. et al. – **A Saúde dos Adolescentes Portugueses – Hoje e em 8 anos.** 2006. Acedido em 10 de Outubro de 2008, em: <http://www.aventurasocial.com/main.php>.
11. DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE. DIVISÃO DE SAÚDE MATERNA, INFANTIL E DOS ADOLESCENTES – **Programa Nacional de Saúde dos Jovens.** Lisboa: DGS, 2006.
12. ASSOCIAÇÃO PARA A PROMOÇÃO DA SEGURANÇA INFANTIL – **Acidentes Rodoviários com crianças e jovens: evolução e impacto das estratégias implementadas.** 2008. Acedido em 20 de Fevereiro 2009, em: [http://www.gov-civil-lisboa.pt/inicio/upload/ficheiros/4\\_APSI\\_ForumDistrital\\_2008.pdf](http://www.gov-civil-lisboa.pt/inicio/upload/ficheiros/4_APSI_ForumDistrital_2008.pdf).
13. DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE – **Saúde em Portugal: Uma estratégia para no virar do século; Orientações para 1997.** Lisboa: DGS, 1996.
14. MINISTÉRIO DA SAÚDE – **Plano Nacional de Saúde 2004-2010: Mais saúde para todos, vol. II – Orientações estratégicas.** Lisboa: DGS, 2004.
15. PRAZERES, V.; LARANJEIRA, A.; OLIVEIRA, V. – **Saúde dos jovens em Portugal. Elementos de caracterização.** Lisboa: DGS, 2005.
16. PRAZERES, V.; LARANJEIRA, A. R. – **Mortalidade em idades jovens: Relatório 1992-2003.** Lisboa: DGS, 2005.
17. RICOU, M. – **Psicologia da criança e do adolescente: uma abordagem a partir da ética profissional.** *Nascer e Crescer – Revista do hospital de crianças Maria Pia.* Porto: 2004. 3: 234-238.



18. QUEIRÓS, A. A. – **Ética e Enfermagem**. Coimbra: Quarteto Editora, 2001.
19. ANTUNES, A. – **Consentimento informado**. Em Serrão, D. e Nunes, R. (eds.). *Ética em cuidados de Saúde*. Porto: Porto Editora, 1998.
20. BALLARÍN, R. G. – **La entrevista clínica con adolescentes**. 2002. Acedido em 15 de Novembro de 2008, em: <http://www.svnp.es/Documen/entrevistadol.htm>.
21. CANALS, J.; GUILLAMET, A. – **Confidencialidad y Aspectos Bioéticos en la Atención al Adolescente**. XV Congreso de la Sociedad Española de Medicina del Adolescente de la A.E.P. Sevilla, Spain, 15 e 16 de Outubro de 2004. Acedido em 10 de Outubro de 2008, em: <http://www.adolescenciasema.org/index.php?menu=documento&id=42&id>.
22. CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS – **CIPE®. Versão 1.0. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2006.
23. MILLER, W.; ROLLNICK, S. – **Entrevista motivacional. Preparando as pessoas para a mudança de comportamentos aditivos**. São Paulo: Artmed Editora, 2001.
24. ANDRETTA, I. e OLIVEIRA, M. – **A técnica de entrevista motivacional na adolescência**. *Psicologia clínica*. 2005. 17: 127-139.
25. SILVA, Suzana Lins da, et al. – **Sistematização da assistência de Enfermagem ao adolescente: consulta de Enfermagem**. 2007 [Versão electrónica]. *Rev. Enf. UFPE On Line*. 1: 1-11. Acedido em 31 de Janeiro de 2009, em: [www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/enfermagem/article/view/40](http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/enfermagem/article/view/40) – 2k.
26. TORAL, N. – **Abordagem do modelo transteórico no comportamento alimentar**. *Ciência & Saúde Colectiva*, 2007. 6: 1641-1650.
27. GRUPO DE EDUCACIÓN SANITÁRIA Y PROMOCIÓN DE LA SALUD – **Guias de educação e promoção da saúde**. Lisboa: DGS, 2001.
28. TAPIA, E. Merino – **Adolescencia: atención integral al adolescente. Introducción**. XVI Congreso de la SEPEAP. Palma de Mallorca, Spain, 31 de Octubre-3 de Noviembre 2002. pp. 95. Acedido em 10 de Outubro de 2008, em: [http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/\\_USER\\_/AEP\\_adolescencia\\_intro.pdf](http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/_USER_/AEP_adolescencia_intro.pdf).
29. TAPIA, E. Merino – **La entrevista**. XVI Congreso de la SEPEAP. Palma de Mallorca, Spain, 31 de Octubre – 3 de Noviembre 2002. pp. 96-98. Acedido em 10 de Outubro de 2008, em: [http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/image/\\_USER\\_/AEP\\_adolescencia\\_entrevista.pdf](http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/image/_USER_/AEP_adolescencia_entrevista.pdf).
30. BENJAMIN D. Alfred – **A Entrevista de Ajuda**. 12ª edição. São Paulo: Editora Martins Fontes, 2008.
31. SOTOMAYOR, M. – **La entrevista al adolescente**. Em: Rada, C.; Lasa, I.; Rahola, R. e Lozano, J. (eds.). *Manual de salud reproductiva en la adolescência*, Sociedad Española de Contracepción, Zaragoza. 2001. Acedida em 10 de Outubro de 2008, em: [http://www.sec.es/area\\_cientifica/manuales\\_sec/salud\\_reproductiva/04%20Salud%20reproductiva%20e.pdf](http://www.sec.es/area_cientifica/manuales_sec/salud_reproductiva/04%20Salud%20reproductiva%20e.pdf).
32. CANALS, J.; GUILLAMET, A. – **La entrevista al adolescente**. XIII Congreso de la Sociedad Española de Medicina del Adolescente. Cáceres, Spain, 5 a 6 de Abril de 2002. Acedido em 10 de Outubro de 2008, em: [http://adolescenciasema.org/ficheros/CongresoCaceres/\\_Caceres\\_tallerentrevista\\_Cornella.pdf](http://adolescenciasema.org/ficheros/CongresoCaceres/_Caceres_tallerentrevista_Cornella.pdf).
33. CANALS, J.; GUILLAMET, A. – **Técnicas de entrevista con el adolescente**. XVIII Congreso de la SEPEAP. Alicante, Spain, 16 – 19 Septiembre 2004. pp. 14-16. Acedido em 10 de Outubro de 2008, em: [Http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/\\_USER\\_/TS\\_tecnica\\_entrevista\\_adolescente.pdf](http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/_USER_/TS_tecnica_entrevista_adolescente.pdf).

34. VICARIO, M. I. H.; BARCA, G. C. – **Entrevista con adolescentes. Cómo afrontar con seguridad la entrevista clínica con adolescentes?** 2003. Em: AEPa. ed. *Curso de actualización Pediatría* 2003. 1.ª edição. Madrid: Exlibris Ediciones. pp. 261-267.
35. WORLD HEALTH ORGANIZATION WESTERN PACIFIC REGION – **A Framework for the integration of adolescent health and development concepts into pre-service health professional educational curricula WHO Western Pacific Region.** 2001. Acedido em 15 de Novembro de 2008, em: <http://www.wpro.who.int/NR/rdonlyres/88E71899-5915-4932-AD47-A78EF3D8E7FB/0/ADHframework.pdf>.
36. LOAYSSA, J.; ECHAGÜE, I. – **La salud en adolescencia e las tareas de los servicios de salud.** 2001. [Versão electrónica]. *Anales Sis San Navarra*, 24: 7-14. Acedido em 10 de Outubro de 2008, em: <http://www.cfn Navarra.es/salud/anales/textos/vol24/suple2/suple11.html>.
37. LEAL, I. – **Entrevista clínica e psicoterapia de apoio.** 3ª edição. Lisboa: Instituto de Psicologia Aplicada, 2004.
38. LEAL, I. – **A entrevista psicológica. Técnica, teoria e clínica.** Fim de século. Lisboa, 2008.
39. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD – **Recomendaciones para la atención integral de salud de los y las adolescentes.** 2000.[Versão electrónica]. Organización Panamericana de la Salud. Buenos Aires. Acedido em 05 de Novembro de 2008, em: <http://www.paho.org/Spanish/HPP/HPF/ADOL/Normasweb.pdf>.
40. SILVA, M. D. S. O. – **Educar para o autocuidado num serviço hospitalar.** Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar – Universidade do Porto, Porto, 2007.
41. CONCEIÇÃO, J. – **Modelo para o atendimento global da criança em um hospital escola.** 1974. [Versão electrónica]. *Revista de saúde pública*. 4: 341-357. Acedido em 10 de Outubro de 2008, em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v8n4/01.pdf>.
42. KULBOK, P.; LAFFREY, S.; GOEPPINGER, J. – **Promoção da saúde comunitária: uma estrutura de vários níveis para a prática.** Em: Stanhope, M. e Lancaster, J. (eds.). *Enfermagem comunitária. Promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos.* Lisboa: Lusociência, 1999.
43. PHANEUF, M. – **Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação.** Lisboa: Luso-didacta, 2005.
44. HASSMILLER, S. – **A saúde pública, os sistemas de cuidados de saúde primários e a reforma dos cuidados de saúde.** Em: Stanhope, M. e Lancaster, J. (eds.). *Enfermagem comunitária. Promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos.* Lisboa: Lusociência, 1999.
45. **1ª Conferência Internacional sobre promoção de saúde.** *Carta de Ottawa para a promoção de saúde.* Ottawa, Canadá, 1986.
46. ROGERS, C. R. – **Terapia centrada no cliente.** Lisboa: Universidade Autónoma de Lisboa, 2004.
47. ORDEM DOS ENFERMEIROS. CONSELHO DE ENFERMAGEM – **Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual; enunciados descritivos.** Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2001.
48. COLLIÈRE, M. – **Promover a vida.** Lisboa: Lidel, 1999.



## BIBLIOGRAFIA

- AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION – **Guidelines for adolescent preventive services (GAPS)**. American Medical Association. USA. 1997. Acedida em 05 de Novembro de 2008, em: <http://www.ama-assn.org/ama/upload/mm/39/gapsmono.pdf>.
- BELLÓN, J. – **Habilidades de comunicación y utilización de las consultas de atención primaria**. 2001. [Versão electrónica]. *Anales Sis. San. Navarra*, 24: 7-14. Acedido em 10 de Outubro de 2008, em: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol24/suple2/suple2.html>.
- CANALS, J.; GUILLAMET, A. – **La relación médico-adolescente The doctor-adolescent relationship**. 2002. [Versão electrónica]. *Anales Sis. San. Navarra*, 25 suplemento. Acedido em 10 de Outubro de 2008, em: [http://www.adolescenciasema.org/index.php?menu=documentos&id=52&id\\_doc=29&show=1](http://www.adolescenciasema.org/index.php?menu=documentos&id=52&id_doc=29&show=1).
- CROMACK, L.; RUZANY, M.; GROSSMAN, E.; TOQUETTE, S. – **A consulta do adolescente e jovem**. (s.d.) Acedido em 08 de Novembro de 2008, em: [http://www.saberviver.org.br/index.php?g\\_edicao=consulta\\_profissionais](http://www.saberviver.org.br/index.php?g_edicao=consulta_profissionais).
- FILHO, A. – **O atendimento ao adolescente**. 2004. [Versão electrónica]. *Revista de Pediatria do Ceará*, 5: 38 – 46. Acedido em 10 de Outubro de 2008, em: <http://www.socep.org.br/Rped/pdf/5.1%20Ens%20Med.pdf>.
- FRANÇOSO, L.; MAURO, A. – **Manual de atenção à saúde do adolescente**. Secretaria Municipal da Saúde. São Paulo, 2006.
- FRADA, J. – **Guia prático para a elaboração e apresentação de trabalhos científicos**. 11ª edição. Lisboa: Microcosmos, 2001.
- GROSSMAN, E.; RUZANY, M.; TOQUETTE, S. – **A consulta do adolescente e jovem**. Acedido em 08 de Novembro de 2008, em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/multimedia/adolescente/textos-comp/TC-02.html>.
- LOAYSSA, J.; ECHAGÜE, I. – **La salud en adolescencia e las tareas de los servicios de salud**. 2001. [Versão electrónica]. *Anales Sis San Navarra*, 24: 7-14. Acedido em 10 de Outubro de 2008, em: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol24/suple2/suple11.html>.
- MARCIANO, E., et al. – **Influências e motivações na exposição à gravidez na adolescência**. 2003. [Versão electrónica]. *Revista da UFG*, 6: Nº especial. Acedido em 10 de Outubro de 2008, em: <http://www.proec.ufg.br>.
- MONTALTO, N. – **Implementing the guidelines for adolescent preventive services**. 1998. [Versão electrónica]. *American Family Psysician*, 1: 2060-2066. Acedido em 08 de Novembro de 2008, em: <http://www.aafp.org/afp/980501ap/montalto.html>.
- NUNES, L.; AMARAL, M. e GONÇALVES, R. – **Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2005.
- OLIVEIRA, V. M. F. – **Ecos d'Adolescência: Análise de uma entrevista**. 2007. [versão electrónica]. Acedido em 06 de Novembro de 2008, em: <http://palavraluminosa.googlepages.com>.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. CONSELHO DE ENFERMAGEM – **Do Caminho Percorrido e das Propostas (análise do primeiro mandato 1999/2003)**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2003.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – **Adolescent Health and Development**. 2008. Acedido em 15 de Janeiro de 2009, em: [http://www.who.int/child-adolescent-health/OVERVIEW/AHD/adh\\_over.htm](http://www.who.int/child-adolescent-health/OVERVIEW/AHD/adh_over.htm).

- PRAZERES, V.; LARANJEIRA, A.; OLIVEIRA, V. – **Saúde dos jovens em Portugal. Elementos de caracterização**. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2005.
- ROEHRS, H., et al. – **Entrevista de ajuda: estratégia para o relacionamento interpessoal entre enfermeiro e família do adolescente no espaço escolar**. 2007. [versão electrónica]. *Cienc Cuid Saúde*, Jan. /Mar. Acedido em 17 de Novembro de 2008, em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewPDFInterstitial/4983/3231>.
- ROMERO, A. – **Al terminar la entrevista**. *XVI Congreso de la SEPEAP*. Palma de Mallorca, Spain, 31 de Octubre – 3 de Noviembre 2002. pp.104 – 107. Acedido em 10 de Outubro de 2008, em: [http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/\\_USER\\_/AEP\\_adolescencia\\_terminar\\_consulta.pdf](http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/_USER_/AEP_adolescencia_terminar_consulta.pdf).
- ROMERO, A. – **Esto no acaba aquí**. *XIII Congreso de la Sociedad Española de Medicina del Adolescente*. Cáceres, Spain, 5 a 6 de Abril de 2002. Acedido em 10 de Outubro de 2008, em: [http://adolescenciasema.org/ficheros/CongresoCaceres/\\_ESTO%20NO%20ACABA%20AQUI%20-%20Congreso%20SEMA%20Caceres%20-%20A.Redondo.pdf](http://adolescenciasema.org/ficheros/CongresoCaceres/_ESTO%20NO%20ACABA%20AQUI%20-%20Congreso%20SEMA%20Caceres%20-%20A.Redondo.pdf).
- SAITO, M. I.; LEAL, M. M. e SILVA, L. E. V. – **Confidencialidade no atendimento à saúde de adolescentes: princípios éticos**. *Unidade de Adolescentes – IRC-HC- FMUSP*, São Paulo. 1998. Acedido em 10 de Outubro de 2008, em: <http://www.pediatriasaopaulo.usp.br/upload/html/412/body/05.htm>.
- SILVA, M. D. S. O. – **Educar para o autocuidado num serviço hospitalar**. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto, 2007.
- SILVA, A.; VIEIRA, M.; ALVES, M. J. e PIMENTA, S. – **Promoção da Saúde na Adolescência**. Trabalho realizado no âmbito do Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. Escola Superior de Enfermagem de São Vicente de Paulo. Lisboa: Universidade Católica de Lisboa, 2006.
- TOWEY, K.; FLEMING, M. – **Healthy Youth 2010. Suporting the 21 critical adolescent objective**. 2003. Acedido em 10 de Outubro de 2008, no Web site da American Medical Association: <http://www.ama-assn.org/ama1/pub/upload/mm/39/hy2010revised.pdf>.
- ZOPPI, K.; EPSTEIN, R. – **Es la comunicación una habilidad? Las habilidades comunicativas para mantener una buena relación**. 2001. [Versão electrónica]. *Anales Sis San Navarra*, 24: 7-14. Acedido em 10 de Outubro de 2008, em: <http://www.cfn Navarra.es/salud/anales/textos/vol24/biblio14/bsuple4.html>.

## LEGISLAÇÃO / SUPORTE NORMATIVO:

Lei Constitucional n.º 01/05. *Diário da República n.º 155 – I Série A*. Assembleia da República. Lisboa.

Lei n.º 48/90. *Diário da República n.º 195 – I Série*. Assembleia da República. Lisboa.

Lei n.º 120/99. *Diário da República n.º 186 – I Série A*. Assembleia da República. Lisboa.

Decreto-lei n.º 259/2000. *Diário da República n.º 240 – I Série A*. Ministério da Educação. Lisboa.

Direcção-Geral da Saúde – **Saúde infantil e juvenil. Programa-tipo de Actuação**. Lisboa, 2002.

Ministério da Saúde – **Plano Nacional de Saúde 2004-2010**. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2004.

Prazeres, V. – **Saúde dos adolescentes. Princípios orientadores**. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 1998.

## SÍTIOS:

<http://www.psiquilibrios.pt/forma-AICAO809.html>.

<http://www.mundojovem.pucs.br/entrevista>.

[http://www.who.int/child-adolescent-health/OVERVIEW/AHD/adh\\_over.htm](http://www.who.int/child-adolescent-health/OVERVIEW/AHD/adh_over.htm).

<http://pt.wikipedia.org/wiki/Adolescente>.

<http://pt.wikipedia.org/wiki/Confidencialidade>.

<http://scholar.google.pt/compromisso>.

<http://scholar.google.pt/atendimento>.



**ANEXOS**  
**Entrevista ao Adolescente**





**Anexo 1**

**FACTORES QUE INFLUENCIAM A MOTIVAÇÃO  
E O DESEJO DE MUDANÇA DE COMPORTAMENTOS  
E HÁBITOS NÃO SAUDÁVEIS**



## Anexo 1 – Factores que influenciam a motivação e o desejo de mudança de comportamentos e hábitos não saudáveis<sup>10</sup>

- 1. Motivação intrínseca** – a capacidade de mudança está no interior de cada adolescente e é pouco efectiva se for imposta por terceiros;
- 2. Selecção e controlo pessoal das suas decisões** – o adolescente fica mais motivado quando as mudanças se baseiam nas suas próprias decisões;
- 3. Auto-convencimento auditivo** – quando uma pessoa diz para si em voz alta as suas decisões e se o enfermeiro o repetir permitirá que o oiça duas ou três vezes;
- 4. Autoconfiança e a percepção de eficácia** – se o adolescente acreditar que consegue mudar será mais fácil iniciar e manter uma nova conduta;
- 5. Ambivalência pessoal** – é um dos grandes obstáculos à mudança;
- 6. Ajuda individualizada** – cada adolescente necessita de ajuda diferente consoante o estágio de mudança em que se encontra;
- 7. Relação interpessoal estabelecida com o enfermeiro** – o enfermeiro deve agir de modo a aumentar a consciência do adolescente, sem que este perca a liberdade de decisão.



