



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
MINISTÉRIO DA SAÚDE

MANUAL DE PROMOÇÃO DO DESENVOLVIMENTO DA PRIMEIRA INFÂNCIA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE MATERNO INFANTIL

Manual de Formador



FICHA TÉCNICA

Título: MANUAL DE PROMOÇÃO DO DESENVOLVIMENTO DA PRIMEIRA INFÂNCIA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE MATERNO INFANTIL

Ano 2024

“É permitida a reprodução total ou parcial desta obra, desde que citada a fonte”.

Elaboração:

©Ministério da Saúde

Direcção Nacional de Saúde Pública

Departamento de Saúde Familiar

Maputo-Moçambique

Coordenação:

Quinhas Fernandes

Maria Benigna Matsinhe

Miquelina Tovela

Coordenação Técnica:

Gizela Azambuja

Marla Amaro

Elaboração:

Arla Alfândega

Kátia Mangujo

Svetlana Drivdal (PATH)

Iracema Barros (PATH)

Felismina Ngovene (PATH)

Colaboração:

Nelice Mate, Irene Rungo, Elsa Jacinto, Vânia Benzane, Alia Nalá, Elda Famba, Maria Eduarda Fernandes, Edma Selemene, Maria de Fátima Vicente, Ana Macrina, Malverno Sueleque, Joice Choueio, José Luis Selemene, Nelton Camões do Rosário, Gonçalves Zito Sobrano, Buanamade Alfredo, Melanie Picolo (PATH), Gino Regina (PATH), João Carlos Catingue (PATH), Rosário Manuel (PATH), Benilde Soares (UNICEF), Júlia Nhacule (UNICEF), Néllia Mutisse (OMS)

Apoio Financeiro: Fundação Hilton

Redacção e Revisão linguística: Patrícia Pérez Martin (Consultora do Manual)

Fotos: PATH.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ADPM	Atraso do Desenvolvimento Psico-Motor
AFU	Altura do Fundo Uterino
AIDI	Atenção Integrada às Doenças da Infância
APEs	Agentes Polivalentes Elementares
CCS	Consulta de Criança Sadia
CCD	Consulta de Criança Doente
CCR	Consulta de Criança em Risco
CERN	Cuidados Essenciais do Recém-Nascido
CPN	Consulta Pré-Natal
CPP	Consulta Pós-Parto
DPI	Desenvolvimento da Primeira Infância
DPM	Desenvolvimento Psico-Motor
FCF	Frequência Cardíaca Fetal
MISAU	Ministério da Saúde
MDAT	Ferramenta de Malawi para Avaliação do Desenvolvimento da Criança
MDAT	Ferramenta Adaptada do Malawi para Monitoria do Desenvolvimento da Criança
IDEC	(do Inglês: Identification of Disability in Early Childhood)
ODS	Objectivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial de Saúde
PATH	Do Inglês: Program for Appropriate Technology in Health
RN	Recém-Nascido
SMI	Saúde Materna Infantil
TA	Tensão Arterial
TDA	Tratamento da Desnutrição no Ambulatório
TDI	Tratamento da Desnutrição no Internamento
US	Unidade Sanitária
UD	Unidade Didáctica

PREFÁCIO

A primeira infância, geralmente definida como os primeiros 5 anos de vida, é um período de crescimento rápido, em que o cérebro em desenvolvimento é mais sensível aos diferentes estímulos. Este período de desenvolvimento é considerado a base para o subsequente sucesso escolar e profissional a nível individual, para o capital humano a nível global e o desenvolvimento económico a nível global.

Portanto, podemos considerar esta etapa como a mais importante janela de oportunidades para garantir o desenvolvimento pleno de um indivíduo e minimizar o risco de aparição de atraso no desenvolvimento a longo prazo.

As consultas de cuidados de saúde para mulheres e crianças constituem importantes oportunidades para fortalecer os esforços das famílias na promoção do desenvolvimento infantil. É através destas consultas que os profissionais de saúde podem influenciar positivamente os pais ou cuidadores.

Os Objectivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) e a Estratégia Global para a Saúde das Mulheres, das Crianças e dos Adolescentes incorporaram o desenvolvimento da primeira infância como um conjunto de intervenções fundamentais para a transformação que o mundo pretende alcançar até 2030. De facto, uma das suas metas é garantir que todos os rapazes e raparigas tenham acesso a um desenvolvimento de qualidade na primeira infância (meta 4.2 dos ODS).

Muitas das intervenções que são essenciais para abordar a sobrevivência das crianças têm impacto directo no seu desenvolvimento, e estas devem ser realizadas com elevada qualidade e cobertura através dos serviços de cuidados de saúde primários nas unidades sanitárias e nas comunidades.

Para além do papel de promoção de saúde, prevenção de doenças e a oferta de cuidados de saúde, os serviços e os profissionais de saúde são também responsáveis pela criação de um ambiente de apoio nos primeiros 3 anos de vida.

Em Moçambique, o Ministério da Saúde está a implementar intervenções que visam assegurar a integração de conteúdos sobre o desenvolvimento da primeira infância (DPI), em todas as oportunidades que se apresentam, através da revisão de normas, estratégias, políticas e directrizes nacionais, para elevar a oferta de um pacote completo de cuidados que visam aumentar a sobrevivência infantil e o alcance do pleno potencial para toda criança.

Aliado a estes esforços, os pais e cuidadores precisam, também, de ser capacitados e apoiados, na construção de relações mais fortes com os seus próprios filhos, adoptar e praticar a estimulação precoce e incluí-las nas suas rotinas diárias como um meio de aprendizado, com objectivo de serem mais responsivos às necessidades da criança, aprendendo a resolver os desafios inerentes a oferta de cuidados de forma a garantir um ambiente seguro, para que as crianças possam atingir o seu pleno potencial.

O presente pacote de formação, representa uma oportunidade para orientar os profissionais de saúde sobre as principais intervenções que devem ser realizadas de forma integrada nos serviços de saúde materno-infantil e nutrição em prol do desenvolvimento da primeira infância.

Esperamos que os profissionais de saúde envolvidos nos cuidados de saúde materno-infantil e nutrição façam uso deste pacote, que irá permitir melhorar a qualidade dos cuidados prestados aos pais/cuidadores, crianças e sua família, contribuindo desta forma para o alcance do ODS 4.2.

Maputo, 23 de Setembro de 2024
O Ministro da Saúde
Armando Daniel Tiago



ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	1
2. UNIDADE DIDÁCTICA 1	4
Conceitos chave do desenvolvimento da primeira infância	4
Introdução	6
Objectivo	6
Resultados de aprendizagem	6
Períodos mais críticos do desenvolvimento na primeira infância	6
Factores que influenciam o desenvolvimento infantil	8
Crenças e práticas culturais a volta do desenvolvimento da primeira infância	10
Exercícios práticos da UD-1	17
3. UNIDADE DIDÁCTICA 2	25
Comunicação interpessoal com o cuidador e a sua criança	25
Introdução	25
Objectivo	25
Resultados de aprendizagem	25
Comunicação interpessoal	25
Princípios de um aconselhamento eficaz durante a oferta dos serviços de saúde	28

Pontos chave	29
Exercícios práticos da UD- 2	30
4. UNIDADE DIDÁCTICA 3	37
Promoção do desenvolvimento da primeira infância na Consulta Pré-Natal e na Maternidade	37
Introdução	37
Objectivo	37
Resultados de aprendizagem	37
Importância do aconselhamento em desenvolvimento da primeira infância na consulta Pré-natal	37
Aconselhamento em desenvolvimento da primeira infância na Maternidade	37
Pontos-chave	53
Exercícios práticos da UD- 3	53
5. UNIDADE DIDÁCTICA 4	57
Intervenções para o desenvolvimento da primeira infância na sala de espera das consultas de saúde infantil	57
Introdução	57
Objectivo	57
Resultados de aprendizagem	57
Funcionamento das salas de espera nas consultas para crianças na unidade sanitária	57
Oportunidades para promover o desenvolvimento da primeira infância na sala de espera das consultas de saúde infantil	58
Promoção das sessões com recurso a caixa de brincar na sala de espera	59
Preparação e uso da caixa de brincar	60
Pontos-chave	72
Exercícios práticos da UD- 4	72
6. UNIDADE DIDÁCTICA 5	77
Intervenções para promover o desenvolvimento da primeira infância nas consultas de saúde infantil	77
Introdução	77
Objectivo	77
Resultados de aprendizagem	77
Monitoria do desenvolvimento psicomotor da criança na consulta de criança sadia, criança em risco e criança doente	79
Passos para a monitoria dos marcos do desenvolvimento	81
Aconselhamento em desenvolvimento infantil	86
Pontos chave:	88
Exercícios práticos da UD-5	88
7. CONCLUSÃO	93
8. REFERÊNCIAS	94
9. GLOSSÁRIO	95
10. ANEXOS	97
ANEXO 1: Passo a passo unidade didáctica 1	97
ANEXO 2: Passo a Passo unidade didáctica 2	98
ANEXO NÚMERO 3: Passo a passo da unidade didáctica 3	98
ANEXO 4: Passo a passo da unidade didáctica 4	99
ANEXO 5: Passo a passo da unidade didáctica 5	100
ANEXO 6: Agenda da Formação	101



INTRODUÇÃO

O primeiro Objetivo de Desenvolvimento Sustentável (ODS) é “assegurar que todos os seres humanos possam realizar o seu potencial com dignidade e igualdade num ambiente saudável”, proteger, promover e apoiar o desenvolvimento da primeira infância é essencial para permitir que todas as crianças alcancem o seu pleno potencial humano.

Recentemente em Moçambique foram publicados os dados do Inquérito Demográfico em Saúde (2022–2023)²⁴. Neste inquérito inclui-se um módulo com informação sobre as dificuldades funcionais. As informações obtidas a partir do inquérito, permitiram avaliar aspectos essenciais do bem-estar das crianças em Moçambique. Especificamente foram incluídas perguntas sobre dificuldades funcionais das crianças de 2–4 anos e de 5–17 anos, a disciplina infantil e o desenvolvimento na primeira infância.

O inquérito mostrou que 5% das crianças de 2–4 anos foram indicadas como tendo dificuldades funcionais em pelo menos um dos seguintes domínios: ver, ouvir, caminhar, motricidade fina, comunicação, aprendizagem, jogar e controlar o comportamento. Em relação às crianças de 5 a 7 anos, 8% foram indicadas como tendo dificuldades funcionais em pelo menos um dos seguintes domínios: ver, ouvir, caminhar, cuidados pessoais, comunicação, aprendizagem, lembrar-se ou concentrar-se, controlar o comportamento, ansiedade e depressão.

Os dados apresentados no relatório do IDS não diferem muito das estatísticas globais já apresentadas nas diferentes séries publicadas no Lancet sobre o Desenvolvimento da Primeira Infância.

Ao longo dos últimos 17 anos o Lancet, publicou até 3 series sobre desenvolvimento da primeira infância. A primeira dela, em 2007, estimou que, 200 milhões de crianças com menos de 5 anos em países de baixa e média renda (LMIC) corriam um risco elevado de não atingirem o seu potencial humano. A segunda série publicada em 2011, identificou os factores de risco (com destaque para a pobreza, malnutrição, infecções crónicas, saúde mental não adequada no ambiente familiar, ambientes não seguro, etc...) e de proteção (Adequada nutrição para idade, cuidados responsivos, condições de higiene, água e saneamento apropriadas, boa saúde mental dos pais e cuidadores para o desenvolvimento e mostrou provas crescentes da eficácia de diversas intervenções para evitar a perda de potencial humano.

A última série publicada em 2016 e intitulada “Advancing Early Childhood Development: from Science to Scale”²⁵ (Desenvolvimento da Primeira Infância: da Ciência à Escala), trouxe novas evidências científicas sobre o benefício da integração das intervenções, com base nas conclusões e recomendações das séries anteriores.

Nesta serie, confirma-se que desde a concepção até aos 3 anos de idade, é o período durante o qual as exposições adversas exercem os maiores danos e as intervenções eficazes os maiores benefícios; e com base em isto, propõe caminhos para a implementação do desenvolvimento da primeira infância em grande escala.

A série dá ênfase aos “cuidados responsivos”, especialmente para as crianças com menos de três anos de idade, e propõe intervenções multi-setoriais, começando pela saúde, que podem ter um alcance alargado às famílias e às crianças pequenas através dos sectores da saúde e da nutrição.

Uma das intervenções bem-sucedidas para promover o desenvolvimento da primeira infância relatadas na última série, são os conhecidos **programas parentais**, os quais são operacionalmente definidos como intervenções ou serviços destinados a melhorar as interações parentais, os comportamentos,

conhecimentos, crenças, atitudes e práticas. Nesta terceira série, se analisaram alguns destes programas parentais em países de baixa renda, e a sua contribuição directa no desenvolvimento cognitivo e linguístico das crianças.

Os programas parentais mais eficazes descritos na série, utilizaram várias técnicas de mudança de comportamento, incluindo meios de comunicação como cartazes e cartões que ilustram práticas de enriquecimento, oportunidades para os pais praticarem o jogo e conversa reactiva com os filhos, orientação e apoio para mudar as práticas, e estratégias de resolução de problemas.

De todas as intervenções descritas na série, algumas já formam parte da continuidade dos cuidados que Moçambique oferece às mulheres grávidas na consulta pré-natal, parto e pós -parto e a sua criança desde a maternidade, consulta pós-natal, consultas de crianças sadia e outras consultas, e a grande maioria dos provedores de saúde já estão familiarizados nestas intervenções.

Por outro lado, há intervenções que, mesmo formando parte da rotina como são a monitoria dos marcos do desenvolvimento e a identificação atempada dos factores de risco para um fraco desenvolvimento, os provedores de saúde ainda não chegaram a integrá-las de forma eficaz e constante no seu dia a dia de trabalho.

E por último há intervenções que ainda não foram integradas à escala nacional como é o aconselhamento em DPI (cuidados responsivos, aprendizagem precoce, proteção e segurança) ao longo dos cuidados contínuos. Este aconselhamento, requiere da formação dos provedores de saúde e cuidadores em técnicas de aconselhamento, para fortalecer os vínculos de forma atempada entre os cuidadores e os bebés, aprendizagem sobre como estimular o desenvolvimento dos filhos mesmo durante as rotinas diárias da família fazendo uso de diferentes ferramentas simples e adequadas para cada faixa etária.

O Departamento de Saúde Familiar do Ministério da Saúde em Moçambique, apos identificar a necessidade de integrar este aconselhamento em desenvolvimento da primeira infância na oferta das suas intervenções na continuidade dos cuidados a mulher e a criança, tem elaborado junto a seus parceiros este manual de formação que visa formar e capacitar os profissionais de saúde em matéria de aconselhamento do desenvolvimento da primeira infância; dotando a eles de conhecimentos básicos sobre o DPI, e sobre a importância de identificar factores de risco para um fraco desenvolvimento.

Através deste manual, serão fornecidas técnicas de comunicação interpessoal entre o provedor afecto aos sectores de atendimento da criança e o cuidador da criança, assim como entre o provedor e a própria criança.

Finalmente serão ensinadas e demonstradas diferentes ferramentas que vão ajudar tanto ao provedor como ao cuidador, na oferta de um aconselhamento em DPI de qualidade, que favoreça o desenvolvimento da criança para lhe ajudar atingir o seu pleno potencial no final do seu desenvolvimento.

O manual é dividido em 5 unidades didácticas, cada uma com seus conteúdos específicos. Cada unidade é subdividida em várias sessões, com quantidades variáveis. No início de cada unidade, há uma breve introdução, seguida pela apresentação dos objectivos e uma lista dos resultados de aprendizagem esperados, tudo isso antes do conteúdo didáctico propriamente dito. No fim de cada unidade, aparecem a modo de resumo uns pontos - chaves da unidade e os exercícios práticos da mesma que irão servir para consolidar e refrescar os conhecimentos adquiridos.



UNIDADE DIDÁCTICA 1

Conceitos chave do desenvolvimento da primeira infância





REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
MINISTÉRIO DA SAÚDE

O Nosso Maior Valor é a Vida

ATENÇÃO ÀS FASES DO DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA

Verifique Como a Criança Está a Crescer

AOS 2 MESES	Olha para o cuidador 	Segue o objecto com os olhos 	Reage ao som 	Eleva a cabeça por uns segundos 
AOS 4 MESES	Faz sons e sorri em resposta ao cuidador  Olá, meu doce! Ahahah...	Segura objecto com uma mão 	Sustenta a cabeça 	
AOS 6 MESES	Vira a cabeça para o lado do som 	Alcança objecto com a mão 	Leva objectos à boca 	Rebola 
AOS 9 MESES	Brinca de esconde-achou 	Senta sem apoio 	Mamama... Balbucia 	Passa objectos de uma mão para a outra 
AOS 12 MESES	Imita os gestos do cuidador 	Parece estar a falar em frases Capapa vumm anana ... Sim, é um carro! 	Pega objectos com dois dedos 	Anda com apoio 
AOS 15 MESES	Mostra o que quer 	Diz 1 palavra que não seja "papá", "mamã", ou o nome de alguém Gato? 	Coloca objectos na caneca 	Anda sem apoio 
AOS 18 MESES	Aponta as partes do corpo Onde está o nariz? 	Carro! Rodas! Parou! Diz 3 palavras que não sejam "papá", "mamã", ou o nome de alguém 	Põe um bloco ou copo por cima de outro 	Bebe com o copo 
AOS 24 MESES	Aponta 2 desenhos 	Tira a roupa sozinho(a) 	Monta uma torre de 3 blocos ou copos 	Chuta a bola 

Consulte
GRÁTIS



ou Ligue
GRÁTIS para o



84 146-82 149-1490



PATH
PENSAMENTO

Introdução

Desenvolvimento refere-se ao processo contínuo de mudança, no ser humano ela manifesta-se de forma física, cognitiva e socio-afectiva. Na primeira infância, este refere-se às capacidades de pensar, falar, relacionar-se com os outros e se movimentar, que ficam mais complexas com o passar de cada ano de vida. O ganho de estas habilidades depende muito dos cuidados e atenção que a criança recebe de toda família, especialmente os estímulos que a criança recebe.

Através desta unidade os formandos serão sensibilizados sobre a importância do desenvolvimento durante os dois primeiros anos da vida, e sobre o papel que o sector de saúde tem em monitorar e melhorar o desenvolvimento das crianças.

Resultados de aprendizagem

No final desta unidade, o formando deve ser capaz de:

- Explicar os períodos críticos e as diferentes áreas do desenvolvimento na primeira infância.
- Identificar os factores que influenciam o desenvolvimento infantil adequado;
- Conhecer as crenças e as práticas culturais à volta do desenvolvimento da primeira infância.
- Descrever o papel do provedor de saúde e as ferramentas a serem usadas para monitorar/avaliar o desenvolvimento da primeira infância.

Períodos mais críticos do desenvolvimento na primeira infância

O desenvolvimento psicomotor da criança começa na concepção e passa por várias fases. Neste processo, a criança adquire e fortalece diversas capacidades. Numa criança normal, o desenvolvimento processa-se de uma forma sequencial e uniforme, isto é, sustenta a cabeça, só depois senta-se e anda, compreende as palavras, mais tarde pronuncia e depois constrói frases.

A aprendizagem e aquisição progressiva das diferentes capacidades depende da maturidade do sistema nervoso, de factores genéticos e da estimulação que a criança recebe da família e do ambiente. Poderá ser afectada por acidentes e doenças intercorrentes¹.

Na infância, os cuidados e os estímulos proporcionados à criança nos primeiros anos de vida são decisivos para seu desenvolvimento. Como mostra a Figura 2, a maioria das capacidades desenvolvem-se mais rápido nos primeiros 3 anos de vida, que em qualquer outro período da vida do ser humano. Isso quer dizer que o cérebro está mais sensível aos estímulos dos pais/cuidadores e do meio ambiente (nutrição, poluição, infecções etc.) nestes primeiros anos da vida.

¹ Normas de atendimento à criança sadia e à criança em risco, MISAU, 2021.

Objectivo

Compreender os conceitos chave do desenvolvimento da primeira infância e o seu papel como provedor de saúde na promoção de um desenvolvimento infantil adequado.



Figura 1: Desenvolvimento psicomotor no primeiro ano de vida.

Fonte: Normas de Atendimento a CCS e CCR, MISAU 2021.

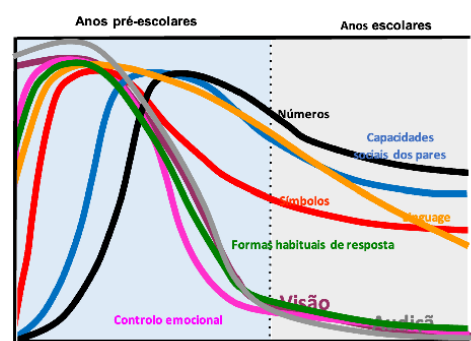


Figura 2: Evolução da aquisição de algumas capacidades durante o desenvolvimento da primeira infância.

Fonte: Adaptado de Nash, 1997; Early Years Study, 1999; Shonkoff, 2000.

Principais áreas do desenvolvimento

Entende-se por desenvolvimento psicomotor (DPM) da criança a aquisição gradual de capacidades psico-motoras nas quatro áreas, isto é, área motora, cognitiva, sócio-emocional, e da linguagem.

Exemplos de capacidades na área motora:

Desenvolvimento da motricidade grossa: levantar a cabeça, rolar, engatinhar, sentar, dar passos, correr, saltar, chutar bola.

Desenvolvimento da motricidade fina: tocar no objecto, segurar com toda a mão, segurar com 2 dedos em forma de pinça, alimentar-se, vestir-se, desenhar formas, fazer trabalhos manuais.

Exemplos de capacidades na área cognitiva: prestar atenção, memorizar, copiar, perceber e responder às perguntas, fazer perguntas, criar algo, resolver problemas, melhorar após tentativa e erro.

Exemplos de capacidades na área sócio-emocional: pedir e dar carinho; esperar que chegue a sua vez; demonstrar expressões de carinho, seguir as regras do jogo.

Exemplos de capacidades na área de linguagem: responder aos sons, palavras e frases; comunicar com gestos e sons; dizer sílabas e palavras curtas; dizer frases curtas e longas.

Desenvolvimento do cérebro

Para entender como o cérebro se desenvolve, podemos imaginar, que este é como uma floresta. O cérebro tem neurónios, que são como ramos das árvores da floresta.

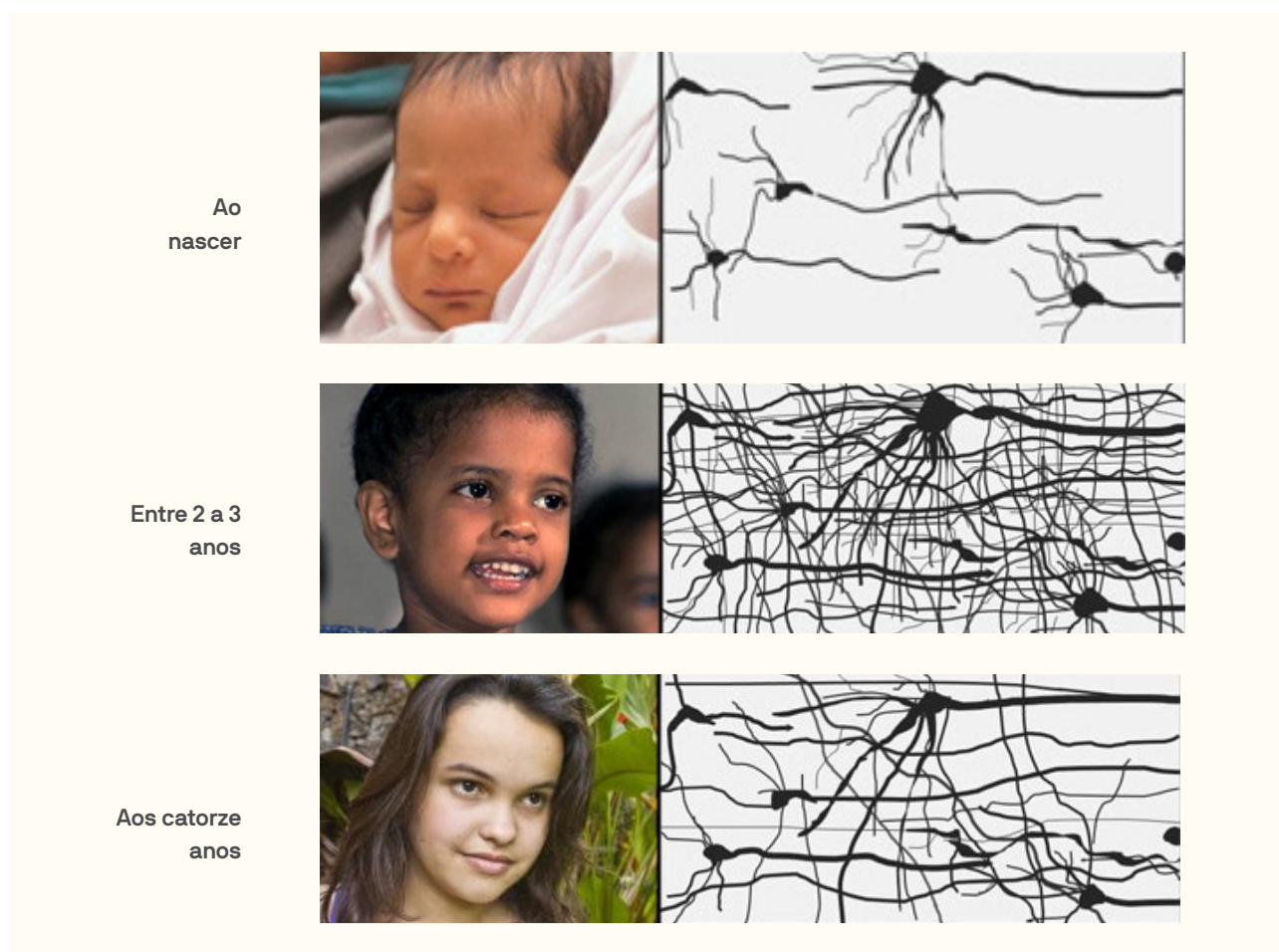


Figura 3: Representação do número de sinapses no cérebro segundo a idade da criança

Fonte: Curso Ciência de DPI, Fundação Aga Khan.

As ligações entre os ramos (as sinapses) são importantes, pois elas são as que ajudam o cérebro a funcionar bem, permitindo-nos movimentar, falar, a pensar, a lembrar e a resolver problemas.

O maior número de ligações, são criadas no período até aos 3 anos de idade. Qualquer experiência na vida da criança estimula a criação de novas ligações no seu cérebro.

Contudo, as ligações que continuam a ser reforçadas, permanecem, e aquelas que não recebem muito reforço, desaparecem num processo chamado de poda. Por exemplo, se a mãe e o pai sempre conversam com a criança, as ligações entre neurónios na parte do cérebro responsável pela fala ficam reforçadas. Mas se não há muitas interações verbais entre a família e a criança, os neurónios vão ter poucas ligações naquela parte do cérebro. Isso pode influenciar o futuro sucesso da criança na escola.

Para que cada criança alcance o seu potencial e desenvolva as ligações necessárias no seu cérebro, ela precisa de bons cuidados de saúde, nutrição adequada, segurança, assim como dos cuidados responsivos e oportunidades para aprendizagem precoce. Estes 5 domínios compõem os Cuidados Integrados para a Primeira Infância, endossados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2018.



Figura 4: Representação dos domínios dos cuidados integrados do DPI

Fonte: Organização Mundial da Saúde (2018)

Factores que influenciam o desenvolvimento infantil

No desenvolvimento da primeira infância, muitos factores podem influenciar negativamente o processo, trazendo como consequência diferentes tipos e grau de atrasos. A partir do momento em que estes atrasos são identificados, é possível trabalhar sobre eles para minimizá-los, e em alguns casos inclusive reverte-los. No entanto, isto vai depender do momento do desenvolvimento em que forem identificados pelo provedor de saúde.

Por outro lado, existem acções que favorecem e estimulam um desenvolvimento adequado.

Tanto os factores que prejudicam como aqueles que favorecem o desenvolvimento serão descritos a seguir.

Os factores que com maior frequência têm sido identificados em Moçambique são os seguintes:

- **Durante a gestação:** Atraso de crescimento intra-uterino devido a malnutrição da mãe, infecções congénitas (ex: sífilis, rubéola, HIV etc.), malformações congénitas, exposição da mulher ao stress e violência durante a gravidez;
- **Neonatais:** Asfixia, traumatismos obstétricos, malformações congénitas, infecções (ex: septicemia, meningite, malária), icterícia, prematuridade e baixo peso a nascer, incompatibilidade sanguínea feto-materna;

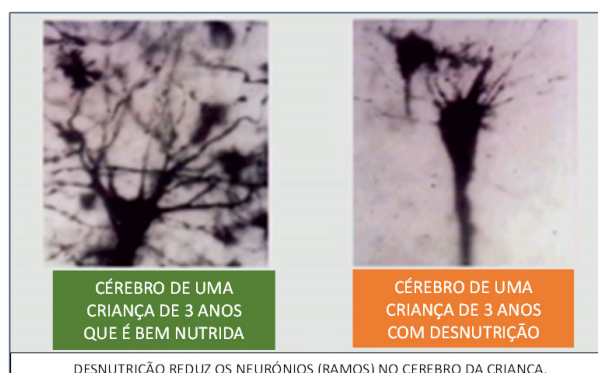


Figura 5: Diferenças entre o número de neurónios de uma criança bem nutrida com uma com desnutrição

Fonte: 2007, Dr Fernando Monckeberg Barros, Universidad Diego Portales

- **Nos primeiros anos de vida:** Infecções (ex: meningite, malária cerebral), desnutrição crónica e aguda, causas hereditárias (ex: Síndrome de Down e muitos outros), e falta de estimulação precoce no lar familiar.
- **Em qualquer um desses períodos:** Factores sociais: diferentes tipos de violência, abuso, falta de estimulação, maus-tratos e problemas de saúde mental da mãe ou de quem cuida da criança (ex: depressão pós-parto).

Problemas de desenvolvimento mais comuns

Estudos globais estimam que na África Subsaariana, 1 em 10 crianças

menores de 5 anos têm algum atraso no desenvolvimento ou deficiência. (Developmental disabilities among children younger than 5 years in 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. Global Research on Developmental Disabilities Collaborators. Lancet Global Health, 2018. DOI :[https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30309-7](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30309-7)

Segundo o IDS 2023, em Moçambique a taxa de desnutrição crónica é de 37% , a desnutrição aguda de 4% e o cinco por cento de crianças de 2–4 anos apresenta dificuldades funcionais em pelo menos um dos domínios funcionais.

Considera-se que uma criança apresenta um atraso do desenvolvimento, se a uma determinada idade, ela não tenha adquirido uma determinada habilidade ou não consegue realizar uma determinada tarefa quando lhe é requerido segundo um padrão.

Identificação dos problemas de desenvolvimento.

Alguns exemplos de atrasos segundo o domínio do desenvolvimento explorado:	Atraso na fala:
Atraso físico ou motor:	Não diz nenhuma palavra aos 12 meses
Não levanta a cabeça aos 2 meses	Atraso mental:
Não senta aos 6 meses	Não aponta as partes de corpo quando é pedido, aos 18 meses
Não dá passos aos 12 meses	Não percebe o que você pede para fazer (mas ouve), aos 2 anos
Problemas de visão ou de audição:	Não conseguir entender instruções simples até aos 2 anos
Não responde aos sons, ao nascer	
Não segue algo com olhar, aos 2 meses	

Eles podem ser identificados através:

Da monitoria do desenvolvimento;

Avaliação dos reflexos e anomalias congénitas no recém-nascido;

Monitoria dos marcos do desenvolvimento nas consultas da criança;

Prestando atenção a qualquer factor de risco que pode prejudicar o bom desenvolvimento.

Práticas chave que estimulam o desenvolvimento infantil

- **Conversar com a criança em cada momento e em cada tarefa diária, desde a gravidez.**

A criança começa a ouvir a partir dos 6 meses de gravidez. É importante conversar com um bebé, mesmo se ele ainda não responde. Isto é assim, porque a criança “grava” tudo que você diz, e com tempo começa a perceber e a responder. Podemos contar sobre o trabalho que estamos a fazer, as coisas que estamos a ver pelo caminho, conversar sobre as caretas e os sons que o bebé faz, etc.

- ***Brincar com a criança durante as rotinas diárias.***

Sabemos que os pais e cuidadores, não costumam ter muito tempo para brincar com as crianças. Mas é muito importante que eles brinquem com os filhos, todos os dias.

Para isso, podem aproveitar os afazeres diários. Assim, irão estimular as 4 áreas de desenvolvimento e o cérebro da criança, enquanto trabalham.

- ***Dar coisas interessantes para a criança olhar, mexer e brincar.***

Crianças aprendem olhando e manipulando os objectos a sua volta. Temos que deixar que elas interajam com objectos que são interessantes para elas. Estes não precisam de ser brinquedos da loja, mas podem ser cascas de frutas (por exemplo, cafuros), tampas e recipientes plásticos, folhas, pauzinhos e areia, ou alguns brinquedos feitos pela família. Temos de observar bem a criança para ver o que lhe interessa, e assim oferecer o que lhe pode estimular a aprender ainda mais.

- ***Estar atento aos sinais que a criança dá/faz, e ao responder a estes sinais.***

As crianças sempre se comunicam connosco, mesmo se ainda não falam. Elas através de gestos, sons e olhares, podemos comunicar o que elas precisam e o que querem. Algumas destas necessidades são fáceis de perceber, como querer comer, dormir ou ter a sua fralda trocada. Mas a criança também tem outras necessidades, **como por exemplo** querer interagir com o cuidador, querer brincar, querer um amparo. Observando a criança, podemos aprender o que ela precisa e quer. Respondendo às diferentes necessidades da criança, comunicamos a ela que nós percebemos e a amamos, e isso lhe faz sentir segura e crescer bem.

Crenças e Práticas culturais a volta do desenvolvimento da primeira infância

Da mesma forma que existem factores que influenciam negativamente e acções estimuladoras que favorecem o desenvolvimento da primeira infância as quais já foram referidas anteriormente nesta unidade didáctica, existem também crenças e práticas tradicionais que influenciam o desenvolvimento, e é sobre estas crenças que iremos falar reflectir a seguir.

Crenças e práticas culturais

Muitas vezes fazemos algo, porque todos à nossa volta fazem assim, e vem fazendo assim anos e anos. Chamamos isto de tradição, ou de crenças e práticas culturais.

Algumas destas crenças e práticas tradicionais favorecem o desenvolvimento da criança, e portanto devem ser reforçadas e mantidas. Contudo, outras, mesmo que já tenham servido no passado, actualmente podem não trazer os resultados que pretendemos alcançar no processo de desenvolvimento das crianças. A seguir, iremos ver alguns exemplos.

Crenças comuns acerca das crianças

- **“Somente pessoas com mente fraca conversam com bebés”.**

Falso: Os Bebés nos ouvem desde a gravidez. Podem não nos responder nos primeiros meses, mas estão a “gravar” tudo que estamos a dizer e assim a aprender a pensar e a falar.

- **Se está a brincar com o bebé, quer dizer que não tem nada a fazer!**

Falso: Brincar com bebé não é só uma actividade para tempo livre. É através da brincadeira que a criança aprende e desenvolve os ramos do seu cérebro. Para o cérebro ficar estimulado, as brincadeiras devem ser diárias. Com elas a criança irá desenvolver novas habilidades para falar e pensar, mover e fazer, sentir e aprender acerca de si mesmos e com os outros.

- **“Se responder aos choros do bebé, podemos estar a lhe mimar”.**

Falso: Quando respondemos aos choros do bebê, ele aprende que pode confiar em nós e se sentir seguro. Assim terá vontade de brincar e aprender.

- “Um homem não deve pegar no recém-nascido”.

Falso: Quanto mais cedo o homem comece a interagir com seu bebê (o ideal é começar já na gravidez), mais engajado e carinhoso ele ficará.

Algumas Práticas culturais

- **Nenecar o bebê:** Estimula a proximidade com o cuidador, permite à criança observar o que o cuidador faz, prepara a criança para começar a sentar.
- **Fazer massagem ao bebê:** Estimula o contacto cuidador-criança, reduz as cólicas, melhora a respiração, o sono e o apetite. Atenção para não fazer uma massagem brusca, e conversar com bebê durante a massagem.
- **Não conversar com o bebê durante as rotinas e afazeres ou na sala de espera etc.:** Prejudica o desenvolvimento da fala e com isso, atrasa o pensamento da criança. Quanto mais cedo começamos a falar com a criança, mais rápido ela aprenderá a falar e também a pensar.
- **Ajudar a criança a dar os primeiros passos, segurando pela mão, dando coisas para pegar etc.:** Ajuda a criança a aprender a andar.
- **Deixar o bebê com irmãos mais velhos:** Ajuda a desenvolver relações sociais; contudo, se somente deixar a criança com irmãos, ela pode não receber estímulos suficientes que somente os pais podem dar.



Crenças, práticas culturais e mudança de comportamento

As crenças e práticas culturais podem estar muito enraizadas no dia-a-dia e na mente das famílias, e podem guiar suas acções sem as famílias perceberem porque estão agindo desta ou de outra maneira. Fazem assim porque sempre fizeram, tanto eles como seus antepassados.

Vamos começar por reconhecer e reforçar as crenças e práticas culturais positivas, tais como a prática de nenecar e de fazer massagem ao bebé. É muito importante dar a conhecer às famílias que certas práticas tradicionais são realmente muito valiosas e há razões válidas porque essas práticas devem ser continuadas. As avós, mães e sogras devem sentir que seus conhecimentos e experiências são valorizadas pelos provedores de saúde. É exactamente por essa razão, que começamos o aconselhamento querendo saber o que as famílias já fazem, para cuidar e estimular as crianças. A seguir elojamos e damos importância às práticas tradicionais que realmente ajudam no desenvolvimento infantil.

Somente a seguir, é que podemos debater com as famílias algumas práticas menos positivas. Neste processo, temos que ter muita atenção em não ofender ou desvalorizar as famílias. Uma forma de ter um diálogo respeitoso sobre as práticas, é analisar juntos as consequências para a criança ou para outros membros da família. Por exemplo, pergunte aos cuidadores: Se não conversamos com a criança desde bebé, será que podemos esperar que ela saiba muitas palavras, e estude bem na escola? Ou, se o pai nunca pegou num bebé, será que ele vai aprender a cuidar dele e ser um pai engajado?

Por último, após analisar as consequências das práticas tradicionais não positivas, temos que oferecer práticas alternativas e convidar os cuidadores para praticar.

Por exemplo, a prática alternativa ao não falar com a criança, seria conversar com o bebé nas rotinas diárias. Temos de orientar e demonstrar como isso pode ser feito. Por exemplo, na hora de dar de comer ou de dar banho, podemos falar com o bebé, a seguir pedir ao cuidador para praticar na sua presença ou após voltar para casa.

Devemos também incentivar os cuidadores a observarem os seus bebés e como é que eles reagem a essa nova prática. As respostas positivas das crianças a estes estímulos, e as mudanças que eles vão experimentar no seu desenvolvimento, muitas vezes vão motivar aos cuidadores a continuar com as novas práticas.

Papel do provedor de saúde na monitoria do desenvolvimento e ferramentas disponíveis para monitorar e estimular o desenvolvimento da primeira infância

O papel do provedor de saúde é crucial para o bom desenvolvimento da criança, pois ele é a pessoa que vai monitorar os marcos do desenvolvimento durante as consultas de saúde infantil. E será nestas consultas que vai orientar os cuidadores, a como interagir com a sua criança, que práticas são consideradas como estimulantes e que práticas podem influenciar negativamente no desenvolvimento da mesma.

Principais tarefas do provedor de saúde na promoção do desenvolvimento infantil

- Monitorar o desenvolvimento psicomotor da criança, desde o nascimento
- Aconselhar aos cuidadores em práticas para estimular o desenvolvimento em casa.

A monitoria do desenvolvimento será feita ao longo da continuidade dos cuidados que o provedor oferece à criança nos diferentes contactos desta com o sistema de saúde. Sendo assim o provedor irá monitorar

o desenvolvimento em diferentes momentos e através de diferentes ferramentas segundo o sector onde a criança é atendida na US:

- **Na Maternidade e na Consulta Pós-parto (CPP):** avaliará os reflexos, a presença de malformações e traumatismos no recém-nascido, assim como identificação da presença de factores de risco para um fraco desenvolvimento.
- **Na enfermaria de pediatria, consultas da criança e visitas domiciliárias de APS:** Vai monitorar os marcos do desenvolvimento e a presença de factores de risco.
- **Na consulta médica:** avaliará crianças com suspeita de atraso do desenvolvimento psico-motor; tratará e/ou e irá referir para o especialista ou para um programa de reabilitação na comunidade (onde existir).

Ferramentas disponíveis para monitorar e estimular o desenvolvimento da primeira infância

A monitoria do desenvolvimento deve seguir os padrões estabelecidos, e para tal o MISAU tem desenvolvido várias ferramentas que servirão de apoio e de guia para os provedores de saúde em cada um dos sectores de atendimento. Estes materiais foram desenvolvidos em forma de cartazes ou de álbuns seriados contendo imagens, mensagens chaves e/ou sinais de alerta que orientam quando e como referir as crianças, a outros níveis de atenção caso seja necessário.

Assim, para a avaliação dos reflexos, malformações e possíveis traumatismos durante o parto, deve-se consultar o Caderno de Mapas para Atenção integrada ao recém-nascido do nascimento aos 7 dias de vida (MISAU, 2018). Um resumo dos problemas mais frequentes que devem ser observados nos recém nascidos pode ser encontrado também nos Cartazes intitulados: “Quando transferir o recém-nascido para o berçário” (MISAU, 2022) como mostrado na Figura 6.

QUANDO TRANSFERIR O RECÉM-NASCIDO DA MATERNIDADE PARA O BERÇÁRIO?

1. CÔR DA PELE  O RN tem o corpo azulado O RN tem o corpo amarelado (ver os olhos, as palmas das mãos e as plantas dos pés)	
2. RESPIRAÇÃO E FREQUÊNCIA CARDÍACA  • O RN tem frequência cardíaca > 160 bpm ou < 100 bpm • O RN tem a respiração rápida (≥60 cr/minuto) ou lenta (≤30 cr/minuto) • O RN tem respiração irregular com períodos de apnéia • O RN tem retracção subcostal grave, adejo nasal • O RN tem gemidos	3. CHORO  O RN não chorou ou espirrou, ou não fez caretas, ao nascer
4. TÔNUS MUSCULAR APGAR <3 (1ª min) OU <7 (5ª min)  • RN tem o corpo flácido, com ausência de um ou mais reflexos • RN está sonolento ou inconsciente	5. PESO BAIXO OU PREMATURIDADE  • RN tem o peso à nascença ≤ 1500 gramas • RN tem idade gestacional ≤ 32 semanas NOTA: Todo RN entre 1500 a 2500 gramas deve ser avaliado para necessidade de transferência por outras causas.
6. TEMPERATURA  • RN tem febre (38°C ou mais). Tire a roupa e confirme a medição após 30 minutos • RN tem hipotermia grave (<36°C)	7. ALIMENTAÇÃO  • RN não consegue ou recusa mamar • RN vomita tudo que mama • RN não defeca após 24 h de vida OU tem sangue nas fezes • RN tem distensão abdominal

QUANDO TRANSFERIR O RECÉM-NASCIDO DA MATERNIDADE PARA O BERÇÁRIO?

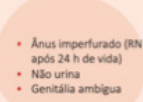
8. MALFORMAÇÕES		
CABEÇA  • Hidrocefalia ou macrocefalia (PC > 37 cm) • Encefalocele • Anencefalia • Cefalo-hematoma grande	FACE  • Lábio leporino e fenda palatina • Catarata congénita OU Glaucoma congénito	COLUNA  • Espinha Bífida
ABDÔMEN  • Onfalocele • Gastrosquise • Extrofia da bexiga		ÓRGÃOS GENITAIS  • Ânus imperfurado (RN não defeca após 24 h de vida) • Não urina • Genitália ambígua
9. TRAUMATISMO  • Paralisia de Erb • Fractura da clavícula • Traumatismo abdominal		10. OUTRAS CONDIÇÕES  • Ruptura prematura das membranas superior a 12 horas • Líquido amniótico com meconio • RN reanimado por mais de 10 minutos OU com VPP + Massagem cardíaca • RN tem convulsões (movimentos involuntários) • RN tem fontanela anterior deprimida ou abaulada • RN tem olhos inchados com secreção purulenta

Figura 6: Cartazes com informação chave sobre quando transferir um recém-nascido.

Fonte: Quando transferir o recém-nascido para o berçário. (MISAU, 2022).

Para a monitoria do desenvolvimento, utilizam-se ferramentas de rastreio rápido, como os marcos inseridos no cartão de saúde da criança ou cartaz com os marcos do desenvolvimento segundo as diferentes faixas etárias, aprovado pelo MISAU. Contudo, para avaliação e rastreio do desenvolvimento, utilizam-se também outras ferramentas padronizadas como o Malawi Development Assessment Tool (MDAT), recentemente pilotado em Moçambique.

Os passos para monitoria do desenvolvimento podem ser encontrados nas Normas de Atendimento à Criança Sadia e à Criança em Risco (MISAU, 2021), no Caderno de Mapas de AIDI da Criança de 2 meses até aos 5 anos (2014), assim como no Unidade 5 deste Manual.

O MDAT-IDEC é uma ferramenta de rastreio que se usa para identificar crianças em risco moderado ou grave de desenvolver uma deficiência. Por tanto a sua administração deve estar integrada num programa mais abrangente de avaliação do desenvolvimento da primeira infância. Isto quer dizer, que sempre que aplicada e identificado um atraso, a criança deve ser referida para receber uma avaliação mais aprofundada do seu desenvolvimento para ter um diagnóstico e poder receber uma oferta de intervenções apropriadas.



Figura 7: Cartaz com os marcos do desenvolvimento dos 0 aos 24 meses de idade.

Fonte: MISAU, 2020.

Domínios MDAT	0 m+	3 m+	6 m+	9 m+	12 m+	15 m+	18m+	21 m+	24 m+	30 m+	36 m+	4a+	5a+
MOTOR GROSSO 	Quando deitado de barriga eleva a cabeça, os ombros e o peito 	Segura as pernas fortemente quando for colocado em posição de pé 	Senta por si, sem ajuda. 	Puxa-se para levantar 	Caminha com ajuda de alguém em ambas mãos 	Caminha com ajuda da mão de alguém ou dos móveis 	Caminha, mas cai pelo caminho. 	Caminha bem 	Chuta a bola (de várias formas - ou um pouco de chute) 	Para em um pé por 5 segundos ou menos 	Salta sobre uma linha no chão 	Salta do chão com os pés juntos 	Pula 4 passos em um pé.
MOTOR FINO 	Alcança um objecto grande 	Pega/segura objectos grandes 	Transfere objectos de uma mão a outra 	Transfere um objecto de uma mão a outra, ou bate o brinquedo numa e noutra mão 	Consegue usar o dedo polegar e o indicador como uma pinça para pegar objecto (pega um feijão) 	Coloca blocos na chávena, e tira os da chávena, a modo de imitação 	É capaz de entender e despejar os blocos ou pedras fora da garrafa conforme o solicitado 	Joga com uma chávena e uma colher de forma propositada 	Escreva com giz/caneta no papel ou no chão uma linha recta 	Faça uma torre com pelo menos 4 blocos 	Imita a linha vertical escrita pelo administrador (com desvio máximo de 30 graus) 	Copia uma cruz para o papel ou escreva no chão 	Faz uma ponte com blocos
LINGUAGEM 	Vira para a vós, olha para a direcção da voz ou do som. 	Faz risos e risadas 	Usa sílabas simples ou sons como... ma/da/pa/ba/ 	Responde e vira - se quando chamado pelo nome 	Diz duas sílabas tais como dada, lala, mimi, tata 	Entende quando esta sendo dito "não" ou quando advertido 	Conversas não claras em frases... (sons como frases, mas não constantemente claras para o ouvinte) 	Diz duas palavras para além de mamã ou papá, por exemplo, chávena/vaca/other? 	Diz duas palavras juntas como mama-copo" ou comida-água" ou "comida foi" 	Fala claramente em uma frase, o que entenda muito bem, (as 3 palavras juntas ao mesmo tempo) 	Conhece as funções dos objectos: qual é usado para varrer? Ou "qual é usado para beber"? Peça que levante cada objecto 	Conhece o uso dos objectos, como... "O que se faz com o copo?", "O que se faz com sabão?"... 	É capaz de categorizar coisas (sabe dizer as nome de coisas que come)
SOCIAL 	Ri em resposta a pessoas 	reconhece ao cuidador (lhe sorri) 	Ajuda em pegar o copo quando a mãe lhe dá de beber? 	Levanta as mãos ao querer ser carregada 	Pode comer ou pegar a colher de chima feita pela mãe 	E capaz de apontar para aquilo que ele precisa 	Executa tarefas domésticas ou ajuda o pai ou a mãe de uma forma útil, por exemplo, carregar água ou capinar 	Pode ser enviado para fazer recados, por exemplo, trazer sal para comida 	Capaz de jogar jogos de canto com os amigos 	Consegue tirar um item de roupa, exemplo calções, camiseta, deve ser capaz de tirar um item completamente 	Sabe vestir-se mas não completamente, consegue se por camiseta ou saia 		

Figura 8: Ferramenta MDAT-IDEC para rastreio do DPI.

Fonte: Manual de Formador MDAT - IDEC para provedores. MISAU, 2022.

Nota: Através da monitoria regular do desenvolvimento psicomotor, podemos realizar uma detecção precoce de atrasos do desenvolvimento ou de deficiências nas crianças, e deste modo, reduzir, reverter ou até prevenir as suas sequelas a longo prazo.

Momentos para o aconselhamento e promoção do desenvolvimento da criança:

- Na Consulta Pré-natal (CPN):_devemos aconselhar o casal a conversar com a criança ainda no útero da mãe; reforçar a participação do pai na CPN e na Maternidade (alta).

A ferramenta utilizada para o aconselhamento neste caso é o cartaz elaborado para a CPN (MISAU, 2023), e os passos do aconselhamento podem ser encontrados na unidade didáctica 3 deste manual.

- Na Maternidade e CPP: devemos aconselhar a mãe e ao acompanhante a cumprimentar o bebé logo que nascer; a conversar com o bebé sempre que estiver a amamentar e noutras rotinas diárias; a fazer massagem ao recém-nascido. Explicar a importância de cada prática e reforçar a participação do pai nas mesmas.

As ferramentas utilizadas para o aconselhamento neste caso são o cartaz para sala de partos (Figura 9) e os cartazes para o Puerpério (Figura 10), que fazem parte do conjunto de cartazes de aconselhamento na alta da Maternidade (MISAU, 2023). Os passos do aconselhamento podem ser encontrados na UD - 3 deste manual.



Figura 9: Modelo de cartaz sobre aconselhamento na CPN.

Fonte: MISAU - DNSP, 2023.



Figura 10: Modelo de cartaz sobre aconselhamento na sala de partos.

Fonte: MISAU - DNSP, 2023.



Figura 11: Modelo de cartaz sobre aconselhamento no puerpério.

Fonte: MISAU - DNSP, 2023.

- Na sala de espera, enfermaria de pediatria e durante as visitas domiciliárias dos APS/ACS: Explicar a importância de brincar e conversar com criança desde o nascimento; demonstrar e pôr os cuidadores a praticar as actividades estimulantes de acordo com a idade da criança; elogiar e reforçar a estimulação como parte de rotinas diárias.

A ferramenta utilizada para o aconselhamento na sala de espera é o Álbum seriado "Caixa de brincar

na sala de espera da US. “Os passos de sessão de caixa de brincar podem ser encontrados na UD-4 deste manual.

A ferramenta recomendada para o aconselhamento na enfermaria de pediatria ou de malnutrição é o Cartaz de Recomendações de Cuidados para o Desenvolvimento da Criança, Figura 3. Os passos deste aconselhamento podem se encontrar no pacote de formação em estimulação durante o Tratamento de Desnutrição no Internamento (TDI) e parte do Protocolo de Reabilitação Nutricional I



Figura 12 Álbum seriado: Caixa de Brincar na sala de espera da US.
Fonte: MISAU 2024.



Figura 13: Cartaz com as recomendações de cuidados para o desenvolvimento da criança,
Fonte: MISAU, 2023.

Por último, a ferramenta utilizada para o aconselhamento pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) é um cartaz que faz parte do Álbum Seriado do APS/ACS (MISAU, 2020). Os passos sobre o aconselhamento que o APS/ACS deve seguir podem ser encontrados no Manual de formação do APS (actualmente em processo de elaboração e testagem pelo MISAU).

- Na CCS, CCR, CCD: Verificar e, se for preciso, reforçar as mensagens e práticas partilhadas na sala de espera durante a sessão de caixa de brincar.

Nestes sectores é recomendado que, por causa da falta de tempo, o provedor não faz um aconselhamento extenso, somente reforce o trabalho feito na sala de espera na sessão da caixa de brincar. Caso que o provedor note uma falta de capacidade do cuidador de interagir com sua criança, o provedor pode usar o cartaz com os marcos do desenvolvimento ou álbum da caixa de brincar, e os brinquedos disponíveis na sua sala, para demonstrar e pedir ao cuidador



Figura 14: Cartaz do álbum seriado do manual do APS/ACS.
Fonte: MISAU, 2020.

ensaiar uma actividade estimulante para a idade da criança. Os passos para apoiar o cuidador na consulta da criança podem ser encontrados na UD-5 deste manual.

Pontos-chave :

- A criança se desenvolve desde a concepção, passando por adquirir e refinar cada vez mais as suas capacidades na área motora, cognitiva, de linguagem, e sócio-emocional.
- Os primeiros 3 anos de vida são críticos no processo de desenvolvimento.
- O cérebro é como uma floresta – tem “ramos” (neurónios) e ligações entre eles (sinapses). Quantas mais ligações existem entre os “ramos”, melhor funciona o nosso cérebro.
- A criança precisa de diversas intervenções, desde saúde, nutrição adequada, proteção e segurança, cuidados responsivos e oportunidades precoces de aprendizagem, para garantir o desenvolvimento do cérebro
- Certos marcos do desenvolvimento, quando não atingidos a uma certa idade, podem indicar a existência de um atraso no desenvolvimento.
- A desnutrição afecta gravemente o desenvolvimento do cérebro.

Exercícios práticos da UD-1

Exercício Prático 1.1

Responda às seguintes perguntas sobre o desenvolvimento

1. Quando é que se inicia o desenvolvimento de uma criança?
2. Qual é a idade mais crítica, onde o desenvolvimento é mais intensivo?
3. Quais são as 4 áreas do desenvolvimento?
4. Com que pode ser comparado o cérebro?
5. O que podemos chamar de “ramos” do cérebro?
6. O que são as sinapses?
7. Completa a seguinte frase: Quanto mais _____ existem _____ entre os ramos – melhor funciona o nosso _____.
8. As 5 intervenções que são necessárias para um bom desenvolvimento, de acordo com a OMS, são:
 - 1)
 - 2)
 - 3)
 - 4)
 - 5)

Solução exercício número 1.1

1. Desde a concepção.
2. Os primeiros 3 meses na gravidez, e os primeiros 3 anos na infância.
3. Física / movimentos, cognitiva/pensamento, linguagem, social e emocional.
4. Com uma floresta.
5. Os neurónios.
6. As ligações entre os neurónios.
7. Densa, ligações ou conexões, cérebro.
8. Boa saúde, alimentação, segurança, cuidados responsivos e actividades estimulantes.

Exercício prático 1.2. Simulação.

1.) Cenário de conversar com bebé

1. Em grupos de 3, com auxílio do slide 27, simular 3 cenários, onde um formando simula e os outros 2 observam e sugerem o que foi bem feito e o que pode ser melhorado.
2. Circular e observar.
3. Convidar 3 formandos “mais fortes” para simular a sua conversa para todos. Analisar juntos.

Solução

Simulação foi bem-feita se o formando:

1. Mencionou algo para além do nome da criança;
2. Falou da actividade que está a fazer (dar de mamar, cozinhar etc.);
3. Chamou atenção para coisas ou pessoas a volta, disse os nomes;
4. Olhou nos olhos da criança, ao falar;
5. Fez pausas, para criança responder nem sequer com pisca de olhos.

2.) Cenário de brincar nas rotinas

1. Em grupos de 3, com auxílio do slide 28, simular 3 cenários, onde um formando simula e os outros 2 observam e sugerem o que foi bem feito e o que pode ser melhorado.
2. Circular e observar.
3. Convidar 3 formandos “mais fortes” para simular a sua conversa para todos. Analisar juntos.

Solução

Simulação foi bem-feita se o formando:

1. Falou com a criança da actividade que está a fazer (banho, machamba);
2. Deu algumas coisas para criança pegar e mexer;
3. Perguntou e falou dos nomes, cores e tamanhos de coisas que a criança mexeu;
4. Fez pausas, para criança responder nem sequer com pisca de olhos.

3.) Cenário: O dia-a-dia da Sara e do Samuel

Divida os formandos em pequenos grupos (ou deixe-os agrupados por mesas). Incentive-os a dedicarem alguns minutos à leitura dos retratos de dia de 2 bebés de 9 meses e, depois, a debaterem as questões.

Sara e Samuel

A manhã de Sara

De manhã bem cedo, a **Sara, de 9 meses**, é amamentada pela mãe no alpendre. Há muitas pausas na amamentação à medida que a mãe fala e sorri para a Sara e esta, por sua vez, balbucia e ri.

A seguir, a mãe prende a bebé nas suas costas enquanto cuida dos animais. Sara consegue mover-se para o lado e espreitar por baixo do braço da mãe, observando-a enquanto esta alimenta as cabras.

Quando a mãe se agacha para esfregar uma grande panela, as pernas da bebé chegam ao solo e Sara flete-as para cima e para baixo, à medida que tenta alcançar as pedras do chão e observa tudo o que a mãe faz.

Mais tarde, enquanto a mãe lava algumas peças de roupa, a Sara senta-se no alpendre sobre alguns panos e brinca com alguma roupa colorida.

Várias crianças, os seus próprios irmãos e os vizinhos revezam-se a pegar nela e a distraí-la, falando e rindo com ela.

Pouco depois, a mãe pega em Sara e leva-a para casa para a limpar, sentando-a depois no colo da avó. A avó canta uma canção de embalar e Sara adormece.

A manhã de Samuel

O Samuel também tem 9 meses. A sua mãe, surda, sai todos os dias para trabalhar no campo e deixa o Samuel no berço, preso entre dois postes na varanda, junto da bisavó.

A bisavó já é bastante idosa e não consegue se mover muito. Quando o Samuel chora, a bisavó embala o berço enquanto faz algo mais com a outra mão, sem falar.

O Samuel não consegue ver para fora do berço. Uma manhã, permaneceu no berço entre as 6 e as 11 horas – por vezes a dormir, outras a chorar. Durante esse período, não foi alimentado.

Após o almoço, o vizinho questiona a bisavó “A que horas é que ele come?” Ela responde-lhe, “Quando tem fome, ele chora. Nessa altura damos-lhe comida, caso contrário não é necessário fazê-lo.”

Um pouco mais tarde, o Samuel chora e a bisavó alimenta-o com arroz simples.

Questões para debate/discussão

1. A Sara está a ter uma experiência física e emocional rica. Que **sentidos dela** estão a ser estimulados?
2. De que forma está o desenvolvimento **emocional** da Sarah a ser apoiado?
3. E em relação ao Samuel! Que estímulos está a receber? Qual é o seu desenvolvimento emocional?
4. De que forma acha que estas experiências afectam os seus cérebros?
5. Se vissemos a Sara e Samuel com três anos de idade, seriam visíveis algumas diferenças em termos de desenvolvimento? Sim ou Não? Quais poderiam ser essas diferenças?

Respostas:

1. Todos os sentidos:
 - Paladar – ao mamar de uma forma muito agradável
 - Vista – quando observa tudo que a mãe faz
 - Tacto – quando brinca com panos coloridos
 - Cheiro – cheirando leite e a comida que a mãe está a cozinhar
 - Audição – ouvindo canção da avó, vozes dos irmãos e da mãe.
2. Através de interações carinhosas com mãe, avó e irmãos.
3. O Samuel está a receber poucos estímulos – somente está a ser balanceado e alimentado. Mesmo esses estímulos, quando chora. A parte emocional dele com certeza será subdesenvolvida.
4. O cérebro da Sara terá muito mais ramos e ligações, em comparação com o cérebro do Samuel.
5. Sim, por exemplo, com 3 anos a Sara podia ser muito mais avançada na parte de conversa/linguagem e na capacidade de brincar de forma positiva com outras crianças. Também seria mais curiosa e “esperta”, por observar e fazer parte de muitas actividades durante o dia.

Nota: No debate, poderá salientar que, apesar de ambas as crianças serem provenientes de contextos económicos semelhantes

Exercício Prático 1.3 (Cenários sobre práticas culturais)

Neste exercício você praticará uma dramatização sobre como reconhecer e reforçar as practicas culturais positivas. Leia e pratique.

Em grupos de 3, simular os 3 cenários, um a seguir ao outro (5 min por cenário).

Cenário 1

Você está em casa de uma cunhada, onde há um recém-nascido. Você observa a mãe a dar banho ao bebê, sem dizer nenhuma palavra. Quando você pergunta, a mãe e a avó dizem que ainda é cedo para falar com bebê, e que os vizinhos irão rir dela.

Qual será a sua conduta?

Cenário 2

A criança tenta pegar coisas à volta (porque a criança aprende, mexendo as coisas), mas a avó tira qualquer coisa que ela pega, para “não sujar-se” e para “não estragar as coisas de casa”. Qual será a sua conduta?