**Anexo 2**  
**ESTÁDIOS DE MUDANÇA DE COMPORTAMENTO**



Anexo 2 – Estádios de Mudança de Comportamento  
(TORAL; LIZARRAGA, S.; AYARRA, M., Adaptado de Grupo de  
Educación Sanitaria y Promoción de la Salud, 2001)

ESTÁDIOS	TEMPO	ACÇÕES	ESTRATÉGIAS	
<p><b>Pré-contemplativo</b> A mudança de comportamento não é uma necessidade, ou não houve alterações no comportamento e não há intenção de adoptá-las num futuro próximo.</p>	6 meses	<p>Priorizar o hábito e identificar o estágio; Elaborar mapa de crenças; Trabalhar a ambivalência; Evitar e trabalhar as resistências; Aumentar a auto-eficácia e a automotivação;</p>	Empatia	<p>Proporcionar mais informação; Ajudar a acreditar na sua capacidade de mudança; Personalizar a avaliação.</p>
<p><b>Contemplativo</b> Reconhece que o problema existe e tem a intenção de mudar, mas ainda não tem um compromisso decisivo.</p>	Próximos 6 meses	<p>Aumentar as contradições entre o que faz e o que deseja.</p>	Empatia	<p>Ajudar a desenvolver mecanismos de alteração comportamental; Ajudar a desenvolver uma estratégia de mudança; Fornecer material de ajuda.</p>
<p><b>Determinação</b> Disposto a mudar.</p>		<p>Que o adolescente verbalize o compromisso de mudar; Ajudar a eleger a melhor estratégia; Desenvolver um plano de actuação conjunto.</p>	Empatia	<p>Fazer sumários; Perguntas activadoras.</p>



ESTÁDIOS	TEMPO	ACÇÕES	ESTRATÉGIAS	
<p><b>Acção</b> Corresponde ao momento de mudança do seu comportamento. Estas mudanças são visíveis e ocorreram recentemente.</p>	<p>Até 6 meses</p>	<p>Aumentar a auto-eficácia; Informar sobre outros modelos que tenham tido êxito.</p>	<p>Empatia</p>	<p>Oferecer apoio; Ajudar a preparar-se para fazer face a possíveis dificuldades.</p>
<p><b>Manutenção</b> Corresponde à solidificação do hábito, mantém-se o novo comportamento.</p>	<p>Mínimo 6 meses.</p>	<p>Prevenir as recaídas; Aumentar a auto-eficácia.</p>	<p>Empatia</p>	<p>Ajudar o utente a identificar as situações de risco e elaborar as estratégias para as enfrentar; Consolidar os ganhos obtidos.</p>
<p><b>Recaída</b> Retoma o comportamento anterior.</p>		<p>Reconstruir positivamente e ajudar a renovar o processo; Aumentar a auto-eficácia e a automotivação.</p>	<p>Empatia</p>	<p>Ajudar a compreender as razões da recaída; Fornecer informação sobre o processo de mudança; Ajudar a fazer planos para a próxima tentativa; Facilitar a confiança na sua capacidade de mudança; Oferecer apoio incondicional.</p>

**Anexo 3**  
**MODO DE APRESENTAÇÃO DO ADOLESCENTE**  
**DURANTE A ENTREVISTA**



## Anexo 3 – Modo de apresentação do adolescente durante a entrevista<sup>31, 32, 33, 34</sup>:

- 1. Falador** – o que serve de camuflagem, pode ir rodeando o assunto e explicar coisas que estão para além do que realmente o preocupa. É importante captar esta situação, deixando-o falar, mas evitando perder-se no seu labirinto, orientando a conversa até à reflexão pessoal;
- 2. Nervoso** – ocorre habitualmente com os jovens adolescentes que receiam a observação. São, habitualmente, as jovens que estão ansiosas. Têm receio da observação ginecológica, o que bloqueia a comunicação. Deve ser explicado que esta observação nem sempre é necessária e que só se efectiva de comum acordo e entendimento entre ela e o médico;
- 3. Silencioso** – pode acontecer por o adolescente sentir-se culpado por diversas razões, por o obrigarem a recorrer aos serviços de saúde e ele considerar não ser necessário. Pode ter receio de ser «repreendido»;
- 4. Escarnecedor** – é provocador, discute o que lhe acontece com piadas, como se não fosse importante. Geralmente este comportamento acontece quando sente que não controla a situação. É importante valorizar, provavelmente está ansioso;
- 5. Hostil ou agressivo** – o motivo da sua raiva não é o profissional de saúde. No entanto, se a culpa é do profissional ou do serviço (talvez uma longa espera) é adequado um pedido de desculpas. Uma escalada da agressão mútua é prejudicial e inútil;
- 6. Choroso** – é conveniente permitir o choro e apoiar o adolescente de forma silenciosa, por exemplo, oferecer um lenço. Pode sentir-se aliviado e este gesto contribuir para iniciar a abordagem.



**Anexo 4**  
**TÉCNICAS DE APOIO NARRATIVO**



## Anexo 4 – Técnicas de Apoio Narrativo

As **Técnicas de apoio narrativo**<sup>1</sup> contribuem para a comunicação bidireccional, promovendo uma melhor explicitação ao adolescente e o estabelecimento de um clima de maior empatia entre o enfermeiro e o adolescente:<sup>5:6, 10, 31, 38</sup>

- **Perguntas abertas.** São aquelas que não podem ser respondidas com apenas uma ou duas palavras. Possibilitam e incentivam que o adolescente explique, aumentando assim a sua percepção do problema. Facilitam a resposta. Exemplo: «então o que aconteceu?»; «o que desejarias modificar na relação com os teus pais?».
- **Escuta reflexiva**<sup>2</sup>. É uma das principais competências da entrevista motivacional. Trata-se de apurar o que a pessoa (cliente) quer dizer, devolvendo as afirmações que podem ser de cinco tipos: *Repetição* de alguma palavra dita pelo cliente e que nos parece importante; *Refraseio* é como a anterior, mas substituindo alguma palavra por sinónimo para alterar ligeiramente o que foi dito, de forma a esclarecer o assunto; *Parafraseio*, utilizando novas palavras, o profissional intui o significado do que foi dito pelo cliente; *Identificação emocional* é a forma mais profunda de reflexão e consiste em dizer frases que mostram sentimentos ou emoções: «vejo-te um pouco triste», «parece que este assunto te emociona»; *Silêncios*, utilizados correctamente têm um efeito reflexivo na pessoa porque, de forma não verbal, indica que o enfermeiro o

<sup>1</sup> Carl Rogers, na sua teoria sobre as condições básicas do terapeuta para facilitar a mudança do paciente, afirmava que uma relação interpessoal centrada no cliente proporciona a atmosfera ideal para a mudança ao permitir-lhe uma análise de si mesmo num ambiente seguro. A extensa investigação sobre tipo de comunicação tem demonstrado um impacto significativo nos resultados clínicos e na satisfação dos utilizadores (14). Existem cinco técnicas de apoio narrativo que ajudam o utente a sentir-se aceite e compreendido e a progredir na compreensão de si mesmo, da situação em que se encontra, de uma forma clara como primeiro passo para a mudança.

<sup>2</sup> Destina-se a reforçar os recursos de cada indivíduo e da própria possibilidade de alteração de conceitos básicos e atitudes. Fortalecer um clima de atitudes psicológicas facilitadoras tendo uma atitude positiva e de aceitação do cliente. Considera o cliente, não de uma forma condicionada, mas na sua totalidade.



- entende e aceita. Permite, também, um momento de auto-reflexão sobre o que disse e sentiu.
- **Reestruturação positiva.** Significa apoiar a pessoa (cliente) destacando os seus pontos fortes e apoiando o que referiu com comentários e frases que expressem compreensão. Contribui para reforçar a auto-estima e sentido de autoconfiança: («deve ser difícil manteres-te sem comer chocolate», «pareces uma pessoa muito optimista»). À medida que se sente escutado e aceite pelo enfermeiro, torna-se capaz de se ouvir e aceitar, aumenta a compreensão e o controlo sobre si e a sua sensação de poder.
  - **Resumo da entrevista.** Destacar o que pareceu ser mais importante contribui para que a pessoa (cliente) se torne mais consciente das suas preocupações, problemas, competências e que centre neles a sua atenção.
  - **Afirmações de automotivação.** Podem ser colocadas questões sobre diferentes aspectos: reconhecimento do problema: «de que modo tem sido importante para ti?»; expressão de preocupação: «como te sentes com a tua forma de beber?»; intenção de mudar: «quais são as razões que vês para mudar?»; optimismo para a mudança: «o que te leva a pensar que poderias mudar se o desejares?». Uma forma geral de perguntar: «o que mais...?».
  - **Respostas em espelho.** Estas fazem eco do que foi referido pelo adolescente ao repetir a parte final da sua resposta. Simultaneamente, transmite-lhe atenção e reconhecimento emocional, por parte do enfermeiro. Permitem continuar a conversar sobre temas problemáticos, os quais o adolescente evita. Exemplo: «o que sentes pelo teu pai?». Sendo a resposta «ódio», a resposta em espelho seria «odeia-lo?».
  - **Clarificação.** Perante uma resposta imprecisa, torna mais clara uma frase ou uma situação e destina-se a ajudar o adolescente a compreender o que está a referir. Exemplo: «que queres dizer com isso?».
  - **Usar exemplos na 3ª pessoa.** Estes são úteis na abordagem de assuntos mais embaraçosos de modo a permitir a projecção. Exemplo: «disseram-me que tomas uns comprimidos na discoteca, torna a noite mais divertida. Qual a tua opinião?».

- **Afirmações que facilitam a discussão.** São úteis quando se pretende abordar assuntos embaraçosos. Exemplo: «muitas adolescentes da tua idade desejam namorar. Imagino que tu também desejes...».
- **Respostas / afirmações de apoio e ânimo.** Contribuem para um sentimento de compreensão. Exemplo: «suponho que a tua dependência das injeções de insulina e de uma alimentação restrita para o controlo da diabetes deve ser uma rotina muito dura...», «imagino que tenhas passado muito mal, sem ter a quem contar».



**GUIA ORIENTADOR DE BOA PRÁTICA:  
PROMOVER O DESENVOLVIMENTO INFANTIL  
NA CRIANÇA DOS 0 AOS 5 ANOS**



## INTRODUÇÃO

A boa prática de cuidados é fruto da aplicação de conhecimentos baseados em resultados de estudos sistematizados, fontes científicas e da opinião de peritos reconhecidos. Neste sentido, uma das recomendações para obter respostas satisfatórias dos clientes é orientar a prestação de cuidados do profissional, através da utilização de Guias Orientadores da Boa Prática de Cuidados<sup>1</sup>.

Actualmente, os enfermeiros constituem o grupo profissional com maior relevância na garantia do acesso da população a cuidados de saúde de qualidade, leitura que advém do cumprimento do desígnio fundamental da Ordem dos Enfermeiros.

No que concerne à Saúde Infantil, os enfermeiros têm um papel preponderante na educação e aconselhamento aos pais. É da sua competência avaliar o estado de saúde, crescimento e nível de desenvolvimento da criança através das consultas de Enfermagem, sendo os guias orientadores de boas práticas um valioso instrumento.

À ideia de criança está quase sempre associada a ideia de futuro, não é raro ouvir-se que «as crianças são os homens de amanhã». Não obstante a importância desta atitude, diríamos que o desafio e a urgência é, indubitavelmente, tornar a criança feliz «já», favorecer o seu desenvolvimento porque «é» no momento presente e «é» um ser global que merece ser respeitado à medida de todas as suas competências. Pensarmos o «desenvolvimento» é reflectirmos num caminho que se vai fazendo e que, na melhor das expectativas, vai num sentido de maior autonomia, bem-estar e dignidade.

Deveremos atender que a criança, não só pela sua condição humana mas pelas suas características incontornáveis, é um ser vulnerável, facto que não deverá impedir o interesse e compreensão da sua vontade, consagrando-se o maior respeito e o dever de lhe proporcionar condições favorecedoras de um desenvolvimento global, reconhecendo os prestadores de cuidados directos como os principais promotores desse desenvolvimento.

---

<sup>1</sup> ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Recomendações para a elaboração de Guias Orientadores da Boa Prática de Cuidados.** 2007.

As suas habilitações cognitivo-morais limitam as decisões, por isso, impera a obrigação de agir de forma a promover o Bem. A preocupação *major* do desenvolvimento da criança é que seja feliz, fim último da ética, na perspectiva aristotélica e o princípio que a Carta dos Direitos da Criança defende em cada artigo.

Neste sentido, o presente guia tem como objectivo fornecer orientações metodológicas que permitam assegurar a qualidade e eficácia dos cuidados nesta população específica, dando cumprimento às obrigações ético-legais do enfermeiro.

Destina-se a ser utilizado pelos enfermeiros no decurso da sua prática, sendo importante salientar que a consulta deste documento não dispensa o aprofundamento de conhecimentos e competências na área da Saúde Infantil e Pediátrica.

O guia destina-se à promoção do desenvolvimento da criança dos 0 aos 5 anos, visto este período etário ser palco de rápidas e importantes transformações, as quais irão definir grande parte da sua esfera psico-afectiva. Aborda os princípios norteadores associados à promoção do desenvolvimento, propõe um algoritmo de actuação, consubstanciado nas recomendações para a prática profissional na área da prestação de cuidados, formação e políticas organizacionais. Em anexo são apresentados alguns instrumentos de avaliação do desenvolvimento psicomotor, bem com os parâmetros a considerar de acordo com a idade e actividades promotoras do desenvolvimento.

## 1. FUNDAMENTAÇÃO

Promover o desenvolvimento infantil é ajudar a criança em parceria com a família, na sua circunstância de vida e no seu tempo, a desenvolver-se dentro dos padrões esperados para a sua idade, respeitando o seu ritmo<sup>2</sup>.

Todos os grandes filósofos da Idade Média e da época Moderna estudaram com paixão todo o processo de crescimento e desenvolvimento humano. Esta reflexão filosófica sempre fez parte de toda a história do pensamento.

Efectivamente, a concepção da infância tem vindo a alterar-se ao longo dos tempos. A criança era vista como um adulto em miniatura e até aos dias de hoje têm sido desenvolvidos vários modelos no anseio de dar resposta a um conceito de criança com características próprias.

Actualmente, a criança é considerada um organismo em desenvolvimento, cujo crescimento se exprime através de comportamentos e reacções resultantes da dinâmica entre os factores bio-anatómicos, psicológicos e sociais. Evoluem de acordo com as leis da maturação neuropsicológica, sob influência de factores ambientais. Neste âmbito, Garrido e Boavida<sup>3</sup> afirmam que «todas as crianças são expostas a diferentes riscos e oportunidades de desenvolvimento, relacionados não só com a saúde física e mental mas também com o ambiente sociocultural onde nascem e crescem».

Estas evidências científicas baseiam-se em várias teorias de desenvolvimento que integram a perspectiva psicanalítica centrada nas emoções, como é o caso da área cognitiva (Piaget); psicosssexual (Freud); psicossocial (Erickson) e também moral (Kohlberg). Outros teóricos, nas mais diversas dimensões, tiveram efectivamente também a sua influência. Entre muitos, consideramos oportuno destacar: Donald Winnicott associado à relação mãe-bebé; Daniel Stern à intersubjectividade do afecto e a relação; Brofenbrenner e a relação pessoa, processo, contexto e tempo. Salientamos, ainda, os contributos de António Damásio e o relacionamento da homeostase com a emoção, sentimentos, comunicação e influência no desenvolvimento humano; Edward Tronick

<sup>2</sup> BELLMAN, M.; LINGAM, S.; AUKETT, A. – **Schedule of Growing Skills II**. Manual Técnico. 1ª edição. London: NFER Nelson Publishing Company Lda, 1996.

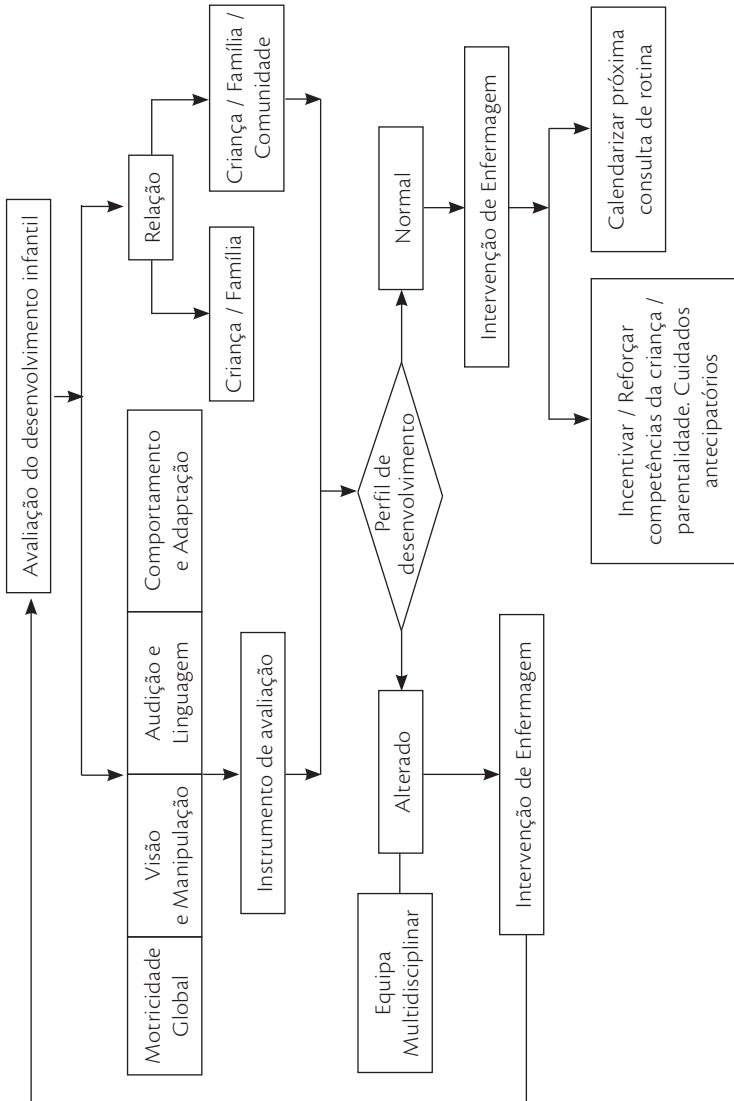
<sup>3</sup> GARRIDO, C.; BOAVIDA, J. E. – **Factores de risco em desenvolvimento**. In: *Saúde Infantil*, 25 (2), 2003, pp. 47-55.



que fala da auto-organização, controlo (coerência), afecto e comunicação e Brazelton que desenvolveu o seu modelo associando o desenvolvimento a três forças: a maturidade do sistema nervoso central, o sistema interno de *feedback* ou capacidade da criança resistir à frustração e o sistema externo de *feedback*, isto é, a influência da estimulação do prestador de cuidados.

Para uma intervenção assertiva na promoção do desenvolvimento infantil da criança, o enfermeiro deve associar ao seu conhecimento o perfil de desenvolvimento da criança, tendo por base a utilização de um instrumento de avaliação do desenvolvimento psicomotor fiável, seguro e de fácil utilização. Por conseguinte, todas as crianças devem ser submetidas a rastreio para identificar precocemente atrasos de ritmo ou incapacidades de desenvolvimento. Desse modo, poderão receber tratamentos rápidos e adequados que minimizem os prejuízos para a criança / família e os custos na saúde, favorecendo a sua qualidade de vida. Para tal, ao longo desta avaliação, o enfermeiro deverá ter a capacidade de fomentar a aliança parental, através de uma intervenção flexível e de partilha, bidireccional, sabendo ouvir e atribuir a importância devida aos seus conhecimentos e experiência.

## 2. ALGORITMO PARA A AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA





### **3. PRINCÍPIOS PARA PROMOVER O DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA**

1. Todas as crianças têm o direito a um desenvolvimento equilibrado e adequado.
2. As crianças seguem padrões previsíveis, mas não lineares ou contínuos.
3. Cada criança é única e tem o seu próprio ritmo.
4. O desenvolvimento infantil é multidimensional.
5. Existem factores que influenciam o desenvolvimento infantil (biológicos, psicológicos, ambientais, hereditários e sociais).
6. As relações emocionais afectivas constituem a base primária para o desenvolvimento intelectual e social.
7. Os enfermeiros devem potenciar a relação pais / filho (ou pessoa significativa / criança), numa atitude empática, flexível e não prescritiva.
8. A avaliação do desenvolvimento pressupõe a utilização de instrumentos de avaliação.
9. Os enfermeiros têm a responsabilidade de se articular com outros profissionais de saúde para a avaliação e promoção do desenvolvimento infantil.
10. Reconhecer o brincar como actividade basilar do desenvolvimento infantil.



## 4. RECOMENDAÇÕES PARA A PRÁTICA PROFISSIONAL

A observação e avaliação são dois conceitos que aparecem muito associados, ou seja, observar é um elemento básico para uma boa avaliação e, ao mesmo tempo, um passo indispensável para um diagnóstico bem fundamentado.<sup>4</sup>

A prática clínica direccionada para o acompanhamento do desenvolvimento infantil faz parte de um processo muito vasto de gestão e promoção da saúde da criança, o qual está implícito num programa estruturado de implementação de vigilância da criança em vários momentos do seu desenvolvimento, onde consta a observação e avaliação devida para poder agir. Este programa deverá incluir uma avaliação do desenvolvimento psicomotor, realizada de uma forma estruturada, mensurada por um instrumento de avaliação, actuando ao nível da prevenção de potenciais problemas. Neste contexto, é crucial a existência de conhecimentos especializados e a capacidade dos profissionais para comunicar com os pais / prestadores de cuidados, estabelecendo estratégias de parceria no que se refere a comportamentos de promoção do desenvolvimento infantil.