Cenário 3

A mãe está a fazer massagem ao seu bebê da cabeça aos pés, e em alguns dias chama o marido para lhe ajudar. Quando perguntada sobre a importância da massagem, alega que a massagem reduz a rigidez nos membros do corpo. Qual será a sua conduta?

Soluções exercício prático 1.3

Cenário 1

Elogiar a mãe do RN por tomar conta do bebê tão bem

Explicar que o bebê já ouve desde a gravidez, e quanto mais cedo começamos a falar com ele, mais rápido ele aprende.

Cenário 2

Elogiar a avó por ser tão cuidadosa com a saúde da criança

Explicar que a criança aprende mexendo objectos e falando dos mesmos com outros

Ajudar a avó a encontrar coisas seguras e interessantes para criança explorar (criar sua caixinha de brincar).

Cenário 3

Elogiar a mãe e o pai por fazer massagem ao bebê, e por fazê-lo a cada dia

Confirmar a importância da massagem, adicionando outras razões.

Exercício prático número 1.4.1.

Leiam e respondam em grupo as perguntas que se seguem sobre os Atrasos do desenvolvimento ou deficiências que se podem prevenir, reduzir, ou corrigir por completo

1. Que atrasos ou deficiências podem ser corrigidos por completo, se detectados atempadamente?
2. Que atrasos ou deficiências podem ser reduzidos, se detectados atempadamente?
3. Que atrasos ou deficiências podem ser prevenidos?

Solução exercício 1.4.1

Atrasos que podem ser corrigidos /tratados por completo:

1. Pé boto (se começar tratamento na 1ª-2ª semana após o nascimento)
2. Fenda labial (se operar até 2 anos)
3. Atrasos causados por epilepsia (se começar o tratamento após 2 primeiros ataques)
4. ADPM por desnutrição (se intervir até 2 anos)

Atrasos que podem ser reduzidos

1. Paralisia cerebral (se começar reabilitação no 1º ano)
2. Macrocefalia (se fizer cirurgia até 2 anos)
3. Atrasos de fala (se começar a intervir até 2 anos)
4. Atrasos mentais (se começar a intervir até 2 anos)

Atrasos ou deficiências que podem ser prevenidos

Uma alimentação adequada da mulher durante a gravidez, a suplementação com sal ferroso e ácido fólico e bons cuidados em casa, podem prevenir situações como a espinha bífida, o baixo peso à nascença assim como o parto prematuro. Outras situações como o atraso mental, atrasos da fala podem ser prevenidos frequentando as consultas pré-natais, realizando o parto institucional e identificando atempadamente factores de risco e referindo a mulher grávida, evitando os partos arrastados e prevenindo assim a paralisia cerebral

1.4.2 O papel do provedor de saúde em relação ao desenvolvimento da primeira infância (DPI)

O seu formador irá distribuir uma folha com as perguntas para que você responda e discutam em plenária. Leia com muita atenção antes de responder.

1. Em que sectores (pontos de contactos) devemos monitorar o desenvolvimento psicomotor da criança?
2. Em que sectores devemos confirmar os casos de suspeita de atraso do desenvolvimento, através de uma avaliação?
3. Quais são as 2 ferramentas principais para monitoria dos marcos do desenvolvimento, nas consultas da criança?
4. Que ferramentas pode usar a ESMI na Maternidade, para avaliar o desenvolvimento de um recém-nascido?
5. Em que sector começa o aconselhamento em DPI?
6. Qual é a prática de estimulação, que vamos promover neste sector?
7. Que prática de DPI devemos promover na sala de partos?
8. Indique 2 práticas de DPI que se pode promover no Puerpério / Maternidade?
9. Que ferramentas vamos usar para o aconselhamento na Maternidade?
10. E que ferramenta vamos usar na sala de espera?
11. Porque é que não haverá ferramentas separadas para aconselhamento em DPI nos gabinetes de consultas de criança?
12. Que ferramenta irá usar o ACS para o aconselhamento sobre DPI durante a visita domiciliar?
13. Que ferramenta é recomendada na capacitação sobre estimulação durante o tratamento da desnutrição no internamento (TDI), para aconselhamento em DPI dos cuidadores de crianças internadas por desnutrição?

Solução exercício 1.4.2

1. Na Maternidade, em todas as consultas da criança, na enfermaria de pediatria, e na visita domiciliar feita pelo APS.
2. Na consulta médica.
3. Cartão de saúde da criança e Cartaz de Marcos de Desenvolvimento (MISAU, 2020),
4. Caderno de Mapas de AIDI para recém-nascido (2019) e Cartões “Quando transferir o recém-nascido para o berçário”.
5. Na consulta pré-natal.
6. O casal conversa com o bebé no útero.

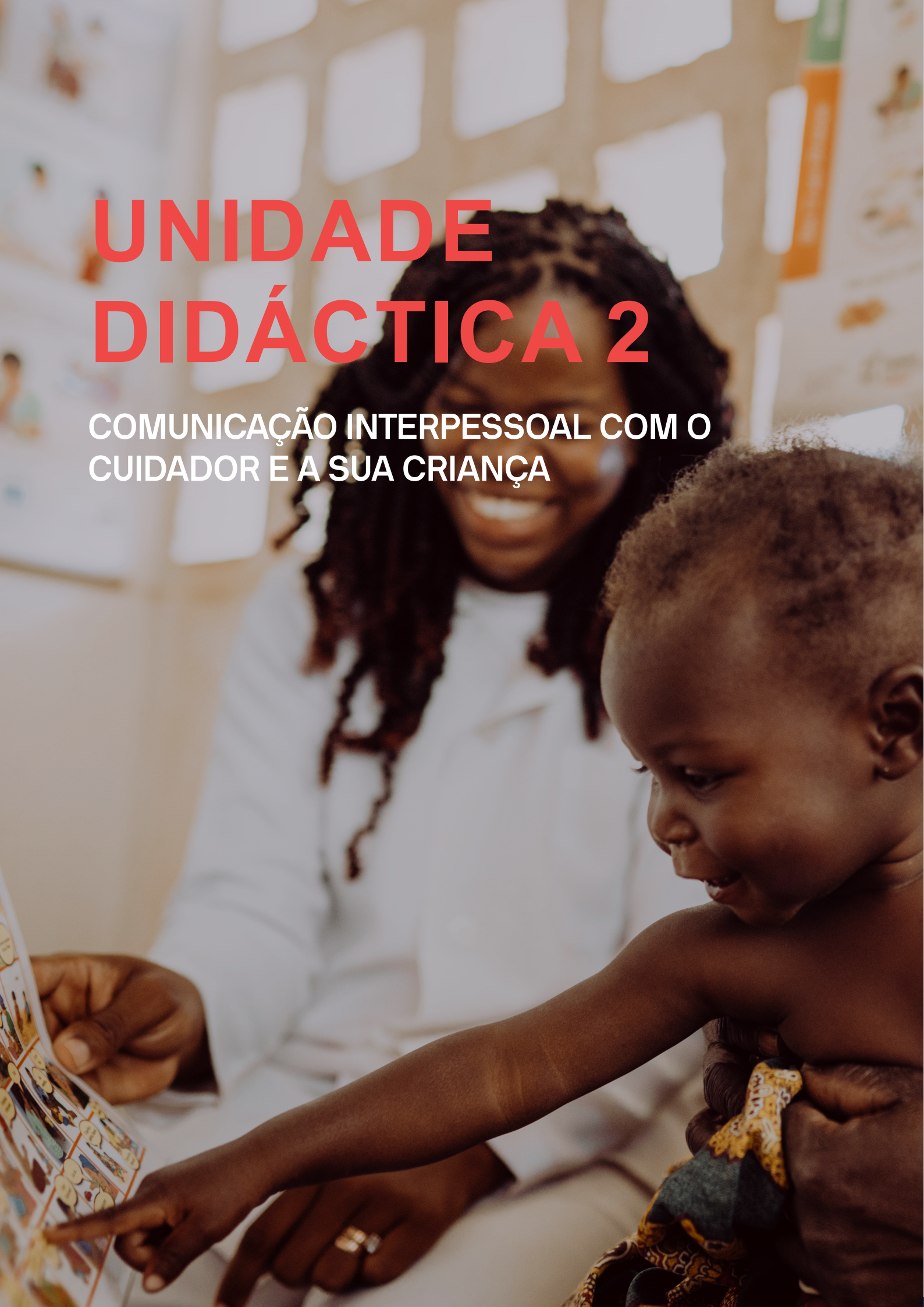
7. Cumprimentar o bebé que acabou de nascer.
8. Conversar com o bebé sempre que estamos a amamentar; e fazer massagem infantil.
9. Cartões para aconselhamento na Maternidade (MISAU, 2023).
10. Álbum seriado de sessão de caixa de brincar (MISAU, 2023).
11. Porque nestas consultas há pouco tempo para aconselhamento, e o provedor somente vai reforçar o que foi feito na sala de espera.
12. Uma das folhas do seu álbum seriado, com actividades de DPI.
13. Cartaz “Recomendações de Cuidados para o desenvolvimento da Criança” (MISAU, 2020).





UNIDADE DIDÁCTICA 2

COMUNICAÇÃO INTERPESSOAL COM O
CUIDADOR E A SUA CRIANÇA



UNIDADE DIDÁCTICA 2:

Comunicação interpessoal com o cuidador e a sua criança

Introdução

A existência de uma comunicação interpessoal eficaz do provedor com os utentes, afecta positivamente na satisfação destes em relação aos serviços de saúde e na sua intenção de voltar para o centro de saúde. Adicionalmente, uma boa comunicação do provedor com a criança melhora a colaboração da criança durante o exame físico, a realização de exames e a toma correcta do tratamento, assim como a redução do seu medo. A forma como o provedor comunica com a criança – por exemplo, contando à criança o que o provedor está a fazer, tocando na criança de forma respeitosa e não brusca – pode também servir de modelo para o cuidador, de saber como interagir com a sua criança.

Um aconselhamento de qualidade é igualmente importante, pois para além de proporcionar conhecimentos, ajuda a promover a adopção de novas práticas de saúde pelas famílias, incluindo as práticas que estimulam o desenvolvimento infantil.

Nesta unidade os formandos irão adquirir e reforçar as suas capacidades em comunicação interpessoal com o cuidador, a sua criança, assim como as suas capacidades de aconselhamento.

Objectivo

Dotar aos provedores de saúde de técnicas de comunicação interpessoal para a provisão de serviços de saúde de qualidade aos utentes (adultos e crianças).

Resultados de aprendizagem

No final desta unidade didáctica, os formandos devem ser capazes de:

- Definir a comunicação interpessoal e descrição das suas componentes;
- Reconhecer a importância de uma comunicação interpessoal eficaz com utentes nos serviços de saúde;
- Utilizar técnicas de comunicação interpessoal eficazes com os cuidadores e as crianças durante a oferta de serviços de saúde
- Aplicar os princípios de aconselhamento eficaz durante a oferta dos serviços de saúde

Comunicação interpessoal

A comunicação interpessoal é a partilha de informações, pensamentos, e sentimentos de forma verbal ou não verbal, entre indivíduos (pessoas) ou grupos. É através da comunicação que podemos informar aos utentes sobre as doenças que possui como se transmitem e como devem-se prevenir das outras doenças capacitar e apoiar os cuidadores sobre como cuidar da sua criança e motivá-los para seguir o tratamento e as recomendações dadas na US, encorajar para voltar às consultas de seguimento.

O provedor de saúde, para poder estabelecer este grau de comunicação interpessoal deverá:

- Criar um bom relacionamento com os utentes e com sua família
- Encontrar e criar um espaço seguro para uma conversa aberta e amigável
- Dar oportunidade para que os utentes possam apresentar-lhe as suas preocupações e as da sua família.

Para além de criar estas condições, o provedor de saúde também deverá adquirir, trabalhar e manter uma série de habilidades que irão ganhar a confiança do utente, promovendo a sua mudança de comportamento. Estas habilidades a serem desenvolvidas são as seguintes:

Empatia: colocar-se no lugar da outra pessoa, para entender melhor os seus pensamentos e sentimentos.

Escuta Activa: escutar com atenção o utente, o provedor deve repetir de vez em quando aquilo que escutou, praticar a escuta activa para criar confiança, compreender e incentivar os utentes a ficarem a vontade, para falarem e expressarem os seus sentimentos, emoções, dúvidas, etc.

Respeito: é reconhecer que o utente tem suas próprias experiências, conhecimentos, crenças e tem o direito de fazer suas próprias escolhas. O provedor deve respeitar o que o utente diz ou perguntar e responder da melhor forma as suas preocupações. Deve também corrigir as idéias.

Componentes de uma comunicação interpessoal eficaz

Uma comunicação interpessoal eficaz possui 2 componentes, nomeadamente:

Elaboração e transmissão de informação clara para o utente;

Forma de se expressar que é respeitosa, amigável e responsiva para com o estado do utente.

A informação clara para utente deve incluir:

- Uma orientação sobre qualquer teste ou exames que serão feitos, por exemplo: “Agora vou fazer o teste de malária, para saber se essa febre pode ser por causa de malária”;
- Uma explicação sobre o estado de saúde do utente, por exemplo: “A senhora realmente tem malária, assim a febre e os calafrios que está a sentir, são por causa da malária mesmo”;
- Uma descrição e explicação do tratamento e seguimento que será necessário: “A senhora terá de ir buscar/comprar o medicamento na farmácia, e vai tomar os comprimidos de manhã e à tarde, durante 3 dias. Se não completar a toma dos comprimidos desta forma, a malária pode voltar. Por acaso, a senhora costuma usar uma rede mosquiteira em casa?”

A comunicação amigável, respeitosa e responsiva passa por :

- Manter contacto visual e sorrir para utente;
- Usar uma voz amigável e suave;
- Ficar próximo ou tocar no utente de forma a mostrar solidariedade (se isto não for culturalmente inaceitável);
- Pedir permissão antes de fazer qualquer procedimento com o corpo do utente;
- Fazer perguntas e escutar ao utente antes de falar
- Estar atento às emoções do utente e responder de maneira que oferece conforto e acalma o utente;
- Elogiar o utente pelas boas práticas que você ouviu ou observou nele.

Importância de uma comunicação interpessoal eficaz com utentes nos serviços de saúde

Vários estudos^{8,9,10} sugerem que uma comunicação interpessoal eficaz do provedor com utente traz benefícios significativos para a melhoria do estado de saúde do utente.

Ao curto prazo, uma comunicação interpessoal adequada:

1. Aumenta satisfação do utente com serviços de saúde
2. Ajuda ao utente a revelar informação importante sobre sua saúde
3. Melhora a retenção da informação pelo utente
4. Aumenta a chance que o utente volte para unidade sanitária.

E ao longo prazo, a comunicação adequada:

1. Aumenta comportamentos preventivos do utente

2. Aumenta sua aderência ao tratamento
3. Melhora o estado de saúde do utente.

Esses resultados principalmente acontecem porque durante a comunicação interpessoal eficaz o utente sente que o provedor está preocupado com sua saúde e quer o melhor para ele. O utente desenvolve um sentido de confiança no provedor, e assim partilha mais informações e colabora mais com as recomendações do provedor. Por outro lado, mais informações sobre o utente ajudam o provedor a escolher a conduta e o tratamento mais adequado.

Uso de uma comunicação interpessoal eficaz nos serviços de saúde

Alguns estudos sugerem que nos países em desenvolvimento, não é comum encontrar os provedores a praticar uma comunicação interpessoal eficaz^{8,11}. O estudo sobre competências em provedores realizado pela PATH na província de Maputo em 2017 constatou que somente 24% dos provedores faziam perguntas para utentes, e somente 7% elogiavam os utentes por qualquer boa prática (Mentorias clínicas nas enfermarias. Brief PATH, 2017).

Algumas das barreiras para uso de uma comunicação interpessoal eficaz parece ser^{11,12}:

Sobrecarga de provedores por causa de alto número de utentes e tarefas (incluindo a necessidade de registar todas as actividades);

Falta de apoio psicossocial para os próprios provedores;

Barulho e interrupções (entradas e saídas constantes de pessoal nos gabinetes, uso do telefone durante o atendimento)

Falta de formação em competências de comunicação interpessoal;

Atitudes culturais onde o provedor é uma figura com autoridade, e para manter autoridade, deve manter uma distância dos utentes;

Em alguns casos, falta de conhecimento da língua local pelos provedores;

Possível falta de conhecimentos sobre o impacto da comunicação interpessoal nos resultados de saúde.

Adicionalmente, a organização do espaço físico (por exemplo, se existe uma separação entre o provedor e o utente), o nível de barulho e as interrupções constantes (por exemplo, chegada e saída dos outros provedores) afectam a qualidade de comunicação com o utente.

De acordo com estes estudos, a falta de uma boa comunicação interpessoal é mais notável quando o provedor interage com utentes de baixa escolaridade. Adicionalmente, os provedores menos formados (por exemplo, trabalhadores comunitários de saúde) têm capacidades de comunicação interpessoal reduzidas se comparado com provedores com formação mais técnica.

As capacidades de comunicação interpessoal não são adquiridas naturalmente, por tanto precisam de uma orientação, seguida pela constante prática e mentoria, e uma retro informação para o provedor.

Sendo importante neste processo também, saber identificar as barreiras, para tentar ultrapassá-las ou pelo menos minimizá-las ou reduzi-las.

Durante a prática, o provedor inicialmente pode constatar que o uso de técnicas de comunicação interpessoal prolonga o tempo da consulta e assim o tempo do seu trabalho. Isso pode também criar alguma inquietação entre os utentes.

Contudo, os resultados da comunicação interpessoal são tão significativos que podem reduzir o número de visitas que um utente tem que fazer para unidade sanitária, e assim na conta final poupar o tempo do provedor e os recursos do centro de saúde.

O provedor pode receber retro-informação sobre sua comunicação com o utente tanto do supervisor quanto dos próprios utentes, por meio de entrevistas na saída da unidade de saúde ou cartões de satisfação com o serviço. Essa retro-informação é crucial, pois permite ao provedor entender o impacto de suas ações e o incentiva a manter uma comunicação interpessoal de alta qualidade. A retro-informação deve sempre começar destacando os pontos positivos do provedor.

Técnicas para uma comunicação eficaz com a criança

Importância de uma comunicação interpessoal eficaz com a criança

O comportamento de uma criança durante uma consulta clínica melhora significativamente quando o provedor consegue pôr em prática as suas habilidades de boa comunicação. A forma de interagir do provedor com a criança, pode ser tão importante como o próprio tratamento clínico. Isto é porque uma interação atenciosa e amigável com a criança:

- Reduz o medo da criança perante o provedor;
- Faz a criança comportar-se normalmente, e assim ajuda na sua avaliação ;
- Facilita os procedimentos clínicos;
- Aumenta a colaboração da criança no tratamento tanto no hospital como em casa.

As interações amigáveis do provedor com a criança, trazem benefícios também para o cuidador, porque ele:

- Fica a observar o modelo positivo de provedor, de como pode interagir com uma criança pequena;
- Aprende que mesmo sendo uma criança pequena, temos que conversar com ela;
- Aprende que uma pequena brincadeira pode ajudar a criança a colaborar na exploração, não toma do tratamento;
- Terá mais vontade de voltar para a próxima consulta.

Características de uma comunicação interpessoal eficaz com criança

O provedor de saúde deve lembrar que, durante a consulta clínica com uma criança, é fundamental interagir de maneira eficaz. Ao interagir com a criança, deve-se observar o seguinte:

- O provedor tem contacto visual e sorri para criança
- O provedor chama a criança pelo nome e conversa com ela
- O provedor brinca um pouco com a criança
- O provedor trata o corpo da criança com respeito, sem forçar ou pressioná-la. Isso inclui também não despir por completo as crianças maiores de 2 anos, deixando-lhes usar a sua roupa interior para proteger a privacidade delas.

No caso de crianças maiores de 2 anos, que já conseguem interagir com outras pessoas, o provedor para manter essa boa interação com a criança também deve:

- Explicar para a criança o que ele está a fazer;
- Dar algumas escolhas para criança (por exemplo, que mão picar, se ficar de pé ou sentado durante o teste etc.);
- Dar algumas tarefas para a criança (por exemplo, pedir para segurar o adesivo, pressionar com dedo onde o provedor picou, etc.);
- Elogiar a criança por ser corajoso;

- Essas acções ajudam a criança a sentir que ela tem algum controle sobre a situação, e assim reduzir seu estresse e medo.

Comunicação interpessoal com criança nos serviços de saúde

Apesar de todo o anteriormente descrito, o que muitas vezes é observado na prática diária na unidade sanitária é um tratamento brusco e forçado das crianças, sem ter nenhum contacto visual e nenhuma interação com elas. Estas atitudes são mais notórias no ponto único de pesagem durante avaliação nutricional da criança (peso, medição do comprimento/altura, etc...), a suplementação e a vacinação como mostrado na Figura 1. Embora o tratamento rápido, sem contacto individual, assegura que os serviços não demoram, o mesmo parece ser muito traumatizante para as crianças. Isto se observa nas reações das crianças, como excessivo choro, as tentativas de fugir do provedor, e inclusive às vezes chegam a vomitar ou fazer xixi nas roupas.



Figura 15: Interações dos provedores com crianças no ponto único de pesagem e vacinação na US.

Fonte: Cortesia da PATH.



Figura 16: Interações dos provedores durante as consultas de CCD e CCS.

Fonte: Cortesia da PATH.

Nas consultas da criança e no internamento, onde o tratamento pela sua natureza deve ser individualizado, uma comunicação interpessoal positiva com a criança nem sempre é a norma. No estudo de desenho centrado no ser humano em Nampula (PATH), somente 33% dos cuidadores entrevistados na saída das consultas da criança mencionaram que o provedor interagiu de forma amigável com sua criança. Isso significa que os esforços para melhorar a comunicação com a criança são necessários a todos os níveis na continuidade da oferta de cuidados de saúde.

Princípios de um aconselhamento eficaz durante a oferta dos serviços de saúde

Factores que ajudam na mudança de comportamento ou na aquisição de novos comportamentos

O aconselhamento feito pelo provedor de saúde pode ser considerado como uma forma de aumentar os conhecimentos do utente. Assume-se que o aumento de conhecimentos vai levar às mudanças nas suas práticas e comportamentos de saúde.

Para aumentar os conhecimentos do utente, o provedor deve concentrar-se na partilha de mensagens chave ou de instruções para o seguimento do problema de saúde em casa, com o utente.

Contudo, múltiplos estudos^{11,13,14} mostram que o aumento de conhecimentos por si só, não leva à mudança de comportamento, e por isso uma simples partilha de mensagens não é suficiente. Para atingir o objectivo de ajudar ao utente a mudar ou a adoptar novos comportamentos, precisamos que o nosso aconselhamento seja eficaz e siga os seguintes passos:

- Auscultar e validar /valorizar **as práticas relevantes** que o cuidador, a família já implementa.
- **Demonstrar** as práticas desejáveis, pedir ao utente para **experimentar**, e **dar retro informação** para ele;
- Ajudar o utente a pensar **como e quando** poderia utilizar a nova prática em casa, e **quem** pode lhe apoiar;

A **auscultação** do utente sobre a vida e as práticas relevantes na sua família, ajuda o provedor a perceber o que o utente já está a fazer e, onde ele/a pode precisar de apoio. Em vez de aconselhar sobre tudo e usar muito tempo, o provedor vai concentrar-se nas práticas mais fracas ou em falta.

A **demonstração, prática e retro-informação** são 3 passos indispensáveis, que devemos realizar se queremos ajudar os utentes a adquirir alguns novos comportamentos. Estes passos são comuns em qualquer situação de “mestre” e “aluno”, por exemplo, quando alguém mais experiente ensina alguém menos experiente sobre um trabalho para fazer na machamba, numa oficina, ou durante o estágio na escola ou no centro de saúde. Da mesma forma, estes passos podem ser úteis para ensinar novas práticas aos utentes. Por exemplo, se queremos ajudar ao utente a conversar com a sua criança (para estimular o seu desenvolvimento), podemos primeiro demonstrar como fazer isso, a seguir pedir ao cuidador para fazer o mesmo, e finalmente dar uma retro informação ao cuidador de como ele conversou com a sua criança (sempre mencionando o que o cuidador fez bem, ou chamando atenção para a reacção positiva da criança).

Em situações onde não é possível demonstrar e praticar (por exemplo, quando queremos ensinar como preparar uma papinha para a criança, ou como fazer um tippy-tap em casa), podemos dar instruções claras através de desenhos, e fazer um compromisso com o utente para ele fazer a prática em casa e vir reportar como correu, na consulta seguinte. Neste caso, iremos dar retro informação já na próxima consulta, após ouvir do utente como correu a prática.

Finalmente, o passo de pedir ao utente para pensar **onde, quando e como** vai fazer a nova prática em casa (o “plano para casa”), é muito importante, pois somente as práticas que estão integradas nas rotinas diárias da pessoa, tem uma chance de serem adotadas de forma permanente^{13,15}. Por exemplo, no caso de conversar com o bebé, podemos ajudar o cuidador a pensar se podia conversar com o bebé todos os dias,

no momento de banho, ou quando estiver a caminhar com bebé para machamba. Podemos até pedir para fechar os olhos por um momento e imaginar -se a fazer isso. Enquanto mais concreta a imagem da prática, na cabeça do cuidador está, mais provável é que ele/a irá fazê-lo.

Passos de um aconselhamento eficaz que leva a mudança de comportamento

Na tabela 1, aparecem descritos os passos a serem seguidos para realizar um aconselhamento eficaz e a importância de realizar cada um deles nessa ordem.

Tabela 1: Passos a seguir para um aconselhamento eficaz

Fonte: PATH.

N	PASSO	SÍMBOLO	IMPORTÂNCIA
1	PEÇA AO UTENTE PARA MOSTRAR OU EXPLICAR COMO FAZ EM CASA PARA... (A Prática QUE QUER PROMOVER)		Ao recolher as informações das práticas em casa, o provedor pode focar o aconselhamento no que está em falta.
2	ELOGIE O UTENTE PELAS BOAS PRÁTICAS QUE OUVIU OU OBSERVOU		O utente que foi elogiado, será mais aberto para aprender novas práticas com o provedor.
3	DEMONSTRE OU PARTILHE UMA NOVA PRÁTICA COM O UTENTE (EXPLIQUE SUA IMPORTÂNCIA)		A demonstração da uma ideia oferece a visualização do comportamento esperado, para o utente.
4	PEÇA AO UTENTE PARA EXPERIMENTAR A NOVA PRÁTICA (NA SUA PRESENÇA OU JÁ EM CASA)		A prática permite ao utente ensaiar um novo comportamento e ver o seu impacto na criança/em si.
5	DÊ UMA RETRO-INFORMAÇÃO AO UTENTE (FOCALIZA NO QUE FOI BEM FEITO)		Uma retro informação positiva reforça o utente a continuar com novo comportamento.
6	AJUDE AO UTENTE A RESOLVER COMO PODE FAZER A PRÁTICA EM CASA (EM QUE MOMENTO VAI FAZER? QUEM PODE AJUDAR? O QUE VAI USAR)		Um “plano para casa” aumenta a chance que o cuidador realmente irá fazer a nova prática em casa.

Pontos chave

- A comunicação interpessoal é a partilha de informações, pensamentos, e sentimentos de forma verbal ou não verbal, entre indivíduos (pessoas) ou grupos.
- Informação clara para utente junto a uma interacção amigável, respeitosa e responsiva, são componentes indispensáveis da comunicação interpessoal.
- Uma boa comunicação interpessoal tem consequências a curto e longo prazo como a melhora na retenção nos cuidados e adesão aos tratamentos melhorando o estado de saúde do utente.
- Uma boa comunicação interpessoal de provedor com a criança também serve de modelo para o cuidador, de como ele/a podia interagir com a sua criança em casa.
- Para que um aconselhamento seja eficaz e possa levar à uma mudança no comportamento do utente, este deve seguir os seguintes passos: auscultar, demonstrar e planificar a introdução da nova prática.

Exercícios Práticos da unidade didáctica 2

Exercício prático número 2.1. Exercício de resposta curta. Teste escrito

1. Listar pelo menos 5 resultados que podem ser esperados, quando o provedor utiliza uma comunicação interpessoal eficaz.
2. O que deve incluir uma “informação clara” para o utente?
3. Listar pelo menos 4 condutas do provedor, que mostram uma comunicação respeitosa, amigável e responsiva.
4. Explique em suas palavras, como a comunicação interpessoal leva aos resultados positivos para o utente.

Soluções ao exercício prático 2.1

1) Resultados que podem ser esperados incluem:

- Maior satisfação do utente com serviços de saúde;
- O utente a revelar informação importante sobre sua saúde;
- Melhor retenção da informação pelo utente;
- Maior chance de o utente voltar para unidade sanitária;
- Adopção de comportamentos preventivos pelo utente;
- Melhor aderência ao tratamento;
- O melhor estado de saúde do utente.

2) Temos de dar informação clara sobre:

- Quaisquer testes ou exames que serão feitos;
- O problema de saúde e seus sintomas;
- O tratamento e seguimento necessário.

3) Condutas do provedor que mostram uma comunicação respeitosa, amigável e responsiva, incluem:

- Manter contacto visual;
- Sorrir para utente;
- Usar uma voz amigável e suave;
- Tocar no utente de forma amigável;
- Pedir permissão antes de fazer qualquer procedimento com o corpo do utente;
- Fazer perguntas e escutar o utente antes de falar;
- Estar atento às emoções do utente e responder de maneira que oferece conforto e acalma o utente;
- Elogiar o utente pelas boas práticas ou atitudes.

4) O provedor deve responder aproximadamente o seguinte (em suas palavras):

Durante a comunicação interpessoal eficaz o utente sente que o provedor está preocupado com a sua saúde e quer o melhor para ele. O utente desenvolve um sentido de confiança no provedor, e assim partilha mais informações e colabora mais com as recomendações do provedor. Por outro lado, mais informações sobre o utente ajudam o provedor a escolher a conduta e o tratamento mais adequado.

Exercício prático 2.2 (Simulações)

1. Distribua a todos folha com características de uma comunicação interpessoal adequada.

2. Se for possível, demonstre o vídeo de uma consulta. Caso não seja possível, simular a consulta com apoio de um voluntário. De propósito, não demonstre todas as características de uma boa comunicação.
3. Convide aos formandos para analisar a simulação com base na folha com características de uma boa comunicação.
4. A seguir oferece os seguintes cenários para os grupos, para primeiro simular e depois analisar em termos de características de comunicação responsiva.

Cenário 1: A mãe vem com uma criança de 2 anos. A criança está com dores de barriga e diarreia constante. A mãe está preocupada, porque o pai em casa também está doente. Você escuta a mãe, mantendo bom contacto visual, e tocando a mãe no ombro em gesto de acalmar ela. Explica a mãe sobre os sintomas de uma diarreia perigosa para a saúde da criança e verifica se a criança tem este tipo de diarreia. Faz perguntas sobre o que a criança come, e as práticas de higiene e do uso da latrina em casa. Escuta com atenção. Dá recomendações sobre como prevenir a diarreia no futuro, e oferece sais orais e sulfato de zinco para dar à criança em casa.

Cenário 2: O pai vem com filho de 1 ano. Parece muito carinhoso, prestando atenção aos sinais do filho, e contando dos seus jogos preferidos. Você nota isso e elogia o cuidador, fazendo contacto visual e tocando a criança pela mão. O educador diz que a criança está com febre. Você pega na mão da criança e faz o teste de malária, enquanto está a fazer perguntas ao cuidador sobre outros assuntos. A criança começa a chorar. Você não explica o resultado, somente entrega receita para buscar os medicamentos na farmácia. O pai hesita, parece que quer perguntar mais algo, mas depois muda de ideia e sai. Você está a preencher o registo e não nota isso.

Cenário 3: A avó vem com um bebé de 5 meses, explica que a mãe está de cama em casa e o bebé está a vomitar todo leite que toma. Você duvida se a avó está a dar outras coisas para além do leite materno, para criança, e confronta a avó com essa pergunta. Você baixa a voz e faz um comentário sobre “pessoas camponesas, sem educação”. A seguir, você emite transferência para hospital distrital e exige que a família faça todo o possível para levar a criança para lá, pois o centro de saúde não possui ambulância. A avó só olha para a ficha de transferência e não diz nada. Você pede-os para sair.

Soluções ao exercício prático 2.2.

No 1º cenário, a comunicação interpessoal está quase completa. Possivelmente falta o uso de elogio e a explicação de como tomar os sais orais.

No 2º cenário, o provedor usa o elogio e o toque (na criança). Mas não dá a informação clara sobre a doença, nem sobre como trata-la em casa. Também não presta atenção aos sinais de que o pai quer perguntar mais algo.

No 3º cenário, o provedor tem uma postura bastante negativa, acusando a cuidadora de más práticas e desprezando-a por ser camponesa. Também não presta atenção aos sinais que a avó possivelmente não vai conseguir chegar ao local para onde foi referida.

Exercício prático número 2.3

Complete os espaços em branco nas frases que se seguem.

1. A forma como o provedor interage com criança, pode ser tão importante como o próprio _____ clínico.
2. Uma interação atenciosa e amigável com a criança:
 - Reduz o _____ da criança perante o provedor
 - Faz a criança comportar-se _____, e assim ajuda na sua avaliação
 - _____ os procedimentos clínicos.

As interações amigáveis do provedor com a criança, trazem benefícios também para o _____, porque ele:

- Fica a observar o _____ do provedor, de como pode interagir com uma criança pequena
- Aprende que mesmo com a criança pequena, temos que _____
- Aprende que uma pequena _____ pode ajudar a criança a colaborar.

Soluções ao exercício prático número 2.3

1. Tratamento
2. Medo, normalmente, facilita
3. Cuidador (pai, mãe), modelo (comportamento, acção), conversar, brincadeira.

Exercício prático número 2.4. Exercício de memória

Recorte e misture os papéis na tabela abaixo. A seguir, peça aos formandos para trabalhar em pequenos grupos e separar os papéis em 2 grupos – comunicação adequada e não adequada com a criança.

1. PEDIR A CRIANÇA PARA AJUDAR A SEGURAR O FRASCO DE VITAMINA A OU A FITA DE PB POR UNS MINUTOS, PARA SER “ASSISTENTE DE DOUTOR”
2. DIZER O SEU NOME A CRIANÇA E O QUE VAI FAZER HOJE COM ELA
3. RIR DA CRIANÇA QUE ESTÁ A CHORAR APÓS A VACINA
4. DAR UM BRINQUEDO A CRIANÇA PARA ELA NÃO TER MEDO E FICAR A VONTADE
5. PEGAR A CRIANÇA PELO BRAÇO E VACINAR DE FORMA BRUSCA E SEM AVISAR A CRIANÇA
6. OLHAR PARA A CRIANÇA E CONVERSAR COM ELA COM UMA VOZ SUAVE, ANTES DE FAZER QUALQUER PROCEDIMENTO, MESMO QUE ELA NÃO PERCEBA
7. FORÇAR O DESPARASITANTE NA BOCA DA CRIANÇA
8. QUANDO A CRIANÇA TENTA PEGAR ALGO NA MESA, DIZER A MÃE: “MÃE, CONTROLA MELHOR SUA CRIANÇA!”
9. ENVERGONHAR A CRIANÇA QUE SE SUJOU DURANTE O EXAME FÍSICO
10. CONVERSAR SOMENTE COM A MÃE, POIS O BEBÉ É PEQUENO E NÃO PERCEBE NADA
11. NA ALTURA DE MEDIÇÃO DO PB, DIZER A CRIANÇA: AGORA VAMOS VER SE TU ÉS FORTE E SE COMES BEM EM CASA, NÃO É?
12. PERGUNTAR O NOME DA CRIANÇA, E CHAMAR A CRIANÇA PELO NOME DURANTE A CONSULTA
13. FAZER UM AVIÃOZINHO PARA AJUDAR A CRIANÇA A ENGOLIR O DESPARASITANTE
14. EXPLICAR A CRIANÇA QUE ESTÁ PARA TOMAR A VITAMINA A, QUE AGORA A ELA VAI CONSEGUIR “VER TUDO TUDO MUITO BEM”

Exercício Prático número 2.5. Passos do aconselhamento:

O seu formador irá distribuir papéis com os 6 passos do aconselhamento a cada grupo, e você deve organizá-los na sequência certa.

Solução do exercício prático 2.5

1. PEÇA AO UTENTE PARA MOSTRAR OU EXPLICAR COMO FAZ EM CASA PARA... (A PRÁTICA QUE QUER PROMOVER)
2. ELOGIE O UTENTE PELAS BOAS PRÁTICAS QUE OUVIU OU OBSERVOU
3. DEMONSTRE OU PARTILHE UMA NOVA PRÁTICA COM O UTENTE (EXPLIQUE SUA IMPORTÂNCIA)
4. PEÇA AO UTENTE PARA EXPERIMENTAR A NOVA PRÁTICA (NA SUA PRESENÇA OU JÁ EM CASA)
5. DÊ UMA RETRO-INFORMAÇÃO AO UTENTE (FOCALIZA NO QUE FOI BEM FEITO)
6. AJUDE AO UTENTE A PENSAR COMO PODE FAZER A PRÁTICA EM CASA
(EM QUE MOMENTO VAI FAZER? QUEM PODE AJUDAR? O QUE VAI USAR)

Exercício Prático número 2.6. O que faltou no aconselhamento?

Em pequenos grupos, analisem os seguintes cenários e identifiquem 1) os passos observados e 2) os passos em falta, no aconselhamento feito segundo o explicado

Cenário 1 Você aconselha a mãe sobre como brincar com uma criança de 9 meses. Para isso, você explica porque brincar é importante, e entregue-lhe um brinquedo para brincar com a criança. Você elogia a mãe pela tentativa de brincar, chamando atenção a alegria que a sua acção causou no bebé.

Cenário 2 Você aconselha a um casal na consulta pré-natal sobre conversar com a criança no útero. Você começa por perguntar se eles já conversam com o bebé no útero. A mãe diz que tenta às vezes. A seguir você demonstra como fazer uma conversa com o bebé, e pede para que tanto a mãe como o pai experimentem na sua presença. Você pergunta lhes, em que momento durante o dia em casa, eles podem encontrar o tempo para conversar assim com o bebé.

Cenário 3 Você aconselha a avó de uma criança de 6 meses sobre alimentação complementar. Você começa por perguntar se ela já dá outros alimentos ao neto, e o que pretende dar. Você elogia a avó porque ela esperou que a criança fizesse 6 meses, antes de começar com alimentação complementar. Com base na informação que a avó partilhou, você escolhe 2 receitas para partilhar com a avó, e usa o Álbum de Alimentação Infantil para orientar sobre a alimentação complementar para a criança de 6 meses.

Cenário 4 Você aconselha o pai de uma recém-nascida na Maternidade como conversar com sua filha. Você começa por perguntar se o pai uma vez já segurou e conversou com a recém-nascida. A seguir você demonstra ao pai como segurar e conversar com a bebé, e pede-lhe para fazer o mesmo. Você aconselha o pai a continuar a praticar em casa.

Solução ao exercício prático 2.6:

Cenário 1:

Passos observados: prática; retro-informação

Passos em falta: auscultar sobre as práticas que realizam em casa; demonstrar actividade de brincar; fazer o plano para casa.

Cenário 2:

Passos observados: auscultar sobre as práticas em casa; demonstrar actividade de brincar; por o casal praticar; fazer o plano para casa.

Passos em falta: elogiar pelas práticas partilhadas; dar retro-informação após a prática.

Cenário 3:

Passos observados: auscultar sobre práticas em casa; elogiar pelas práticas partilhadas; demonstrar possíveis receitas

Passos em falta: pedir à avó para experimentar as receitas em casa e contar na próxima consulta como tudo correu; fazer o plano para casa.

Cenário 4:

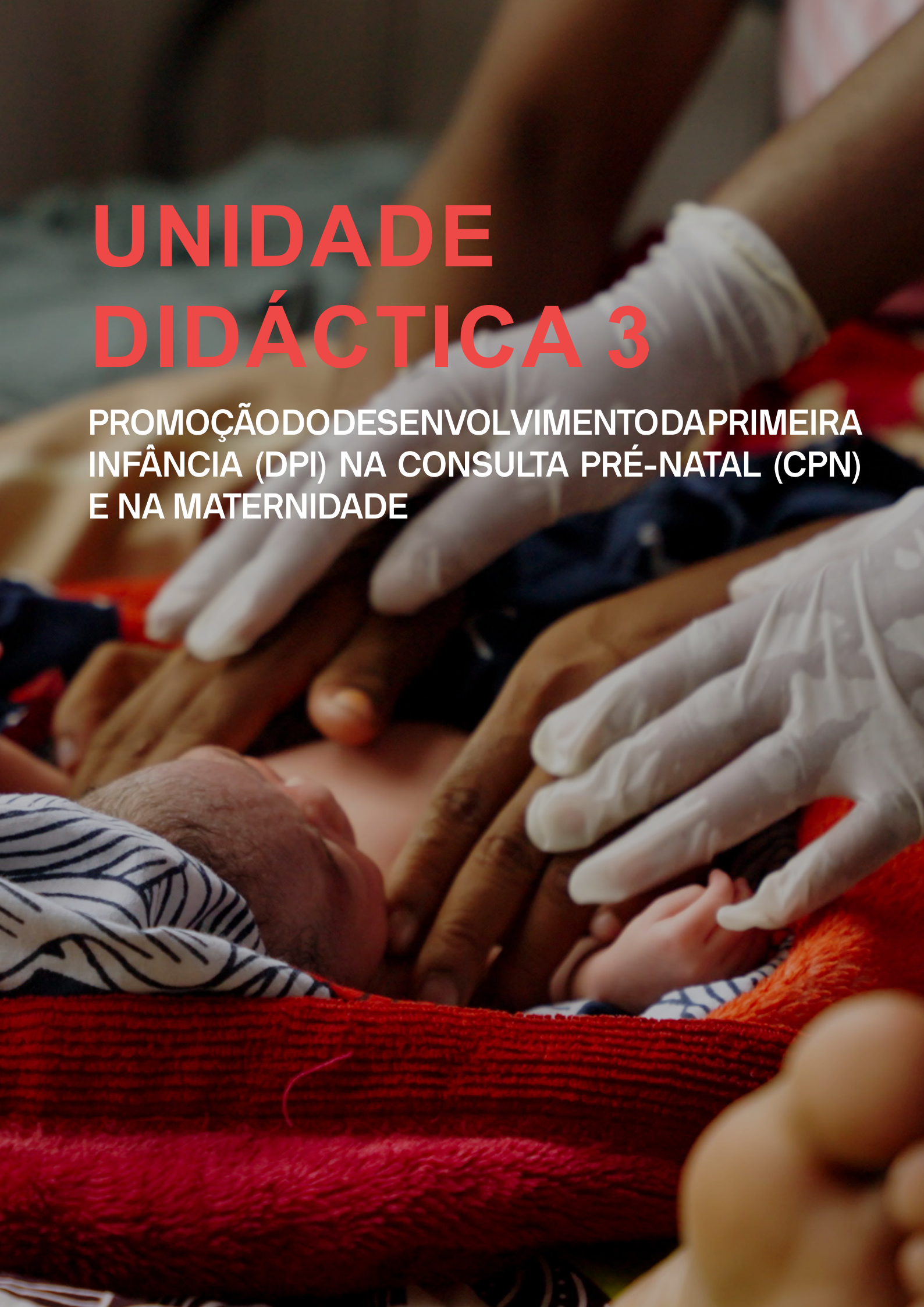
Passos observados: auscultar sobre práticas em casa; demonstrar e pedir ao pai para praticar segurar e conversar com o recém-nascido.

Passos em falta: elogiar; dar retro-informação ajudar a fazer plano para casa (perguntar em que momentos o pai pode conversar com seu bebé em casa).



UNIDADE DIDÁTICA 3

PROMOÇÃO DO DESENVOLVIMENTO DA PRIMEIRA
INFÂNCIA (DPI) NA CONSULTA PRÉ-NATAL (CPN)
E NA MATERNIDADE



UNIDADE DIDÁCTICA 3

Promoção do desenvolvimento da primeira infância na Consulta Pré-Natal e na Maternidade

Introdução

O período pré-natal proporciona oportunidades únicas, aos provedores de saúde, para oferecer, às mulheres grávidas, um pacote de intervenções focalizadas que são essenciais para a saúde da mulher, mas também para o desenvolvimento do feto e a sobrevivência do seu bebé.

As consultas pré-natais são uma oportunidade para garantir que todas as mães e os pais possam exprimir os seus sentimentos sobre a chegada do bebé, criar laços com o feto, preparar o ambiente doméstico para a chegada do bebé e desenvolver competências que os preparem para o seu percurso como pais.

Esta unidade destina-se aos profissionais de saúde afectos a consulta pré-natal e maternidade, para fortalecer os seus conhecimentos e habilidades na oferta de um aconselhamento em DPI de qualidade nestes sectores, orientando os pais, familiares e cuidadores sobre as práticas de saúde e estimulação que devem iniciar já na gestação, e que se prolongam durante o momento do nascimento na maternidade e posteriormente em casa uma vez a mãe e o bebé recebam alta na maternidade.

Objectivo

Dotar os provedores de saúde de capacidades necessárias para realizar um aconselhamento em desenvolvimento da primeira infância com qualidade na Consulta Pré-Natal e na Maternidade

Resultados de aprendizagem

No final desta unidade didáctica o formando será capaz de:

- Explicar a importância do aconselhamento às mulheres e seus acompanhantes sobre o desenvolvimento da primeira infância na consulta Pré-Natal e na Maternidade.
- Identificar as principais mensagens e práticas na promoção do desenvolvimento da primeira infância na consulta Pré-Natal e na Maternidade.
- Realizar aconselhamento em desenvolvimento da primeira infância para a mulher grávida e seu parceiro na consulta Pré-Natal.
- Realizar aconselhamento em desenvolvimento da primeira infância na Maternidade, na sala de parto, no puerpério e no momento de alta.
- Avaliar o recém-nascido com factores de risco para o fraco desenvolvimento.

Aconselhamento em DPI na Consulta Pré-natal (CPN)

Nesta unidade vamos abordar a importância de sensibilizar e aconselhar os pais sobre a estimulação do bebé ainda na barriga da mãe, conhecer as boas práticas de DPI que devem ser promovidas durante a consulta e demonstrar como realizar o aconselhamento para a gestante e o seu parceiro.

Importância de aconselhar os pais/cuidadores a conversarem com bebé durante a gravidez

Durante a gravidez, mesmo antes da criança nascer, os bebés já começam a relacionar-se com o mundo. A partir do quinto/sexta mês de gestação, já conseguem ouvir. Eles escutam os sons internos do corpo da mãe, mas também os que vem do “lado de fora” da barriga (ambiente que rodeia ao bebé). Começam a reconhecer que existem sons e vozes diferentes. Razão pela qual, conversar com o bebé durante a gravidez é importante porque:

- As mães que conversam com seus bebês durante a gravidez, criam laços fortes com seus filhos e têm menor probabilidade de sofrer de depressão ou de querer abandonar os seus filhos.
- Os homens que conversam com seus bebês ainda na barriga das suas parceiras, costumam tornar-se pais mais cuidadosos e dedicados aos seus filhos.
- O bebê vai reconhecer as vozes dos seus pais, quando nascer.
- Quando os pais conversam com o bebê durante a gravidez, eles estão estimulando a formação das conexões neuronais do cérebro do bebê, ajudando a desenvolver as suas habilidades cognitivas e da linguagem desde o início.



Figura 17: Ilustração de como falar com um bebê durante a gravidez

Fonte: Cartaz de aconselhamento na CPN, MISAU, 2023.

Principais práticas de DPI para promover na CPN

Na consulta pré-natal, para além do aconselhamento e informação sobre a alimentação e cuidados da mulher e do futuro bebê, o provedor deve proporcionar também, uma oportunidade para disseminar conteúdos mais aprofundados sobre a importância de iniciar a estimulação e interação com o bebê mesmo estando ainda na barriga da mãe, o que irá favorecer a aprendizagem precoce da criança. O provedor deverá também demonstrar práticas que possam ser adoptadas pelos pais, no dia a dia. A Figura 18 ilustra algumas das acções que devem ser demonstradas pela enfermeira durante a CPN.



Figura 18: Demonstração de como falar com um bebê na CPN.

Fonte: Cortesia da PATH

Intervenções de DPI na CPN

O esquema da Figura 19 orienta sobre as intervenções que a ESMI deve seguir na CPN.

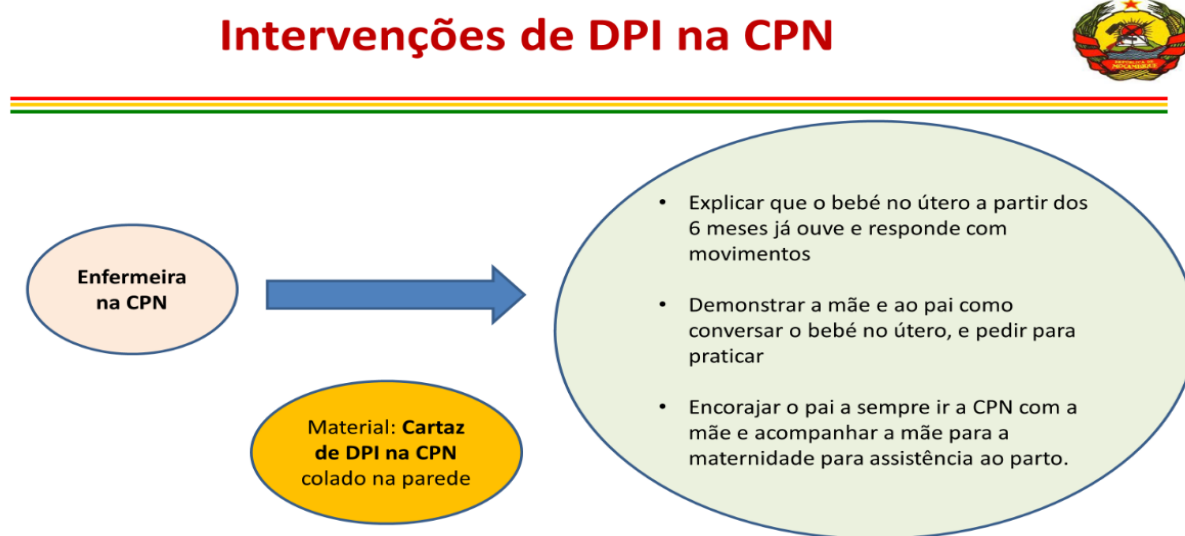


Figura 19: Principais intervenções de DPI na CPN

Fonte: PATH

A ESMI durante a CPN fazendo uso do cartaz de DPI irá explicar que a criança mesmo dentro do útero da mãe, a partir dos 6 meses de gravidez já consegue ouvir e reagir com movimentos. A ESMI deverá demonstrar tanto à mãe como ao pai como iniciar essas conversas com o bebê que está dentro do útero e pedir a um dos dois para repetir depois.

O provedor irá perguntar à mãe/pai se o seu bebê mexe-se e dá pontapés? Como é que reage? O que é que sente? Como é que o bebê responde quando lhe toca?

A ESMI encoraja também ao pai para acompanhar a mãe nas suas CPN, assim como no dia que inicie o trabalho de parto, para estar junto a ela na maternidade.

Como realizar o aconselhamento em DPI para mulher e parceiro na Pré-Natal.

O provedor deve usar as habilidades de comunicação aprendidas na unidade didáctica anterior, e com recurso ao Cartaz de aconselhamento na maternidade ensinará a mãe e ao pai da criança, que é durante gravidez que se inicia o desenvolvimento das capacidades para aprender, lembrar, e responder aos estímulos sensoriais.

O provedor deve recomendar sempre que as conversas devem ser feitas em ambientes sem muito ruído e confortáveis tanto para a mãe como para o pai.

Deve demonstrar aos pais como conversar e pedir a eles para praticar na sua presença o que aprenderam.

Durante o aconselhamento é importante esclarecer quaisquer dúvidas que os pais tenham. As consultas pré-natais são o momento de perguntar à mãe e ao pai como se sentem em relação a ter este bebé e discutir as suas preocupações. Ouvir estas preocupações pode ser suficiente para os ajudar a sentirem-se menos ansiosos. O provedor também pode discutir com os pais e a família mais alargada sobre como terão de ajudar nas responsabilidades domésticas, dar à mãe tempo para descansar e certificar-se de que ela se alimenta bem. O prestador de cuidados pode identificar o que ela pode fazer para relaxar e cuidar de si própria. Também é importante que o provedor nestas sessões explique que podem existir práticas nocivas como a exposição ao fumo do tabaco e não só de forma passiva entre outras.

Durante as consultas pré-natais, os provedores podem começar a desenvolver e praticar as capacidades de reação, brincadeira e comunicação. Por exemplo, pode treinar a mãe grávida e o pai da criança para reconhecer e responder com alegria aos movimentos do bebé. O facto de envolver o pai e a mãe e o pai a falar e a sentir o bebé reforça a sua ligação com a criança. Prepara-os para estarem prontos e atentos aos sinais da criança desde o nascimento.

Aconselhamento em desenvolvimento da primeira infância na Maternidade

Os cuidados prestados a uma mãe durante o trabalho de parto e o próprio parto podem influenciar em algumas práticas como o início do aleitamento materno na primeira hora, na forma que ela cuida e interage com o seu bebé recém-nascido.

Nesta unidade iremos também abordar as oportunidades existentes para integrar o DPI na maternidade, a importância deste, e como fazer o aconselhamento no sector em diferentes momentos, nomeadamente na sala de partos, no puerpério e no momento da alta.

Os passos para a avaliação do recém-nascido, a integração dos cuidados responsivos com a amamentação e debater o papel dos acompanhantes e do parceiro no apoio e suporte à mãe e ao bebé também serão abordados nesta secção.

Importância de fazer o aconselhamento em DPI na Maternidade

O aconselhamento em DPI constitui parte da oferta dos serviços de saúde e como tal, será realizado de forma contínua durante a oferta dos cuidados. Por tanto o aconselhamento em DPI, é uma intervenção que irá começar na CPN como anteriormente apresentado, mas irá continuar na maternidade na altura do parto e seguirá ao longo das consultas que serão oferecidas às crianças ao longo dos cuidados contínuo durante os primeiros anos de vida.

O aconselhamento em DPI a ser oferecido na maternidade, é uma intervenção que dará continuidade à promoção do aconselhamento que já foi iniciado durante as CPNs. Na maternidade será reforçada a necessidade de estabelecer uma relação entre o cuidador e o bebé.

NOTA: Reforçar o aconselhamento em DPI na maternidade, é uma oportunidade ímpar para influenciar as práticas dos cuidadores, porque:

- As mães ficam pelo menos 24 horas na Maternidade, o que permite um bom aconselhamento e prática dos comportamentos desejados;
- Tornar-se mãe é um evento marcante na vida da mulher, e ela está mais aberta para aprender neste momento;
- A mãe tem seu acompanhante por perto, que também poderá ajudar a dar continuidade às práticas demonstradas em casa.

Principais práticas de DPI para promover na Maternidade

As duas principais práticas de DPI que vamos promover na Maternidade, são:

- Conversar com o bebé
- Aprender a dar massagem ao bebé

A criança aprende a partir do nascimento. A conversa **estimula o cérebro do bebé** e promove o desenvolvimento das conexões neuronais. Esta actividade cerebral é essencial para o crescimento e aprendizagem do bebé nos primeiros anos de vida.

Quanto mais cedo começamos a conversar com a criança, mais rápido ela vai **aprender** a conversar, e será muito avançada na sua forma de pensar e, mais tarde, na escola.

No início, quando conversamos com a criança, **ela só responde** com olhares, gestos e sons. Com o tempo, começa a repetir as palavras que ouve, e mais tarde, começa a falar.

O hábito de conversar desde a nascença, vai ajudar o cuidador e a criança a tornarem-se **amigos para toda vida**.

A maioria das famílias costuma fazer massagem ao RN. É por isso, que na Maternidade, é o local ideal para que as mães aprendam a dar uma massagem suave, mais completa, e acompanhá-la com uma conversa com o RN. Essa massagem vai contribuir para:

- Melhorar o **apetite** e o **ganho do peso** no bebé;
- Melhorar a **circulação de sangue**;
- Melhorar o **sono**;
- Reduzir as **cólicas**;
- Reforçar a **ligação** entre o/a cuidador/ao bebé;
- Aumentar a **confiança** dos novos cuidadores em si próprios como mães e pais.
- Diminuir a **agitação** e **irritabilidade** dos bebés e crianças.
- Diminuir a **tensão** e os **choros**, ajuda o bebé a ter um sono mais tranquilo.
- Ajudar a desenvolver a **tonificação**, a **coordenação** e a **flexibilidade muscular**.



Figura 20: Exemplo de como falar com bebé, MISAU.

Fonte: PATH.



Figura 21: Exemplo de como dar massagem.

Fonte: PATH.

Oportunidades de aconselhamento na Maternidade

Na maternidade, após um parto sem complicações, a mãe e o RN saudável recebem cuidados e orientações por pelo menos durante 24 horas. A ESML durante este tempo, deve realizar uma avaliação frequente na mãe e no RN (*consulte as Normas para os Cuidados de Saúde Maternos e Neonatais no período Pós-parto e Pós Natal, pág 10-12; pag 31-39*). Durante este período existem oportunidades para também integrar o aconselhamento em DPI.

Tabela 2: Oportunidades de aconselhamento em DPI na Maternidade. Normas para os Cuidados de Saúde Maternos e Neonatais no período Pós-parto e Pós natal

Fonte: PATH.

Sector	Oportunidades para aconselhamento
Na Sala de Parto Porque: ● A mãe tem o primeiro contacto com o seu bebé, que está em contacto pele-a-pele com ela. ● Também está a aprender a reconhecer os sinais do bebé, tais como choro, sinais de fome, com apoio da ESML.	● Lembrar a mãe que o bebé ouve e vê logo a nascença, e que por isso ela deve cumprimentar e acariciar o seu bebé. ● A acompanhante pode ser convidada para participar nesse momento de aconselhamento na sala do parto.

No Puerpério (primeiras horas após o parto)

Porque:

- A ESMI deve realizar uma avaliação individual da mãe e do RN, deve também verificar as práticas de amamentação e dar apoio especial às mães primigestas, mães adolescentes e mães que tiveram um parto complicado.

- Este contacto individual oferece oportunidade de **reforçar a comunicação com o bebé**, especialmente durante a **amamentação**.
- A ESMI pode aproveitar a presença do acompanhante para apoiar a mãe a seguir as boas práticas de amamentação e comunicação com o bebé.

No momento de alta

Porque:

- Este é o momento no qual são avaliados o binómio mãe e filho, fornecidas informações e orientações à mulher e aos seus acompanhantes, sobre os cuidados da mulher e da criança em casa incluindo cuidados responsivos e actividades de aprendizagem precoce.

- O momento da alta oferece uma oportunidade de reforçar o aconselhamento já feito anteriormente de forma individual e fazer a prática de novas habilidades em grupo.
- Os parceiros e acompanhantes podem e devem participar e aprender as práticas de cuidados da mãe e do bebé que vão ser reforçadas neste momento de alta.

Momentos para oferecer aconselhamento em DPI na Maternidade:

Segundo as normas de atendimento à mulher grávida na maternidade, toda mulher após o parto deve ficar na maternidade pelo menos 24 horas e antes de ter alta. Durante este tempo de permanência na maternidade, a mulher, o RN, o pai e acompanhantes podem se beneficiar de receber um aconselhamento em DPI e a demonstração de práticas para o cuidado da mãe assim como do RN que poderão ser implementadas uma vez que retornam à casa, incluindo a promoção do aleitamento materno exclusivo.

A tabela 3 mostra cada um dos momentos em que se pode oferecer aconselhamento à mulher na maternidade e os passos que devem ser seguidos, em cada um dos sectores dentro da maternidade.

Tabela 3: Momentos do aconselhamento na maternidade e passos a seguir

Fonte: PATH.

Sector	Passos do aconselhamento
Aconselhamento em DPI na sala de partos	PASSO 1: Coloque o Recém-Nascido (RN) em contacto pele-a-pele com a mãe. Explique que isso ajuda o bebé a adaptar-se à vida fora do útero, controla a temperatura do bebé, ajuda o bebé a iniciar a amamentação, e reforça a ligação entre a mãe e o filho. PASSO 2: Oriente a mãe e à acompanhante para reconhecerem os sinais de fome do bebé (olhos abertos e movimentos activos, contorcendo-se, virando a cabeça em direcção à mama, sons de mmmm, choro) e ajude a posicionar o bebé para a amamentação. PASSO 3: Peça à mãe para cumprimentar e acariciar o bebé. Explique que os seus toques e palavras ajudam o bebé a sentir-se confortável, protegido e amparado.



Aconselhamento em DPI no Puerpério (primeiras horas após o parto)



PASSO 1: Pergunte à mãe: “Já está a amamentar o bebé? Pode mostrar como faz?” Observe e ajude a mãe, com o apoio da acompanhante, no bom posicionamento e boa pega durante a mamada. Elogie.

PASSO 2: Pergunte à mãe: “E pode mostrar como conversa com o bebé, enquanto ele mama?” Observe e ajude a mãe, com o apoio da acompanhante, a conversar com o bebé. Faça pausas para o bebé “responder”, mesmo se for um piscar de olhos ou um pequeno gesto.

Para este passo, use o cartaz para demonstrar o tipo da conversa que pode fazer.

PASSO 3: Elogie à mãe, e lembre-lhe que o bebé já vê e ouve e está pronto para aprender logo que nasce. Quanto mais conversamos com ele, mais ele aprende, torna-se mais inteligente e mais amigo dos pais.