A visitação domiciliária é, em Saúde Infantil, uma estratégia a valorizar desde o nascimento e ao longo de todo o processo de desenvolvimento da criança.

### 4.1. Prestação de Cuidados

O conceito de profissão é um conceito social, onde nenhuma profissão tem razão de existir se não justificar um serviço necessário à população e não der provas da sua capacidade de o prestar<sup>5</sup>. Nightingale, em 1859, considerou que para a Enfermagem prestar serviços de qualidade deverá requerer, para além de uma formação formal e científica, um padrão moral de sentimentos e ser possuidora de um potencial de desenvolvimento intuitivo e cognitivo.

<sup>4</sup> ALARCÃO, I.; TAVARES, J. – **Supervisão da Prática Pedagógica. Uma perspectiva de Desenvolvimento e Aprendizagem**, 2003.

<sup>5</sup> FESTAS, C. – **Cuidados de Enfermagem e competência Profissional**. Escola Superior de Enfermagem Imaculada Conceição, 2006.

Neste sentido, a prestação de cuidados de Enfermagem é centrada na pessoa enquanto ser global e único, envolve dimensões como empatia, respeito, disponibilidade, confiança, carinho, conhecimento, conforto e familiaridade<sup>6</sup>. Esta inter-relação com a criança e família passa pela utilização de metodologias científicas, tais como identificação da situação ou problema, recolha e apreciação dos dados, formulação do diagnóstico de Enfermagem, elaboração e execução de planos de cuidados correctos e adequados e avaliação / reformulação dos cuidados de Enfermagem<sup>7</sup>. Assim, o enfermeiro, para além de possuir formação científica, deve também reconhecer os seus valores culturais e vivências que possam influenciar a sua prestação.

#### 4.1.1. Promover o desenvolvimento infantil

Como sabemos, «o desenvolvimento humano resulta do refinamento da estrutura do sujeito através das transformações que se efectuam e auto-regulam dentro de cada pessoa, de modo a tornarem-se cada vez mais humanos e mais aptos a viverem em sociedade».<sup>8</sup> Nesta perspectiva holística e abrangente, o termo «desenvolvimento» refere-se ao aperfeiçoamento e à especialização de determinadas funções, com aquisição progressiva de certas competências cada vez mais complexas em várias áreas funcionais.

As descrições abaixo desenvolvidas referem-se aos pilares das áreas funcionais para o desenvolvimento infantil, estando estes incondicionalmente interligados.

#### Amamentação / Alimentação Diversificada

Uma alimentação saudável na infância deverá ser equilibrada em termos quantitativos e qualitativos, contribuindo decisivamente para um bom estado de saúde e, conseqüentemente, para um bom desenvolvimento, prevenindo

<sup>6</sup> GUERREIRO, M. H. – **Humor nos cuidados de enfermagem – vivências de doentes e enfermeiros. 1ª edição.** Loures: Lusociência, 2002.

<sup>7</sup> ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Regulamento do exercício profissional dos enfermeiros. Conselho de enfermagem.** 1996. 20 p.

<sup>8</sup> ALARCÃO, I.; TAVARES, J. – **Supervisão da Prática Pedagógica. Uma perspectiva de Desenvolvimento e Aprendizagem.** 2003.

igualmente diversas situações patológicas no adulto. O regime alimentar do lactente deve ser adequado à respectiva idade e às necessidades nutricionais, sem excessos e sem carências.

À alimentação está subjacente um factor cultural. Cada país tem o seu cardápio específico, o que significa uma pertença e individualidade própria, a qual deve ser respeitada e apreciada na sua diferença. Devido à imaturidade gástrica e metabólica do lactente, a Organização Mundial de Saúde definiu alguns parâmetros essenciais no que concerne à alimentação infantil, com maior ênfase no 1º ano de vida.

Com o nascimento, a alimentação materna usufrui de primazia total, estando preconizado o aleitamento materno exclusivo desde o nascimento até aos 6 meses e com alimentos complementares até aos 2 anos<sup>9</sup>. Nenhum período de existência humana é mais crítico para o estabelecimento de bases de uma boa saúde, nem mais vulnerável a traumas e às rupturas, que os primeiros meses de vida. O período neonatal, um dos mais críticos da vida humana, condicionado pela relativa imaturidade do organismo, é muito exigente em necessidades alimentares. Quando falamos de aleitamento materno, consideramos, para além do factor nutritivo, imunológico e anti-infeccioso, a insubstituível relação mãe-filho. Muitas referências existem sobre este facto, tomamos como exemplo:

«A mãe aproveita o facto do bebé se alimentar de comida para alimentá-lo também de afecto» (Gomes Pedro / Greenspan).

«Tenho dito, em muitos momentos, que as crianças não são amamentadas ao peito, mas à pele e aos olhos» (Eduardo Sá).

A amamentação é um seguro de saúde, uma garantia de crescimento e desenvolvimento equilibrado, sendo referenciado pelas grandes organizações como o único alimento onde não há probabilidade de desnutrição ou desidratação graves, promovendo o vínculo e subsequentemente a paixão intergeracional. Crianças amamentadas têm também mais facilidade na aceitação de novos alimentos devido às constantes alterações do sabor do leite materno e à técnica de sucção à mama que promove um desenvolvimento mais saudável de toda a mandíbula e arcada dentária. Em alternativa, os leites adaptados

---

<sup>9</sup> Comissão para a promoção do aleitamento materno do CHU Sainte-Justine – **O aleitamento materno**. Montreal, Quebec, 2007.



possuem em termos nutricionais os nutrientes necessários para um desenvolvimento saudável. Realça-se o facto de a opinião dos pais dever ser sempre respeitada, devendo os serviços de saúde, nomeadamente os enfermeiros que os constituem, compreender e gerir com bom senso todas as decisões por eles tomadas.

O papel do pai deve ser incentivado para que seja um elemento activo. Aprender a mamar correctamente é tarefa que normalmente demora algum tempo e o pai poderá ser um elemento incondicional. Brazelton<sup>10</sup> sugere que o pai dê um biberão (leite materno) depois de a amamentação estar estabelecida (cerca do final da 3ª semana de vida).

A partir do 4º mês de vida do bebé e, caso o aleitamento materno não seja exclusivo, poderá ser iniciada a diversificação alimentar, obedecendo a regras mais ao menos flexíveis, de acordo com as características de cada criança em particular. Haverá, no entanto, princípios que devem ser cumpridos de forma a otimizar a saúde e a qualidade de vida. As horas das refeições devem constituir momentos de socialização com os diferentes membros da família onde deve ser fomentado um ambiente de harmonia e de prazer. Evitar, a todo o custo, que as refeições se tornem um «massacre» para a criança e para os pais. É fundamental encorajar a autonomia da criança para alimentar-se sozinha, mesmo que isso signifique algumas nódoas e papas espalhadas. O gosto por «saber comer» e a criatividade à mesa começa com o exemplo e atitudes dos próprios pais. Um elogio oferecido na hora certa funciona, quase sempre, como um incentivo, constituindo um primeiro passo para o culto das «boas maneiras» futuras que os pais tanto apreciam.

O desenvolvimento psicomotor irá determinar as aptidões e competências da criança referente à alimentação. Entre os 4 e os 6 meses de vida, o aparelho digestivo do bebé amadureceu o suficiente para digerir nutrientes mais complexos e está menos sensível aos alimentos potencialmente alérgicos. Poderá começar a erupção dos dentes o que facilita o morder e o mastigar. O reflexo de protusão da língua desaparece e a deglutição é mais coordenada, o que permite a aceitação dos alimentos sólidos. O controlo da cabeça e o sentar-se com apoio permite ao bebé um campo de visão mais amplo e um girar da

---

<sup>10</sup> BRAZELTON, T. B., SPARROW, J. D. – **A criança e a alimentação**. 2004.

cabeça capaz de ser utilizado como indicador de aceitação, ou não, do alimento que lhe é oferecido. A partir do 6º mês de vida, o bebé adora mexer com as mãos na comida de forma a sentir a consistência dos alimentos e as diferentes texturas. Destas experiências advém a estimulação do sistema sensorial. Do 8º ao 12º mês, o lactente adora efectuar «novas brincadeiras» com a comida e manifesta clara preferência por alguns alimentos. Aos 18-24 meses consegue muito bem dominar os movimentos que impulsionam a comida à boca, através da colher. Dos 24 aos 36 meses, a criança consegue apresentar autonomia no seu comportamento, necessitando apenas que lhe cortem os alimentos sólidos. Utiliza a colher e o garfo com destreza de acordo com os nossos hábitos culturais. Aos 4 / 5 anos consegue muito bem uma postura correcta e utiliza na perfeição os talheres podendo evidenciar já, algum requinte à mesa. Um ambiente favorável durante a refeição facilita a digestão, seja ela na mama, de biberão ou de garfo e faca.

Estudos comprovam que é ao centro de saúde que grande parte das mães recorre, quando sente dúvidas principalmente em relação à amamentação, sendo da responsabilidade dos enfermeiros proceder à avaliação da mamada<sup>11</sup>, de forma a serem encontradas respostas para que esta seja um sucesso.

A OMS e a UNICEF consideram que as práticas adoptadas nos serviços de saúde podem ter um efeito importante sobre a amamentação e, posteriormente, no padrão alimentar da criança. Para estas organizações, um verdadeiro apoio emocional e físico faz com que a maior parte das mulheres consiga amamentar e que o prazer que daí advém incremente os seus sentimentos como mãe.

Um regime alimentar equilibrado e variado constitui uma necessidade irredutível da criança, sendo consignado na Declaração Universal dos Direitos da Criança.

A OMS estima que mais de metade das mortes em países em vias de desenvolvimento estejam relacionadas com a subnutrição, mas a maioria das crianças que sofre de deficiências nutricionais e que sobrevive apresenta comprometimento do seu desenvolvimento psicomotor e perturbações emocionais significativas. Por outro lado, actualmente, aumentou de forma significativa a

---

<sup>11</sup> PEREIRA, M. A. – **Protocolo da UNICEF para avaliação da mamada.** In Aleitamento Materno: Importância da correcção da pega no sucesso da amamentação. Resultados de um estudo experimental. Loures: Lusociência, 2006.

prevalência da obesidade em crianças, tanto em países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento, onde geralmente coexiste com a desnutrição.

Em Portugal, a obesidade em crianças com idade pré-escolar e escolar ronda os 30%,<sup>12</sup> o que coloca o nosso país, comparativamente aos outros países europeus, numa das mais preocupantes posições face a esta problemática. A obesidade infantil é uma doença de etiologia multifactorial, sendo apontadas por diversos autores causas relacionadas com os estilos de vida familiar e com as crenças, práticas e atitudes parentais face à alimentação, nomeadamente a pressão e controlo exercidos sobre os alimentos ingeridos pelos filhos. Estudos<sup>13, 14</sup> enfatizam que o melhor ambiente para o desenvolvimento de crianças capazes de controlar a sua ingestão calórica é aquele em que os pais fornecem opções alimentares mais saudáveis e que permitem às crianças assumir o controlo da quantidade que consomem.

Para Gomes-Pedro,<sup>15</sup> a tríade Nutrição / Relação / Auto-estima oferece uma exemplaridade pedagógica que nos faz reflectir, tendo em conta o bem-estar da criança e família.

## Imunização

A imunização, ao conferir protecção imunológica contra determinadas doenças infecciosas, promove a integridade física e psicológica da criança contribuindo para que todo o processo de desenvolvimento ocorra de uma forma saudável e sem sobressaltos.

Em Portugal, o Plano Nacional de Vacinação (PNV), sob a responsabilidade da Direcção-Geral da Saúde, teve início em 1947 e veio contribuir significativamente para a redução e erradicação de algumas doenças infecciosas. As vacinas

<sup>12</sup> CARMO, Isabel do, et al – **Obesidade em Portugal e no Mundo**. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Lisboa, 2008.

<sup>13</sup> BIRCH, L. L.; JOHNSON, S. L. – **Parents' and Children's Adiposity and Eating Style**. Pediatrics. Local: Burlington, 1994. ISSN: 0031-4005. Vol. 94 (5): 653-661.

<sup>14</sup> BIRCH, L. L. et al. – **Confirmatory factor analysis of the Child Feeding Questionnaire: a measure of parental attitudes, beliefs and practices about child feeding and obesity proneness**. Appetite. 2001. Vol. 36: 201-210.

<sup>15</sup> SILVA, A. C.; GOMES-PEDRO, J. – **Nutrição Pediátrica: princípios básicos**. 2005.

permitem salvar mais vidas e prevenir mais casos de doença do que qualquer tratamento médico e da forma mais económica. Os elevados valores percentuais de crianças vacinadas são uma realidade actual e este facto deve-se muito ao trabalho desenvolvido pelos enfermeiros.

De salientar que o acto de vacinar é também uma oportunidade de relação do enfermeiro com a criança e sua família, sendo fundamental que a vacinação seja acompanhada de uma observação da dinâmica familiar.

## Higiene e Vestuário

A higiene corporal, para além de colaborar na manutenção do estado de saúde, dá à criança a sensação de bem-estar e conforto. A higiene diária é um hábito de que a criança dificilmente irá privar-se no futuro, se a este sempre esteve habituada, e que será importante numa fase de maior autonomia.

Geralmente, o banho é dado uma vez por dia, ao fim da tarde, pelos efeitos relaxantes que produz. No entanto, pode ser aconselhável fazê-lo num momento que seja mais tranquilo e sem compromissos para a pessoa que o vai executar, procurando que seja sempre à mesma hora, pela necessidade de rotinas, e antes da criança comer. A criança rapidamente percebe esta actividade como uma das mais felizes do dia, como uma oportunidade para brincar, desenvolver a sua capacidade psicomotora, desfrutar da família, do contacto físico e enriquecer a sua relação afectiva. Durante o mesmo, deve ser dado à criança brinquedos, permitido chapinhar e mover-se livremente.

Brazelton<sup>16</sup> considera que na água do banho também ficam grandes doses de carinho e afecto, sendo este um momento de promoção do desenvolvimento.

Convém lembrar que as condições ambientais devem ser ajustadas, não devendo o banho prolongar-se além do necessário para a higiene.

À semelhança da higiene corporal, a higiene oral deve ser incentivada desde cedo, ou melhor, desde a erupção do primeiro dente. Os dentes do bebé podem ser lavados com um pano suave ou compressa e um pouco de dentífrico e à medida que a criança for crescendo e ganhando autonomia, poderá usar a sua própria escova.

---

<sup>16</sup> **Avaliação neurocomportamental do recém-nascido.**

De salientar que, tanto no banho como na mudança de fralda, devem ser tomadas medidas preventivas de quedas e acidentes que garantam a segurança e comodidade da criança. No que concerne às roupas da criança é importante que sejam fáceis de vestir, confortáveis e adequadas à estação. Enquanto se desloca no chão o tipo de calçado é irrelevante, desde que os pés estejam cobertos e à temperatura ambiente. Os primeiros sapatos devem ser de sola suave, fáceis de calçar e utilizados quando o bebé começa a ficar em pé ou a dar os primeiros passos.

## Sono e Repouso

O sono é tão imprescindível para o desenvolvimento físico, cerebral e emocional das crianças como a alimentação. O impacto dos problemas do sono na criança é intensificado pelo seu efeito no sono dos pais, resultando em fadiga diária e perturbações do humor, afectando deste modo o desempenho parental.<sup>17</sup> Os bebés dormem a maior parte do tempo e é este estado de dispêndio mínimo de energia que promove o seu crescimento. À medida que crescem, as horas de sono diurno diminuem e aumentam as de sono nocturno.

Rituais simples e constantes, no período que medeia a hora de dormir, adaptados às diferentes etapas de desenvolvimento, ajudarão a criança a aceitar o berço / cama como espaço que lhe dá conforto e segurança. Para garantir um descanso prolongado durante a noite, é muitas vezes necessário recorrer a estratégias relaxantes. O banho ou a estimulação táctil, como a massagem ao fim do dia, proporciona um efeito calmante duradouro, assim como nos primeiros meses de vida oferecer uma chucha ou incutir a próprio dedo da criança, já que esta provoca a sucção indutora de sono. As condições ambientais também têm importância. Se ao princípio a luminosidade é indiferente ao bebé, com o tempo é preferível regular a claridade para instaurar progressivamente o ciclo sono-vigília. Um ambiente tranquilo e o estabelecimento de horas regulares e estáveis para dormir também ajudam o bebé / criança a autodisciplinar-se. Estímulos acústicos, conseguidos com caixas de música ou

---

<sup>17</sup> OWENS, J. A. – **Sleep Disorders**. In: Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HJ, Nelson. Textbook of Pediatrics. 17th ed. Philadelphia: WB Saunders, 2004. pp 75-80.

voz humana (pela fala ou canto) associados ao toque, para além de induzirem o sono, criam na criança a ideia que não está sozinha e que lhe é permitido descansar.

Cada novo surto de desenvolvimento desencadeará uma nova oportunidade para aprender a adormecer, tornando-se cada vez mais fácil se os pais se mantiverem firmes e carinhosos.

Peritos em problemas do sono crêem que ensinar cedo os padrões do sono, leva, mais tarde, a hábitos de sono saudáveis. O sonambulismo e os medos nocturnos, normalmente durante o sono profundo, estão muito associados a partir do 2º ano de vida e poderão anunciar sentimentos agressivos e de impotência da criança. Os pesadelos e os medos reequilibram estes mesmos sentimentos. Deverá haver sempre uma preocupação em averiguar se a causa está associada a um traumatismo ou mau trato.

Cada criança é diferente e as horas de sono que necessita são variáveis. No entanto, recomenda-se que crianças entre 1 e 3 anos durmam entre 12 e 14 horas, repartidas por sono nocturno e uma sesta diurna. Entre os 3 e os 5 anos recomenda-se 11 a 13 horas de sono, sendo já menos frequente a necessidade de sestadas diurnas.<sup>18</sup>

## Brincar

Brincar, enquanto actividade e oportunidade de relação constitui um elemento basilar em todo o processo dinâmico de construção do *ser criança*.

A criança vive rodeada de brinquedos, dos mais simples e improvisados aos mais complexos e modernos, criando contextos e situações onde ela se vai desenvolvendo e formando. Ao brincar, a criança conhece o mundo e, pela sua curiosidade inata, vai conquistando novas experiências e conhecimentos.

Ao tocar, cheirar, sentir, ver, ouvir, provar, conhece tantos e tão diferentes elementos que passam a fazer parte da sua vida e da pessoa que é. Estas descobertas são importantes na sua relação com o mundo, com as outras crianças e com os adultos e permitem-lhe expressar-se e demonstrar a riqueza de significados. Ao brincar, a criança adapta-se progressivamente ao mundo real, conhece os sentimentos, a noção de bem / bom e mal / mau, as hierarquias e

<sup>18</sup> NATIONAL SLEEP FOUNDATION – **Children's Sleep Habits**. 2004.

as relações. No seu mundo percebe a tristeza e a alegria, conhece as intenções da bruxa e da princesa, vislumbra amizades entre gatos e ratos e até recria os ambientes de mãe / filho, reconhecendo na mãe a figura de autoridade. Em todas as fases da infância, com características que concorrem com o desenvolvimento psicomotor, o brincar assume diferentes expressões. Ao expressar-se (através da música, da pintura, dos desenhos, da dança) a criança deixa transparecer e perceber como está construindo a sua personalidade.

Em suma, brincar promove o desenvolvimento psicomotor, moral, ético, estético e espiritual da criança.

De salientar que, ao escolher um brinquedo, os pais deverão ter em conta: a segurança, durabilidade, ruído, interesse e a adequação deste à idade e ao temperamento da criança.<sup>19</sup>

## Disciplina

«A disciplina é o segundo presente mais importante que um pai pode dar a uma criança. O amor vem em primeiro lugar». (T.B. Brazelton)

A disciplina, tal como enunciada por Brazelton, constitui uma base fundamental na educação e desenvolvimento da criança. O equilíbrio contínuo e verdadeiro entre o amor e a disciplina proporcionam à criança contextos de desenvolvimento baseados na segurança, por isso, proporcionam contextos de formação de adultos mais felizes.

A conotação negativa geralmente associada à disciplina não cabe neste cenário de desenvolvimento infantil, pois, neste, admitimo-la enquanto característica definidora de normas e moral. A disciplina existe para os comportamentos que são «não adequados» e, neste conceito, encontramos toda a conotação de uma forma de ser e estar com os outros que vai formando e transformando a criança na sua vivência social. A forma como a disciplina é transmitida à criança pelos pais e educadores influencia o desenvolvimento sócio-moral, ou seja, a forma como a criança, adolescente e, mais tarde, adulto, reagirá às questões de justiça e como justificará as suas tomadas de decisão. A disciplina é, assim, inicialmente transmitida mas paulatinamente tem a faculdade de ser apreendida e se transformar na autodisciplina.