PASSO 4: Peça ao acompanhante para observar os cartazes na parede e conversar com a mãe sobre os mesmos na sua ausência.

Passos de aconselhamento no momento da alta da maternidade



PASSO 1. Convide as puérperas, as acompanhantes e os pais/homens presentes para a palestra. Durante a palestra forneça informações e orientações a mulher e aos seus acompanhantes incluindo parceiros, sobre os cuidados da mulher e da criança em casa incluindo a oferta de cuidados responsivos e actividades de aprendizagem precoce

PASSO 2. Peça às acompanhantes mais experientes para partilharem experiências sobre como cuidar do bebé e da mãe no período após o parto

PASSO 3. Elogie pelas boas práticas partilhadas. Reforce os cuidados da mãe e do RN que não foram mencionadas pelas acompanhantes. Faça uso dos cartazes colados nas paredes. Desmistifique algumas crenças e hábitos culturais nocivos para a saúde da mãe e do bebé.

PASSO 4. Demonstre e convide todas as mães a praticarem bom posicionamento e boa pega para amamentar. Elogie as mães e explique os benefícios.

PASSO 5. Demonstre e convide todas as mães a praticarem a massagem do RN, acompanhada de uma conversa com ele. Elogie as mães e explique os benefícios.

PASSO 6. Partilhe as mensagens especiais para os parceiros (se não houver homens presentes, peça aos acompanhantes para transmitirem as mensagens aos parceiros).

Exemplos de conversas com bebê

- Estás a olhar para mim, filho? Sou a tua mãe, Olivia. És o meu primeiro filho. Daqui a pouco vais conhecer o teu pai...
- Estás a gostar do leite, filha? Como está o leite? Será que é doce? Será que é quente ou morno?

Nota: Não fale como um bebê, fale normalmente, pronuncie bem as palavras ao conversar com seu bebê.

Papel das acompanhantes no aconselhamento em DPI

Um dos princípios da Iniciativa “Maternidade Modelo” para um parto humanizado é a **presença de uma acompanhante** durante o trabalho de parto, parto e pós-parto.

A acompanhante contribui para que a mãe se sinta apoiada e segura, e é o elo entre a parturiente e os serviços de saúde.

- A acompanhante, com a orientação da ESMI, pode apoiar no aconselhamento da mãe **usando os cartões de aconselhamento fixados na parede e reforçando as mensagens em casa** para a mãe, o parceiro e outros membros da família.
- A acompanhante pode também apoiar a ESMI a **identificar a presença do pai na US** para o aconselhamento.



Figura 22: Acompanhante a dar massagem a RN.
Fonte: Cortesia da PATH.

Como envolver o homem/parceiro no aconselhamento

Ainda na **CPN**, a Enfermeira deve reforçar a explicação para o pai/ parceiro, sobre a importância da sua presença na Maternidade, especialmente no momento de alta.

Na **Maternidade**, a ESMI deve chamar os pais presentes para participarem no momento do aconselhamento. Deve pedir aos pais para segurarem os bebês e os cumprimentarem.

A ESMI deve sempre transmitir mensagens específicas para o pai, durante o aconselhamento na alta.

Mensagens para o pai na Maternidade:



- O seu filho já lhe ama e já reconhece a sua voz, pois você falou com ele ainda na barriga.
- Agora que ele já nasceu, continue a conversar com o seu filho. Ele já lhe ouve e vê.
- Faça a sua parte em casa, para cuidar do bebê. Ajude com as tarefas e fique com o seu filho para a mãe descansar.
- Assim você ficará amigo do seu filho, e a sua esposa ficará muito feliz.

Cartazes para aconselhamento na maternidade

Para o aconselhamento na maternidade, serão usados os cartazes ilustrados na Figura 23, onde além do DPI, abordam todas as outras mensagens chaves importantes para garantir os cuidados de saúde da mãe assim como do bebê.

10 CARTAZES PARA ACONSELHAMENTO NA MATERNIDADE



Figura 23: Cartazes para aconselhamento na Maternidade.

Fonte: MISAU 2023.

Demonstração do passo a passo para a massagem

Para a demonstração de como fazer uma massagem aos RN, use o cartaz que mostra como fazer a massagem que se apresenta na Figura 24 desta unidade e oriente as mães a como proceder com os seguintes passos:

Pegue o cartaz com as orientações da massagem e oriente a seguinte prática:

- Convide um voluntário (mãe com RN) da palestra para a alta na saída da maternidade.
- Explique a importância da massagem, e o melhor momento para a fazer (após o banho).
- Peça a uma mãe para fazer a demonstração da massagem ao seu bebê.



Figura 24: Figura ilustrativa sobre o passo a passo de como fazer a massagem.

Fonte: MISAU 2023.

- Demonstre para mãe os passos da massagem, seguindo o cartaz e conversando com o bebê, pode usar os seguintes exemplos:
 1. Estou a dar -te força nas mãos e nos braços, para tu depois ajudares a mamã e o papá!
 2. Faço círculos na tua barriga, para não teres cólicas, nem dores de barriga!
 3. Estou a esticar as tuas pernas, para cresceres alto como o teu pai.
- A seguir peça para que a mãe faça a massagem, seguindo o seu modelo e conversando com o bebê. Antes de começar, ajude a mãe a:
 1. Sentar-se com as costas bem apoiadas e as pernas esticadas ou cruzadas.
 2. Colocar uma capulana sobre as suas pernas.
 3. Colocar o bebê por cima da capulana, para que assim ele possa ver o rosto da mãe.
 4. Tirar a roupa do bebê, mas cobrir um pouco com capulana para evitar hipotermia.
- Elogie à mãe!

Registo do aconselhamento

Todas as intervenções oferecidas a mãe e RN durante o tempo que eles estão na maternidade devem ser registadas conforme as orientações nacionais. Por tanto todo aconselhamento oferecido, ao ser considerado uma intervenção, deverá ser registado.

Todo o aconselhamento (AME, DPI, PF e outros) oferecido na maternidade deve ser registado no Partograma, na coluna de observações.

Resumo das intervenções realizada na maternidade

Para finalizar da unidade didáctica, na Figura 26, observe de uma forma resumida as intervenções de DPI que podem ser oferecidas na maternidade pelo provedor, em cada um dos momentos chaves anteriormente referidos.

OBSERVAÇÕES		TERAPÉUTICA	PUÉRPERA HIV
Parteira no seu estado geral, moderado, o no espaço, mucosas conjuntivas cor-de-rosa, saída de colóstrum, glóbulos vaginais limpa sem sinais de infeção, loquios normais sem cheiro, nádegas rosas, fármacos: 1. Analgésicos T: 36,7°C / 100,1°F Pulso: 80 bpm / min Respiração: 14 cc / min Temperatura: 36°C Sala de parto			AZT + 3TC (Duvir) 1 comp. 12/12h RN Exposto AZT Xarope 12/12h
OBSERVAÇÕES A FAZER No Exame Geral, Verificar: Mucosas T.A. Temperatura Pulso Edema No Exame de Mama, Verificar: Se há saída de Colostro Se estão turgidas se há sinais de infeção No Exame Ginecológico, Verificar: Se e Episiotomia/Laceração foi suturada, se está limpa, ou se está infectada No toque vaginal, verificar: Se o Útero está contraído, Aumentado, e se há dor ao toque; Se os Anexos estão Normais, se há massas, ou outros Problemas; Se os Lóquios são Normais, se têm cheiro, e se são abundantes. NOTA: NA PUÉRPERA HIV+ DAR COMP. DUOVIR PARA LEVAR PARA CASA PARA 7 AO RN EXPOSTO. ENTREGAR XAROPE DE AZT PARA CASA.			

Figura 25: Ilustração de um partograma.

Fonte: Cortesia da PATH.

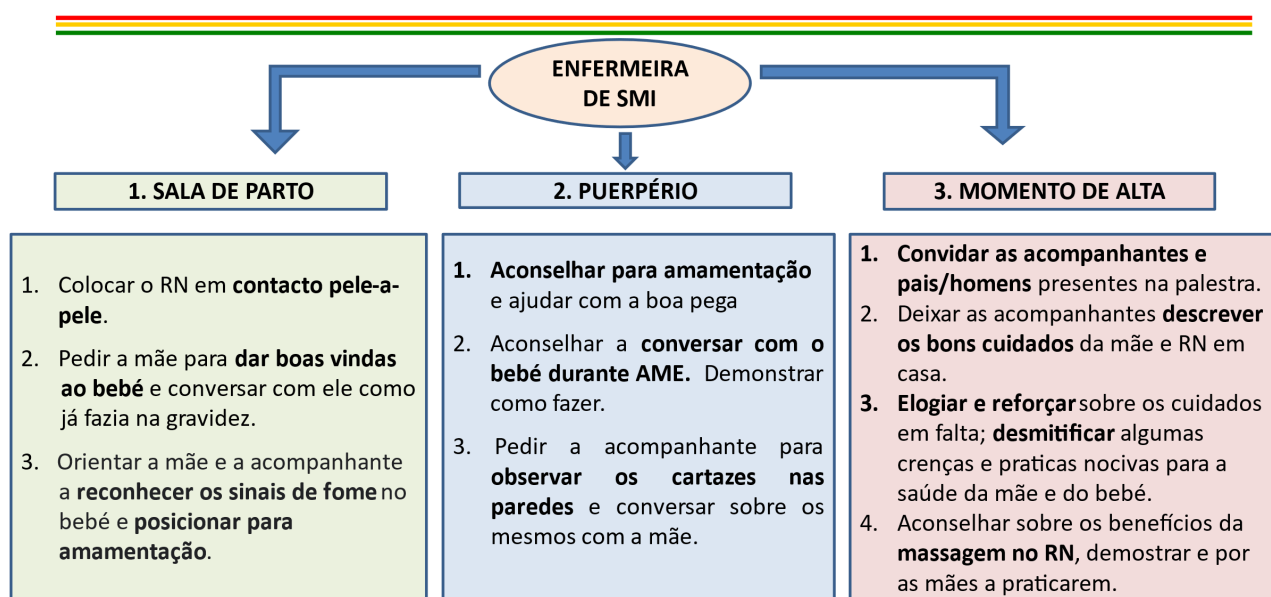


Figura 26: Intervenções de DPI na Maternidade.

Fonte: PATH

Avaliação do recém-nascido com factores de risco para o fraco desenvolvimento.

Conforme já abordado na primeira unidade didáctica, estudos regionais (Série Lancet, 2018) estimam que uma em cada 10 crianças entre os 0 e os 5 anos de idade tem algum tipo de deficiência (mental, físico, áudio-visual, epilepsia etc.). Grande parte destas crianças, na altura do seu nascimento já apresentava algum factor de risco predisponente para o desenvolvimento do atraso relacionado a deficiência como por exemplo:

- Parto prematuro
- Baixo peso a nascer
- Parto arrastado, que pode levar à:
 1. asfixia e a paralisia cerebral
 2. traumatismo pós-parto
- Malformações congénitas
- Icterícia patológica.

Em Moçambique, são poucas as vezes que na consulta pós-parto são registados quaisquer factores que podem contribuir para um atraso no desenvolvimento ou uma deficiência, apesar de existirem livros de registo que poderiam bem recolher esta informação (Figura 27).

Alguns dados reportados pelo serviço de Fisioterapia da sede distrital de Monapo em Nampula revelaram que entre os meses de Novembro de 2022 e Maio de 2023, no sector deram entrada pela primeira vez 59 crianças dos 0-5 anos de idade, das quais 14 por apresentar uma malformação congénita, 12 por terem apresentado uma asfixia pós-parto, mas somente uma pequena percentagem de estas crianças (3/59 é dizer o 5%) é que foram identificadas precocemente na maternidade por causa da asfixia ou da malformação que apresentavam.

As normas para a atenção integrada ao RN desde o nascimento até os 7 dias de vida, orientam sobre os procedimentos e os cuidados imediatos que se devem prestar a todo o RN, para apoiar na adaptação deste ao ambiente extrauterino (*consulte as Normas para os Cuidados de Saúde Maternos e Neonatais no período Pós-parto e Pós-Natal, pág. 31*). Na Figura 28 podemos observar a sequência de passos a serem dados na oferta de cuidados essenciais ao RN na maternidade. O seguimento desta sequência vai permitir identificar a necessidade de realizar alguma intervenção no RN como podem ser as manobras de ressuscitação. Em caso do RN não apresentar nenhuma necessidade de ser reanimado, serão seguidos os passos descritos na figura para a estabilização do RN, oferta de

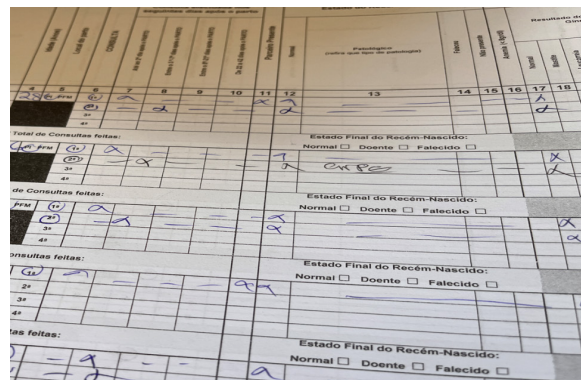


Figura 27: Livro de registo da CPP.

Fonte: Cortesia de PATH

CUIDADOS IMEDIATOS AO RECEM-NASCIDO NA SALA DE PARTOS

- Preparar o local para o parto e proceder com o parto de acordo com as normas
- LAVAR AS MÃOS com água limpa e sabão antes e depois de tocar no recém-nascido
- Dar a cada recém-nascido os cuidados imediatos adequados na sala de partos

1. Receber o recém-nascido com um pano/campo seco, limpo e aquecido.
2. Desprezar o campo húmido e cobrir o recém-nascido com um pano/campo seco, limpo e aquecido.
3. Avaliar o apgar e as condições do recém-nascido ao nascimento e decidir se precisa de reanimação. Aspirar as secreções se necessário.
4. Colocar o recém-nascido em contacto pele-a-pele com a mãe, se este não tiver complicações.
5. Cortar o cordão umbilical entre 1 a 3 minutos após o nascimento.
6. Avaliar o recém-nascido (respiração, frequência cardíaca, tónus e cor da pele).
7. Realizar os seguintes cuidados: cloroquina no cordão umbilical, profilaxia ocular com tetraciclina a oftálmica e administração de vitamina K.
8. Iniciar a amamentação na primeira hora de vida do recém-nascido.
9. Colher as medidas antropométricas (peso, comprimento e perímetro craneano).
10. Identificar o recém-nascido.



Figura 28: Cuidados imediatos ao RN na sala de partos

Fonte: Caderno de Mapas de AIDI Neonatal, 2018

profilaxias e medições antropométricas passando o primeiro de tudo por colocar ao RN em contacto pele-a-pele com a mãe conforme o passo número 4 da Figura 28.

Avaliação de RN no Puerpério / CPP

Uma vez que já foram feitos os Cuidados Essenciais ao Recém-Nascido(CERN) ele irá ficar a vontade junto a sua mãe, e será promovido o início do AME ainda dentro da primeira hora de vida.

Lembre-se que para o período neonatal (cobre os primeiros 28 dias de vida de uma criança), o SNS estabelece uma série de contactos (até quatro contactos) do RN com o provedor para a identificação de sinais e sintomas que possam orientar a necessidade de ele retornar a US. Estes contactos, começam na própria maternidade antes da alta do RN junto com a sua mãe o segundo contacto ocorre entre o 3º e o 7º dia, o terceiro contacto entre o 8º e o 21º dia e o quarto contacto entre o 22º e o 28º dia.

Durante estes contactos os provedores, terão sempre que perguntar para identificar a presença de factores de risco para o desenvolvimento.

No período neonatal o provedor deve verificar a existência/ausência dos reflexos primitivos, medição do perímetro craniano, os marcos do desenvolvimento próprios do período neonatal (reação perante o som, postura, elevação da cabeça...), interação com a mãe conforme aparece no caderno de mapas do AIDI Neonatal (Figura 11). Segundo a presença de alguma alteração o RN e/ou factor de risco, o RN será classificado como com desenvolvimento normal com factores de risco, com provável atraso no desenvolvimento, ou com um desenvolvimento normal.

AVALIAR O DESENVOLVIMENTO PSICO-MOTOR

PERGUNTE À MÃE QUE PROBLEMAS TEM O RECÉM-NASCIDO Determinar se é a primeira consulta ou consulta de controlo para este problema:		AVALIAR	CLASSIFICAR	CONDUTA
- Se for consulta de controlo, siga as instruções do seguimento - Se for consulta inicial, avaliar o recém-nascido como se segue		Presença de qualquer um dos sinais - RN termo com PC < 33 ou > 37 cm - OU - PC < percentil 10 e > percentil 90 - OU - Presença de alguma alteração fenotípica - OU - Ausência/alteração de 1 ou mais marcos /reflexos/posturas para a faixa etária.	PROVÁVEL ATRASO NO DESENVOLVIMENTO	- Elogiar a mãe/cuidador pelo que está fazendo de correto - Referir para o hospital para a avaliação neuropsicomotora/consulta médica/pediatria
Perguntar: - Realizou pré-natal? - Teve algum problema durante a gestação ou parto? - Nasceu prematuro? - Quanto pesou ao nascer? - Teve icterícia ou alguma doença grave (ex: meningite)? - Teve traumatismo craniano ou convulsões? - Os pais da criança são parentes? - Existe algum caso de deficiência na família? - O que a mãe acha do desenvolvimento do seu filho? Fazer perguntas adicionais: - Existem outros factores de risco (ex: violência doméstica, depressão materna, drogas, alcoolismo etc)? Estimulação: - Como é que faz (ou vai fazer) para brincar com RN? - Como é que fala com seu RN? LEMBRE-SE: Se a mãe disser que seu filho tem algum problema de desenvolvimento, fique mais atento na avaliação dessa criança		Presença de um ou mais factores de risco e: - PC entre 33 e 37 cm - Reflexos, habilidades e postura presentes para a sua idade - Ausência de alterações fenotípicas		
Verificar/Avaliar: - Marcos de desenvolvimento no RN de 0-7 dias: - Postura (barriga para cima, pernas e braços flectidos, cabeça lateralizada, mãos fechadas) - Observa um rosto - Reage ao som - Eleva a cabeça - Reflexos primitivos (ver imagens na página seguinte) - Reflexo de Moro - Reflexo de sucção - Prensão palmar e plantar, - Reflexo tónico assimétrico do pescoço - Reflexo de encurvamento do tronco - Reflexo de marcha automática - Alterações no exame físico: - Perímetro craniano < 33 e > de 37 cm - Presença de malformações congénitas - Presença de alterações fenotípicas: - Fenda palpebral oblíqua - Olhos afastados - Implantação baixa das orelhas - Pescoço curto ou largo - Prega palmar única 5º dedo da mão curto e e recurvado - Qualquer outra alteração fenotípica - Avaliar os movimentos das ancas (manobras de Barlow e Ortolani) Interação entre a MÃE e o RN: - Está atenta aos movimentos e aos sinais do RN - Conforta o RN e mostra amor - Ignora os sinais do RN Sinais de depressão na mãe: - Está triste, apática - Tem falta de apetite, de sono - Tem falta de energia e interesse - Tem pensamentos negativos		Presença de todos os reflexos/habilidades para a sua idade e ausência de factores de risco E Ausência de alterações fenotípicas	DESENVOLVIMENTO NORMAL COM FACTORES DE RISCO	- Elogiar a mãe/cuidador pelo que está fazendo de correto - Aconselhar a mãe sobre a estimulação e desenvolvimento do RN - Fazer controlo pós-natal de rotina - Informar a mãe sobre os sinais de alerta para voltar imediatamente - Referir a mãe para a consulta se apresentar sintomas de depressão
			DESENVOLVIMENTO NORMAL	- Elogiar a mãe/cuidador pelo que está fazendo de correto - Aconselhar a mãe sobre os cuidados para o desenvolvimento da criança - Aconselhar a mãe para continuar a fazer o as consultas de controlo pós-natal - Informar a mãe sobre os sinais de alarme do desenvolvimento, para voltar imediatamente

Figura 29. Avaliação do desenvolvimento psicomotor no período neonatal.

Fonte: Caderno de Mapas de AIDI Neonatal, MISAU 2018.

Quando transferir um RN é fundamental recomendar um controle clínico posterior a alta na maternidade

Durante os contactos pós-natais da criança com a US, o provedor também deve avaliar se o RN apresenta ou não algum tipo de malformação ou tocotraumatismo. No caso de a criança apresentar alguma das

malformações congênitas cuja classificação requeira a transferência para um nível superior, a criança será referida conforme as normas do AIDI Neonatal (Figura 30) e irá transferir a criança para um nível superior de atendimento caso seja necessário.

AVALIAR AS MALFORMAÇÕES CONGÊNITAS E OS TOCOTRAUMATISMOS

AVALIAR O TIPO DE MALFORMAÇÃO/TOCOTRAUMATISMO	CLASSIFICAR	CONDUTA
Malformações congênitas • Ânus imperfurado • Onfalocelo • Gastroquise • Extrofia da bexiga • Espinha bífida/ Mielomeningocele • Encefalocelo • Hidrocefalia • Anencefalia • Lábio leporino com fenda palatina • Suspeita de malformação do intestino (ex: atresia esofágica ou duodenal) • Catarata congênita • Glaucoma congênito	RECÉM-NASCIDO COM MALFORMAÇÃO CONGÊNITA GRAVE	• Informar a mãe sobre o problema do RN • Estabilizar o RN Transferir URGENTEMENTE para o hospital de acordo com as normas de estabilização e transporte
Tocotraumatismos • Traumatismo abdominal • Fraturas • Céfalohematoma grande	RECÉM-NASCIDO COM TOCOTRAUMATISMO GRAVE	
Malformações congênitas • Pé boto • Dedos supra-numerários (polidactilia) • Dedos colados (sindactilia) • Microcefalia* • Hipospádia/epispádia	RECÉM-NASCIDO COM MALFORMAÇÃO CONGÊNITA NÃO GRAVE	• Informar a mãe sobre o problema do RN • Fazer os cuidados de rotina • Aconselhar aleitamento materno exclusivo • Aconselhar a mãe sobre cuidados a ter com o RN em casa • Aconselhar a mãe como prevenir as infecções • Aconselhar a mãe a voltar para visitas de controle na consulta pós-natal • Aconselhar a mãe para levar o RN a consulta médica *
Tocotraumatismos • Moldagem • Caput-succedaneum • Céfalohematoma pequeno • Hemorragia subconjuntival • Paralisia de Erb*	RECÉM-NASCIDO COM TOCOTRAUMATISMO NÃO GRAVE	

Figura 30: Avaliação de malformações congênitas e tocotraumatismos no Recém-nascido, AIDI Neonatal, MISAU 2018

AVALIAR AS MALFORMAÇÕES CONGÊNITAS E OS TOCOTRAUMATISMOS

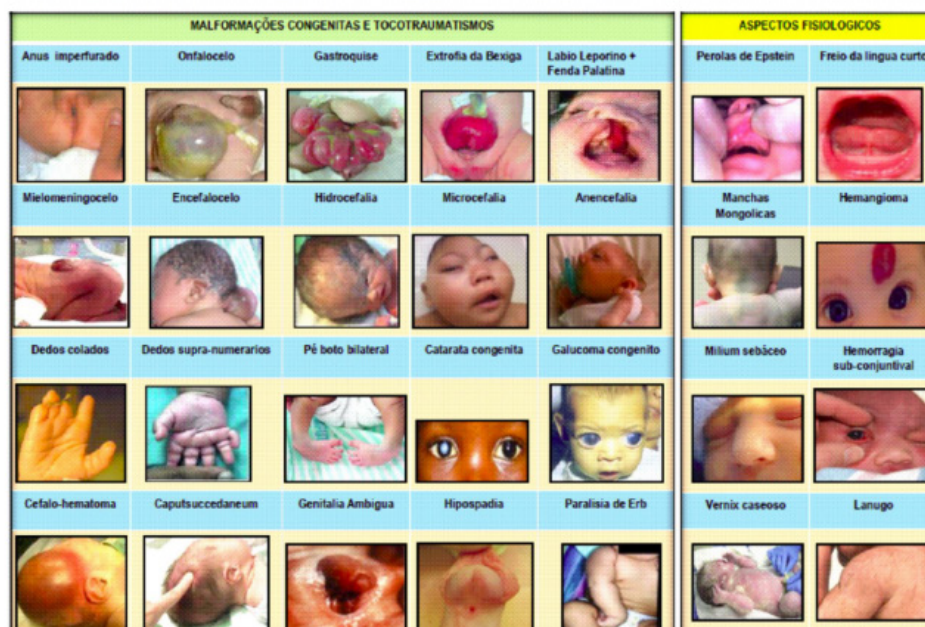


Figura 31: Principais malformações congênitas no RN.

Fonte: Caderno de Mapas de AIDI Neonatal, MISAU 2018.

Para além do caderno de Mapas de AIDI, o MISAU desenvolveu outros cartazes onde mostram em que situações um RN deve ser transferido da maternidade para o berçário por apresentar uma condição importante como por exemplo uma cianose, icterícia, hipotonia, prematuridade, hipotermia, malformações conforme o observado nas Figura 32 e 33.

QUANDO TRANSFERIR O RECÉM-NASCIDO DA MATERNIDADE PARA O BERÇÁRIO?

1. CÔR DA PELE  O RN tem o corpo azulado  O RN tem o corpo amarelado (ver os olhos, as palmas das mãos e as plantas dos pés)	
2. RESPIRAÇÃO E FREQUÊNCIA CARDÍACA  - O RN tem frequência cardíaca > 160 bpm ou < 100 bpm - O RN tem a respiração rápida (≥ 60 cr/minuto) ou lenta (≤ 30 cr/minuto) - O RN tem respiração irregular com períodos de apneia - O RN tem retracção subcostal grave, adejo nasal - O RN tem gemidos	3. CHORO  O RN não chorou ou espirrou, ou não fez caretas, ao nascer
4. TÔNUS MUSCULAR APGAR < 3 (1º min) OU < 7 (5º min)   - RN tem o corpo flácido, com ausência de um ou mais reflexos - RN está sonolento ou inconsciente	5. PESO BAIXO OU PREMATURIDADE  - RN tem o peso á nascença ≤ 1500 gramas - RN tem idade gestacional ≤ 32 semanas NOTA: Todo RN entre 1500 a 2500 gramas deve ser avaliado para necessidade de transferência por outras causas.
6. TEMPERATURA  - RN tem febre (38°C ou mais). Tire a roupa e confirma a medição após 30 minutos - RN tem hipotermia grave ($< 36^{\circ}\text{C}$)	7. ALIMENTAÇÃO  - RN não consegue ou recusa mamar - RN vomita tudo que mama - RN não defeca após 24 h de vida OU tem sangue nas fezes - RN tem distensão abdominal

Figura 32. Cartaz sobre quando transferir o recém-nascido da maternidade para o berçário.

Fonte: MISAU 2022.

QUANDO TRANSFERIR O RECÉM-NASCIDO DA MATERNIDADE PARA O BERÇÁRIO?

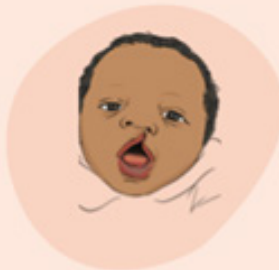
8. MALFORMAÇÕES

CABEÇA



- Hidrocefalia ou macrocefalia (PC > 37 cm)
- Encefalocele
- Anencefalia
- Cefalo-hematoma grande

FACE



- Lábio leporino e fenda palatina
- Catarata congênita OU Glaucoma congênito

COLUNA



- Espinha Bífida

ABDÔMEN



- Onfalocele
- Gastrosquise
- Extrofia da bexiga

ÓRGÃOS GENITAIS

- Ânus imperfurado (RN não defeca após 24 h de vida)
- Não urina
- Genitália ambígua

9. TRAUMATISMO



- Paralisia de Erb
- Fratura da clavícula
- Traumatismo abdominal

10. OUTRAS CONDIÇÕES



- Ruptura prematura das membranas superior a 12 horas
- Líquido amniótico com **mecônio**



- RN **reanimado** por mais de 10 minutos OU com VPP + Massagem cardíaca
- RN tem **convulsões** (movimentos involuntários)
- RN tem **fontanela anterior** deprimida ou abaulada
- RN tem **olhos** inchados com secreção purulenta

Figura 33: Cartaz com malformações congênitas.
Fonte: MISAU 2022.

COMO TRANSFERIR O RECÉM-NASCIDO COM SEGURANÇA

1. PREVENIR A HIPOTERMIA



- Colocar o bebê na **posição canguru**, no colo do cuidador em contacto pele-a-pele
- Cobrir o RN (incluindo a cabeça) com roupa seca e limpa.



2. AJUDAR O RECÉM-NASCIDO A RESPIRAR



- Aspirar as secreções e manter posição adequada
- Administrar oxigénio com o cateter nasal
- Se necessário, usar o ambú para ventilar com pressão positiva
- Em caso de dificuldade respiratória ou distensão abdominal, transportar com sonda nasogástrica.

3. PREVENIR A HIPOGLICÉMIA



- Dar ao RN lentamente o leite materno ou dextrose a 10% 30-50 ml
- Caso o RN não consiga mamar, devemos alimentá-lo com leite materno espremido por sonda, orogástrica ou nasogástrica ou pelo copo.

4. ADMINISTRAR A PRIMEIRA DOSE DE TRATAMENTO

Administrar a primeira dose de tratamento de acordo com as normas do AIDI neonatal.

5. PROTEGER



- Cobrir a malformação exposta com compressas embebidas com soro fisiológico
- Em caso de traumatismo ou fractura, imobilizar a região afectada.

6. INFORMAR SOBRE A TRANSFERÊNCIA



- Comunicar com a US de referência para explicar o motivo da transferência
- Explicar à família sobre a importância da transferência do RN
- Sempre acompanhar o RN para o local de transferência. Monitorar e prestar assistência se for necessário.

Figura 34: Cartaz com orientação sobre como transferir com segurança.

Fonte: MISAU 2022.

Sempre que a classificação do RN conforme o AIDI ou a condição clínica apresentada requeira uma transferência de uma US para outra, para posteriores cuidados e tratamentos, devemos ter em conta uma série de precauções dada a vulnerabilidade dos bebés tão pequenos, conforme se mostra na Figura 34. Lembrando que em muitas ocasiões antes de transferir, teremos que fazer o comumente chamado “tratamento pré-referência” conforme orientado no AIDI para cada uma das condições que assim o requerem. Isto é fundamental, pois estes primeiros cuidados são fundamentais para diminuir a mortalidade das crianças não só durante a transferência.

Pontos-chave :

- A criança mesmo dentro do útero da mãe, a partir dos 6 meses de gravidez já consegue ouvir e reagir com movimentos;
- Conversar com o bebé, é a principal prática e a mais frequentemente recomendada para estimulação e aprendizagem precoce durante a gravidez, mas tem outras como são cantar, fazer carinho na barriga, ler, etc
- Na maternidade o aconselhamento é oferecido em 3 momentos: na sala de partos, no puerpério, no momento da alta ou saída da maternidade;
- As duas principais práticas de DPI promovidas na Maternidade, são nomeadamente conversar com o bebé e ensinar a dar massagem ao bebé;
- A conversa estimula o cérebro do bebé e promove o desenvolvimento das conexões neurais, as massagens melhoram a qualidade de vida do bebé, incluindo o apetite e o ganho do peso;
- A avaliação individual no puerpério, oferece a oportunidade de reforçar a comunicação com o bebé e verificar as práticas de amamentação;

Exercícios práticos da UD-3

Exercício prático 3.1. Simulação.

Neste exercício, você fará uma simulação com outros 2 formandos. Um de vocês fará o papel de ESMI, outro da mulher grávida e um terceiro do parceiro/acompanhante. Devem preparar uma simulação dos passos de aconselhamento em DPI que devem ser seguidos na CPN. Tem 10 minutos para organizar. Depois o grupo irá fazer a simulação em plenária.

Exercício prático 3.2. Discussão em grupo.

Neste exercício você irá discutir em grupo as oportunidades de aconselhamento em DPI que surgem nos diferentes momentos durante a estadia da mulher na maternidade (na sala de parto, no puerpério e antes da alta). Todos os grupos devem responder às seguintes perguntas para cada um dos momentos da estadia da mulher na maternidade:

- Que oportunidades oferece esse momento, para aconselhamento (em DPI e outro)?
- Como é que deve ser feito o aconselhamento?
- Para além da parturiente, quem mais pode beneficiar-se do aconselhamento nesse momento?

Solução ao exercício práctico 3.2

Oportunidades de aconselhamento na sala de parto:

1. Na sala de partos, a mãe tem o primeiro contacto com o seu bebé, que está colocado pele-a-pele com ela.
2. Neste momento ela está a aprender a reconhecer os sinais do bebé, tais como o choro, sinais de fome, com apoio da ESMI.

3. Esta é uma ótima oportunidade de lembrar a mãe que o bebé ouve e vê logo à nascença, e que por isso ela deve cumprimentar, acariciar e conversar com o seu bebé.
4. O acompanhante e o pai podem ser convidados para participar neste momento de aconselhamento.

Oportunidades de aconselhamento no puerpério:

1. Segundo as normas de atendimento à mulher logo após o parto, a ESMI deve realizar uma avaliação tanto para a mãe como para o RN nas primeiras 2 horas.
2. Durante esta avaliação individual, deve-se também verificar as práticas de amamentação e dar apoio especial às mães primigestas, mães adolescentes e mães que tiveram um parto complicado.
3. Este contacto individual oferece a oportunidade de reforçar a comunicação com o bebé, especialmente durante a amamentação.
4. A ESMI pode aproveitar a presença de acompanhante para apoiar a mãe a seguir as boas práticas de amamentação e comunicação com o bebé nos momentos em que a ESMI estiver a fazer outras tarefas.

Oportunidades de aconselhamento no momento da alta:

1. O momento da alta oferece uma oportunidade de reforçar o aconselhamento já feito individualmente e favorece a demonstração e prática de novas habilidades em grupo.
2. Os acompanhantes e os parceiros (homens) podem e devem participar e aprender as boas práticas de cuidados da mãe e do bebé que vão ser reforçadas neste momento de alta.
3. O aconselhamento antes da alta é feito em grupo.

Exercício prático número 3.3. Dramatização de um aconselhamento na sala de parto

- Divida os formandos em pares. Em cada par, um faz o papel de ESMI e outro de mãe. Podem improvisar os bebés.
- Em 10 minutos os pares devem dramatizar entre si os passos de aconselhamento na sala de parto. Projecte os passos e pendure o cartaz num lugar visível. Os formadores circulam para dar apoio.
- Passados os 10 minutos, convide um par para fazer a simulação em plenária.
- Discuta a simulação, elogiando o que correu bem e dando recomendações para melhorar.

Exercício prático número 3.4 Dramatização de um aconselhamento no puerpério

- Divida os formandos em pares. Em cada par, um faz o papel de ESMI e outro de mãe. Podem improvisar os bebés.
- Em 10 minutos os pares devem simular entre si os passos de aconselhamento puerpério. Projecte os passos e pendure o cartaz num lugar visível. Os formadores circulam para dar apoio.
- Passados os 10 minutos, convide um par para fazer a simulação em plenária.
- Discuta a simulação, elogiando o que correu bem e dando recomendações para melhorar.

Exercício prático número 3.5. Dramatização de um aconselhamento no momento da alta

- Divida os formandos em pares. Em cada par, um faz o papel de ESMI e outro de mãe. Podem improvisar os bebés, usando bonecas.
- Em 10 minutos os pares devem simular entre si os passos de aconselhamento no momento da alta. Projecte os passos e pendure o cartaz num lugar visível. Os formadores circulam para dar apoio.
- Passados os 10 minutos, convide um par para fazer a simulação em plenária.
- Discuta a simulação, elogiando o que correu bem e dando recomendações para melhorar.

Exercício prático número 3.6: actividade em grupos, demonstração da massagem ao RN

De modo a sumarizar o aprendido ao longo da unidade didáctica, a seguir se propõem 2 actividades em grupo com simulações sobre como dar uma massagem a um RN e como devemos aconselhar a mãe, acompanhantes e pais no momento da alta na maternidade.

- Divida os formandos em grupos de 3-4. Entregue uma boneca para cada grupo.
- Cada grupo deve ter o Cartaz de massagem na mesa;
- Projecte o slide com os passos para a massagem;
- Peça aos grupos para simularem os passos de explicar, demonstrar e pôr a mãe fazer a massagem. Os facilitadores circulam para dar apoio.
- Se tiver tempo, convide um dos grupos para demonstrar em plenária os passos de ensinar a mãe, a fazer a massagem no RN (explicar-demonstrar-pôr a fazer) e juntos avaliem a demonstração.

Exercício prático número 3.7: actividade em grupos, aconselhamento no momento da saída da maternidade.

- Divida os formandos em 3 grupos. Em cada grupo, um participante deve fazer o papel de ESMI e outros o papel de mãe, acompanhante e pai (homem).
- Dê 20 minutos para os grupos simularem entre si o aconselhamento no momento da alta. Projecte o slide com passos. Os facilitadores circulam para dar apoio.
- Se tiver tempo, convide um grupo para fazer a simulação em plenária. Comentem sobre a simulação, elogiando o que correu bem e dando recomendações para melhorar.

Exercício prático número 3.8: discussão de casos clínicos

- Peça aos formandos para sentarem-se em grupos.
- Distribua os casos pelos grupos e dê 10 minutos para os grupos analisarem e discutirem o diagnóstico e conduta correcta para cada caso.
- Projecte o slide seguinte com os casos.
- Convide os grupos para apresentarem os seus casos e debaterem em plenária.

CASO 1

Sandra José, 18A, GI, PO, com gravidez de 33 semanas deu entrada na maternidade do Centro de Saúde de Carapira, queixando-se dores no baixo ventre.

Observada:

- Sinais vitais TA 120/76 mmHg, Temperatura 37°C
- Exame obstétrico: AFU 28 cm, DU 2/10 min, FCF 128 b/min e apresentação cefálica.
- Toque vaginal: Vulva e vagina sem lesões, dilatação 5cm, BAI, apresentação cefálica no primeiro plano.
- 4 horas após admissão teve parto eutócico, RN vivo, masculino, Peso 1720g e com boa vitalidade.

Indique o diagnóstico e a respectiva conduta.

Resposta: Classificação: RECEM - NASCIDO PREMATURO

Conduta:

- Realizar cuidados de rotina;
- Realizar o método mãe canguru até o RN estar em condições para ter alta;
- Aconselhar aleitamento materno exclusivo com frequência;

- Administrar Vitamina K (IM);
- Aconselhar a mãe sobre cuidados com o RN em casa;
- Aconselhar a mãe a voltar para visitas de controlo no 3º dia, e depois 1 vez por semana até aos 28 dias; a seguir garantir o seguimento da criança na CCR;
- Aconselhar a mãe quando voltar imediatamente.

CASO 2

Pedro, um bebé do sexo masculino, nasceu de uma gestação de 38 semanas através de um parto eutócico no CS de Itoculo. Após o nascimento, Pedro foi avaliado e estava com respiração irregular, FC 80 batimentos/min, corpo flácido e fazia caretas, líquido amniótico sem mecónio, atribuído um Apgar de 4 no primeiro minuto e de 7 no quinto minuto. Aspiradas as secreções, feita a ventilação com pressão positiva usando a máscara e ambu durante 7 minutos com sucesso. Indique o diagnóstico e a conduta

Resposta: **Classificação:** Asfixia Grave

Conduta:

- Colocar oxigénio, se necessário;
- Não aquecer muito o RN (manter a temperatura do RN $\leq 37^\circ\text{C}$);
- SNG para alimentação, se necessário;
- Dar a primeira dose de antibióticos (IM);
- Transferir para a US de referência.

Nota: todo RN que tiver sido sujeito a um processo de reanimação, deve logo que possível, ser transferido para uma US de referência, que preferencialmente tenha uma Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais.

CASO 3

João nasceu no CS de Monapo-Rio de parto eutócico e saudável. Após o nascimento a Enfermeira notou que os dois pés do recém-nascido estavam virados para baixo, como se fosse um prolongamento da estrutura da perna e apresentavam a parte da frente desviada para o interior e uma exagerada curvatura plantar. Indique o diagnóstico e a conduta

Resposta: **Classificação:** RECÉM-NASCIDO COM MALFORMAÇÃO CONGÉNITA NÃO GRAVE

CONDUTA:

- Informar a mãe sobre o problema do RN;
- Prestar os cuidados imediatos do RN;
- Aconselhar aleitamento materno exclusivo;
- Aconselhar a mãe sobre cuidados a ter com o RN em casa;
- Aconselhar a mãe como prevenir as infeções;
- Aconselhar a mãe a voltar para visitas de controlo na consulta pós-natal;
- Referir o RN ao ortopedista.





UNIDADE DIDÁCTICA 4

INTERVENÇÕES PARA PROMOVER O
DESENVOLVIMENTO DA PRIMEIRA INFÂNCIA
(DPI) NA SALA DE ESPERA DAS CONSULTAS
DE SAÚDE INFANTIL

UNIDADE DIDÁCTICA 4

Intervenções de DPI na sala de espera das consultas de saúde infantil

Introdução

Nesta unidade didáctica, o formando irá adquirir os conhecimentos e as práticas necessárias para dinamizar a sessão de caixa de brincar, que é uma intervenção de promoção do desenvolvimento da primeira infância, desenhada para ser implementada na sala de espera das consultas de saúde infantil, conforme recomendado nas Normas de atendimento à Criança Sadia e à Criança em Risco (2021). A unidade didáctica destina-se em primeiro aos provedores da consulta da criança sadia, a ESMI, técnicos de saúde preventiva, de nutrição, assim como os activistas da unidade sanitária, que podem ser nomeados pela direcção para apoiar nas sessões de caixa de brincar.

Objectivo

Compreender o desenvolvimento da primeira infância através do uso da caixa de brincar alocada na sala de espera das consultas de saúde infantil nas unidades sanitárias.

Resultados de aprendizagem

No final desta unidade, o formando deve ser capaz de:

- Identificar as oportunidades de promoção do desenvolvimento da primeira infância na sala de espera das consultas de saúde infantil
- Descrever como funcionam as salas de espera da consulta de criança sadia
- Promover as sessões com recurso a caixa de brincar na sala de espera;
- Preparar e fazer uso da caixa de brincar;
- Orientar uma sessão de caixa de brincar de acordo com as normas.

Funcionamento das salas de espera nas consultas para crianças na US

Nesta UD o formando irá familiarizar-se com o contexto da sala da espera, das consultas de saúde infantil, das normas que guiam as intervenções e actividades neste sector, e as oportunidades existentes para promoção do desenvolvimento da primeira infância nas salas de espera.

As CCS é o sector mais frequentado pelas crianças dos 0-59 meses na US. Neste sector é feito o controle de crescimento e do desenvolvimento da criança, são oferecidas intervenções preventivas como a desparasitação e a oferta de vitamina A e MNPs, e são também identificados factores de risco para o crescimento e desenvolvimento infantil, como a malnutrição e algumas outras doenças como o HIV, ou a TB.

As Normas de atendimento à criança sadia e à criança em risco (2021), recomendam realizar educação sanitária individual e colectiva nas consultas de criança sadia. Nomeadamente, nas pág.46-47 deste documento está especificado que:



Figura 35: Normas de atendimento a criança sadia e a criança em risco.
Fonte: MISAU 2021.

- Uma das actividades importantes da consulta da criança sadia é a educação dos pais/cuidadores
- Deve ser feita educação individual e colectiva.
- Na educação sanitária colectiva, o educador deve evitar palestras longas. Para despertar o interesse dos participantes, deve incentivar a troca de experiências e opiniões perante apresentação de problemas de saúde e encontrar oportunidades para transmitir mensagens. A demonstração prática e os meios audiovisuais (ex: cartazes, brochuras) são recursos muito importantes que melhoram enormemente a qualidade da educação sanitária.
- Dentre os temas propostos nesta educação colectiva, deve-se incluir o desenvolvimento psicomotor da criança e o envolvimento dos pais/cuidadores. Temas que devem ser adaptados segundo as condições locais

Adicionalmente, na pág.36, os provedores são incentivados:

- Aproveitar as palestras matinais (e sessões de caixa de brincar, onde existam) na sala de espera, para educar aos cuidadores sobre a importância de conversar e brincar com crianças desde que nascem

Oportunidades para promover o desenvolvimento da primeira infância na sala de espera das consultas de saúde infantil

Contexto típico de uma sala de espera

Um estudo de desenho centrado na pessoa, realizado na província de Nampula em 2022-2023 pelo Ministério de Saúde e PATH, teve como objectivo otimizar o aconselhamento em DPI na unidade sanitária. Este estudo identificou as seguintes características em relação às salas de espera nas consultas de criança sadia:

- Muitas vezes os pais/cuidadores sentam no chão ou em cima de uma capulana levada de casa, por falta de assentos;
- Entre 50 e 150 pais/cuidadores podem ser observados a esperar pelos serviços num único lugar; por todos não caberem no alpendre, muitos sentam fora em baixo de árvores, encostados nas paredes etc.
- A maioria dos cuidadores são mulheres (mães, avós, tias);
- Os pais/cuidadores costumam esperar entre 1 a 3 horas pelo atendimento;
- Crianças saudáveis e doentes normalmente esperam no mesmo espaço;
- O alpendre muitas vezes é usado também para realizar a pré-triagem ou como ponto único, isso é, para actividades de pesagem, medição da estatura e de perímetro braquial e craniano, suplementação com Vitamina A, desparasitação e vacinação. Muitas crianças ficam assustadas e choram no momento de triagem;
- Não é comum ver brinquedos ou desenhos nas paredes, nas salas de espera;
- As crianças normalmente dormem, amamentam ou brincam com os pertences do cuidador. Os cuidadores dormem, cuidam das crianças ou ficam atentos, esperando ouvir seu nome. Poucos cuidadores podem ser observados a conversar entre eles ou com um provedor, ou a brincar com crianças;



Figura 36: Exemplos de salas de espera de CCS.

Fonte: Cortesia da PATH

- Como existe uma palestra geral logo de manhã no quintal da unidade sanitária, não é comum ter actividades educativas adicionais na sala de espera da CCS.



Figura 37: Actividade de pré-triagem na sala de espera.

Fonte: Cortesia da PATH



Figura 38: Actividade de vacinação na US.

Fonte: Cortesia da PATH

Neste mesmo estudo, identificaram-se as seguintes oportunidades para promover o desenvolvimento infantil nas salas de espera de consultas das crianças:

- As longas horas de espera, oferecem tempo para engajar as crianças nas brincadeiras e os cuidadores na aprendizagem das práticas que estimulam o desenvolvimento infantil;
- Os pais/ cuidadores mostraram interesse de ter brinquedos na sala de espera, como forma de ajudar as crianças a passar melhor o tempo de espera;
- Os activistas existentes nas unidades sanitárias, que já apoiam actividades nas salas de espera, podiam ser treinados para realizar as actividades estimulantes com crianças e cuidadores;
- As actividades de triagem realizadas na sala de espera, oferecem oportunidades para os provedores demonstrarem aos cuidadores as interações positivas com crianças (que estimulam o seu desenvolvimento);
- Os estagiários, assim como os alunos das escolas primárias vizinhas, podem ajudar a produzir os brinquedos caseiros para crianças utilizarem nas salas de espera.

Sessões com recurso a Caixa de brincar na sala de espera da US

A promoção do uso da caixa de brincar na sala de espera da CCS foi uma das grandes oportunidades identificadas no estudo anteriormente citado, para promover o desenvolvimento infantil. A realização destas sessões, tem por objectivo engajar as crianças nas brincadeiras, orientar os cuidadores na aprendizagem de práticas que estimulam o desenvolvimento infantil, na criação de brinquedos com material local, e na realização das brincadeiras com as suas crianças no momento em que estão a fazer as suas rotinas em casa, na machamba etc...

E por isso que durante a orientação da sessão, os provedores de saúde assim como os activistas que as vezes dinamizam a sessão, devem possuir capacidade para :

- Sensibilizar os cuidadores sobre a importância de brincar e conversar com crianças desde que nascem.
- Demonstrar e ajudar os cuidadores a brincar e a conversar com seus filhos.
- Incentivar aos cuidadores a brincar e conversar com os filhos durante as rotinas diárias.

Deste modo, os objectivos da sessão de Caixa de brincar ultrapassam uma simples aquisição de conhecimentos, e pretendem promover as práticas de brincar e conversar com as crianças, especialmente nas rotinas diárias.

Intervenientes da sessão de caixa de brincar

A sessão de caixa de brincar pode ser orientada pelo provedor da consulta da criança sadia (CCS), assim como por um activista/actor comunitário da US, sempre e quando estas figuras tenham sido treinadas no uso da caixa de brincar.

Em qualquer um dos casos, é o provedor que deve iniciar sempre a sessão de caixa de brincar, explicando o que vai acontecer na sessão e pedindo a atenção de todos.

Ao mesmo tempo, o provedor deve alertar que na consulta ele vai dar seguimento a sessão de caixa de brincar que foi iniciada na sala de espera. Isso é, ele vai perguntar aos cuidadores, o que aprenderam durante a sessão.

Estas duas acções do provedor – abertura da sessão de caixa de brincar e alertar sobre o seguimento na consulta – vai dar mais importância a actividade nos olhos dos cuidadores, chamando a sua atenção e ficando mais atento durante a sessão.

Finalmente, o provedor deve agrupar e reportar os dados mensais das sessões de caixa de brincar.

O activista/actor comunitário, após a abertura da sessão pelo provedor da consulta, pode realizar a própria sessão de caixa de brincar. Onde não há activistas, o provedor pode realizar a sessão na íntegra.

Papel dos activistas/actores comunitários na promoção das caixas de brincar na sala de espera

As Unidades Sanitárias podem seleccionar actores comunitários para apoiar na actividade de caixa de brincar e treinar a eles.

Os activistas/actores comunitários seleccionados devem possuir as seguintes características:

- Boa capacidade para transmitir mensagens na língua local
- Espírito de brincar com as crianças de forma sorridente

Periodicidade recomendada das sessões de caixa de brincar

O estudo da actividade com a caixa de brincar realizado na província de Nampula mostrou que a frequência ideal das sessões de caixa de brincar numa unidade sanitária é 3 vezes por semana, coincidindo com os dias de maior fluxo. Isto garante que a maioria dos cuidadores que visitam a US durante a semana, tenham contacto com a sessão de caixa de brincar.

Nas unidades sanitárias com actividade de caixa de brincar a acontecer 1 ou 2 vezes por semana, foi constatado que os cuidadores não podiam explicar de forma consistente a importância de brincar e conversar com crianças. Isso mostra que a realização da actividade de caixa de brincar com baixa frequência, não traz resultados esperados.

Ferramentas necessárias para administrar e orientar uma sessão de caixa de brincar

As ferramentas principais para a sessão de caixa de brincar são:



Figura 39: Álbum seriado sobre caixa de brincar na sala de espera.

Fonte: MISAU 2024.

- Álbum seriado
- Caixa com brinquedos
- Folha de registo das sessões.

Álbum seriado:

1. Descreve que tipos de brinquedos devem estar na caixa
2. Lista os passos que deve seguir, durante a sessão
3. Oferece exemplos de actividades para crianças de diferentes faixas etárias.

Caixa de brincar:

1. Pode ser qualquer caixa para guardar e transportar os materiais de brincar
2. Inclui brinquedos assim como materiais não estruturados (pauzinhos, tampas, blocos)
3. Pode ter sempre novos brinquedos, para responder ao número típico e aos interesses das crianças.

Ficha de registo:

1. Pode ser qualquer folha, desde que resuma as datas e as presenças nas sessões de Caixa de brincar (desagregando a informação dos participantes por género).
2. O ideal é usar a mesma ficha que regista as palestras matinais na US, para no fim do mês resumir e reportar as duas actividades em separado.

É no álbum seriado que iremos encontrar o passo a passo de como moderar uma sessão de caixa de brincar.

Os passos a seguir numa sessão são 9 como mostra a Figura 41. Ao fazer seguimento sequencial dos passos, o formando vai conseguir:

- Explicar a importância de conversar e brincar com as crianças desde os primeiros dias;
- Demonstrar as formas de brincar apropriadas para cada idade;
- Engajar aos cuidadores em praticar as actividades, e lhes elogiar;
- Não esquecer de registar a actividade realizada no fim.

Durante o tempo que dura a sessão, e ao mesmo tempo que se demonstra o uso de alguns brinquedos, é crucial a passagem de algumas mensagens chaves como :



Figura 40: Caixa de brincar.
Fonte: Cortesia da PATH

PASSOS DA CAIXA DE BRINCAR

Escolha uma página (uma idade) no álbum, e prepare os materiais necessários.

PASSO 1:
O provedor apresenta a caixa de brincar e explica que vai dar seguimento sobre o que aprenderam, na consulta.

PASSO 2:
O activista explica a importância de conversar e brincar com a criança.

PASSO 3:
O activista explica que hoje vamos falar das crianças que ... e pede para os cuidadores levantarem a mão, se tiverem uma criança que tem essa idade.

PASSO 4:
O activista pega no álbum seriado. Mostra e faz a primeira actividade. Pede a 1-2 pais para repetirem actividade da mesma forma, e elogia.

PASSO 5:
O activista mostra e faz a segunda actividade. Pede a 1-2 pais para fazerem da mesma forma e elogia. Continua com a terceira actividade, se houver.

PASSO 6:
O activista encoraja os pais com crianças de outras idades para também conversarem e brincarem com os filhos. Tira os brinquedos da caixa e deixa disponíveis para todas as famílias.

PASSO 7:
O activista convida a todos a continuarem a brincar e a conversar com filhos em casa, durante as tarefas domésticas.

PASSO 8:
O activista observa se os pais conversam e brincam com as crianças, e elogia em voz alta os que assim fazem.

PASSO 9:
O activista regista a actividade.

A CAIXA DE BRINCAR DEVE TER:

- 3-5 cafuros ou copinhos de garrafas recortadas
- 4-5 "brinquedos com coisas penduradas"
- 2-3 bolas
- 4-5 bonecas
- 4-5 carrinhos
- 4-5 pedaços de capulana para boneca
- 10 desenhos de animais, pessoas, carros
- 20-30 blocos
- 20 pauzinhos
- 20-30 tampas ou conchas
- outros brinquedos, de acordo com as suas ideias!

Figura 41: Passos a seguir numa sessão da caixa de brincar.
Fonte: MISAU 2024.

- O cérebro da criança precisa de estímulos diários, de mesma forma que o corpo precisa de comida e dos movimentos a cada dia.
- O cérebro desenvolve-se mais rápido nos primeiros 3 anos da vida da criança. Este é o melhor período para receber estímulos;
- Os melhores estímulos são as interações com cuidadores, irmãos e com objectos a volta. Para estimular, temos que conversar com bebé desde o primeiro dia, e dar coisas que lhe interessam, para ele explorar e brincar.
- Não devemos esperar tempo livre para conversar e brincar com as crianças, mas temos que aproveitar para isso as nossas tarefas diárias.

Preparação e uso da caixa de brincar

O sucesso da sessão da caixa de brincar, em parte vai depender da existência e boa preparação de alguns dos materiais, tais como a própria caixa com os diferentes tipos de brinquedos. A maioria dos materiais e brinquedos da caixa podem ser produzidos ou recolhidos localmente como se descreve a seguir.

No Álbum seriado da caixa de brincar existe uma lista que contém todos os materiais recomendados para ter na caixa. Na Figura 42 estão listados os referidos materiais assim como as respectivas quantidades.

A caixa deve incluir 3 tipos de materiais:

- Brinquedos (bolas, carrinhos, bonecas)
- Material “não estruturado” (cafuros, pauzinhos, tampas, restos de capulanas, blocos, garrafas plásticas)
- Jogos de cartões (feitos a partir de desenhos etc.)

Ter todos esse material na caixa é importante, porque:

- Os brinquedos estimulam jogos de papéis e outras brincadeiras comuns na família, como chutar bola;
- Os materiais não estruturados, podem ser utilizados para várias actividades, estimulam criatividade e resolução de problemas;
- Jogos de cartões estimulam memória, atenção, pensamento lógico e vocabulário.

Note que a quantidade de materiais deve ser adequada para um número de crianças com uma determinada idade presente na sala de espera.

A CAIXA DE BRINCAR DEVE TER:

- 3-5 cafuros ou copinhos e garrafas recortadas
- 4-5 “brinquedos com coisas penduradas”
- 2-3 bolas
- 4-5 bonecas
- 4-5 carrinhos
- 4-5 pedaços de capulana para boneca
- 10 desenhos de animais, pessoas, carros
- 20-30 blocos
- 20 pauzinhos
- 20-30 tampas ou conchas
- outros brinquedos, de acordo com as suas ideias

Figura 42: Lista conteúdo caixa de brincar

Fonte: MISAU 2024.



Figura 43: Exemplos de quebra-cabeças e livrinhos da caixa de brincar produzidos localmente.

Fonte: Cortesia da PATH

Caso tenha possibilidade e idéias, pode sempre adicionar mais outros materiais na caixa de brincar. Estes podem incluir:

- Quebra-cabeças
- Livrinhos (caseiros)
- Latas e caixas (para fazer torres)
- Batuque de lata...

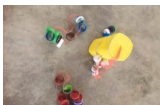
Actividades com materiais na caixa de brincar e sua importância

O moderador da sessão da caixa de brincar, deve saber como utilizar cada material contido nela, e saber usar de acordo com a idade da criança. Algumas das formas de utilizar os materiais, aparecem descritas no Álbum Seriado, mas há outras formas de brincar que o formando deve conhecer e promover.

A Tabela 4 apresenta algumas recomendações de actividades para distintas faixas etárias a serem feitas com alguns materiais específicos da caixa. A mesma tabela mostra a área do desenvolvimento que se está a estimular ao desenvolver essa actividade.

Tabela 4. Materiais de caixa de brincar e actividades recomendadas.

Fonte: PATH.

Nº	Material	Actividades recomendadas	O que a criança desenvolve
1	Brinquedos com coisas penduradas 	A partir de 3 meses: • Passar o brinquedo em frente da criança, para ela seguir com olhos e tentar tocar (Álbum) • Dar a criança o brinquedo para manipular – pegar, empurrar as peças, bater, fazer cair e buscar etc. (Álbum) • Usar o brinquedo como se fosse um animal (uma cabra arrastando-se para pastar; uma aranha a subir a parede etc.) • Conversar com a criança enquanto ela brinca: perguntar que animal é esse, que cores tem, se é pequeno ou grande, o que come, para onde vai.	Coordenação mão-olho Movimentos finos (dos dedos) Pensamento Imaginação Linguagem
2	Bola 	A partir de 2-3 meses: • Pôr uma bola colorida em frente da criança deitada de barriga para cima, para ela olhar e tentar pegar (pode ser também com qualquer objecto colorido) (Álbum) A partir de 1 ano: • Atirar bola pelas mãos • Rolar bola pelo chão • Chutar bola com a criança • Tirar bola para dentro da caixa Conversar com a criança em todo momento: por exemplo: tira a bola, chuta, tira para a caixa!	Movimentos grossos Coordenação Pensamento

Nº	Material	Atividades recomendadas	O que a criança desenvolve
3	Bonecas de trapos 	A partir de 1 ano: • Dar de comer à boneca, pôr a dormir, vestir, pentear, levar para passear • Conversar com a criança enquanto ela brinca, por exemplo, perguntar o que a boneca quer comer etc., que cores o tem vestido dela etc. (Álbum)	Social e emocional Pensamento Linguagem
4	Carrinhos 	A partir de 1 ano: • Usar o carrinho para ajudar a criança a dar passos; • Usar o carrinho para levar a boneca para cidade, para hospital ou para mercado; fazer corridas de carrinhos etc. • Conversar com a criança enquanto ela brinca, por exemplo, perguntar para onde vai o carro, quantas rodas tem, o que está a carregar, a que horas vai chegar etc. (Álbum)	Movimentos grossos Social e emocional Pensamento Linguagem
5	Cartões com desenhos 	A partir de 2 anos: • Dizer o nome e pedir para apontar o cartão certo; • Mostrar o cartão e perguntar o que é, como andar, que som faz, que cor tem; • Fazer adivinhas: descrever algo sem dizer o nome (ex, tem 2 asas, é pequenina e linda – borboleta); ou virar cartões com desenhos para baixo e pedir para encontrar um certo desenho (Álbum) • Pedir para encontrar coisas que vão juntos, por exemplo, encontrar todos os animais, todas as pessoas, todas peças de roupa etc.	Linguagem Pensamento Memória
6	Bloco 	A partir de 2 anos: • Construir junto com a criança uma casa, ponte, garagem, curral, linha ferroviária, avião; • Conversar com a criança enquanto ela brinca, perguntar o que está a fazer, quem vai viver em casa, se a casa é pequena ou grande, que cor tem a casa etc. (Álbum)	Pensamento Linguagem
7	Pauzinhos 	A partir de 2 anos: • Construir diversas formas com pauzinhos no chão (Álbum); • Construir currais, torres etc. segurando pauzinhos com areia; • Contar pauzinhos; • Separar pauzinhos em curtos e longos, finos e grossos etc; • Desenhar com pauzinhos no chão; • Conversar com a criança durante todo tempo.	Movimentos dos dedos Pensamento Linguagem

Nº	Material	Actividades recomendadas	O que a criança desenvolve
8	Tampas ou conchas 	A partir de 1 ano: • Meter tampas dentro do frasco, cafuros ou caixinhas, e esvaziar (Álbum) • Fingir cozinhar (encher com areia etc.) e conversar sobre o que estão a preparar e de que pratos gostam mais	Movimentos dos dedos Pensamento Linguagem
9	Cafuros, copinhos de garrafas e frascos 	A partir de 2 anos: • Pedir tampa grande / pequena, verde / azul ... • Separar tampas por cores, tamanhos, contar tampas etc. • Fazer desenhos e padrões com tampas • Montar torres de tampas (Álbum)	

Produção de materiais para caixa de brincar

Os materiais para pôr na caixa de brincar podem ser produzidos por diferentes pessoas:

- Há US, onde as próprias activistas, com apoio dos provedores, consertam brinquedos estragados e produzem novos brinquedos.
- Em outras US aproveita-se a presença dos estagiários e pede-se para ajudar durante o período de estágio.
- Finalmente, ainda outras US fazem parceria com a escola vizinha, para os alunos produzirem os brinquedos que a US precisa, durante o círculo de interesses ou aulas de ofícios.