---

<sup>19</sup> BRAZELTON, T. B.; SPARROW, J. – **A criança dos 3 aos 6 anos**. 2004.

Neste âmbito é importante avaliar a percepção que os pais têm sobre a eficácia de determinadas atitudes, ou seja, qual a sua percepção de competência no desempenho do papel parental. Estudos recentes<sup>20</sup> têm evidenciado que mães com maior conhecimento acerca do desenvolvimento infantil, características e temperamento da criança, apresentaram uma percepção mais positiva do seu desempenho no papel parental, logo, maior satisfação e evidenciaram relações mais positivas e atitudes mais adequadas face ao temperamento da criança, o que revela maior auto-eficácia.

## Segurança

A segurança constitui um outro pilar fundamental à sedimentação de um desenvolvimento infantil salutar. É um conceito rico em significação, pois tanto pode ser entendido na sua vertente emocional, social ou física. Porque a criança se sente segura pode avançar no percurso do seu desenvolvimento.

Falamos de segurança psicológica ou emocional quando nos referimos ao estado de bem-estar, conforto e familiarização que a criança sente com as pessoas mais próximas que alimentam e constroem teias de afectos que suportam a sua vida.

Falamos de segurança numa vertente social quando nos referimos aos contextos familiares e sociais em que a criança se insere. Os contextos e as vivências da criança influenciam o seu desenvolvimento, de uma forma salutogénica ou, por outro lado, impeditiva de um desenvolvimento global equilibrado.

Quando falamos de segurança física referimo-nos às condições físicas do ambiente em que a criança vai desenhando o seu percurso de desenvolvimento, em particular, se existem riscos de acidentes.

Este conceito toma real sentido se entendido na complementaridade destas vertentes, pois influenciam-se mutuamente quando explorado à luz do desenvolvimento infantil.

---

<sup>20</sup> RIBASJR, C. D.; MOURA, M. L. S.; BORNSTEIN, M. H. – **Cognições Maternas acerca da Maternidade e do Desenvolvimento Humano: uma contribuição ao estudo da psicologia parental.** *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*; 17(1):104-113. 2007.



## Afectos

«A Natureza e a afectividade interagem entre si de forma imperceptível, num dueto que acompanha o desenvolvimento». (*Greenspan e Brazelton*).

Desde cedo que a qualidade dos cuidados prestados às crianças é fundamental para o seu desenvolvimento. Inerente a esse cuidado está um elemento fundamental, invisível aos olhos, mas sensível ao coração: os afectos. De facto, a profundidade com que os pais «sentem» os seus filhos irá sem dúvida influenciar o seu desenvolvimento. A forma como as crianças se sentem queridas, aconchegadas e amadas definirá quem serão, o quanto gostam de si e o quanto serão capazes de gostar dos outros. Aquilo que a criança mais precisa, em primeiro lugar, é sentir-se amada. Em segundo lugar, necessita de alguém que imponha limites à sua vontade e, ao mesmo tempo, a faça sentir-se protegida e segura.

A primeira infância é, simultaneamente, a fase mais crítica e mais vulnerável no desenvolvimento de qualquer criança. É nesta fase que se estabelecem as bases para o desenvolvimento intelectual, emocional e moral.<sup>21</sup> A relação emocional dos pais com o bebé será o primeiro passo para atingir essas vertentes do desenvolvimento. Na verdade, desde cedo que as crianças necessitam de cuidados sensíveis, sendo que a troca de gestos afectivos e emocionais irá ajudá-las a compreender o mundo à sua volta, a formar as capacidades de segurança, confiança, empatia, solidariedade, e a noção do «eu». De acordo com Winnicott,<sup>22</sup> a mãe partilha com a criança pequena um pedaço do mundo à parte, mantendo-o suficientemente limitado para que a criança não fique confusa e aumentando-o muito progressivamente de forma a satisfazer a capacidade crescente da criança fluir com o mundo.

A afectividade ajuda as crianças a querer imitar e agradecer às figuras com autoridade que amam e admiram. A definição de limites e estruturas que essas figuras impõem irá ajudá-las a aprender a controlar-se quando as *tentações* são fortes.

De facto, a aprendizagem mais importante nos primeiros anos de vida será aquela que é proporcionada pela interacção humana não tendo qualquer comparação com os objectos e os utensílios usados na aprendizagem. Para que se

<sup>21</sup> BRAZELTON, T. Berry; GREENSPAN, Stanley – **A criança e o seu mundo**. 2006.

<sup>22</sup> WINNICOTT PRESS, D. W (1896 – 1971).

favoreça esta interacção é fundamental que os pais tenham tempo para os filhos. É preciso que os pais se *apaixonem* e deliciem com o bebé. É fundamental que os peguem ao colo, sintam o prazer de os acarinhar, massajar, de envolver num abraço, de sentir-se como parte dele e interagir numa cumplicidade afectiva que respeita a iniciativa, o ritmo e as suas diferenças.

Uma relação afectiva-emocional duradoura com um bebé, sem dúvida leva a uma melhor interpretação e conseqüente resposta aos seus sinais. Será tão fácil decifrar a tonalidade do choro, o jeito do olhar, a expressão da vontade, ou mesmo a intensidade do medo. Desta forma, à medida que o bebé irá crescer, os laços afectivos irão solidificar-se em raízes de entendimento, segurança, confiança e amor, acompanhando-os toda uma vida. Poderemos dizer que esta é a chave para um desenvolvimento futuro saudável.<sup>23</sup>

A relação afectiva entre um bebé e quem cuida dele e que realmente o conheça, é responsável por um número surpreendentemente grande de capacidades mentais vitais.<sup>24</sup>

O sentido de identidade, de vontade, de finalidade, de afirmação, e o começo do pensamento lógico causal advêm todos dessas maravilhosas interacções recíprocas. Podemos dizer que não é apenas o pensamento que se desenvolve a partir de interacções emocionais precoces, mas também um sentido moral do que é certo e do que é errado. A capacidade de lidarmos com os sentimentos de uma forma positiva, construtiva, madura e compreender os sentimentos dos outros e de nos importarmos com aquilo que o outro sente, só pode advir da experiência de interacções afectivas, particularmente no seio familiar. Para Brazelton, é através das primeiras interacções afectivas que se estabelece o sentido de causalidade. Efectivamente, só podemos sentir empatia se previamente alguém tiver sido empático e afectuoso para connosco.

Quando existem relações sólidas, empáticas e afectivas, as crianças aprendem a ser mais afectuosas e solidárias e acabam por comunicar os sentimentos, reflectir sobre os próprios desejos e desenvolver o respectivo relacionamento e amizade com outras crianças e adultos. Greenspan demonstrou que as relações e interacções emocionais também ensinam a comunicar e a pensar.

---

<sup>23</sup> BRAZELTON, T. – **O grande livro da criança: o desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos.** 1992.

<sup>24</sup> BRAZELTON, T. Berry; GREENSPAN, Stanley – **A criança e o seu mundo.** 2006.

Neste sentido, Brazelton complementa referindo que as emoções são, de facto, os arquitectos, os dirigentes e os organizadores da nossa mente.

Estudos recentes concluíram que os padrões familiares que subestimam os afectos podem comprometer significativamente as capacidades cognitivas e emocionais do bebé. As interacções emocionais com bebés e crianças baseadas no carinho, afecto e apoio, contribuem para um desenvolvimento adequado do sistema nervoso central e formam as bases não só cognitivas como também a maioria das capacidades intelectuais da criança, incluindo a criatividade e a capacidade do pensamento abstracto.<sup>25</sup> Também para Jean Piaget, é irrefutável que o afecto desempenha um papel essencial no funcionamento da inteligência. Sem afecto não haveria interesse, nem necessidade, nem motivação. Vejamos o sorriso. Embora em cada sorriso exista uma componente motora, o que irá fazê-lo surgir é sem dúvida a emoção. A emoção de um sentir.

A pior coisa para um bebé é não ter alguém que o ame ou sentir insegurança em relação a essa pessoa. Estudos científicos comprovam que a criança que é criada com escassez de afecto, carinho e contacto físico, tem propensão para se deprimir e desenvolve-se mais lentamente.

Os filmes de René Spitz e os estudos feitos por Spitz e John Bowlby revelaram ao mundo a importância que tem a relação afectiva na saúde física, emocional, social e intelectual das crianças e as péssimas consequências da sua ausência. Segundo constatou Brazelton, em orfanatos na Roménia onde havia ausência de cuidados afectivos ou de uma interacção social e intelectual, as crianças desenvolveram graves deficiências a nível físico, intelectual e social.

Infelizmente, sujeitos às tensões do dia-a-dia, os pais acham difícil ir ao encontro das necessidades dos filhos, esquecendo que, muitas vezes, o que eles mais necessitam é apenas um pouco do tempo que eles muitas vezes *não têm*.

O panorama actual revela que há cada vez mais famílias que têm pouco tempo livre para os filhos, devido ao facto de ambos os pais trabalharem para ajudar no orçamento familiar. Paralelamente, muitas vezes, mesmo os pais que têm possibilidade de estar com os filhos substituem essa interacção pelo ecrã do televisor. As crianças, particularmente os bebés, não deveriam ser deixadas

---

<sup>25</sup> BRAZELTON, T. Berry; GREENSPAN, Stanley – **A criança e o seu mundo**. 2006.

sozinhas nos períodos em que estão despertas. Deveriam ter a presença de uma pessoa significativa para interagir com ela e descobrir o quanto essa interacção pode ser maravilhosa.

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

Por vezes, os pais pensam que é preciso dar-lhes o mundo, mas muitas vezes, esquecem-se que para elas, o mundo são eles mesmos. E isso é o que as crianças verdadeiramente precisam.

As crianças que são privadas das vivências habituais que lhes permitiriam ser solidárias, afectuosas e meigas são frequentemente as que se encontram no seio de famílias com múltiplos problemas, tais como doenças mentais ou graves padrões anti-sociais por parte de ambos os pais ou de um deles. A causalidade destas situações reside na falta de oportunidades que lhes foram negadas que favoreçam a afectividade, a interacção ou a aprendizagem.<sup>26</sup>

Mais grave que a escassez de alimento é esta carência afectiva. Uma carência que, muitas vezes, se vê, mas não se notifica. Os enfermeiros, em especial os de família, têm de estar alerta para estas situações, de forma a poderem intervir junto dos pais, mostrando-lhes formas de contrariá-las. Não fazê-lo, é também uma forma de negligência.

Temos efectivamente de ajudar os pais a compreender que, para o desenvolvimento das capacidades cognitivas e emocionais dos filhos, o que é realmente importante é a sensibilidade e a qualidade das interacções emocionais entre eles. Por outro lado, em situações em que ambos os pais se vêem limitados pelo tempo laboral, é importante transmitir-lhes que estes têm o poder de ser criativos e tornar cada momento que passam com os filhos um momento único e rico em afectos. Mais que a quantidade, importa a qualidade do tempo com que verdadeiramente se *está*.

As crianças são efectivamente o sorriso do mundo, tendo as mesmas a particularidade de ecoar o que de melhor existe em nós. Olhá-las e senti-las

<sup>26</sup> BRAZELTON, T. Berry; GREENSPAN, Stanley – **A criança e o seu mundo**. 2006.

como seres fantásticos que são e futuros homens de amanhã que serão, faz-nos aperceber da responsabilidade que cada um de nós tem perante as mesmas. Elas são uma pequena obra de arte, cujos traços, linhas e personalidade refletem muito da atitude, delicadeza, saber e sentir dos respectivos pais, sendo que cada um deles tem um timbre particular de definir a sua obra!

Cuidar não é uma capacidade inata, é uma competência. Daí que tenhamos o dever de ajudar e ensinar os pais para que se tornem mais competentes num cuidar que, muitas vezes, começa com a doçura de um simples e meigo olhar.

## **Sexualidade**

A sexualidade infantil refere-se ao sentimento, comportamento e desenvolvimento sexual das crianças. É uma parte integral da personalidade de todo o ser humano, cujo desenvolvimento pleno depende da satisfação de necessidades básicas como desejo de contacto, intimidade, expressão emocional, prazer e amor. Dela depende uma construção psíquica, que se inicia mesmo antes do nascimento e evolui até ao final da adolescência. Todos os pais têm expectativas em relação aos seus filhos, consciente ou inconscientemente. A criança ao nascer pode corresponder à expectativa ou não e desenvolver-se-á conforme for a aceitação do sexo da criança pelos pais.

Para a grande maioria dos investigadores nesta área, a sexualidade bem construída leva ao desenvolvimento da personalidade e, conseqüentemente, à capacidade de estabelecer relações afectivas estáveis ao longo da vida.

A contribuição dos estudos de Sigmund Freud foi decisiva para que hoje reconhecêssemos a existência da sexualidade infantil, a qual se considera ser o impulso de vida, a energia ou a mola que impulsiona a criança para o seu desenvolvimento. Ela aprende sobre o respectivo corpo, do mesma forma que aprende a falar, a andar e a comer, construindo a sua própria identidade.

As descobertas de Freud provocaram grande espanto na sexualidade conservadora do final do século XIX, visto que até esta época a criança era tida como um símbolo de pureza, um ser assexuado.

Segundo o mesmo autor, na fase oral, até os dois anos, o prazer concentra-se na boca, sendo a hora da mamada um momento de alimentação e prazer. A higiene íntima pode também proporcionar sensações agradáveis.

Para Melaine Klein, discípula de Freud,<sup>27</sup> a sexualidade infantil desenvolve-se a partir do momento em que mãe e bebê se tocam, despertando prazeres mútuos. Este período é único e delicado, e possíveis problemas podem trazer futuras complicações no comportamento sexual da criança.

Durante a Fase Anal (entre os 2 e os 3 anos) há o contacto real e visual com as produções fisiológicas e o controlo dos esfíncteres, podendo esta etapa ser geradora de insegurança e de «rejeição» ao próprio corpo.

Na fase fálica (4 aos 6 anos) ocorrem as maiores explorações e descobertas a respeito dos órgãos sexuais por parte das crianças. Apercebem-se da diferença entre o corpo feminino e o masculino de maneira mais evidente, e há maior interesse no corpo do outro. A masturbação é recorrente, mas nessa fase a criança não tem consciência nem malícia no acto que se resume a um gesto agradável, que faz bem ou serve como instrumento anti-*stress*. Esta situação deverá ser entendida pelos pais e na qual o enfermeiro tem um papel orientador fundamental.

Percebemos a importância da família na construção da vida sexual da criança, que pode e deve gerar segurança. O contacto e os estímulos afectivos recebidos pelo pai e pela mãe influenciarão a estrutura da criança.

A educação sexual é uma aprendizagem automática, constante e inconsciente de atitudes, gestos e ideias que se inicia a partir do nascimento, devendo a criança ser educada como uma criança e não como um papel sexual. As atitudes e brincadeiras não deverão ser nem reforçadas, nem proibidas, com diferenciação de brinquedos exclusivos para menino ou menina, podendo criar-se um risco acrescido nas expectativas da criança, quanto a um papel sexual, impedindo que se desenvolva de uma maneira natural.

A criança ao brincar, seja com uma boneca ou uma bola, está apenas a reconhecer, descobrir, aprender, características inatas do seu desenvolvimento.

Há ainda que reconhecer que a sexualidade na infância acompanha o desenvolvimento emocional e, por isso, as respostas dos pais deverão despertar esse desenvolvimento com simplicidade e na medida em que esta curiosidade se vai manifestando.

---

<sup>27</sup> FREUD, Sigmund. <http://www.cefetsp.br/edu/eso/filosofia/sexualidadeinfantilfreud.html>

#### 4.1.2. Promover o desenvolvimento infantil em crianças com deficiência

«Não existem pessoas perfeitas, só boas imperfeições». (Aristóteles)

Devido às especificidades inerentes a uma criança com deficiência, e por toda a componente psicológica que as mesmas acarretam, é-nos exigido um conjunto de cuidados holísticos de forma a podermos ajudar estas crianças e familiares a viverem da forma mais positiva possível com essa condição. Temos um papel fundamental, enquanto facilitadores de informação, bem como catalisadores de mudanças e desenvolvimento de estratégias internas.

A condição de vulnerabilidade da criança com deficiência ou em risco de desenvolvimento atípico poderá potenciar um aumento nos níveis de *stress* parentais e implicar um esforço suplementar em termos de adaptação e organização do sistema familiar.<sup>28</sup> Estas crianças podem, durante os primeiros meses de vida ou mesmo durante os primeiros anos, ter uma capacidade de resposta mais reduzida e interações mais difíceis e menos satisfatórias com os pais / cuidadores.

Muitas vezes, os pais apenas se focalizam nas limitações não reconhecendo as potencialidades do filho. Se as famílias forem ajudadas a adquirir uma postura proactiva perante a situação de deficiência, estaremos a ajudá-las a derrubar as próprias barreiras internas que, muitas vezes, se erguem perante as limitações. Neste sentido, o reforço positivo das competências e qualidades da criança com malformação deverá ser uma constante. Se trabalharmos com os pais estas vertentes, estaremos a promover a vinculação entre ambos, fazendo com que, muitas vezes, este seja o princípio para que esta se estabeleça.<sup>29</sup>

Uma criança com deficiência é, sem dúvida, um ser único, tal como todas as outras, mas que, por um tropeçar genético, ou não, teve a infelicidade de ter algumas limitações. Como qualquer outra criança, esta tem potencialidades e é nessas que temos de nos concentrar, promovendo-as junto dos pais e ajudando-os, tais como à sociedade, a reformular a ideia *deformada* que têm

<sup>28</sup> COUTINHO, M. T. B. – **Apoio à família e formação parental**. *Análise Psicológica*. 1 (XXII). 2004. pp 55-64.

<sup>29</sup> MARINHEIRO, P. – **Enfermagem de Ligação: Cuidados Pediátricos no domicílio**. 2002.

da deficiência. Se isto acontecer, a reorganização estrutural poderá ficar mais fácil e o ambiente familiar irá contribuir para o desenvolvimento da criança.

O enfermeiro, no contexto da equipa de saúde, deve sobretudo ajudar a família a encontrar os recursos necessários e a forma mais adequada de os canalizar. Deve igualmente ajudar os pais a fomentarem as relações sociais, das quais muitas vezes se privam devido à situação do filho.

O trabalho organiza-se no sentido de integrar a criança com deficiência num contexto o mais normal possível, a fim de fornecer aprendizagens e, conseqüentemente, desenvolvimento das competências sociais desta, derrubando assim as barreiras do isolamento social.

A par e passo de tudo o que foi descrito, deverá ser criada uma ponte com o descrito nos pilares das áreas funcionais do anterior subcapítulo com a especificidade da deficiência que a criança e a família enfrentam.

No entanto, sendo a aprendizagem destas crianças mais lenta, é necessário um planeamento mais adequado, mais persistência, mais motivação e, muitas vezes, os pais sentem-se inseguros sobre o que fazer e como o fazer. Intervir precocemente com programas que visem o suporte familiar permitirá fortalecer o funcionamento, promover o crescimento e desenvolvimento dos membros e da família como um todo.

Modelos de promoção como os sugeridos pelo conceito de *empowerment* significam necessariamente mais capacidades, mais responsabilidades e também mais poder para os pais, mediadas por uma maior informação e formação sobre temáticas relacionadas com a saúde, desenvolvimento e aprendizagem da criança com deficiência, mas implicam igualmente uma colaboração estreita e nivelamento das relações entre pais e profissionais, através do estabelecimento de parcerias efectivas.<sup>30</sup> A criação deste tipo de oportunidades será extremamente útil para a auto percepção da competência parental, permitindo-lhes sentir-se mais informados e mais aptos a participar de forma mais activa na discussão de aspectos relevantes para a elaboração e implementação do programa de intervenção pedagógico-terapêutico.<sup>31</sup>

<sup>30</sup> COUTINHO, M.T.B. – **Apoio à família e formação parental**. 2004.

<sup>31</sup> Idem



### 4.1.3. Promover o desenvolvimento infantil em contexto hospitalar

O encontro circunstancial do profissional com a criança e a família poderá dar-se igualmente em contexto hospitalar, num serviço de urgência ou num serviço de internamento. Trata-se muitas vezes de oportunidades únicas que não poderão ser negligenciadas e como tal, são reforçadas neste guia. Da mesma forma que no subcapítulo anterior todos os pilares das áreas funcionais do desenvolvimento infantil deverão ser atendidos olhando às especificidades de uma situação de internamento. O clima de afectividade, a promoção da segurança – para que as crianças ultrapassem a ansiedade e o medo do desconhecido – ou a promoção de actividades lúdicas, são exemplo da aplicação destes pilares neste contexto. Um dos aspectos basilares em contexto hospitalar é o brincar. As crianças afastam momentaneamente os sentimentos de sofrimento, reflectem sobre a situação e criam estratégias para um desfecho mais satisfatório da situação.