No processo de elaboração dos brinquedos e materiais deve-se ter em conta o seguinte:

- Arranjar materiais de cores vivas como restos de capulanas, cores de flores, recortes de jornais etc. para criar os brinquedos;
- Os materiais não podem ter partes cortantes, picantes como arame, pregos etc. sobressair.
- Os materiais não podem ser tão pequenos que as crianças possam engolir, meter na orelha ou no nariz.

Para produzir brinquedos com material local lembrar que a US deve possuir algumas ferramentas e utensílios que serão de utilidade para a fabricação, como os seguintes:

- 1 tesoura média;
- 1 martelo;
- 1 caixa de lápis de cor (melhor de cerra);
- 2 pregos para fazer furos;
- Agulha e linha;
- Frascos e caixas pequenas de medicamentos;
- Tampinhas coloridas de vacinas (para pôr nos chocalhos etc.);
- 3-4 caixas médias de papelão, para recortar e fazer cartões de desenhos;
- 1 caixa média ou grande de papelão (para guardar brinquedos).

Adicionalmente, a US pode recolher alguns materiais na comunidade ou na vila do distrito:

- Num restaurante ou barraca: tampinhas plásticas, de cores e tamanhos variados, garrafas plásticas etc.
- Com alfaiate: Trapos / pedaços de capulanas para fazer bonecas;
- Com carpinteiro: restos de madeira para usar como blocos (lembrar que os blocos de madeira devem ser bem lixados).

Como produzir cartões de desenhos:

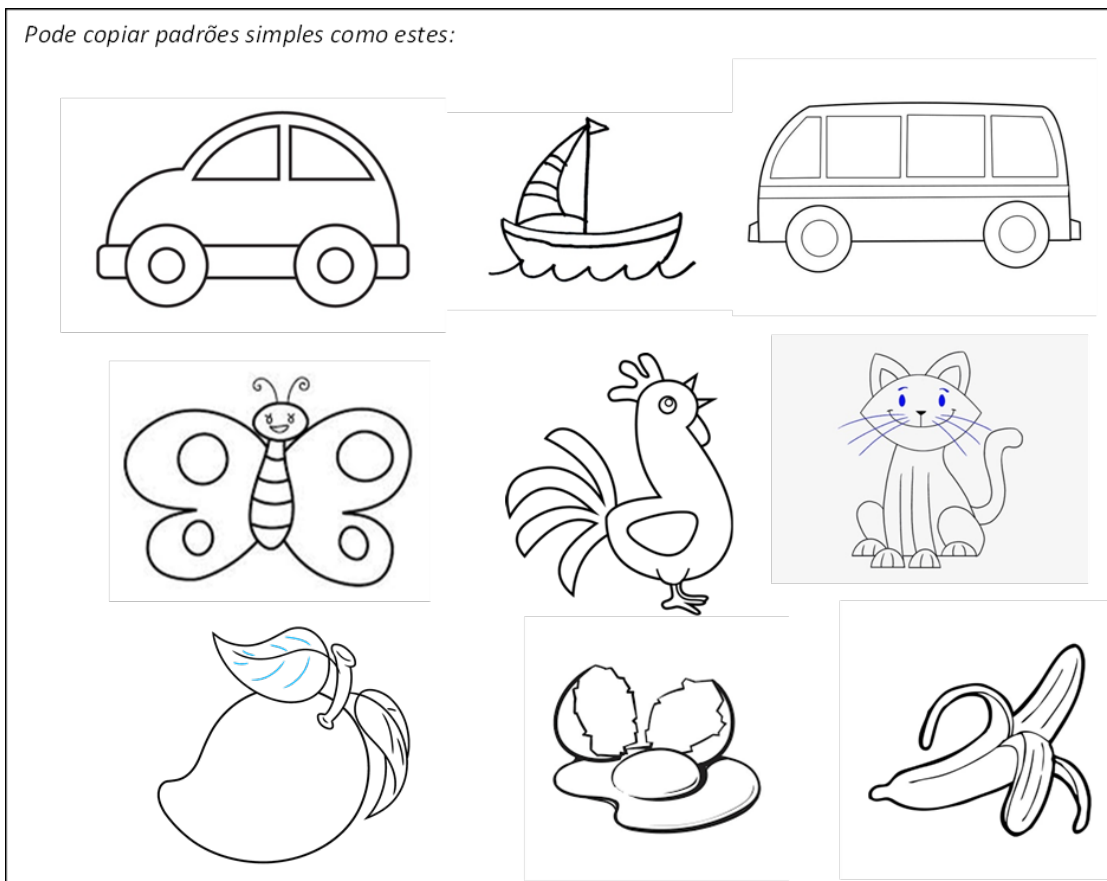


Figura 44: Modelos de padrões para copiar.

Fonte: Cortesia da PATH

Pode também recortar desenhos interessantes que aparecem nas embalagens de produtos ou sacos de ração, nos cadernos ou jornais.



Figura 45: exemplos de recortes de embalagens de produtos.

Fonte: Cortesia da PATH

Armazenamento e manutenção dos materiais da caixa de brincar

Após montar a caixa de brincar, é necessário criar um plano de manutenção, para garantir que os materiais estão completos e seguros para as crianças utilizarem.

Como guardar os materiais na caixa de brincar

- Põe brinquedos como bonecas, bolas e carrinhos, directamente na caixa;
- Arrume os brinquedos com muitas peças, cada um no seu contentor. Isso vai proteger o material de estragos e ajudar a encontrar facilmente as peças;
- Por exemplo, coloque numa sacola, frasco ou caixinha, cada um dos seguintes materiais:
 1. Cartões com desenhos
 2. Tampas
 3. Pauzinhos
 4. Trapos de capulanas.
- Encontre um lugar seco, que fecha durante a noite, para guardar a caixa. Por exemplo, pode ser no gabinete da consulta, na copa etc.

Manutenção dos materiais da caixa de brincar

Para assegurar que a caixa esteja sempre completa e em condições para as crianças usarem, é recomendado fazer o seguinte:

- Concordar quem será responsável da caixa de brincar
- Ajudar ao responsável a controlar a caixa a cada sexta-feira, isso é:
 1. Verificar se todos os brinquedos alistados no Álbum ainda existem na caixa
 2. Verificar a condição dos brinquedos e consertar partes estragadas.
- Uma vez por trimestre, colaborar com alunos da escola primária vizinha ou com estagiários para produzir novos brinquedos. Nomeadamente:
 1. Pode preparar a lista dos brinquedos necessários e combinar sobre o dia de entrega.
 2. Note que os alunos ou estagiários podem precisar de alguns materiais reciclados. Esses podem ser recolhidos na US, numa barraca ou com um alfaiate local.
 3. Convide aos alunos / a escola para trazer os brinquedos pessoalmente para US, e assistir como as crianças brincam com eles. Isso vai de certeza ajudar os alunos a sentirem que o seu trabalho tem valor!

Conversar enquanto brincar

Note que não existe nenhuma brincadeira, na tabela acima, que não seja acompanhada pela conversa entre o cuidador e a criança. Isso porque as interações e conversas ajudam as crianças a aprender muito mais com cada brinquedo.

A melhor forma de interagir com a criança, que estimule o seu desenvolvimento, é fazer perguntas para a criança. Perguntas estimulam as crianças a pensar e a aprender.

Temos que fazer perguntas à criança durante as brincadeiras, para estimular sua memória, pensamento e atenção.

Atenção: Algumas perguntas ajudam a criança a aprender, e outras - não tanto.

As perguntas que não ajudam a criança a aprender, são aquelas que tem a resposta SIM ou NÃO.

As perguntas que sim ajudam a criança a aprender, são, por exemplo:

- O que é isso? Como se chama isto ...?
- Onde está...?
- Para onde vamos? De que cor é ...?
- Isto é pequeno ou grande?
- Quantos ... são?
- Qual é que tu gostas mais? Porquê?
- Como é que se faz ...?
- O que fizeste em casa do avô?
- O que vamos fazer agora?

Sexualização dos brinquedos

Um outro aspecto muito importante que deve ser trabalhado durante a sessão, é a **sexualização dos brinquedos**, quer dizer entregar brinquedos as crianças de acordo com o seu sexo, pensando que alguns tipos de brinquedos não são adequados para o sexo oposto.

Às vezes acontece que os provedores ou activistas dão bonecas às meninas e carrinhos aos rapazes. Isso não é correcto, porque:

- As meninas e os meninos têm os mesmos cérebros, e precisam dos mesmos estímulos, actividades e brinquedos.
- Na vida adulta, tanto mulheres como homens devem ser capazes de desenvolver o mesmo tipo de actividades e desempenhar o mesmo tipo de trabalhos, profissões.
- Se queremos que os homens não abandonem os seus filhos, não fujam do lar e nem sejam violentos com a sua mulher e crianças, então devemos lhes oferecer desde pequenos bonecas para se familiarizar e aprender a ser bons pais e maridos desde a infância.
- Se queremos que os nossos filhos não fiquem sempre doentes, vamos estimular as nossas meninas, para elas irem à escola e estudar. Está demonstrado que meninas que completam o ensino primário e secundário aprendem com mais facilidade as medidas preventivas das doenças e por isso terão filhos saudáveis.

Orientação de uma sessão usando a caixa de brincar

Para além de ter a caixa de brinquedos completa, saber fazer uso de cada material , e saber produzir alguns brinquedos, é importante para o sucesso desta intervenção que o provedor ou activista saibam orientar a sessão de acordo com os passos recomendados e a idade da criança para a qual vai orientada a mesma.

Antes de apresentar os passos da sessão, voltaremos a falar do Álbum seriado.

É importante que a pessoa que vai moderar a sessão, domine e conheça o álbum seriado.

O álbum está organizado por faixas etárias, o que vai ajudar a identificar as actividades próprias para uma idade determinada.

Durante a sessão, recomenda-se trabalhar com uma faixa etária de cada vez, para poder aprofundar as actividades para aquela idade. Sendo assim, se numa semana conseguir fazer 2 ou 3 sessões, será bom demonstrar e praticar as actividades para uma diferente faixa etária a cada dia que se faz uso da caixa.

Podemos escolher a faixa etária, considerando a presença de mais bebés ou mais crianças maiores de 1 ou 2 anos num certo dia.

Além das brincadeiras, o álbum também promove conversas e canções com as crianças, desde o nascimento. Isto porque a comunicação dos adultos com as crianças estimula fortemente o cérebro da criança, as suas capacidades de perceber, pensar e falar.

Passos de uma sessão de caixa de brincar e sua importância

Os passos de uma sessão de caixa estão listados na primeira página do álbum seriado, e podem ser resumidos da seguinte forma:

Passo 1 a 3: Introdução da sessão pelo provedor e activista

Passo 4 a 5: Demonstração e prática das actividades

Passo 6 a 9: Brincadeiras livres e encerramento da actividade.

Esses passos foram desenhados para promover a mudança de comportamento nos cuidadores, isso é, para lhes ajudar a adoptar práticas de brincar e conversar com crianças em casa.

Cada passo é importante e não deve ser retirado. A Tabela 5 resume o que pode acontecer se alguns dos passos fossem saltados.

Tabela 5. Consequências no caso de saltar algum passo da sessão de caixa de brincar.

Fonte: Adaptada pelo autor

Se o provedor não introduzir a caixa de brincar...	Os cuidadores podem não prestar tanta atenção à actividade, pois não serão avisados que o provedor vai “cobrar” o aprendizado na consulta.
Se o activista não explicar o porquê, de brincar e conversar com crianças...	Os cuidadores podem pensar que os brinquedos são somente para distrair e ocupar as crianças durante o tempo da espera.
Se o activista não demonstrar actividades para cuidadores...	Os cuidadores podem não perceber bem como fazer a actividade, mesmo se você mostra o desenho no Álbum.
Se o activista não pedir aos cuidadores para praticar (repetir) a actividade ...	Os cuidadores podem não começar a fazer essa actividade com seus filhos.
Se o activista não elogiar o cuidador...	Os cuidadores podem não ter muita motivação para fazer as actividades em casa.
Se o activista não registar a actividade...	Não iremos saber, quantas famílias se beneficiaram desta actividade, hoje e noutros dias.

Introdução da actividade de caixa de brincar

Introdução consiste em:

- Abrir a sessão de caixa de brincar e informar que a mesma actividade terá seguimento na consulta da criança (o provedor);

PASSOS DA CAIXA DE BRINCAR

Escolha uma página (uma idade) no álbum, e prepare os materiais necessários.

PASSO 1:
O provedor apresenta a caixa de brincar e explica que vai dar seguimento sobre o que aprenderam, na consulta.

PASSO 2:
O activista explica a importância de conversar e brincar com a criança.

PASSO 3:
O activista explica que hoje vamos falar das crianças que ... e pede para os cuidadores levantarem a mão, se tiverem uma criança que tem essa idade.

PASSO 4:
O activista pega no álbum seriado. Mostra e faz a primeira actividade. Pede a 1-2 pais para repetirem actividade da mesma forma, e elogia.

PASSO 5:
O activista mostra e faz a segunda actividade. Pede a 1-2 pais para fazerem da mesma forma e elogia. Continua com a terceira actividade, se houver.

PASSO 6:
O activista encoraja os pais com crianças de outras idades para também conversarem e brincarem com os filhos. Tira os brinquedos da caixa e deixa disponíveis para todas as famílias.

PASSO 7:
O activista convida a todos a continuarem a brincar e a conversar com filhos em casa, durante as tarefas domésticas.

PASSO 8:
O activista observa se os pais conversam e brincam com as crianças, e elogia em voz alta os que assim fazem.

PASSO 9:
O activista regista a actividade.



A CAIXA DE BRINCAR DEVE TER:

- 3-5 cafunhos ou copinhos de garrafas recortadas
- 4-5 “brinquedos com coisas penduradas”
- 2-3 bolas
- 4-5 bonecas
- 4-5 carrinhos
- 4-5 pedaços de capulana para boneca
- 10 desenhos de animais, pessoas, carros
- 20-30 blocos
- 20 pauzinhos
- 20-30 tampas ou conchas
- outros brinquedos, de acordo com as suas ideias!

Figura 46: Passos da caixa de brincar.

Fonte: MISAU 2024.

- Partilhar mensagens chave sobre o porquê de brincar e conversar com crianças;
- Escolher a faixa etária para a sessão de aquele dia, no álbum seriado.

As mensagens chave estão descritas nas Normas de CCS e CCR (2021), e são as seguintes:

- Da mesma forma como o corpo das crianças precisa de comida para crescer e ficar forte, o nosso cérebro precisa de estímulos, para nos desenvolvermos bem;
- O cérebro desenvolve-se mais rápido nos primeiros 3 anos da vida da criança. Este é o melhor período para os estímulos;
- Os bons estímulos incluem: conversar com a criança e brincar com ela desde que nasce; responder aos sinais da criança; dar objectos da casa para a criança brincar e aprender.
- Não precisa de tempo especial para brincar e estimular a criança: aproveitem as rotinas diárias.

Para escolher a faixa etária, pode-se seguir essas orientações:

- Recomenda-se trabalhar com uma faixa etária de cada vez, para poder aprofundar as actividades para aquela idade;
- Durante a semana, é bom demonstrar e praticar as actividades para uma diferente faixa etária a cada dia;
- Podemos escolher a faixa etária, considerando se num certo dia temos mais bebés ou mais crianças maiores de 1 ou de 2 anos.

Demonstração de práticas aos cuidadores

Para ajudar aos cuidadores a aprender e adoptar as práticas de brincar e conversar com seus filhos, é recomendado que durante a sessão da caixa de brincar o activista ou provedor faça o seguinte:

- Mostrar o desenho da actividade, no Álbum seriado, aos cuidadores e pergunta o que os cuidadores estão a ver;
- Demonstrar a actividade com uma criança e um cuidador que sejam voluntários;
- Pedir ao mesmo cuidador para fazer a actividade sozinho/a;
- Elogia ao cuidador;
- Repetir os mesmos passos com a segunda actividade no Álbum.

Para fazer bem esses passos, é recomendado que o activista / provedor ensaie as actividades que vai demonstrar, para sentir-se confiante no momento da demonstração.

Antes de demonstrar a actividade, o activista deve fazer algo para conquistar a confiança da criança, por exemplo, sorrir e falar para ele.

Cada actividade demonstrada deve incluir uma conversa simples com a criança, que pode ser também uma canção. Não se pode brincar com a criança em silêncio!

É muito importante que após a demonstração o cuidador repita ou pratique o que você demonstrou, como forma de ganhar confiança em suas capacidades.

Finalmente, o activista deve elogiar o cuidador pela prática feita. O elogio:

- Motiva o cuidador a continuar com actividade;
- Comunica ao cuidador que ele é um cuidador competente;
- Elogio público atrai atenção dos outros, e pode tornar actividade elogiada uma norma, algo que todos querem fazer.

Ao mesmo tempo, nem todo elogio é eficaz. Podemos dizer que existe um elogio forte e um elogio fraco

ELOGIO FRACO:

Aquele que não menciona nenhuma acção, é um elogio genérico. Não explica o valor da acção.

Exemplos:

Parabéns!

Muito bem!

ELOGIO FORTE:

Fala da acção específica que você observou. Explica porquê que essa acção é importante.

Exemplos:

Vi-lhe a passar o brinquedo na cara do bebé. Muito bem. Veja como ele responde, virando a cabeça!

A mãe está de parabéns, por fazer perguntas a filha! Assim está a estimular ela a pensar.

Promoção de brincadeiras livres e encerramento da sessão

A última parte da sessão de caixa de brincar consiste em:

- Convidar todas crianças e pais/cuidadores a escolher brinquedos e brincar livremente com os materiais na caixa, até serem chamadas para a consulta;
- De vez em quando observar as brincadeiras e elogiar os pais/cuidadores que interagem com seus filhos;
- Lembrar aos pais/cuidadores a brincar e conversar da mesma maneira em casa, nas rotinas diárias;
- Registar a actividade.

O passo de lembrar aos cuidadores a brincar e conversar da mesma maneira em casa, nas rotinas diárias, é muito importante. Muitos adultos, pensam que, para brincar com criança, deve esperar pelo tempo livre ou pelo fim de semana. Mas isso não é suficiente. Adicionalmente, para algo tornar se hábito, temos que fazer isso a cada dia, e não somente quando tiver tempo.

Os afazeres diários oferecem muitas oportunidades para falar e brincar com crianças. Por exemplo:

- Ao cozinhar, podemos perguntar sobre cores e sabores dos alimentos e pedir para trazer um tomate pequeno e uma cebola grande;
- Ao lavar a roupa, podemos falar da roupa da mamã, do papá, do irmão etc.;
- Ao trabalhar na machamba, podemos falar de que está a crescer na machamba e do que gostamos mais de comer etc.

Acerca do registo da actividade de caixa de brincar, deve ter em conta os seguintes pontos:

- O registo de actividade de caixa de brincar idealmente deve ser feito na mesma ficha de registo de palestras matinais, para evitar ter muitas fichas;
- Deve registar, para cada sessão:
 1. Data;
 2. Quem orientou;
 3. Número de cuidadores a participar na actividade, desagregado por género;
- Recomenda se resumir esses dados mensalmente junto com dados de palestras matinais;
- Caso contrário, o número mensal das sessões de caixa de brincar e dos cuidadores a participar, pode ser adicionado como Obs., no resumo mensal da unidade sanitária;
- O activista ou provedor que realizou a actividade, deve regista-la;
- O responsável da CCS deve resumir os dados mensais das sessões da caixa de brincar.

Pontos-chave

- As normas de atendimento à criança sadia e à criança em risco (2021) recomendam realizar educação sanitária tanto individual como colectiva, nas consultas da criança.
- As normas recomendam fazer palestras onde se inclua a promoção do desenvolvimento infantil, e realizar sessões de caixa de brincar onde este recurso existir.
- O longo tempo da espera nas consultas de saúde da criança, as actividades da triagem e a presença de activistas oferecem oportunidades para promover brincadeiras e educação para os pais e cuidadores sobre como estimular o desenvolvimento infantil, na sala de espera.
- A sessão de caixa de brincar pretende dotar os pais/cuidadores de novos conhecimentos, assim como de práticas de brincar e conversar com crianças no seu dia-a-dia.
- A sessão de caixa de brincar pode ser orientada pelo provedor da CCS assim como pelo activista da US. Contudo, o provedor deve sempre abrir a sessão.
- A frequência ideal das sessões é 3 vezes por semana, nos dias de maior fluxo.
- As ferramentas principais para a sessão de caixa de brincar são: o álbum seriado, a caixa com brinquedos, e a folha de registo da sessão.
- Os brinquedos da caixa podem ser elaborados com material local, reciclado a ser colectado na US ou comunidade. Os brinquedos podem ser construídos por activistas, alunos de escolas vizinhas e inclusive pelos próprios pais e cuidadores durante as sessões.
- Durante a sessão da caixa recomenda-se trabalhar com uma faixa etária de cada vez, para poder aprofundar as actividades para aquela idade.
- Durante a sessão, é importante elogiar os cuidadores na altura que estão a praticar as actividades para engajá-los a continuar e para motivar outros cuidadores a praticar também.

Exercícios práticos da UD-4

Exercício Prático 4.1. Teste escrito. (30 minutos)

Em grupos de 3, responder às perguntas de teste por escrito:

- Qual é a realidade das salas de espera? Liste pelo menos 5 aspectos que muitas vezes podemos observar nas salas de espera das consultas da criança.
- Em que normas do MISAU pode-se consultar sobre actividades na sala de espera das consultas da criança? Indique o título e o ano.
- Como deve ser feita educação sanitária colectiva, na sala de espera? Liste pelo menos 3 critérios de qualidade, referenciados nas Normas.
- Que oportunidades oferece o tempo de espera, para promoção de desenvolvimento infantil? Mencione pelo menos 3 oportunidades.
- As normas de 2021 não mencionam especificamente a actividade de caixa de brincar, mas sim falam de palestras sobre o desenvolvimento infantil. Verdade ou falso?

Solução exercício 4.1.:

- A realidade das muitas salas de espera é a seguinte:
 1. Uso de um alpendre com sala de espera;
 2. Cuidadores muitas vezes sentadas no chão;
 3. Longo tempo de espera;
 4. Actividades de ponto único a acontecer no mesmo espaço;
 5. Crianças saudáveis e doentes juntos;

6. Ausência de materiais para brincar;
7. Ausência de palestras dedicadas na sala de consultas.
- Normas de atendimento à criança sadia e à criança em risco, 2021.
- Critérios de qualidade para educação sanitária colectiva, de acordo com as normas, são:
 1. Troca de experiências e opiniões entre cuidadores;
 2. Partilha de mensagens;
 3. Uso de demonstrações;
 4. Uso de meios áudio-visuais.
- Oportunidades que oferece o tempo de espera:
 1. Longas horas de espera;
 2. Interesse de cuidadores pelos brinquedos;
 3. Presença de activistas da US, que podiam apoiar actividades;
 4. Actividades de triagem, onde provedores podem demonstrar instruções estimulantes com as crianças;
 5. Disponibilidade de estagiários e de alunos para apoio na produção de brinquedos.
- Falso. As normas recomendam as sessões de caixa de brincar como uma das formas de promover o desenvolvimento infantil.

Exercício Prático 4.2: Entrevista com jornalista (1 hora)

- Em grupos de 3, divida os papéis – jornalista, provedor da CCS e activista.
- Jornalista vai colocar uma série de perguntas ao provedor e activista, e eles devem fazer o seu melhor para responder, assim como para demonstrar os materiais relacionados com a actividade de caixa de brincar.
- Jornalista:
 1. Eu ouvi que na vossa US tem uma actividade extraordinária e inovadora. Já não se ouve choros das crianças na sala de espera. E estou a ver os pais a brincar com os seus filhos, o que antes não costumava acontecer. Queria saber como vocês conseguiram isso.
 2. Quem é que está a orientar essa actividade? Será que são os psicólogos do hospital provincial ou central?
 3. Com que frequência vocês oferecem essas sessões de caixa de brincar? Será que uma vez por semana não é suficiente?
 4. No fundo, o que é que vocês querem que os cuidadores aprendam, enquanto estão numa sessão de caixa de brincar?
 5. O que é que vocês usam durante as sessões? Com certeza gastaram muito dinheiro para apetrechar a US com brinquedos, certo?
 6. E como é que vocês mantêm os dados dessa actividade? Por exemplo, vocês são capazes de me dizer, quantos cuidadores e crianças fizeram parte da caixa de brincar no mês passado?

Muito obrigada!

Circule, escute e apoie os grupos. No fim, pode convidar um grupo para apresentar para todos.

Solução (respostas esperadas):

- Estamos a promover as sessões de caixa de brincar, na nossa sala de espera.
- Somos nós mesmos, após uma formação que recebemos. O técnico de medicina preventiva apoiado por 2 activistas é responsável por esta actividade.

- Estamos a fazer essa actividade 3 vezes por semana, nos dias de maior fluxo, isso para conseguir abranger maior número de crianças e cuidadores que frequentam as consultas de crianças saudáveis.
- Queremos que os cuidadores aprendam e passem a usar em casa, as práticas de conversar e brincar com crianças, apropriadas para idade.
- Usamos brinquedos feitos por nós mesmo e pelos alunos da escola vizinha. Às vezes usamos caixas e frascos da própria US, como brinquedos. A criança não precisa necessariamente de brinquedos da loja para brincar e aprender.
- Temos um registo – no fim de cada sessão escrevemos o número de cuidadores (por género) que foram envolvidos. No mês passado, deixe-me ver, tivemos cerca de 1.000 cuidadores a participar.

Que grupo (ou US) ganhou mais pontos?

Exercício prático 4.3. Trabalho com cenários (1 hora)

Em pequenos grupos de 3, leiam os seguintes cenários. E em cada um dos casos, 1) liste as boas práticas ; 2) liste as práticas a serem melhoradas. A seguir, apresente ao formador cada um dos cenários.

Cenário 1:

Nessa US, não tem activistas, e por isso o provedor da CCS faz a actividade de caixa de brincar sozinho. Faz 3 vezes por semana. Para brinquedos, utiliza caixas e frascos vazios de medicamentos, pois tem pouco tempo para produzir brinquedos. Existe uma escola primária por perto, mas a US nunca falou com eles sobre a produção de brinquedos. O provedor somente partilha as mensagens chave, e a seguir deixa os brinquedos com cuidadores e crianças.

Cenário 2:

Nessa US, há 2 activistas que se intercalam – um faz sessão de caixa de brincar nas segundas e quartas, e outro – nas terças e quintas. Cada sessão sempre começa pela pequena introdução feita pelo técnico de medicina preventiva – ele pede aos pais para prestar atenção, pois irá perguntar o que aprenderam durante a sessão, quando entrar na consulta. A caixa de brincar só tem chocalhos, uma boneca e um carinho. Os passos que seguem são: dar os brinquedos e demonstrar as diferentes actividades para fazer com os mesmos.

Cenário 3:

Nessa US, existe um activista e um técnico de nutrição, e eles se intercalam, para fazer a sessão de caixa de brincar. No dia do activista, o técnico não faz uma introdução. A caixa de brincar está rica – tem brinquedos coloridos feitos pelos alunos da escola vizinha, e as caixas e frascos recolhidos na própria US. Activista realiza sessões nas segundas, e o técnico – nas sextas. Começam por partilhar mensagens chave, depois demonstram actividades e pedem aos pais para tentar copiar. Às vezes elogiam os cuidadores, mas às vezes esquecem .

Solução para Cenário 1:

Boas práticas:

- Envolvimento do provedor;
- Uso de materiais da US para brinquedos;
- Frequência de 3 vezes por semana;

Partilha de mensagens chave;

- Práticas para melhorar;
- Colaboração com escola vizinha para produção de brinquedos;
- Demonstrar como brincar com a criança e pôr aos cuidadores a fazer actividades;
- Elogiar aos cuidadores quando eles estão a praticar com as suas crianças.

Solução para cenário 2:

Boas práticas:

- Colaboração entre provedor e activistas: o provedor sempre introduz a actividade;
- Uso de materiais da US para brinquedos;
- Frequência de 3 vezes por semana;
- Demonstração de actividades;

Práticas para melhorar:

- Colaboração com escola vizinha para produção de brinquedos;
- Recolha de materiais na própria US, para pôr na caixa de brincar;
- Partilhar as mensagens chave;
- Pôr aos cuidadores a fazer actividades
- Elogiar aos cuidadores quando eles estão a praticar com as suas crianças.

Solução para cenário 3:

Boas práticas:

- Escala feita entre provedor e activista;
- Colaboração com a escola e uso de materiais da US para produzir os brinquedos;
- Partilha de mensagens chave, demonstração de actividades e a prática.

Práticas para melhorar:

- Introdução da sessão pelo técnico, no dia que a sessão é moderada pelo activista;
- Frequência reduzida (2 vezes por semana) da s sessões;
- Elogiar aos cuidadores quando eles estão a praticar com as suas crianças.

Exercício Prático 4.4: Produção de materiais para a caixa de brincar (2 horas 15 minutos)

- Em grupo/mesa você agora deve trabalhar e montar a sua caixa de brincar, partindo dos modelos e dos materiais listados no álbum seriado.
- Use alguns materiais como cartões de desenhos e brinquedos “com coisas penduradas”.
- Dividam as responsabilidades entre os membros do grupo e produzam os brinquedos, para que no fim tenha uma caixa completa. Não é necessário ter as quantidades recomendadas, o importante é ter cada brinquedo representado na caixa.
- Mostre os materiais disponíveis, tais como os reciclados e para produção.
 1. Nota: Caso haja falta de materiais, os participantes podem produzir em casa, e trazê-los no dia seguinte.
- Após todos os grupos completarem o seu trabalho, peça-lhes para expor os materiais produzidos, de forma que os outros possam facilmente observar cada material. Para isso, deve colocá-los em fila e deixar algum espaço entre cada tipo de material.

Note: Os materiais com muitas peças devem estar na sua sacola ou caixa.

- Atribua números para cada conjunto de brinquedos expostos.
- Circule pela sala, com o seu material, e responda às seguintes questões, sobre cada conjunto de materiais:
 1. Há todos os materiais expostos aqui estão alistados no Álbum seriado?
 2. Os materiais têm cores que atraiam atenção das crianças? Dão 3 exemplos.
 3. Os materiais estão seguros (não podem arranhar as crianças?)