Se olharmos para a criança / família além do contexto hospitalar imediato iremos ver que, em cada momento, está presente uma oportunidade para trabalhar as características pessoais, como a vinculação segura, recursos psicológicos, conhecimento e expectativas realistas, maximizando assim os efeitos benéficos da hospitalização.

De facto, muitas são as vezes em que pais inexperientes adquirem verdadeiras competências, nomeadamente segurança e confiança, devido às necessidades que a condição de dependência do filho exigiu. Neste sentido, mais uma vez, salientamos a importância de reconhecer os pais como protagonistas e responsáveis pela continuidade dos cuidados, e compreender que a saúde das crianças deve ser analisada no contexto mais amplo da saúde familiar. São também em situações de internamento que, muitas vezes, podem ser detetadas situações de risco. Estas, uma vez encaminhadas, poderão mais facilmente ser seguidas e resolvidas.

Podemos dizer que considerando o comprometimento físico e psicológico que uma situação de internamento acarreta, e reconhecendo as especificidades de cada criança / família, é exigido a cada enfermeiro que cuida de crianças em contexto hospitalar um vasto conjunto de *saberes e competências* que lhes permita promover um desenvolvimento infantil harmonioso.

No entanto, compreende-se que a monitorização do desenvolvimento infantil através de um instrumento de avaliação poderá ser de difícil aplicação prática em situação de internamento hospitalar, mais ainda se tivermos em conta que habitualmente se procura *the best performance* da criança. Porém, peritos confirmam que caso seja esta a única oportunidade de o fazer, deverá ser feito com algumas salvaguardas.

A excepção prevalece a nível da aplicação da Escala de Avaliação Neuro-comportamental de Brazelton (Anexo 3), onde é sugerida pelos autores a aplicação ao recém-nascido na maternidade, antes de regressarem a casa. Os enfermeiros devidamente treinados poderão proceder à aplicação desta Escala que tem a particularidade de descobrir as competências do recém-nascido em parceria com os pais, proporcionando momentos de interacção inesquecíveis e promovendo a vinculação pais / filhos. Momentos desta partilha são lembrados 10 a 20 anos depois pelos pais, segundo o autor.

A partilha desta e de outras informações deverá ser promovida pelos enfermeiros da área de residência da família, de forma a dar continuidade a um trabalho iniciado.

## **4.2. Monitorização do Desenvolvimento Infantil**

A monitorização do desenvolvimento infantil compreende a harmonia de diferentes factores. Deverão ser designados para identificar de forma rápida e fidedigna, visando a promoção da saúde da criança e família, baseada nas áreas funcionais descritas e respeitando os pilares da qualidade dos cuidados (estrutura, processo e resultados). A inexistência ou deficiência de um elemento pode comprometer todo o processo de intervenção ao nível da criança e família. Tendo em conta a complexa execução, propomos o seguinte percurso:

### **Fase A – intervenção inicial**

- Identificar dados familiares e da criança desde a fase pré-natal até ao tempo actual, valorizando o padrão sociocultural da família;
- Identificar os padrões de desenvolvimento inerentes a cada faixa etária;
- Comunicar com a criança e a família utilizando técnicas apropriadas à idade / estágio de desenvolvimento, cultura, salvaguardando os princípios descritos neste guia;

- Escutar os pais, valorizando factores circunstanciais, focalizando a relação pais / filhos;
- Avaliar o desenvolvimento infantil em ambiente de confiança, de preferência num horário o mais adequado à criança e na presença de pelo menos um prestador directo de cuidados;
- Associar à apreciação um instrumento de avaliação do desenvolvimento psicomotor fiável (Anexo 3), tendo o enfermeiro um treino e conhecimento sólido do mesmo;
- Diagnosticar o padrão / perfil de desenvolvimento da criança.

### **Fase B – intervenção posterior**

- Promover a capacitação do prestador directo de cuidados para comportamentos associados à maximização do potencial de desenvolvimento infantil, atendendo ao seu ambiente natural, apoiando e estimulando a função parental;
- Intervir na comunidade com colaboração estreita dos serviços sociais e da educação, cuja influência revele possuir relações protectoras para progressão do processo evolutivo do desenvolvimento da criança;
- Reavaliar e reformular a intervenção da Enfermagem, com base na evidência e na experiência profissional reflectida, elegendo as melhores respostas;
- Referenciar a criança com necessidades de intervenção especializada para enfermeiro perito na área ou para uma intervenção multidisciplinar, proporcionando apoio e articulação adequada;
- Registar em documento próprio, baseado na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem.

## **4.3. Formação / Investigação**

O processo de tomada de decisão é influenciado pela competência profissional, fruto da reflexão sobre a acção, das experiências de formação e dos estilos pessoais passíveis de se reestruturarem através da formação.<sup>32</sup>

<sup>32</sup> JESUS, Elvino H. – **Padrões de habilidade cognitiva e processo de decisão clínica de enfermagem**. Coimbra: Formasau, 2006.

Para Delors, «a educação organiza-se em torno de quatro aprendizagens: aprender a conhecer, isto é, adquirir os instrumentos de compreensão; aprender a fazer, para poder agir sobre o meio envolvente; aprender a viver juntos, a fim de participar e cooperar nas relações humanas; e aprender a ser, via essencial que liga tudo o resto». <sup>33</sup>

Em consenso com o referido e a promoção do desenvolvimento infantil, reconhece-se a necessidade de continuar a aprofundar conhecimentos nesta área e a investir na formação académica (base / pós-gradual) e em contexto de trabalho. Haverá que fomentar trabalhos de investigação neste campo, de forma a obter respostas mais assertivas / proactivas às necessidades actuais.

Para tal, os enfermeiros deverão preparar-se com outros enfermeiros e técnicos com conhecimentos mais especializados no instrumento de avaliação escolhido. No período inicial, deverão poder contar com um suporte desses mesmos elementos formadores e, posteriormente, nivelar a formação contínua de acordo com as suas necessidades.

Os enfermeiros deverão munir-se dos conhecimentos referentes às áreas funcionais do desenvolvimento e dos seus valores de base, de forma a apoiar os pais nas áreas que se manifestem mais reveladoras de mediação do enfermeiro.

#### **4.4. Políticas Organizacionais**

As políticas organizacionais deverão basear-se nos conteúdos dos guias orientadores das boas práticas, de modo a garantir às crianças / famílias cuidados de qualidade. As instituições deverão promover auditorias internas para monitorizar a aplicação do guia. Os enfermeiros com responsabilidade na regulação da profissão têm o dever de definir indicadores de qualidade para avaliar os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de Enfermagem, prestados na área em questão. A articulação entre as instituições e serviços deverá ser sempre assegurada de modo a garantir a continuidade dos cuidados.

---

<sup>33</sup> DELORS, Jacques – **Os quatro pilares da educação**. 1999.



## GLOSSÁRIO

Alimento	É toda a substância sólida ou líquida comestível. São compostos complexos com componentes nutritivos e não nutritivos que são importantes pela sua função motora, absorviva, de palatabilidade e de consistência.
Avaliar	Processo contínuo de medir o progresso ou extensão em que os objectivos estabelecidos foram atingidos.
Apreciar / Categorizar	Estimar a dimensão, qualidade ou significado de alguma coisa.
Incentivar	Levar alguém a actuar num sentido particular ou estimular o interesse de alguém ou uma actividade.
Infância	Período que vai desde o nascimento até aproximadamente ao 11º ano de vida de uma pessoa.
Ingestão aconselhada	Diz respeito à quantidade mínima de um determinado nutriente que cobre as necessidades da maior parte das pessoas sãs de uma população.
Intervenção precoce	Consiste na prestação de serviços, dirigidos à criança e à família, com o objectivo de reduzir os efeitos dos factores de risco ou da deficiência no desenvolvimento da criança.
Família	Grupo de seres humanos vistos como uma unidade social ou um todo colectivo, composta por membros ligados através da consanguinidade, afinidade emocional ou parentesco legal, incluindo pessoas que são importantes para o cliente.
Desenvolvimento infantil	Processo de desenvolvimento físico normal e progressivo, de acordo com a idade aproximada e estádios de crescimento e desenvolvimento, desde o nascimento, através da infância até à idade adulta.
Desenvolvimento psicomotor	Processo natural e evolutivo. Integra a coordenação, comunicação, socialização e aspectos da mobilidade. Capacidade das pessoas para interagirem com o meio envolvente através de comportamentos.
Maturação	Aumento na competência e na adaptabilidade; envelhecimento. Usualmente empregue para descrever uma alteração qualitativa; uma alteração na complexidade de uma estrutura que a possibilita começar a funcionar; para actuar a um nível mais elevado.
Motricidade	Conjunto das faculdades e características psicofísicas associadas à capacidade de movimento no ser humano.

Necessidade nutricional	É a quantidade mínima de um determinado nutriente necessária para manter um estado de boa saúde, satisfazendo os requisitos para um equilíbrio harmonioso entre crescimento e desenvolvimento.
Nutriente	É a parte nutritiva de um alimento.
Parentalidade	Consiste em assumir as responsabilidades de ser mãe ou pai. Comportamentos destinados a facilitarem a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel parental, adequados ou inadequados.
Processo de crescimento normal	Condição de ganho de peso e de crescimento dentro dos parâmetros normais e esperados, especialmente nas crianças; corpo bem nutrido e ajustado pelo acesso aos nutrientes essenciais.
Promover	Ajudar alguém a começar ou a progredir nalguma coisa.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACADEMIA AMERICANA DE PEDIATRIA. COMISSÃO PARA AS CRIANÇAS COM INCAPACIDADES – **Rastreo e vigilância do desenvolvimento das crianças**. In: *Pediatrics*, 2001. 9 (8), pp. 361-365.
- ALARCÃO, I. & TAVARES, J. – **Supervisão da Prática Pedagógica. Uma perspectiva de Desenvolvimento e Aprendizagem** (2ª ed.). Coimbra: Almedina, 2003.
- ANDRADE, M. – **Intervenção precoce na criança com paralisia cerebral. A família na intervenção precoce**. In: Acta do III Encontro Nacional de Intervenção Precoce. Coimbra: Equipa de Coordenação do Projecto de Intervenção Precoce, 1995.
- BARROS, L. – **Psicologia pediátrica, Perspectiva desenvolvimentista**. 1ª ed. Lisboa: Climepsi, 1999.
- BELLMAN, M.; LINGAM, S.; AUKETT, A. – **Schedule of Growing Skills II: Manual do utilizador**. 1ª edição. London: NFER Nelson Publishing Company Lda, 1996.
- BELLMAN, M.; LINGAM, S.; AUKETT, A. – **Schedule of Growing Skills II. Manual Técnico**. 1ª edição. London: NFER Nelson Publishing Company Lda, 1996.
- BIRCH, L. L.; JOHNSON, S. L. – **Parents' and Children's Adiposity and Eating Style**. *Pediatrics*. Burlington. 1994. Vol. 94 (5): 653-661. ISSN: 0031-4005.
- BIRCH, L. L. et al. – **Confirmatory factor analysis of the Child Feeding Questionnaire: a mesure of parental attitudes, beliefs and practices about child feeding and obesity proneness**. *Appetite*. 2001. Vol. 36: 201-210.
- BISCAIA, J. – **A Morte do Recém-nascido**. In: *Cadernos de Bioética*. nº 12, 1996.
- BOAVIDA, J. E.; BORGES, L. – **Intervenção Precoce em Desenvolvimento**. In: *Saúde Infantil*, 25 (3), pp. 23-34. 2003.
- BOWLBY, J. – **Apego, a natureza do vínculo**. São Paulo: Ed. Martins, 1990.
- BOWLBY, J. – **Formação e rompimento dos laços afectivos**. São Paulo: Ed. Martins Fontes, 1997.
- BRAZELTON, T. B. – **Touchpoints practice: Lessons Learning from training and Implementation**. New York: Addison-Wesley, 1992.
- BRAZELTON, T. B.; SPARROW, J. D. – **A criança e a disciplina**. Lisboa: Editorial Presença, 2004.
- BRAZELTON, T. B.; SPARROW, J. D. – **A criança e a alimentação**. Lisboa: Editorial Presença, 2004.
- BRAZELTON, T. B. – **O crescimento da vinculação antes e depois do nascimento**. Lisboa: Ed. Terramar, 1992.
- BRAZELTON, T. B. – **Touchpoints Practice: The Essencial Reference**. New York: Addison-Wesley, 1992.
- BRAZELTON, T. B. – **Touchpoints Practice: Your Childs Emotional and Behavioral Development**. New York: Addison-Wesley, 1992.
- BRAZELTON, T. B. – **O grande livro da criança**. 8ª edição. Lisboa: Editorial Presença, 2005.
- BRAZELTON, T. Berry; GREENSPAN, Stanleyl. – **A criança e o seu mundo**. 6ª ed. Lisboa: Editorial Presença, 2006.
- BRAZELTON, T. – **O grande livro da criança: o desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos**. 9ª edição. Lisboa: Editorial Presença, 1992.
- BRAZELTON T. B. & SPARROW, J. – **A criança dos 3 aos 6 anos – O desenvolvimento emocional e do comportamento**. 2ª edição. Lisboa: Editorial Presença, 2004.



- BRONFENBRENNER, U. – **Ecology of the family as a context for human development: research perspectives.** In: *Developmental Psychology*, 22, pp. 723-742. 1986.
- CARMO, Isabel do, et al. – **Obesidade em Portugal e no Mundo.** Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2008.
- COMISSÃO PARA A PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO DO CHU SAINTE-JUSTINE, MONTREAL, QUEBEQUE – **O aleitamento materno.** Lisboa: Climepsi, 2007.
- CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS (CIPE® / ICNP) – **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem.** Versão 1.0. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2006.
- COSTA, C. G. – **Educação para o desenvolvimento humano. Mapa e Bússola: Dos potenciais às quatro competências básicas.** Editora Saraiva, 2004.
- COUTINHO, M. T. B. – **Apoio à família e formação parental.** *Análise Psicológica*. 1 (XXII):55-64. 2004.
- DAMÁSIO, A. – **O Erro de Descartes: Emoção, Razão e Cérebro humano.** 24ª ed. Mem-Martins: Publicações Europa-América, 2005.
- DECRETO-LEI nº 104/98 – D.R. I Série A. 93 (98-04-21) 1739-1757.
- DELDIME,S; VERMEULEN.–**O Desenvolvimento Psicológico da Criança.** Lisboa:EdiçõesAsa,2001.
- DELORS, Jacques – **Os quatro pilares da educação.** Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o Século XXI, pág. 89-102. 1999.
- DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE – **Saúde Infantil e Juvenil: Programa-tipo de Actuação.** 2ª edição. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. (Orientações técnicas; 12). Revoga a Circular Normativa nº 9/DSI, 2002, de 06/10/92.
- DOWORKIN, P. – **British and American Recommendations for development Monitoring: The Role of Surveillance.** In: *Pediatrics*, 84 (6), pp. 1000-1010. 2001.
- EMDE, R. – **Early emotional development: new modes of thinking for research and intervention.** In: *Pediatrics*, 102 (5). 1998.
- FESTAS, C. – **Cuidados de Enfermagem e competência Profissional.** Escola Superior de Enfermagem Imaculada Conceição. (Ano XII, nº 37), pág. 30-37. Dez. 2006.
- FREUD, Sigmund – **A sexualidade infantil** [consulta a 20 de Nov. 2009], em. <http://www.cefetesp.br/edu/eso/filosofia/sexualidadeinfantilfreud.html>.
- FREITAS, Paula; SOUSA, Márcia– **Vivências de pais com crianças com malformações congénitas.** Trabalho de Investigação, Escola Superior de Saúde de Vale do Ave, Famalicão, 2008.
- FONSECA, V. – **Desenvolvimento psicomotor e aprendizagem.** Lisboa: Editora Âncora, 2005.
- GALVÃO, Dulce Maria Pereira Garcia – **Amamentação bem-sucedida: alguns factores determinantes.** Loures: Lusociência, 2006.
- GOMES-PEDRO, J. – **A relação mãe-filho. A influência no comportamento do recém-nascido do contacto precoce com a mãe.** Lisboa: Imprensa Nacional Casa da Moeda, 1997.
- GOMES-PEDRO, J. – **Para um sentido de coerência na criança.** Lisboa: Publicações Europa-América, 2005.
- GONZÁLEZ, C. – **Manual prático do aleitamento materno.** Parede: Mama Máter Associação, 2005.
- GUERREIRO, M. H. – **Humor nos cuidados de Enfermagem – vivências de doentes e enfermeiros.** 1ª edição. Loures: Lusociência, 2002.
- JESUS, E. H. – **Padrões de habilidade cognitiva e processo de decisão clínica de Enfermagem.** Coimbra: Formasau, 2006.

- KLAUSS, Marshal – **Vínculo**. São Paulo: Ed. Artes Médicas, 2006.
- MARTINS, C; FRANCO M. P. – **O papel formativo do enfermeiro especialista**, *Revista Nursing*, n.º 192, Out. pg. 7-9. 2004.
- MADEIRA, Amélia; RIBEIRO, Carine – **O significado de ser mãe de um filho portador de cardiopatia: Um estudo fenomenológico**. Tese de mestrado, Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Minas Gerais: 2004.
- MANGOLD, Maritânia, et al. – **Sexualidade na infância** [consulta a 20 de Nov. 2009] em: [http://www.pesquisa.uncnet.br/pdf/educacaoInfantil/SEXUALIDADE\\_INFANTIL.pdf](http://www.pesquisa.uncnet.br/pdf/educacaoInfantil/SEXUALIDADE_INFANTIL.pdf).
- MARINHEIRO, Providência – **Enfermagem de Ligação: Cuidados Pediátricos no domicílio**. Coimbra: Quarteto Editora, 2002.
- MUSCARI, Mary – **Série de estudos em Enfermagem Pediátrica**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.
- NATIONAL SLEEP FOUNDATION – **Sleep in América Poll**. 2004. Acedido a 10 de Janeiro de 2010, em: [http://www.sleepfoundation.org/site/c.hu1XKjM0lxF/b.2419295/k.5AAB/Childrens\\_Sleep\\_Habits.htm](http://www.sleepfoundation.org/site/c.hu1XKjM0lxF/b.2419295/k.5AAB/Childrens_Sleep_Habits.htm).
- NETTINA, S. M. – **Prática de Enfermagem**. 6ª ed. Vol. 3. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Código Deontológico dos Enfermeiros: dos Comentários à análise dos Casos**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2003.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. CONSELHO DE ENFERMAGEM – **Padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem**. Lisboa, Ordem dos Enfermeiros, 2001.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. CONSELHO DE ENFERMAGEM – **Recomendações para a elaboração de Guias Orientadores da Boa Prática de Cuidados**. 2007.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. CONSELHO DE ENFERMAGEM – **Regulamento do exercício profissional dos enfermeiros**. Ordem dos Enfermeiros, 1996.
- OWENS, J. A. – **Sleep Disorders**. In: Behrman R.E, Kliegman R.M, Jenson H.J. Nelson. Textbook of Pediatrics. 17th ed. Philadelphia: WB Saunders, 2004. 75-80.
- PEDRO, J. G.; SPARROW, J. D. – **A criança e a alimentação**. Lisboa: Clínica Universitária de Pediatria Hospital de Santa Maria, 2004.
- PEREIRA, Maria Adriana – **Aleitamento materno: importância da correcção da pega no sucesso da amamentação**. Loures: Lusociência, 2006.
- PEREIRA, M. A. – **Protocolo da UNICEF para avaliação da mamada**. In Aleitamento Materno: Importância da correcção da pega no sucesso da amamentação. Resultados de um estudo experimental. Loures: Lusociência, 2006.
- PERFEITO, A.; CASTRO, A.; MORGADO, A. – **Enciclopédia de Língua Portuguesa**. Portugal, 2007.
- POROT, M. S. D. A criança e as relações familiares. Porto: Rés Editora, s/d.
- RIBAS J. R., C. D.; MOURA, M. L. S.; BORNSTEIN, M .H. – **Cognições Maternas acerca da maternidade e do desenvolvimento Humano: uma contribuição ao estudo da psicologia parental**. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*; 17(1): 104-113. 2007.
- SÁ, E. – **Más maneiras de sermos bons pais**. Lisboa: Ed. Fim de Século, 2002.
- SEABRA, Maria – **Quando a deficiência surge numa família**. *Revista Hospitalidade* n.º 274, Outubro / Dezembro, 2006.
- SOUZA, Valesca – **Sexualidade infantil: Fases e características**. [consulta a 21 de Nov. 2009] <http://www.alobebe.com.br/site/revista/reportagem.asp?texto=462>.

- STADLER, A. C.; MAUREEN, A. O'Brien; HORSNSTEIN, J. – **The Touchpoints model: building supportive alliances between parents and professionals.** August / September 1995. The Touchpoints Project Boston Massachusetts.
- STERN, D. – **Bebé-mãe: Primeira relação humana.** Lisboa: Moraes Editors, 1980.
- STERN, D. – **The sense of subjective self: I overview chapter 6: Whorld of the shild.** 1985. pp. 124-137.
- TRONICK, E.; COH, J.; SHEA, E. – **The transfer of affect between mothers and infants.** *In* T. B. Brazelton and Yogman (1986 Eds.) *Affective Development in Infancy.* Norwood, Nj: Ablex Publishing.
- WINNICOTT, Donald – **Communication between infant and mother and infant, compared and contrasted.** *In* *Babies and Mother.* Massachussets: Addison-Wesley, Reading, 1986.
- WINNICOT Press, D. W. (1896 – 1971), pediatra e psicanalista britânico.
- WONG, Donna L. – **Enfermagem pediátrica: Elementos essenciais à intervenção efectiva.** 5ª edição. Lisboa: Guanabara Koogan, 1993.

## ANEXOS



**Anexo 1**  
**TEORIAS DO DESENVOLVIMENTO**



## Anexo 1 – Teorias do desenvolvimento

TEÓRICO ESTÁDIO	ERICKSON	FREUD	PIAGET	KOHLBERG
<b>Lactente</b> (nascimento a 1 ano)	<b>Confiança versus desconfiança</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• O senso de confiança nos responsáveis e no ambiente, desenvolvido no 1º ano, forma a base para todas as tarefas psicossociais futuras;</li> <li>• Aceitação da ausência da mãe.</li> </ul>	<b>Fase Oral</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Suga por prazer, obtém gratificação ao chuchar, mamar, morder, mastigar e engolir;</li> <li>• Não distingue o seu «Eu».</li> </ul>	<b>Sensório-motor</b> (nascimento até 2 anos) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Resolução de problemas através de «tentativa e erro»;</li> <li>• Exploração incessante;</li> <li>• Actividade reflexa através de comportamentos repetitivos simples até ao comportamento imitativo;</li> <li>• Afectividade e inteligência são indissociáveis;</li> <li>• Crescente senso da imagem corporal.</li> </ul>	<b>Pré-convencional</b>
<b>Infante</b> (1 a 3 anos)	<b>Autonomia versus Vergonha</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Independência inicial (controlo corporal / ambiente);</li> <li>• Início do sentimento de identidade;</li> <li>• Separação dos pais;</li> <li>• Controlo sobre as funções corporais;</li> <li>• Comunicação com palavras;</li> <li>• Comportamento socialmente aceitável;</li> <li>• Experiência de discriminação e manipulação.</li> </ul>	<b>Fase Anal</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• O foco da criança centra-se no controlo intestinal, à medida que ela adquire controlo neuromuscular sobre o esfíncter anal;</li> <li>• Zona erógena – órgãos sexuais.</li> </ul>	<b>Pré-operacional</b> (2 a 7 anos)  <b>Fase pré-conceptual</b> (2 a 4 anos) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Utiliza o pensamento representativo para lembrar o passado, representar o presente e prever o futuro;</li> <li>• Apresenta raciocínio transdutivo, associa um evento a outro simultâneo;</li> <li>• Forma conceitos, faz classificações simples;</li> <li>• Representação mental tangível e concreta;</li> <li>• Exibe pensamento egocêntrico e sincrético;</li> <li>• Complexidade afectiva e intelectual.</li> </ul>	<b>Pré-convencional Estádio I</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientação para a punição / obediência (bom e mau, certo e errado);</li> <li>• Preocupação com o próprio;</li> <li>• As acções são julgadas em termos de consequências físicas.</li> </ul>



TEÓRICO ESTÁDIO	ERICKSON	FREUD	PIAGET	KOHLBERG
<p><b>Pré-escolar</b> (3 a 6 anos)</p>	<p><b>Iniciativa versus Culpa</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• É enérgico, entusiástico e intrusivo, com imaginação activa, explora o mundo físico com todos os sentidos e forças;</li> <li>• Socialização prematura;</li> <li>• Adultos servem de modelos;</li> <li>• A culpa ocorre quando sente que a sua imaginação e actividades são inaceitáveis.</li> </ul>	<p><b>Fase Fálica</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• O prazer centra-se na genitália e na masturbação;</li> <li>• Complexos: Electra, Édipo, Caim, Castração;</li> <li>• No final do estágio há uma forte identificação com o progenitor do mesmo sexo.</li> </ul>	<p><b>Pré-operacional</b> (2 a 7 anos)</p> <p><b>Fase intuitiva</b> (4 a 7 anos)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Classifica, quantifica e relaciona objectos, mas desconhece os princípios que orientam estas operações;</li> <li>• Conflito cognitivo, lidam dificilmente com problemas de peso, tamanho, comprimento e tempo;</li> <li>• Pensamento intuitivo, sabe que algo está certo / errado, mas não sabe porquê;</li> <li>• Incapaz de ver o ponto de vista dos outros;</li> <li>• Pensamento mágico;</li> <li>• Utiliza muitas palavras apropriadamente, mas não possui conhecimento real do seu significado.</li> </ul>	<p><b>Pré-convenção</b> <b>Subestádio II</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Individualismo e intercâmbio – o motivo básico é satisfazer as necessidades próprias. Não considera as necessidades da outra pessoa a não ser que pense que, ao fazê-lo, isso o irá beneficiar;</li> <li>• Observa para evitar a punição ou para obter recompensas.</li> </ul>

Baseado em MUSCARI, Mary – **Série de Estudos em Enfermagem**. Enfermagem Pediátrica. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

**Anexo 2**

**PARÂMETROS DO DESENVOLVIMENTO  
INFANTIL / ACTIVIDADES PROMOTORAS,  
ASPECTOS PREJUDICIAIS E FORTALECEDORES  
DO DESENVOLVIMENTO PSICO-AFECTIVO  
E SINAIS DE ALERTA DE ACORDO COM A FAIXA ETÁRIA**



## Anexo 2 – Parâmetros do desenvolvimento infantil / actividades promotoras, aspectos prejudiciais e fortalecedores do desenvolvimento psico-afectivo e sinais de alerta de acordo com a faixa etária

COMPETÊNCIAS IDADES	MOTRICIDADE GLOBAL	VISÃO E MANIPULAÇÃO	AUDIÇÃO E LINGUAGEM	COMPORTAMENTO E ADAPTAÇÃO SOCIAL
<b>Recém-nascido</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Em decúbito ventral, cabeça de lado, apoiada numa das faces, nádegas elevadas, joelhos flectidos, braços junto ao peito e cotovelos flectidos;</li> <li>• Em suspensão ventral os músculos dos ombros e braços mantêm-se direitos e simétricos por alguns segundos e depois flectem gradualmente;</li> <li>• Quando é puxada para sentar, traz a cabeça para a linha média com queda ampla após cerca de 3 segundos;</li> <li>• Reflexo palmar e plantar presentes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Habituação fácil ao estímulo luminoso (até 10 apresentações);</li> <li>• Fixa e segue a face ou uma bola vermelha e a face humana a 20 cm;</li> <li>• Volta-se em direcção à luz difusa;</li> <li>• Segue objecto pendente a 20 cm até 90 graus num breve período de tempo;</li> <li>• Mantém sucção forte e rítmica;</li> <li>• Em decúbito ventral, movimentos coordenados envolvendo os membros inferiores e superiores com libertação da face;</li> <li>• Forte reflexo de preensão.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sobressalta-se em relação a um barulho súbito, mas tem uma habituação fácil ao som da roca após várias apresentações;</li> <li>• Pára, muda de expressão, procura com os olhos, mas não localiza a fonte sonora;</li> <li>• Reage mais aos sons agudos do que aos graves.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Passa a maior parte do tempo a dormir, mas gradualmente aumentam os períodos de alerta e de actividade física;</li> <li>• O tipo de choro varia com as necessidades e o temperamento da criança.</li> </ul>
<b>Actividades promotoras do desenvolvimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pegar no bebé e embalá-lo suavemente. É aconselhada uma cadeira de balouço.</li> <li>• Falar e cantar suavemente com sons altos, baixos, agudos, graves e suaves. Chamar o bebé pelo nome.</li> <li>• Falar sobre tudo o que estiver a fazer: lavar as mãos, vestir-se...</li> <li>• Usar canções de embalar, música instrumental suave ou músicas com melodias repetidas.</li> <li>• Comunicar com o bebé olhando-o nos olhos, encostado ao peito.</li> <li>• Colocar o bebé sobre os joelhos, deixar que ele agarre o indicador com as mãos e converse com ele.</li> <li>• Segurar uma bola vermelha a 20 cm e movimentá-la para cima e para baixo, para a esquerda e direita, estando bebé em estado de alerta e com a cabeça em posição central.</li> <li>• Dar oportunidade ao bebé de experimentar cheiros diferentes (flor, laranja...).</li> <li>• Massagem suave corporal observando sempre o bebé calmamente, sem movimentos muito elaborados. Não forçar movimentos, fazer pouca pressão, não excedendo os 20 minutos.</li> <li>• Pegar ao colo, olhar olhos nos olhos, sorrir, deitar a língua de fora, quando em estado de alerta.</li> <li>• Oferecer o polegar do bebé para que este se autoconforte e reorganize.</li> <li>• Evitar ambientes hiperestimulantes. Observar o bebé.</li> </ul>			

COMPETÊNCIAS IDADES	MOTRICIDADE GLOBAL	VISÃO E MANIPULAÇÃO	AUDIÇÃO E LINGUAGEM	COMPORTAMENTO E ADAPTAÇÃO SOCIAL
<p><b>1 Mês</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Em decúbito ventral, braços, pernas e ancas flectidas, vira a cabeça para um lado e outro, levanta a cabeça momentaneamente;</li> <li>• Em decúbito dorsal, cabeça em alinhamento do troco, membros em semi-extensão;</li> <li>• Quando sentado, costas arredondadas, segura a cabeça (pouco ou nada descaída);</li> <li>• Seguro de pé, dobra os joelhos e as ancas, faz força com os pés para baixo e endireita o corpo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fecha os olhos na presença de foco luminoso, volta-se em direcção à luz difusa;</li> <li>• Segue um objecto pendente a 20 cm num ângulo de 90 graus;</li> <li>• Adapta-se ao foco luminoso e ao som quando em estado de sono profundo;</li> <li>• Mãos fechadas sobre o polegar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expressa-se através do choro, outros comportamentos de stress (tremor do queixo, ligeira mudança de cor de pele, soluços...);</li> <li>• Vira os olhos ao som ou voz dos pais cerca de 20 cm ou responde com paragem de movimentos ou expressão facial;</li> <li>• Imite sons guturais (de satisfação).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bom reflexo de deglutição e sucção;</li> <li>• Períodos de sono diminuindo e de alerta aumentando;</li> <li>• Estabelece períodos de interacção com os pais mais prolongados;</li> <li>• Consegue compreender os padrões especiais de comportamento em relação ao pai e à mãe (suaves com a mãe, de brincadeira com o pai);</li> <li>• Responde a um sorriso com um sorriso (sorriso social).</li> </ul>
<p><b>Actividades promotoras do desenvolvimento</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Movimentar objectos coloridos e pendurá-los perto do seu rosto a uma distância um pouco superior a 20 cm e não necessariamente em forma de esfera.</li> <li>• Produzir sons suaves com chocalhos, caixa de música e observar a sua atenção.</li> <li>• Observar o bebé sobre a forma como dorme, sossega, se alimenta, procura autoconforto.</li> <li>• Conversar com carinho, aprender a tocá-lo, embalá-lo, estar em sincronia com o seu comportamento. Manter tonalidades de voz diferentes e suaves. Continuar a usar a cadeira de balouço.</li> <li>• Mudar periodicamente de posição, de modo a proporcionar-lhe o melhor conforto, sem utilização do decúbito ventral.</li> <li>• Continuar a massajar de forma simples sem movimentos bruscos e muito elaborados e sem muita pressão. Não exceder os 20 minutos.</li> <li>• Proporcionar momentos calmos sem sobrecarga de estímulos, limitando as visitas de estranhos e ambientes hiperestimulantes.</li> </ul>			

<b>COMPETÊNCIAS</b>  <b>IDADES</b>	<b>MOTRICIDADE GLOBAL</b>	<b>VISÃO E MANIPULAÇÃO</b>	<b>AUDIÇÃO E LINGUAGEM</b>	<b>COMPORTAMENTO E ADAPTAÇÃO SOCIAL</b>
<b>3 Meses</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumento da simetria dos movimentos. Começa a rodar o corpo para os lados;</li> <li>• Ergue os ombros para a frente e faz força para se elevar quando puxado pelas mãos. Extensão da coluna, excepto na região lombar;</li> <li>• Levanta a cabeça e ombros apoiado nos antebraços. Olha em volta com atenção;</li> <li>• Cabeça na linha média, movimentos suaves e simétricos;</li> <li>• Seguro de pé, dobra os joelhos e tenta suportar algum peso nos pés;</li> <li>• Sustenta a cabeça quando deitado de bruços apoiado pelos cotovelos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mãos quase sempre abertas. Reflexo de preensão é integrado para dar lugar à preensão voluntária;</li> <li>• Braços movimentam-se simetricamente na linha média. Reforça as experiências tácteis e visuais;</li> <li>• Descobre as mãos, juntando-as, brincando com elas e levando-as à boca;</li> <li>• Olha em redor quando pegado ao colo e atento aos movimentos e expressões faciais do rosto humano;</li> <li>• Segue objectos a 20 cm até 180 graus e converge os olhos à aproximação;</li> <li>• Agarra a roca, movendo-a até à face.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vira a cabeça na direcção da fonte sonora num ângulo de 180 graus;</li> <li>• Atento aos sons (3 a 4 segundos), fazendo movimentos com os olhos e face;</li> <li>• Produz sons menos anasalados e mais orais («AAA», «EEE»);</li> <li>• Grita quando tem fome, vocaliza quando satisfeito;</li> <li>• Fica excitado quando sente ou ouve vozes e passos a aproximarem-se;</li> <li>• Faz distinção perfeita entre a voz e outros sons.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Responde positivamente durante a interacção;</li> <li>• Fixa o rosto da mãe quando alimentado sem pestanejo;</li> <li>• Brinca com o respectivo corpo e objectos com as mãos. Aparece e desaparece atrás do lençol;</li> <li>• Brinca com os olhos, abre e fecha-os como se perdesse e ganhasse o mundo;</li> <li>• Gosta de companhia;</li> <li>• Aprecia as rotinas (sono, alimentação, banho). A mãe é o motor da sua vida emocional.</li> </ul>
<b>Actividades promotoras do desenvolvimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interagir através da fala, usar a mímica do rosto e imitar o som de determinados objectos ou instrumentos musicais.</li> <li>• Ouvir música suave na companhia do cuidador. Dançar, em ritmo suave, com o bebé ao colo. Cantar.</li> <li>• Mobilizá-lo, evitando que esteja deitado durante demasiado tempo e na mesma posição.</li> <li>• Procurar levantá-lo devagar pelas mãos, como se fosse sentá-lo.</li> <li>• Oferecer-lhe objectos para segurar, colocar objectos pendentes para que possa segui-los.</li> <li>• Desenvolver um ritual de apoio à hora de dormir, sem deixar chorar desalmadamente.</li> </ul>			

<b>COMPETÊNCIAS</b>  <b>IDADES</b>	<b>MOTRICIDADE GLOBAL</b>	<b>VISÃO E MANIPULAÇÃO</b>	<b>AUDIÇÃO E LINGUAGEM</b>	<b>COMPORTEAMENTO E ADAPTAÇÃO SOCIAL</b>
<b>6 Meses</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Decúbito ventral: eleva o tórax e parte superior do abdómen apoiado nas mãos;</li> <li>• Decúbito dorsal: levanta a cabeça para olhar os pés e agarra-os;</li> <li>• Muda de decúbito ventral para decúbito dorsal;</li> <li>• Fica sentado por momentos, controla a cabeça e costas direitas;</li> <li>• Suportado de pé faz apoio;</li> <li>• Tracção pelas mãos levanta a cabeça.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Segura objectos, levava-os à boca;</li> <li>• Se perde um objecto, esquece-o rapidamente;</li> <li>• Os olhos movem-se coordenados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Emite sons: Ex. «a-a», «qu», «ada», «arru»;</li> <li>• Tem prazer em ouvir os próprios sons;</li> <li>• Ri-se, dá gargalhadas e guincha durante as brincadeiras;</li> <li>• Responde ao som lateralizando a cabeça;</li> <li>• Compreende o «não», mas não sabe responder-lhe.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconhece os pais, teme os estranhos;</li> <li>• Estica os braços para ser pegado;</li> <li>• Interessa-se pelo ambiente em redor;</li> <li>• Atento aos objectos;</li> <li>• Imitador nos jogos que entrem expressões faciais, balbuciando ao mesmo tempo;</li> <li>• Desvaloriza a alimentação e o sono devido à aquisição de novas aquisições motoras;</li> <li>• Mostra o seu temperamento de uma forma mais nítida: nível de actividade, perturbação, persistência, capacidade de adaptação, regularidade, limiar sensorial, humor, reacção a situações novas.</li> </ul>
<b>Actividades promotoras do desenvolvimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oferecer brinquedos apropriados como uma bola de tamanho médio, de cores vivas, cubos de arestas redondas, de modo a estimulá-lo a passar o objecto de uma mão para a outra.</li> <li>• Sentá-lo com apoio para que possa participar mais activamente no meio que o rodeia.</li> <li>• Incentivar para que produza novos sons com a boca. Conversar e dançar com o bebé.</li> <li>• Colocar o bebé num tapete adequado e incentivá-lo a deslocar-se rolando e a pegar nos brinquedos que estejam mais longe.</li> <li>• Proporcionar brincadeiras de interacção, colocar à frente do espelho e não prevenir situações que lhe causem frustrações (elemento forte de aprendizagem).</li> <li>• Não entrar em conflito durante a refeição, que constitui uma oportunidade de interacção sem pressão.</li> <li>• Ritual do sono mais reforçado na hora de dormir.</li> </ul>			

<b>COMPETÊNCIAS</b>  <b>IDADES</b>	<b>MOTRICIDADE GLOBAL</b>	<b>VISÃO E MANIPULAÇÃO</b>	<b>AUDIÇÃO E LINGUAGEM</b>	<b>COMPORTEAMENTO E ADAPTAÇÃO SOCIAL</b>
<b>9 Meses</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Controlo da flexão e extensão, logo inicia movimentos na diagonal usando a rotação entre a cintura escapular e pélvica;</li> <li>• Em decúbito ventral, pode brincar com uma mão e a outra livre sem perder o equilíbrio;</li> <li>• Posição de sentado durante 10 a 15 minutos. Boa extensão da coluna lombar;</li> <li>• Rasteja / gatinha ou desloca-se sentado arrastando os pés;</li> <li>• Boa carga nos pés. Posição de urso (mãos e pés no chão);</li> <li>• Na posição de sentado, costas direitas por longos períodos;</li> <li>• Passa a posição de sentado quando deitado ou consegue manter-se de pé agarrado à mobília;</li> <li>• Suspenso pela barriga, tem movimentos de protecção esticando as mãos / braços para a frente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observa atentamente a actividade das pessoas e animais e acena;</li> <li>• Segue um objecto que cai e atira-o para o chão;</li> <li>• Adquire o controlo da supinação e pronação e todos os movimentos associados ao punho;</li> <li>• Bate com 2 brinquedos que tem na mão. Manipula-os com agilidade;</li> <li>• Empurra pequenas drageias com indicador, junta. Com o polegar e indicador numa posição de tesoura (início de movimentos finos);</li> <li>• Segura, morde e mastiga pequenos pedaços de comida;</li> <li>• Quando bebe segura no copo. Tenta agarrar na colher.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atento aos sons, localiza-os na horizontal ou diagonal;</li> <li>• Utiliza monossílabos ou simplesmente sons para exprimir os seus desejos;</li> <li>• Inicia a compreensão de certas expressões que são usadas no mesmo contexto (ex. «não», «adeus»...)</li> <li>• Observa atentamente os movimentos da boca da mãe e tenta emitá-los;</li> <li>• Diz «não» com o movimento da cabeça;</li> <li>• Reconhece o próprio nome;</li> <li>• Diverte-se com jogos musicais.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O brincar ainda é repetitivo, pois está baseado na percepção e não nos conceitos;</li> <li>• Tem percepção do «1» e do «2», e por isso é capaz de reunir 2 objectos num só;</li> <li>• Bate palmas, acena e brinca ao «cu-cu»;</li> <li>• Procura um brinquedo parcialmente escondido;</li> <li>• Encontra rapidamente um brinquedo totalmente escondido (reconhece a permanência dos objectos);</li> <li>• Compreende a permanência das pessoas (angústia da separação);</li> <li>• Comportamento de «causa -efeito» e de «imitação» geralmente com os cuidadores mais próximos;</li> <li>• Esvazia a bexiga com menos frequência, até 8 vezes em 24 horas.</li> </ul>
<b>Actividades promotoras do desenvolvimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oferecer objectos diferentes e afastados, no sentido de incentivar o posicionamento.</li> <li>• Colocar objectos em cima de uma cadeira de forma a incentivá-lo a colocar-se de pé, colocando um tapete à volta caso caia.</li> <li>• Chamar os objectos pelos nomes, ensinar a colocar dentro e fora da caixa.</li> <li>• Oferecer papel para amassar e rasgar.</li> <li>• Dar a experimentar diferentes texturas.</li> <li>• Oferecer 2 objectos para a mão e posteriormente um 3º, deixando que ele «resolva o problema».</li> <li>• Brincar ao «esconde».</li> <li>• Ser firme e terno no «não».</li> <li>• Utilizar brincadeiras de tapar e destapar o rosto e outros jogos repetitivos (bater palmas, acenar...).</li> <li>• Realizar massagem (sem grandes alterações), com excepção do apoio de um brinquedo para o manter quieto.</li> </ul>			



<p>COMPETÊNCIAS IDADES</p>	<p>MOTRICIDADE GLOBAL</p>	<p>VISÃO E MANIPULAÇÃO</p>	<p>AUDIÇÃO E LINGUAGEM</p>	<p>COMPORTEAMENTO E ADAPTAÇÃO SOCIAL</p>
<p><b>12 Meses</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Senta-se bem por tempo indefinido, sozinho, com bom equilíbrio;</li> <li>• Gatinha, pode deslocar-se pelo chão de rabo;</li> <li>• Consegue pôr-se de pé;</li> <li>• Anda agarrado à mobília (ou empurrando um carrinho com rodas) com marcha lateral;</li> <li>• Anda para os lados e para a frente se lhe dermos as mãos;</li> <li>• Pode começar a andar sozinho;</li> </ul> <p>MOTRICIDADE ORAL E RESPIRATÓRIA</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tenta alimentar-se sozinho com a mão ou colher;</li> <li>• Bebe sozinho pelo copo, embora deixe derramar;</li> <li>• Mastiga bem desde que os alimentos não sejam muito duros;</li> <li>• Faz transporte dos alimentos de um lado para o outro com lateralização da língua;</li> <li>• Respiração abdominal e torácica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aponta com o dedo objectos distantes;</li> <li>• Interesse visual pelo movimento: carros, pessoas...;</li> <li>• Reconhece familiares a uma distância de 20 passos;</li> <li>• Começa a interessar-se pelas imagens;</li> <li>• Atira brinquedos para o chão intencionalmente;</li> <li>• Pinça fina (polegar e indicador) para objectos pequenos;</li> <li>• Sem lateralidade definida, mas pode ter uma preferência;</li> <li>• Agarra no lápis com preensão palmar no topo do lápis;</li> <li>• Faz rabiscos muito leves, rapidamente troca de mão, farta-se e desiste;</li> <li>• Segura a colher, mas não se alimenta. Consegue beber por um copo com ajuda. Mastiga bem;</li> <li>• Ajuda a vestir-se, esticando os braços, mas foge constantemente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Responde aos sons familiares a uma distância de 3 pés e meio, mas habitua-se rapidamente ao som e deixa de reagir;</li> <li>• Tem vocabulário de 3 a 5 palavras simples;</li> <li>• Localiza duas partes do corpo que lhe são indicadas;</li> <li>• Tagarela, fala de forma imprecisa (muitas consoantes e todas as vogais);</li> <li>• Volta-se muito rapidamente ao ouvir o nome;</li> <li>• Compreende nomes de objectos ou pessoas familiares;</li> <li>• Percebe ordens simples associadas ao gesto («dá», «adeus»...);</li> <li>• Começa a conhecer objectos pelo uso;</li> <li>• Usa palavra – frase.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Criança mais exigente e exploradora, aumentando o seu campo de interesse;</li> <li>• Sem noção dos seus limites;</li> <li>• Está no início do conceito de «mais um», que é a base de conceito de quantidade;</li> <li>• Compreende o jogo «causa efeito» com segurança (experimentação dos pais e dos brinquedos);</li> <li>• Explora objectos no ambiente circundante;</li> <li>• Indica ou vocaliza a necessidade de cuidados de higiene ou de que está molhado (percepção da bexiga cheia);</li> <li>• Bate as palmas com ritmo;</li> <li>• Gosta de brinquedos com som e sabe pô-los a funcionar;</li> <li>• Início de negativismo, agressividade e birras;</li> <li>• Autonomia vincada, perda de apetite, acordar durante a noite;</li> <li>• Encontra rapidamente um brinquedo totalmente escondido.</li> </ul>
<p><b>Actividades promotoras do desenvolvimento</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover a aquisição de capacidades motoras.</li> <li>• Deixar a criança tomar algumas decisões visando a segurança.</li> <li>• Agir calmamente e com firmeza às birras.</li> <li>• Manter os rituais do sono.</li> <li>• Não entrar em conflito na hora da refeição.</li> <li>• Estimular as tarefas / ordens simples.</li> <li>• Oferecer cubos, dar vários objectos para a mão.</li> <li>• Falar sobre as separações com antecedência progressiva e cumprir as promessas.</li> <li>• Evitar pressões para o controlo esfinteriano.</li> </ul>			

<b>COMPETÊNCIAS</b>  <b>IDADES</b>	<b>MOTRICIDADE GLOBAL</b>	<b>VISÃO E MANIPULAÇÃO</b>	<b>AUDIÇÃO E LINGUAGEM</b>	<b>COMPORTAMENTO E ADAPTAÇÃO SOCIAL</b>
<b>15 Meses</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dá uns passos sozinho com os pés afastados e os braços levantados para manter o equilíbrio;</li> <li>• Deixa-se cair de rabo ou para a frente com as mãos e volta à posição de sentado;</li> <li>• Consegue levantar-se sozinho, com alguma ajuda, adquirindo o suplemento de força muscular que lhe falta;</li> <li>• A sua maior actividade é ao nível dos membros superiores.</li> </ul> <p>MOTRICIDADE ORAL E RESPIRATÓRIA</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Baba-se muito por não saber controlar as duas tarefas em simultâneo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mostra interesse pelas imagens e bate nas páginas de alegria;</li> <li>• Gosta de estar à janela;</li> <li>• Já faz pinça para agarrar fios, pequenos objectos...;</li> <li>• Constrói uma torre com 2 cubos pequenos após demonstração, conseguindo manipulá-los bem;</li> <li>• Faz rabiscos, movimentando o lápis de um lado para outro com pressão palmar;</li> <li>• Após demonstração, imita os traços de garatuja com o lápis para a frente e para a trás;</li> <li>• Usa a colher, mas entorna;</li> <li>• Come menos porque brinca muito com os alimentos (exploração das capacidades motoras e sensoriais);</li> <li>• Dá mais ajuda, mas não gosta de se vestir, grita, foge (deve-se pedir a sua participação).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consegue indicar as partes do corpo de um boneco;</li> <li>• Cumpre ordens simples (ex. «não toca», «come», «traz o sapato«...);</li> <li>• Comunica, recorrendo simultaneamente a gestos e vocalizações;</li> <li>• Começa a repetir algumas palavras, mas ainda maquinalmente (pode ser mais de 7);</li> <li>• Tenta imitar o ritmo da fala (importância de falar correctamente);</li> <li>• Expressa as suas necessidades apontando e emitindo sons;</li> <li>• Inicia a associação de pessoa – objecto;</li> <li>• Utiliza muito a palavra-chave;</li> <li>• Ordena as palavras afectivamente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Curioso, explora as propriedades do funcionamento dos brinquedos;</li> <li>• Alguma labilidade emocional, necessitando muito do adulto;</li> <li>• Supervisão em relação aos perigos durante a sua constante exploração;</li> <li>• Já leva pouco os brinquedos à boca;</li> <li>• Agarra os bonecos pelos cabelos, membros e roupa;</li> <li>• Atira constantemente os brinquedos ao chão como forma de brincar ou lidar com a rejeição;</li> <li>• Auto-exploração atinge ponto forte (partes do corpo, como os genitais);</li> <li>• Jogo simbólico associado à imitação (transferência de ansiedade para o boneco como forma de ganhar confiança). Não gosta de ser contrariado;</li> <li>• Indica que as fraldas estão molhadas ou sujas, chorando e contorcendo-se;</li> <li>• Tenta realizar tarefas com eficácia e certifica-se que está a ser observado.</li> </ul>
<b>Actividades promotoras do desenvolvimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solicitar o cumprimento de tarefas / ordens simples e dar estímulo positivo após.</li> <li>• Imitar sons de animais e objectos fazendo mímica e pedindo para a criança imitar.</li> <li>• Incentivar para que a criança peça quando quer algo, verbalizando, mesmo que se saiba o que ela deseja.</li> <li>• Fazer jogos de «encaixe» com várias formas diferentes.</li> <li>• Pedir à criança que olhe e repita o nome de partes do corpo.</li> <li>• Diminuir fontes de confronto com o prestador de cuidados no dia-a-dia.</li> <li>• Incentivar o convívio (aprendizagem através da imitação).</li> </ul>			

<b>COMPETÊNCIAS</b>  <b>IDADES</b>	<b>MOTRICIDADE GLOBAL</b>	<b>VISÃO E MANIPULAÇÃO</b>	<b>AUDIÇÃO E LINGUAGEM</b>	<b>COMPORTEAMENTO E ADAPTAÇÃO SOCIAL</b>
<b>18 Meses</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anda com base alargada, mas já não necessita de manter os braços em extensão;</li> <li>• Corre ainda com muito cuidado, com cabeça na linha média e olhos no chão;</li> <li>• Consegue contornar esquinas e parar bruscamente;</li> <li>• Apanha objectos do chão sem cair;</li> <li>• Sobe para a cadeira do adulto de frente e volta-se;</li> <li>• Sobe escadas, gatinhando ou de mão dada, com os dois pés no mesmo degrau. Desce da mesma maneira ou de rabo;</li> <li>• Fica de joelhos sem apoio. Fica de cócoras para apanhar brinquedos do chão e depois levanta-se.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gosta de livros simples, podendo reconhecer imagens e pequenos detalhes;</li> <li>• Aponta para coisas que lhe despertam interesse e que estão na rua;</li> <li>• Pinça delicada para objectos mais pequenos;</li> <li>• Vira páginas de um livro, várias em simultâneo;</li> <li>• Constrói torre com 3 cubos pequenos após demonstração;</li> <li>• Agarra o lápis na zona central ou perto do bico com prensão palmar ou pinça primitiva;</li> <li>• Garatuja espontaneamente associando pintas;</li> <li>• Sem lateralidade definida;</li> <li>• Tenta comer sozinho mas entorna;</li> <li>• Tira sapatos, meias e chapéu.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• É capaz de discriminar um objecto exacto em escolha múltipla, num conjunto de 5 objectos de uso comum;</li> <li>• Executa ordens, especialmente se estiverem ligadas a actividades motoras (ex.. «Vai buscar»);</li> <li>• Diz 6 a 20 palavras e compreende mais;</li> <li>• Junta 2 ou mais palavras para construir frases simples;</li> <li>• Discurso por vezes imperceptível, às vezes enquanto brinca, mas com melodia e ritmo de frase já presentes, apresentando palavras correctas em contexto;</li> <li>• Pedre 1 brinquedo desenhado com vocalizações e substantivos;</li> <li>• Compreende a linguagem mesmo sem a presença do objecto (inicia actividade simbólica);</li> <li>• Gosta de canções e tenta cantar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Brinca sozinho, mas prefere fazê-lo junto de um familiar;</li> <li>• Usa o brincar simbólico (representativo);</li> <li>• Convívio com outras crianças em paralelo, de imitação;</li> <li>• Aponta, identificando o que quer;</li> <li>• Dá sinal que tem a fralda suja. Pode controlar as fezes, mas é variável;</li> <li>• Explora objectos e ambiente com mais compreensão sem levar brinquedos à boca;</li> <li>• Lembra-se do sítio das coisas;</li> <li>• Limita por breves momentos actividades simples do dia-a-dia;</li> <li>• Ainda atira brinquedos ao chão, mas menos frequentemente.</li> </ul>
<b>Actividades promotoras do desenvolvimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ensinar a criança a guardar os brinquedos numa caixa ou num saco para que aprenda a organizar-se.</li> <li>• Pedir à criança que olhe e repita o nome de partes do corpo do boneco.</li> <li>• Ensinar a criança a «rabiscar» na areia, na terra ou num papel, de modo a estimular a destreza manual e a área sensorial.</li> <li>• Demonstrar o que é e o que não é perigoso para ela.</li> <li>• Elogiar a criança quando for capaz de realizar algo sozinho.</li> <li>• Continuar a incentivar o convívio.</li> <li>• Realizar actividades com música, incentivando a criança a dançar e a cantar.</li> </ul>			

<b>COMPETÊNCIAS</b>  <b>IDADES</b>	<b>MOTRICIDADE GLOBAL</b>	<b>VISÃO E MANIPULAÇÃO</b>	<b>AUDIÇÃO E LINGUAGEM</b>	<b>COMPORTAMENTO E ADAPTAÇÃO SOCIAL</b>
<b>2 Anos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Melhoria significativa no equilíbrio. Corre depressa, anda à volta, trepa e dança;</li> <li>• Põe-se de cócoras com muita segurança para brincar ou descansar, levantando-se sem ajuda das mãos;</li> <li>• Salta, levantando os 2 pés do chão;</li> <li>• Sobe e desce escadas, de forma confiante, colocando os 2 pés em cada degrau;</li> <li>• Chuta uma bola grande;</li> <li>• Atira com as 2 mãos uma bola pequena;</li> <li>• Senta-se no triciclo e anda com os pés para a frente e para trás.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vira páginas do livro, uma de cada vez;</li> <li>• Constrói uma torre com 7 ou mais cubos pequenos e comboio de 3;</li> <li>• Actividade construtiva muito melhorada: executa puzzles mais simples e jogos de encaixe;</li> <li>• Desenrosca, abre e fecha uma tampa;</li> <li>• Pinça correctamente objectos pequenos, belisca-os e atira-os;</li> <li>• Mantém o lápis na mão pretendida. Faz uma triâde do lápis mais perfeita;</li> <li>• Imita um traço vertical e / ou horizontal e por vezes o V;</li> <li>• Ocasionalmente faz um círculo, mas continua a garatujar e a fazer pintas;</li> <li>• Come bem com a colher;</li> <li>• Mastiga bem e leva o copo à boca, coloca-o na mesa sem entornar;</li> <li>• Põe o chapéu, calça os sapatos por vezes trocados. Raramente consegue calçar correctamente os sapatos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gosta de ouvir conversar;</li> <li>• Usa 50 palavras, conhecendo muitas mais;</li> <li>• Trata-se pelo seu próprio nome;</li> <li>• Usa pronomes pessoais e tem monólogos muito longos;</li> <li>• Mostra compreender verbos, utilizando figuras que representam diferentes acções (ex. qual o menino que está a dormir?);</li> <li>• Mostra compreender as funções dos objectos através das figuras;</li> <li>• Mostra compreender preposições (ex. põe a colher debaixo da caixa);</li> <li>• Compreende noções de grandeza;</li> <li>• Fala numa linguagem geralmente compreendida pela mãe, 50% inteligível por estranhos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tolerar melhor a presença de outra criança, mas as brincadeiras mantêm-se paralelas. Jogos acabam muitas vezes em choros;</li> <li>• Brinca com destreza. Adora brincar ao «faz de conta»;</li> <li>• Negativismo vincado e birras no seu auge; no entanto, a atenção da criança é facilmente canalizada para outro sentido. Não entende a não satisfação dos seus desejos;</li> <li>• Mantém grande autonomia e comportamento de imitação;</li> <li>• Ressente-se na atenção com outras crianças;</li> <li>• Acompanha uma canção com gestos;</li> <li>• Tem pouca noção dos perigos comuns;</li> <li>• Verbaliza a necessidade de ir à casa de banho em tempo razoável.</li> </ul>
<b>Actividades promotoras do desenvolvimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporcionar brincadeiras como: pular num só pé, correr, saltar uma corda, de modo a estimular a coordenação motora.</li> <li>• Controlar esfinteriano se a criança tiver desenvolvido apetência da fala.</li> <li>• Estimular a arrumação, imitação e declínio do negativismo.</li> <li>• Ajudar a criança a pronunciar palavras, mas pelo estímulo positivo.</li> <li>• Oferecer tintas para a criança mexer e desenhar.</li> <li>• Dar-lhe a conhecer várias texturas e materiais.</li> <li>• Contar histórias e dar puzzles.</li> <li>• Facilitar oportunidade de jogo simbólico.</li> <li>• Pedir para ajudar em pequenas tarefas diárias.</li> <li>• Dar oportunidade para a criança emitir o próprio pensamento e desejo, mantendo os limites.</li> </ul>			

<b>COMPETÊNCIAS</b>  <b>IDADES</b>	<b>MOTRICIDADE GLOBAL</b>	<b>VISÃO E MANIPULAÇÃO</b>	<b>AUDIÇÃO E LINGUAGEM</b>	<b>COMPORTEAMENTO E ADAPTAÇÃO SOCIAL</b>
<b>3 Anos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sobe escadas colocando um pé em cada degrau e desce colocando os dois pés em cada degrau e /ou sobe escadas como o adulto, colocando um pé em cada degrau;</li> <li>• Anda em bicos de pés sem se agarrar e suporta o peso no pé preferido;</li> <li>• Atira e pode apanhar bolas grandes com os braços estendidos, dando também pontapés com agilidade;</li> <li>• Anda de triciclo e tenta dançar, mesmo que o equilíbrio não seja o mais adequado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Constrói uma ponte com 3 cubos e uma torre de 9 a 10 cubos. Pode construir a ponte com 3 cubos após demonstração e usando as duas mãos;</li> <li>• Introduz com destreza pequenas bolinhas numa garrafa de abertura pequena;</li> <li>• Imita o círculo fazendo a tríade do lápis e a cruz;</li> <li>• Desenha a cabeça e outra parte do corpo (normalmente são os membros);</li> <li>• Agarra na bola com o braço em extensão;</li> <li>• Come com garfo e colher;</li> <li>• Lava as mãos e limpa com necessidade de supervisão. Tenta escovar os dentes. Vai sozinho ao WC, pedindo ajuda à noite;</li> <li>• Veste-se e despe-se com ajuda para os botões e fecho;</li> <li>• Reconhece pequenos detalhes de uma imagem.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tem vocabulário expressivo de 250 a 500 palavras (utiliza frases com 4 a 5 palavras). Pode aparecer a gaguez fisiológica, não devendo ser chamado à atenção;</li> <li>• Usa pronomes pessoais, plurais. Frases mais ou menos corretas semanticamente;</li> <li>• Tenta exprimir o seu pensamento com palavras novas, por vezes fora de contexto;</li> <li>• Gosta de ouvir e contar histórias;</li> <li>• 80% da fala é inteligível por estranhos;</li> <li>• Combina duas cores básicas;</li> <li>• Compreende frases negativas (ex. qual é o menino que não tem sapatos?);</li> <li>• Utiliza frases interrogativas e dois pronomes pessoais;</li> <li>• Conhece diversas rimas infantis, canções ou anúncios;</li> <li>• Com alguma precisão, consegue relatar acontecimentos recentes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Partilha os brinquedos e é afectivo com crianças pequenas (início da socialização);</li> <li>• Recorre muito ao jogo do faz de conta;</li> <li>• Relaciona o seu corpo com o movimento e suas mudanças (maturidade vestibular);</li> <li>• Aprende as regras dos jogos colectivos e a autodisciplina, sendo difícil ainda saber aguardar pela sua vez;</li> <li>• Gosta de ajudar o adulto nas tarefas domésticas;</li> <li>• Entende a diferença entre o passado, presente e futuro;</li> <li>• Início da escala dos valores «mau / bom»;</li> <li>• Necessita de ordens firmes e estáveis;</li> <li>• Tem noção de: debaixo / dentro, atrás / em cima;</li> <li>• Sabe o seu nome, sexo e idade;</li> <li>• Conhece a quantidade até 2 ou 3.</li> </ul>
<b>Actividades promotoras do desenvolvimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover actividades lúdicas / físicas: saltar, correr, pular, andar de triciclo, etc..</li> <li>• Pedir à criança que conte histórias ou algo que fez (acção passada). Incentivar a criança a fantasiar.</li> <li>• Dar responsabilidades, aceitar a forma que ele achou para dominar a sua vida.</li> <li>• Não trazer a criança para a realidade quando está no seu mundo imaginário.</li> <li>• Conduzir os rituais de sono de forma regrada (medos, associados ao pensamento mágico).</li> <li>• Fase dos «porquês». Há que ter muita paciência, tendo em conta que nem sempre espera pela resposta à primeira pergunta.</li> <li>• Não ridicularizar, não reprimir o complexo de «Édipo» ou de «Caim».</li> <li>• Ajudar a criança a partilhar os brinquedos – altura para ingressar no jardim-de-infância.</li> <li>• Acompanhamento de programas televisivos.</li> </ul>			

<b>COMPETÊNCIAS</b>  <b>IDADES</b>	<b>MOTRICIDADE GLOBAL</b>	<b>VISÃO E MANIPULAÇÃO</b>	<b>AUDIÇÃO E LINGUAGEM</b>	<b>COMPORTAMENTO E ADAPTAÇÃO SOCIAL</b>
<b>4 Anos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantém-se na ponta dos pés, consegue saltar e correr;</li> <li>• Salta quase 1 metro com os 2 pés;</li> <li>• Desce as escadas usando alternadamente os 2 pés;</li> <li>• Guia bem o triciclo, conseguindo fazer curvas;</li> <li>• Joga à bola com habilidade. Dá pontapés, o atirar e apanhar a bola é mais elaborado (apanha a bola com os braços em flexão), balanceia, dá pontapés e atira à rede. Melhor orientação na avaliação de trajectórias de objectos em movimento;</li> <li>• Aprende a saltar à corda;</li> <li>• Aumento da maturação óculo-motora. Melhor coordenação entre a lateralidade e o movimento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Combina e nomeia 4 cores básicas;</li> <li>• Consegue agarrar e colocar num determinado local objectos muito pequenos, como migalhas, etc... com um olho tapado separadamente;</li> <li>• Enfia pequenas contas num fio;</li> <li>• Constrói uma torre com 10 ou mais cubos e várias pontes com mais cubos (espontaneamente ou por imitação);</li> <li>• Prensão correcta do lápis. Desenha um quadrado, um círculo e uma cruz;</li> <li>• Desenha a figura humana acrescentando, para além da face os braços e as pernas. Faz também o desenho de uma casa;</li> <li>• Tenta pintar dentro dos limites. Começa a dar o nome ao que vai desenhar;</li> <li>• Consegue recortar com tesoura de bicos redondos;</li> <li>• Necessita de ajuda para cortar os alimentos;</li> <li>• Lava a cara, as mãos e os dentes com necessidade de supervisão.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sabe nome completo, idade, sexo e morada;</li> <li>• Vocabulário de 1.500 palavras, conta até 10;</li> <li>• Nomeia e indica os dentes, membros, pescoço, bochechas, queixo e unhas;</li> <li>• Conjuga verbos regulares, por vezes com alguns erros de concordância;</li> <li>• Gosta de ouvir e conta histórias fantasiosas. Mistura o real com o imaginário;</li> <li>• Canta canções simples e dá-lhes «alma»;</li> <li>• Gagaz associada a excitação interior;</li> <li>• Faz muitas perguntas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Empatia associada a dificuldade de controlar os impulsos;</li> <li>• Mentira como forma de querer continuar o seu mundo mágico. Dificuldade de limitar o real e a fantasia;</li> <li>• Capacidade de se identificar com os pais – imitação;</li> <li>• Medos / pesadelos nocturnos;</li> <li>• Brinca com plasticina, gosta de fazer <i>puzzles</i>, faz construções com qualquer material, mas tem ainda necessidade de se sujar;</li> <li>• Noção de: frente / trás, baixo / cima;</li> <li>• Comportamento mais independente, orgulha-se das suas realizações e com maior fonte de desejo próprio;</li> <li>• Sentido de humor nas conversas e actividades;</li> <li>• Entende o que é ter a sua vez no jogo e tem maior sentido de partilha;</li> <li>• Mais responsável, preocupado com as crianças mais novas. Preocupa-se quando vê alguém triste;</li> <li>• Colabora nos trabalhos domésticos.</li> </ul>
<b>Actividades promotoras do desenvolvimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover as construções com <i>lego</i> e com <i>puzzles</i>.</li> <li>• Proporcionar oportunidade para a criança fazer o desenho da figura humana.</li> <li>• Inventar brincadeiras que envolvam distinção de cores e ensinar canções e versos.</li> <li>• Pô-la a participar em afazeres, mesmo que sejam simbólicos.</li> <li>• Dar oportunidade para a verbalização das suas vontades, aceitar a sensibilidade da criança, aceitando avanços e recuos.</li> <li>• Mostrar as sequências das actividades.</li> <li>• Promover brincadeiras onde exista movimento físico.</li> <li>• Auxiliar a criança na diferenciação entre a emoção e o agir (consciência moral / solidariedade humana).</li> <li>• Proporcionar a oportunidade da criança transmitir uma mensagem a outra pessoa.</li> <li>• Não entrar em grandes pormenores quando questionados sobre sexualidade.</li> </ul>			

<b>COMPETÊNCIAS</b>  <b>IDADES</b>	<b>MOTRICIDADE GLOBAL</b>	<b>VISÃO E MANIPULAÇÃO</b>	<b>AUDIÇÃO E LINGUAGEM</b>	<b>COMPORTEAMENTO E ADAPTAÇÃO SOCIAL</b>
<b>5 Anos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Caminha pé ante pé numa linha recta e corre em bicos de pés;</li> <li>• Consegue manter-se num pé durante 10 segundos com os braços cruzados e saltar só com um pé;</li> <li>• Salta à corda com coordenação perfeita;</li> <li>• Faz «pé-coxinho» e salta com 2 pés à distância de 30 a 60 cm;</li> <li>• Consegue patinar com bom equilíbrio;</li> <li>• Toca com as mãos no chão com tronco em flexão e pés em extensão;</li> <li>• Joga à bola com habilidade, respeitando as regras;</li> <li>• Aperta as 2 mãos com força;</li> <li>• Joga todo o tipo de jogos com bola com habilidade, incluindo os que já têm regras estabelecidas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifica muito bem as cores;</li> <li>• Enfia uma agulha grossa e dá pontos reais;</li> <li>• Constrói uma escadas com 6 cubos após demonstração, podendo fazer escadas de 4 degraus com 10 cubos;</li> <li>• Faz a triáde do lápis. Dedos mais ágeis manipulando o lápis com precisão;</li> <li>• Lateralidade definida;</li> <li>• Desenha uma casa com portas e janelas, telhado e chaminé e a figura humana completa. Faz muitos outros desenhos, reflexo do seu meio ambiente;</li> <li>• Pinta o desenho com riqueza, sem dificuldade nos contornos;</li> <li>• Desenha figuras geométricas e, eventualmente, copia algumas letras e números. Usa a tesoura com habilidade;</li> <li>• Autónimo em todas as tarefas do cuidar, necessidade de supervisão;</li> <li>• Constrói jogos de <i>lego</i> e <i>puzzles</i> com habilidade;</li> <li>• Usa o garfo e a faca.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desenvolvimento da narrativa. Faz pedidos indirectos e conta histórias com sequência de acontecimentos na perfeição;</li> <li>• Compreende 2.500 a 2.800 palavras. Usa aproximadamente 2.000 a 2.500 palavras de forma correcta. A sintaxe é correcta e a articulação praticamente madura;</li> <li>• Surge o «se», «então», e adjetivos com óptima concordância (nome, verbo e adjetivo). Combina 5 a 8 palavras numa frase;</li> <li>• Compreende e executa ordens com grande complexidade. Relaciona factos e percebe opiniões das outras pessoas;</li> <li>• Sabe o nome completo;</li> <li>• Pergunta constantemente o significado das palavras abstractas, usando-as a propósito ou fora de contexto;</li> <li>• Conta histórias aos amigos usando muitas fantasias;</li> <li>• Descreve figuras com grande pormenor. Define correctamente as palavras pelo uso.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Procura agradar aos pais (auge da identificação). Escolhe os amigos;</li> <li>• Mais educado e cumpridor, mas ainda com dificuldade em controlar os impulsos;</li> <li>• Tolerar os irmãos mais novos, acha-os maçadores, mas protege-os;</li> <li>• Brinca com outras crianças com prazer, respeitando as regras do jogo;</li> <li>• Compreende o sentido de arrumação;</li> <li>• Tem sentido de humor;</li> <li>• Compreende as horas em relação à rotina diária;</li> <li>• Ajuda em pequenas tarefas com mais responsabilidade;</li> <li>• Faz questão de experimentar coisas novas e assume a responsabilidade do que faz. Aprende a competir e a partilhar;</li> <li>• Continua a brincar a jogos simbólicos de forma mais elaborada;</li> <li>• Conhece o dinheiro, diferencia as moedas das notas;</li> <li>• Sexualidade pensada diferentemente dos adultos.</li> </ul>
<b>Actividades promotoras do desenvolvimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Seleccionar os programas televisivos / computador, bem como o horário e o período de tempo.</li> <li>• Não ridicularizar os presumíveis medos / pesadelos / fobias, ajudando a resolver o sentimento de impotência.</li> <li>• Continuar a proporcionar actividades que permitam à criança desenvolver a área motora.</li> <li>• Ensinar-lhe a recortar e colar triângulos, quadrados e círculos de vários tamanhos e formar figuras.</li> <li>• Pedir para que explique o significado de palavras simples e incentivar para que pergunte aquelas que não conhece.</li> <li>• Continuar a proporcionar à criança responsabilidade, como por exemplo: ajudar em casa, dar recados...</li> <li>• Inculcar regras, impor limites, ajudar a lidar com os impulsos (roubo, mentira).</li> <li>• Promover a participação em jogos para a promoção da sua personalidade (saber lidar com a timidez, submissão, vaidade, liderança, etc..).</li> </ul>			

## **Aspectos Prejudiciais ao Desenvolvimento Psico-Afectivo da Criança**

- Classificar as crianças pelo facto de terem cometido um erro, pois isso fará com que interiorizem que não são capazes de boas acções;
- Reforçar os maus comportamentos e não elogiar os bons;
- Ridicularizar a criança;
- Transmitir a ideia que falta algo e de que algo está incompleto;
- Criticá-las mordazmente quando erram, em vez de lhes apontar soluções / caminhos e de os ensinar a descobrir as causas que os conduziram ao fracasso (ensinar a desenvolver a capacidade de reflexão);
- Não permitir que pensem por si mesmas, o que lhes dá a entender que não acreditamos que façam as coisas correctamente;
- Oferecer às crianças um modelo pobre de pai / mãe;
- A ausência de contacto físico, de carinho, transmite a noção à criança que não é querida nem digna de ser amada.

## **Estratégias Fortalecedoras do Desenvolvimento Psico-Afectivo da Criança**

- Demonstrar carinho, com factos e palavras. Uma abordagem carinhosa e compreensiva é poderosa;
- Tentar elogiar os êxitos, mesmo os pequenos;
- Aceitar e respeitar o ritmo de cada criança;
- Transmitir que a aprendizagem é progressiva, não pode estar sujeita a aceleração;
- Sugerir o que podem e devem fazer, em vez de insistir naquilo que não devem fazer (importância da motivação positiva);
- Dar oportunidade para que a criança descubra o mundo à sua volta através das brincadeiras;
- Agradecer quando colaboram, dando valor às «pequenas colaborações»;
- Sempre que possível, não dar demasiada importância a comportamentos infantis de perrices, amuos;



- Transmitir que errar é humano, trata-se de reconhecer o erro e tentar evitá-lo posteriormente (falhas são oportunidades para crescer);
- Perceber que quando uma criança se porta mal, o mau comportamento é diferente da sua personalidade;
- Os pais devem acalmar-se primeiro e depois falar com a criança;
- Disciplinar é promover o autocontrolo;
- Uma resposta firme a um mau comportamento revela interesse;
- Os pais precisam ter em conta os seus próprios sentimentos;
- Preparar os filhos também para os fracassos e não só para os sucessos;
- Educar para a sensibilidade e não só para a inteligência lógica.

## Sinais de Alerta de Acordo com a Faixa Etária

1 MÊS	3 MESES	6 MESES	9 MESES	12 MESES
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausência de tentativa de controlo da cabeça, na posição sentado;</li> <li>• Hiper e hipo tonicidade na posição de pé;</li> <li>• Não segue a face humana;</li> <li>• Não vira os olhos nem a cabeça para o som (voz humana);</li> <li>• Não se mantém em situação de alerta, nem por breves períodos;</li> <li>• Não estabelece qualquer tipo de interacção.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não segura a cabeça;</li> <li>• Membros rígidos em repouso;</li> <li>• Não fixa nem segue objectos;</li> <li>• Não sorri ou chora;</li> <li>• Mãos sempre fechadas;</li> <li>• Treme, chora, grita ao toque;</li> <li>• Sobressalto ao menor ruído;</li> <li>• Pobreza de movimentos;</li> <li>• Deixa cair a cabeça para trás;</li> <li>• Postura assimétrica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não segura a cabeça;</li> <li>• Membros inferiores rígidos;</li> <li>• Tracção pelas mãos, eleva-se em bloco;</li> <li>• Não olha nem segura objectos;</li> <li>• Assimétrias;</li> <li>• Não reage aos sons;</li> <li>• Não vocaliza;</li> <li>• Desinteresse pelo ambiente;</li> <li>• Irritável ao toque;</li> <li>• Estrabismo manifesto e constante.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não se senta;</li> <li>• Mantém-se sentado e imóvel sem procurar mudar de posição;</li> <li>• Assimétrias;</li> <li>• Sem preensão palmar, não leva objectos à boca;</li> <li>• Não reage aos sons;</li> <li>• Vocaliza de forma monótona ou não vocaliza;</li> <li>• Apático;</li> <li>• Não imita;</li> <li>• Engasga-se com facilidade;</li> <li>• Estrabismo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não suporta o peso de pé;</li> <li>• Permanece imóvel; não procura mudar de posição;</li> <li>• Assimetria;</li> <li>• Não pega nos brinquedos ou fá-lo só com uma mão;</li> <li>• Não reage à voz;</li> <li>• Não brinca nem estabelece contacto;</li> <li>• Apático;</li> <li>• Não mastiga;</li> <li>• Estrabismo.</li> </ul>

18 MESES	2 ANOS	3 ANOS	4 ANOS	5 ANOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não se põe de pé;</li> <li>• Não suporta o peso;</li> <li>• Anda sempre em bicos de pés;</li> <li>• Assimétrias;</li> <li>• Não faz pinça fina;</li> <li>• Não responde quando o chamam;</li> <li>• Não vocaliza espontaneamente;</li> <li>• Não se interessa pelo ambiente. Não estabelece contacto; Atira tudo ao chão;</li> <li>• Leva tudo à boca.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não anda;</li> <li>• Assimetria;</li> <li>• Deita os objectos ao chão;</li> <li>• Não constrói nada;</li> <li>• Não compreende o que se lhe diz;</li> <li>• Não pronuncia palavras inteligíveis;</li> <li>• Não se interessa pelo ambiente;</li> <li>• Não estabelece contacto;</li> <li>• Não imita;</li> <li>• Estrabismo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Marcha insegura;</li> <li>• Não brinca com outras crianças;</li> <li>• Incapaz de desenvolver jogo;</li> <li>• Irritabilidade frequente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desajeitado;</li> <li>• Hiperactivo, distraído, dificuldades de concentração;</li> <li>• Linguagem incompreensível, substituições fonéticas, gaguez;</li> <li>• Estrabismo ou suspeita de défice visual;</li> <li>• Perturbações do comportamento;</li> <li>• Não responde à voz ciciada.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não se interessa pelo meio ambiente;</li> <li>• Má coordenação motora;</li> <li>• Dificuldade extrema na linguagem;</li> <li>• Alterações de comportamento.</li> </ul>



**Anexo 3**  
**INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO**



## Anexo 3 – Instrumentos de Avaliação do Desenvolvimento

INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO	POPULAÇÃO-ALVO	ÁREAS AVALIADAS	OBSERVAÇÕES
<i>The Schedule of Growing Skills</i>	0 meses aos 5 anos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Postura passiva;</li> <li>• Postura activa;</li> <li>• Locomoção;</li> <li>• Capacidades manipulativas;</li> <li>• Capacidades visuais, audição e linguagem, fala e Linguagem;</li> <li>• Interação social;</li> <li>• Autonomia;</li> <li>• Cognição.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicação rápida, de fácil visualização através de uma síntese gráfica do desenvolvimento;</li> <li>• Preciso e fiável.</li> </ul>
<b>Escala de Desenvoltimentos de Mary Sheridan</b>	0 meses aos 5 anos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Postura e motricidade global;</li> <li>• Visão e motricidade fina;</li> <li>• Audição, linguagem, comportamento e adaptação social.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicação rápida;</li> <li>• Preciso e fiável.</li> </ul>
<b>Teste de Rastreo de Denver II</b>	0 meses aos 6 anos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Motora grosseira;</li> <li>• Motora fina;</li> <li>• Pessoal-social;</li> <li>• Linguagem.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Por ser um recurso de triagem, o teste de Denver não deve ser utilizado como avaliação de inteligência ou como preditivo do desenvolvimento posterior da criança.</li> </ul>
<b>Método de Rastreo de Desenvolvimento Neurológico Infantil de Bayley</b>	0 aos 30 meses.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mental;</li> <li>• Psicomotora;</li> <li>• Comportamental.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apenas sugere o desempenho da criança, no momento e nas áreas avaliadas;</li> <li>• Não contempla as interferências sócio-afectivas;</li> <li>• É uma referência de avaliação do desenvolvimento na primeira infância em centros de pesquisa de todo o mundo.</li> </ul>
<b>Escala de Desenvolvimento Psicológico de bebés de Uzgiris e Hunt</b>	0 aos 24 meses.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cognitivo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Visa estabelecer o <i>status</i> de desenvolvimento de crianças pequenas, normais ou deficientes.</li> </ul>
<b>Avaliação do Desenvolvimento de Gessell</b>	4 semanas; 16 semanas; 28 semanas; 40 semanas; 12 meses; 18 meses; 24 meses; 36 meses.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comportamento: motor, adaptativo, de linguagem e pessoal-social.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilizado particularmente no acompanhamento de crianças de risco.</li> </ul>

INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO	POPULAÇÃO-ALVO	ÁREAS AVALIADAS	OBSERVAÇÕES
<b>Escala de Avaliação Comportamental Neonatal de Brazelton (NBO e NBAS)</b>	Entre 36 e 44 semanas e em prematuros quando atinjam 40 semanas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comportamento social-interactivo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Instrumento de análise de bebés, desenvolvido para distinguir diferenças individuais entre bebés normais.</li> </ul>
<b>Escala de Prechtl</b>	38 e 42 semanas de vida.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Neurológica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Foi um dos primeiros exames a considerar a importância do estado de consciência do neonato como determinante da intensidade de muitas respostas.</li> </ul>
<b>Avaliação Neurológica de Dubowitz</b>	Recém-nascidos de termo e prematuros, durante o período neonatal.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Neuro-comportamental.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inclui itens relacionados com a habituação, tónus e movimentos, seguido da avaliação de alguns reflexos.</li> </ul>
<b>Avaliação Neurológica de Amiel Tison</b>	Bebés de termo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tónus passivo;</li> <li>• Tónus activo;</li> <li>• Qualidade dos reflexos;</li> <li>• Funções sensoriais.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deve ser realizado no 3º dia de vida e no final da primeira semana, em caso de anormalidades.</li> </ul>
<b>Escala de Desenvolvimento de Griffiths</b>	2 aos 8 anos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Locomoção;</li> <li>• Pessoal-social;</li> <li>• Audição e linguagem, coordenação olho-mão, realização / raciocínio prático.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recorre à utilização de materiais coloridos e variados.</li> </ul>

OBRAS JÁ EDITADAS

---

SÉRIE I - NÚMERO 1

---

DOR - GUIA ORIENTADOR DE BOA PRÁTICA

---

SÉRIE I - NÚMERO 2

---

GUIA DE BOA PRÁTICA DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM  
À PESSOA COM TRAUMATISMO VÉRTEBRO-MEDULAR

---

SÉRIE II - NÚMERO 1

---

CATÁLOGO DA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL  
PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM (CIPE®)

---



Edição  
Ordem dos Enfermeiros