4. Os materiais são resistentes (não estragam se facilmente)?
5. Há alguns outros materiais que descobriram? (que não estavam na lista)

Solução ao exercício 4.4:

Os materiais produzidos devem coincidir com a lista dos materiais no álbum seriado da caixa de brincar.

Exercício Prático 4.5: Plano armazenamento

Armazenamento e manutenção de caixa de brincar (30 min)

Peça a cada grupo (por US, se for possível) para usar a ficha embaixo e elaborar o plano de manutenção da sua caixa de brincar, de acordo com a realidade da sua US e comunidade.

US de		
N	Pergunta	Plano
1	Quem será responsável pela caixa?	
2	Como vai guardar cada um dos materiais que tem muitas peças? Aliste cada material e como vai guardar.	
3	Onde vai ser guardada a vossa caixa de brincar? Pense num lugar seguro e próximo da sala de espera.	
4	Em que dia da semana irão fazer a manutenção de brinquedos?	
5	Com quem irão colaborar, na produção de novos brinquedos, e com que frequência? Pensem com quem recolher os materiais, e com quem produzir mais brinquedos.	

No fim, convide a cada grupo para partilhar o seu plano. Convide os colegas para reagir ao plano e sugerir melhorias, caso tiver.

Solução exercício 4.5:

Um bom plano de armazenamento e manutenção:

- Tem todos os campos preenchidos;
- Identifica os responsáveis;
- Propõe o sistema para guardar cada material com muitas peças;
- Identifica o lugar para armazenar a caixa;
- Identifica o dia de manutenção;
- Lista passos para produção de novos brinquedos.

Exercício Prático 4.6: Simulação de todos os passos da sessão de caixa de brincar (1 hora 45 minutos)

- Explique que, para se preparar para a prática na US, temos que simular todos os passos de caixa de brincar, desde o início até ao fim.
- Divida os participantes em grupos, de acordo com número de salas de espera, onde os participantes poderão realizar a prática.
- Peça para que cada grupo utilize o tempo que restou, para rever e praticar todos os passos. Para isso, devem recolher todos os materiais que vão precisar, e dividir as tarefas entre si.
- Circule e apoie aos grupos enquanto eles praticam.

Solução ao exercício 4.6

Os passos simulados devem corresponder aos passos alistados no álbum seriado da sessão de caixa de brincar.

PRÁTICA NA UNIDADE SANITÁRIA

7:00 -7:30

PREPARAÇÃO

- Revisão dos passos e dos materiais com os grupos na US;
- Os grupos serão distribuídos pelos sectores: nomeadamente
 1. salas de espera (caso existam em lugares separados)
 2. Enfermaria de pediatria; Enfermaria de TDI (caso exista).

7:30 – 9:30

SESSÃO DE CAIXA DE BRINCAR

- Nesta sessão você realiza actividade de caixa de brincar nos sectores;
- No grupo promova interações amigáveis de provedores com as crianças no ponto único;
- Seus formadores verificam a prática e apoiam.

10:00 – 11:00

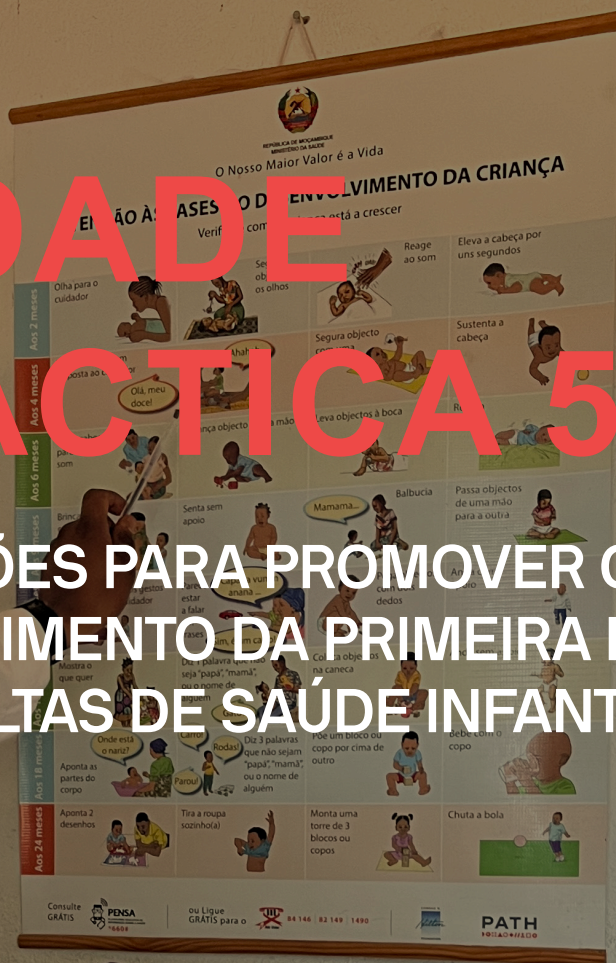
REFLEXÃO SOBRE A PRÁTICA

- Quantos cuidadores o provedor registou na actividade de hoje? Quantos de cada género?
- Qual foi a recepção dos cuidadores? Porque acham assim?
- Qual foi a recepção dos cuidadores? Porque acham assim?
- Que passos de sessão de caixa de brincar sentiu que correram bem hoje?
- Que aspectos há por melhorar?
- Foi fácil ou difícil, encorajar o tratamento amigável das crianças no ponto único de pesagem? Porque acha assim?
- O que você gostaria de levar para sua US depois da prática de hoje?



UNIDADE DIDÁCTICA 5

INTERVENÇÕES PARA PROMOVER O DESENVOLVIMENTO DA PRIMEIRA INFÂNCIA (DPI) NAS CONSULTAS DE SAÚDE INFANTIL



UNIDADE DIDÁCTICA 5

Intervenções para promover o desenvolvimento da primeira infância nas consultas de saúde infantil

Introdução

O Ministério da Saúde, como órgão regulador, estabelece normas e diretrizes que visam assegurar a qualidade e segurança nos serviços de saúde. Adotar práticas alinhadas a essas normas não só promove a uniformidade nos cuidados, mas também contribui para a construção de um ambiente acolhedor e seguro para os utentes. Além disso, uma abordagem amigável durante as consultas é fundamental para o estímulo do autocuidado e da adopção de hábitos saudáveis, também incentiva as crianças a se sentirem confortáveis e seguras durante o atendimento.

Nesta unidade, serão abordados os tópicos sobre como fornecer uma consulta amigável, para poder realizar uma monitoria do desenvolvimento psicomotor adequado e um aconselhamento para a estimulação do desenvolvimento das crianças. Ao mesmo tempo, irá se descrever de forma sucinta o passo-a-passo da monitoria dos marcos de desenvolvimento psicomotor nas crianças e a sua classificação nas consultas de criança sadia, da criança em risco e da criança doente.

Esta unidade didáctica está direccionada para provedores de saúde alocados nas consultas de crianças, nomeadamente a consulta de criança sadia (CCS), consulta de criança em risco (CCR) e consulta de criança doente/triagem de pediatria (CCD).

Objectivo

Dotar o formando de competências para a realização de consultas amigáveis, monitoria e classificação do desenvolvimento psicomotor nas consultas de saúde infantil.

Resultados de aprendizagem

No fim deste unidade, o formando deve ser capaz de:

- Descrever as intervenções integradas nas normas de consulta de criança sadia, consulta de criança em risco e consulta de criança doente para o desenvolvimento da primeira infância e o conceito de consulta amigável;
- Monitorar o desenvolvimento psicomotor das crianças nas consultas de na consulta de criança sadia, consulta de criança em risco e consulta de criança doente;
- Aconselhar aos cuidadores para a promoção e estimulação do desenvolvimento das crianças na na consulta de criança sadia, consulta de criança em risco e consulta de criança doente.

Intervenções integradas nas normas de consulta de criança sadia, consulta de criança em risco e consulta de criança doente para desenvolvimento da primeira infância

As Normas de atendimento à criança sadia e à criança em risco (2021), preconizam que em cada consulta, para além da avaliação do crescimento o provedor deve fazer a vigilância do desenvolvimento psicomotor e aconselhar os cuidadores em práticas que promovem um bom desenvolvimento e que reforçam os laços entre o cuidador e a criança.

A monitoria do desenvolvimento deve ser feita em cada consulta, com atenção especial nas consultas de crianças aos 3, 9 e 18 meses.

Acções amigáveis

Acções amigáveis pelo provedor - referem-se a atitudes e comportamentos positivos e acolhedores adoptados por um provedor de serviços. Estas práticas visam criar um ambiente favorável, para os utentes.

Algumas acções amigáveis que os provedores podem implementar incluem:

- **Abordagem amigável:** Cumprimentar a criança e os pais/cuidadores com um sorriso, usando uma linguagem calma e acessível. Iniciar a consulta de forma amigável pode ajudar a diminuir os níveis de ansiedade da criança. Por exemplo, convidar a criança e o cuidador para sentar na esteira (ou ficar no colo) e oferecer brinquedos.
- **Respeito:** As pessoas são tratadas com consideração e cortesia, independentemente de suas diferenças. Por exemplo, tratar a criança pelo nome; falar directamente com a criança; respeitar a privacidade da criança;
- **Comunicação aberta:** Quando um ambiente propício para a comunicação transparente e eficaz, as pessoas se sentem à vontade para expressarem as suas ideias e opiniões.
- **Empatia:** Existe uma compreensão e sensibilidade em relação aos sentimentos e necessidades dos outros.
- **Explicar procedimentos de forma simples:** Antes de realizar qualquer procedimento ou tratamento, o técnico de saúde deve explicar de maneira simples (evitar os termos técnicos) o que será feito. Pode usar brinquedos ou desenhos para demonstrar.
- **Oferecer escolhas:** Quando apropriado, permitir que a criança faça escolhas simples, como o braço para a colecta de sangue ou a selecção de um brinquedo.
- **Incentivar para perguntas:** Encorajar aos pais/cuidadores e as crianças a fazerem perguntas ou expressarem as suas preocupações.

Monitoria do desenvolvimento psicomotor da criança na consulta de criança sadia, criança em risco e criança doente

Entende-se por desenvolvimento psicomotor da criança a aquisição gradual de capacidades psicomotoras na área física, cognitiva, socio-emocional, e da linguagem. Numa criança normal o desenvolvimento processa-se de uma forma sequencial e uniforme, isto é, segura a cabeça, só depois senta-se e anda, compreende as palavras, mais tarde pronúncia e depois constrói frases.

De acordo com a abordagem de Atenção Integrada às Doenças de Infância (AIDI), acompanhar o desenvolvimento da criança nos dois primeiros anos de vida é de fundamental importância, pois é nesta etapa da vida extra-uterina que o tecido nervoso mais cresce e amadurece, estando, portanto, mais sujeito aos agravos. Devido a sua plasticidade, é também nesta época que a criança melhor responde às terapias e aos estímulos do meio ambiente

Um desenvolvimento infantil satisfatório, principalmente nos primeiros anos de vida, contribui para a formação de um sujeito com suas potencialidades desenvolvidas, com maior possibilidade de tornar-se um adulto mais resolvido, apto a enfrentar as adversidades que a vida oferece, reduzindo-se assim as disparidades sociais e económicas da nossa sociedade. Além disto, monitorar o desenvolvimento psicomotor permite também:

- O diagnóstico precoce e tratamento adequado dos atrasos/desvios e das suas causas;
- A promoção da saúde física e mental de todas as crianças, através do aconselhamento sobre boas práticas de brincar e conversar com a criança;
- A prevenção das causas da deficiência.

LEMBRE: A monitoria do desenvolvimento psicomotor é crucial para garantir que as crianças atinjam seu pleno potencial e tenham uma base sólida para o aprendizado e o desenvolvimento ao longo da vida. Isso contribui não apenas para a saúde física, mas também para a saúde emocional e social das crianças.

Causas de atraso de desenvolvimento psicomotor

No nosso país, as causas mais frequentes são:

- **Durante a gestação:** Atraso de crescimento intra-uterino devido a malnutrição da mãe, infecções congénitas (ex: sífilis, rubéola, HIV, etc), malformações congénitas, exposição da mulher ao stress, violência entre outros.
- **Neonatais:** Asfixia, traumatismos obstétricos, infecções (ex: meningite, septicémia), icterícia, prematuridade, incompatibilidade sanguínea feto-materna.
- **Nos primeiros anos de vida:** Infecções (ex: meningite, malária cerebral), desnutrição crónica e aguda, causas hereditárias (ex: síndrome de down) e falta de estimulação no seio familiar.
- **Em qualquer um desses períodos:** factores sociais diferentes tipos de violência, abuso, maus-tratos e problemas de saúde mental da mãe ou de quem cuida da criança (ex: depressão pós-parto)

Passos para a monitoria dos marcos do desenvolvimento

Como descrito anteriormente, é nas consultas de saúde infantil na CCS, CCR assim como na CCD, que deve-se monitorar o desenvolvimento e comparar com os marcos esperados em idades-chave.

Passos para monitoria do desenvolvimento psicomotor na CCS

Para avaliar o desenvolvimento da criança neste sector, o provedor deve utilizar o cartaz de marcos de desenvolvimento/ferramenta de rastreio do MDAT

A vigilância do DPM deve ser feita em cada consulta. Deve-se prestar atenção especial a monitoria do desenvolvimento aos 3, 9 e 18 meses de vida, pois estes são os períodos em que as capacidades-chave da criança estão mais bem formadas e fáceis de observar.

PASSO 1: VERIFIQUE: A criança tem algum factor de risco para o fraco desenvolvimento?

- História de parto difícil, prematuridade ou baixo peso à nascença, icterícia grave.
- Desnutrição, infecção ou exposição ao HIV, meningite, malária cerebral ou outra doença grave;
- Factores ambientais: depressão materna, violência doméstica, cuidador adolescente ou idoso, consumo de drogas ou alcoolismo.

PASSO 2: OBSERVE E DETERMINE:

- Perímetro Craniano (PC) de acordo com idade.
- Presença de alterações fenotípicas (exemplo: implantação baixa das orelhas, olhos afastados, pescoço curto ou longo, prega palmar única, etc).

PASSO 3: MONITORE os marcos do desenvolvimento da criança, usando o cartaz/MDAT

- Identifique na ferramenta a fila de marcos de desenvolvimento para a idade da criança.
 - Se a idade da criança não aparece na fila, refira a fila com a idade inferior. Por exemplo, para crianças de 10 meses, refira a fila de 9 meses;
 - Para a criança prematura, subtrai o período que faltou até ao parto normal, da idade actual, antes da monitoria.
-

PASSO 4: PEÇA AO CUIDADOR PARA DEMONSTRAR OS MARCOS

- Faça perguntas ao cuidador sobre cada marco de desenvolvimento na fila, e peça ao cuidador para fazer a actividade com a criança.
- Se a criança estiver a dormir ou recusar fazer a actividade, pergunte ao cuidador se a criança costuma fazer essa actividade em casa, e peça para dar um exemplo.
- Caso a criança não tenha atingido algum marco para idade dela, verifique se a criança cumpre os marcos para a idade anterior.

Após a monitoria, **classifique** o desenvolvimento e escolha a conduta certa.

Passos para monitoria de desenvolvimento psicomotor na CCR

Todas as crianças que são inscritas na CCR por alguma das condições de risco estabelecidas segundo as normas de atendimento, o seu desenvolvimento deve ser monitorado, e seus cuidadores aconselhados em cuidados responsivos e actividades estimulantes. Isso porque a maioria dos factores de risco que levam a criança a dar entrada na CCR, são muitas vezes também factores de risco para o fraco desenvolvimento. A desnutrição, por exemplo, causa sequelas graves para o desenvolvimento cognitivo das crianças, e os atrasos causados por esta, tornam-se irreversíveis se não forem corrigidos nos primeiros dois anos de vida.

A monitoria do desenvolvimento na CCR deve ser mensal, mesmo se algumas consultas como no caso do seguimento de crianças com desnutrição aguda (TDA) forem feitas com maior frequência (semanais ou quinzenais).

Para monitorar o desenvolvimento da criança na CCR, deve usar o cartaz dos marcos de desenvolvimento/MDAT se disponível ou o caderno de mapas de AIDI e o provedor deverá seguir os seguintes passos:

PASSO 1: VERIFIQUE: Que factor de risco tem a criança para o fraco desenvolvimento?

- Parto difícil, prematuridade ou baixo peso à nascença , icterícia grave.
- Desnutrição, infecção ou exposição ao HIV, meningite, malária cerebral ou outra doença grave;
- Factores ambientais: depressão materna, violência doméstica, cuidador adolescente ou idoso, drogas ou alcoolismo.

PASSO 2: OBSERVE E DETERMINE:

- Perímetro Craniano (PC) de acordo com idade.
- Presença de alterações fenotípicas (exemplo: implantação baixa das orelhas, olhos afastados, pescoço curto ou longo, prega palmar única, etc).

PASSO 3: PERGUNTE AO CUIDADOR: Como é que acha que a sua criança está a desenvolver-se comparando com outras crianças da mesma idade?

PASSO 4: MONITORE os marcos do desenvolvimento da criança, usando o cartaz/MDAT/caderno mapas AIDI:

- Identifique na ferramenta a fila de marcos de desenvolvimento para a idade da criança.
 - Se a idade da criança não aparece na fila, refira a fila com a idade inferior. Por exemplo, para crianças de 10 meses, refira a fila de 9 meses;
 - Para a criança prematura, subtraia o período que faltou até ao parto normal, da idade actual, antes da monitoria.
-

PASSO 5: PEÇA AO CUIDADOR PARA DEMONSTRAR OS MARCOS

- Faça perguntas ao cuidador sobre cada marco de desenvolvimento na fila, e peça ao cuidador para fazer a actividade com a criança.
 - Se a criança estiver a dormir ou recusar fazer a actividade, pergunte ao cuidador se a criança costuma fazer essa actividade em casa, e peça para dar um exemplo.
 - Caso a criança não tenha atingido algum marco para idade dela, verifique se a criança cumpre os marcos para a idade anterior.
-

Como calcular a idade “real” de uma criança prematura

No caso de a criança ter nascido prematura, se no dia da consulta em que avaliamos os marcos do desenvolvimento, ela tem menos de 24 meses de idade, deverá se corrigir a idade da criança subtraindo o tempo que faltou até o parto a termo (40 semanas ou 9 meses) da idade cronológica da criança no dia da consulta (ex: se a criança nasceu aos 7.5 meses de gravidez, e actualmente tem 6 meses de vida, deve-se subtrair 1.5 meses, que corresponde aos meses que faltaram até o parto normal, aos 9 meses. Assim a idade “corrigida” da criança será de 4,5 meses, e essa idade é a que deve ser utilizada para a monitoria de marcos de desenvolvimento)

Passos para monitoria de desenvolvimento psicomotor na CCD

Na consulta de CCD/triagem de pediatria, sempre que não houver uma classificação grave que necessite de uma transferência urgente da criança para hospital, o técnico de saúde deve verificar o desenvolvimento da criança. Para monitorar o desenvolvimento da criança na CCD, deve usar o caderno de mapas de AIDI e seguir os seguintes passos:

PASSO 1: PERGUNTE para saber se a criança tem algum factor de risco para o fraco desenvolvimento.

- Fez consulta pré-natal?
 - Houve algum problema durante a gravidez, parto ou o nascimento da sua criança?
 - Nasceu prematuro? Quanto pesou ao nascer?
 - A criança já teve alguma doença como meningite, convulsões ou outra doença grave?
 - A mãe e o pai da criança são parentes?
 - Existe alguma deficiência ou problemas de desenvolvimento na família?
 - Como é que acha que a sua criança está a desenvolver - se se comparando com outras crianças da mesma idade?
 - Faça perguntas adicionais para verificar se existe o risco de: depressão materna, violência doméstica, cuidador adolescente ou idoso, drogas ou alcoolismo.
-

PASSO 2: OBSERVE E DETERMINE:

- Perímetro Craniano (PC) de acordo com idade.
 - Presença de alterações fenotípicas (exemplo: implantação baixa das orelhas, olhos afastados, pescoço curto ou longo, prega palmar única, etc).
-

PASSO 3: MONITORE os marcos do desenvolvimento da criança.

- Identifique no caderno de mapas na coluna “observar” a faixa etária da criança.
 - Se a idade da criança não aparece, refira a idade inferior. Por exemplo, para crianças de 8 meses, use a faixa de 6 meses;
 - Avalie cada marco de desenvolvimento da faixa etária.
 - Verifique as instruções sobre como proceder para avaliar cada marco nas páginas 58, 60-63 do Caderno de Mapas para a Atenção Integrada à Criança Doente de 1 Semana aos 2 Meses e dos 2 Meses aos 5 Anos (2014).
-

Uma vez finalizada a monitoria dos marcos do desenvolvimento da criança, independentemente do sector onde esta tenha sido realizada, deve-se classificar o desenvolvimento dela e escolher uma conduta.

Na CCS e CCR:

Se a criança consegue mostrar todos os marcos para a sua idade:

- Classificar como desenvolvimento normal;
- Elogiar o cuidador e pedir para continuar a conversar e a brincar com a criança em casa.

Se a criança não consegue alcançar algum dos marcos para a sua idade, mas faz todos marcos da idade inferior:

- Classificar como possível atraso de desenvolvimento;
- Recomendar ao cuidador a brincar e conversar com a criança. Voltar a verificar o desenvolvimento na próxima consulta.

Se a criança faz todos os marcos para a sua idade, mas apresenta algum factor de risco para um fraco desenvolvimento:

- Classificar como desenvolvimento normal com factores de risco;
- Recomendar ao cuidador a brincar e conversar com a criança. Voltar a verificar o desenvolvimento na próxima consulta.

Se a criança não consegue demonstrar um ou mais marcos para a sua idade anterior, ou se o seu PC está fora dos parâmetros normais:

- Classificar como provável atraso de DPM;
- Referir para avaliação psicomotora na consulta médica.

Classificação do Desenvolvimento da Criança na CCS e CCR

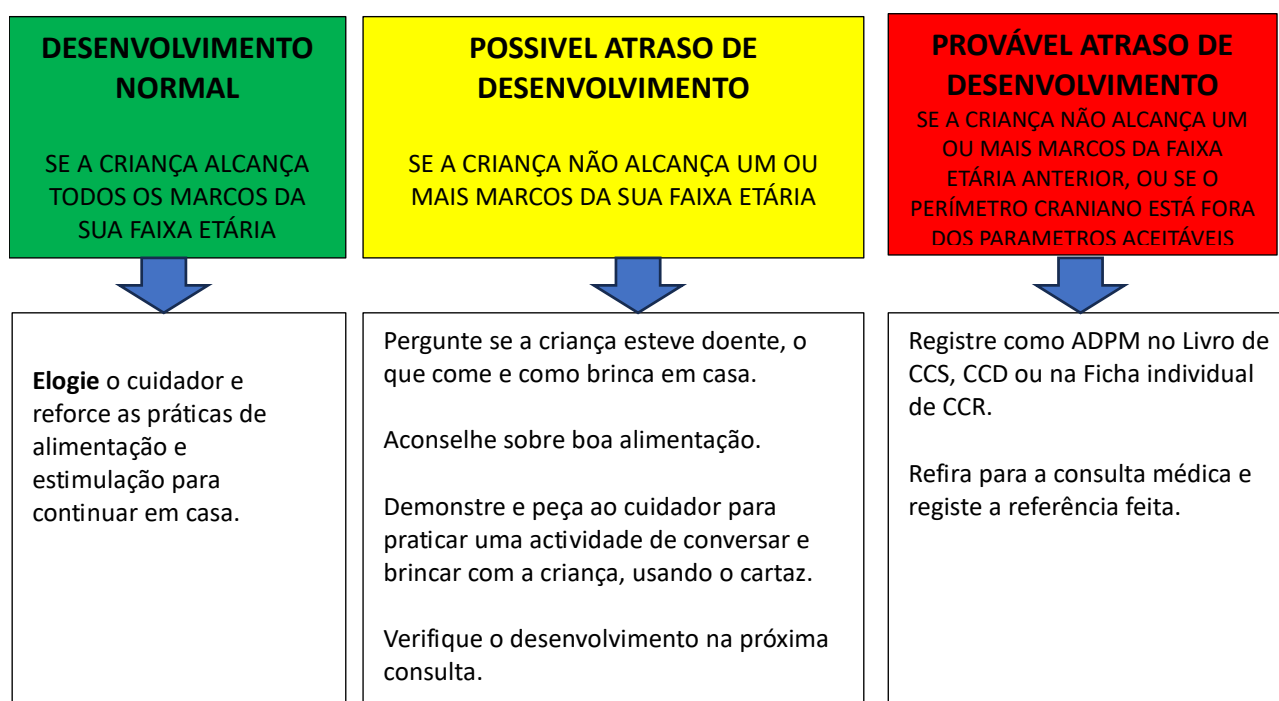


Figura 48: Classificação do desenvolvimento da criança na CCS e CCR

Fonte: PATH.

Na CCD

Para crianças menores de 2 meses:

Se a criança tem ausência de um ou mais reflexos/habilidades para sua faixa etária, OU PC < p10 > p90 ou presença de 3 ou mais alterações fenotípicas:

- Classificar como provável atraso no desenvolvimento;
- Referir para avaliação psicomotora.

Se a criança tem reflexos/habilidades presentes para a sua faixa etária, tem PC entre p10 e p90, ausência ou presença de menos que 3 alterações fenotípicas ou existe um ou mais factores de risco.

- Classificar como desenvolvimento normal com factores de risco
- Aconselhar ao cuidador sobre como estimular a criança;
- Aconselhar a voltar ao controlo em 15 dias;
- Informar ao cuidador sobre quando deve voltar imediatamente (sinais de alerta).

Se a criança tem reflexos/habilidades presentes para a sua faixa etária; tem PC entre p10 e p90; ausência ou presença de menos que 3 alterações fenotípicas e não existe nenhum factor de risco:

- Elogiar o cuidador;
- Aconselhar o cuidador para continuar a estimular a criança em casa;
- Aconselhar o cuidador para fazer as consultas de controlo;
- Informar ao cuidador sobre quando deve voltar imediatamente (sinais de alerta).

Para crianças dos 2 meses aos 2 anos

Se a criança tem PC < p10 ou > p90 ou presença de 3 ou mais alterações fenotípicas; Ausência de um ou mais reflexos ou habilidades para a sua faixa etária:

- Classificar como provável atraso no desenvolvimento;
- Referir para avaliação psicomotor.

Se a criança tem ausência reflexos/habilidades presentes para sua faixa etária, PC entre p10 e p90, ausência ou presença de menos que 3 alterações fenotípicas e existe um ou mais factores de risco

- Classificar como desenvolvimento normal com factores de risco;
- Aconselhar a mãe sobre como estimular sua criança;
- Aconselhar a voltar ao controlo em 15 dias;
- Informar a mãe sobre quando deve voltar imediatamente (sinais de alerta).

Se a criança tem todos reflexos / habilidades presentes para sua faixa etária, um PC entre p10 e p90, ausência ou presença de menos que 3 alterações fenotípicas e não existe factor de risco

- Classificar como desenvolvimento normal;
- Elogiar o cuidador;
- Aconselhar o cuidador para continuar a estimular a criança em casa;
- Aconselhar o cuidador para fazer as consultas de controlo;
- Informar ao cuidador sobre quando deve voltar imediatamente (sinais de alerta).

VERIFICAR O DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA DOS 2 MESES AOS 2 ANOS DE IDADE

Sempre que não houver uma classificação grave que necessita transferência urgente para o hospital			
		SINAIS	CLASSIFICAR
PERGUNTAR	OBSERVAR		TRATAR
- Fez consulta pré-natal? - Houve algum problema durante a gravidez, o parto ou o nascimento da sua criança? - Nasceu prematuro? - Quanto pesou ao nascer? - A criança chorou logo quando nasceu? - A sua criança já teve alguma doença como meningite, traumatismo craniano ou convulsões? - A mãe e o pai da criança são parentes? - Existe alguma deficiência ou problema de desenvolvimento na família? - Acha que a sua criança está desenvolvendo-e bem? FAÇA PERGUNTAS ADICIONAIS - Existem risco de violência doméstica? - Depressão materna? Alcoolismo? OBSERVE E DETERMINE - Perímetro craniano (PC) - Presença de alterações fenotípicas LEMBRE-SE: Se a mãe da criança disse que seu filho tem algum problema no desenvolvimento ou se existe algum fator de risco, fique mais atento na avaliação desta criança	2 MESES Fixa com o olhar o rosto do examinador ou da mãe Segue objecto na linha media Reage ao som Eleva a cabeça 4 MESES Responde ao examinador Segura objecto Emite sons Sustenta a cabeça 6 MESES Alcança um brinquedo Leva objecto a boca Localiza o som Rola 9 MESES Brinca de esconde – achou Transfere objecto de uma mão para outra Duplica sílabas Senta sem apoio	12 MESES Imita gestos Segura pequenos objecto (faz a pinça) Produz jargão Anda com apoio 15 MESES Executa gestos a pedido Coloca cubos na caneca Produz uma palavra Anda sem apoio 18 MESES Identifica 2 objectos Rabisca espontaneamente Produz 3 palavras Anda para traz 24 MESES Tira roupa Constrói torre com 3 cubos Aponta 2 figuras Chuta bola com o pé	PC < p10 ou > p90 OU - Presença de 3 ou mais alterações fenotípicas - Ausência de um ou mais marcos para a faixa etária anterior PROVAVEL ATRASO NO DESENVOLVIMENTO Referir para avaliação psicomotor
		Ausência de um ou mais marcos para a sua faixa etária Todos os marcos para a sua faixa etária estão presentes mas existem um ou mais factores de risco Todos os marcos para a sua faixa etária estão presentes	POSSIVEL ATRASO NO DESENVOLVIMENTO DESENVOLVIMENTO NORMAL COM FACTORES DE RISCO DESENVOLVIMENTO NORMAL
			Aconselhar a mãe sobre como estimular sua criança Aconselhar a voltar ao controlo em 30 dias Informar a mãe sobre quando deve voltar imediatamente (sinais de alerta) Elogiar a mãe Aconselhar a mãe para continuar a estimular sua criança Aconselhar a mãe para fazer as consultas de controlo Informar a mãe sobre quando deve voltar imediatamente (sinais de alerta)

Figura 49: Classificação DPM na criança 2m aos 2 anos

Fonte: Caderno Mapas AIDI para criança menor de 2 meses e dos 2 meses aos 5 anos, MISAU 2014

VERIFICAR O DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA MENOR DE 2 MESES DE IDADE			
Sempre que não houver uma classificação grave que necessita transferência urgente para o hospital			
		SINAIS	CLASSIFICAR
PERGUNTAR	OBSERVAR		TRATAR
- Fez consulta pré-natal? - Houve algum problema durante a gravidez, o parto ou o nascimento da sua criança? - Nasceu prematuro? - Quanto pesou ao nascer? - A criança chorou logo quando nasceu? - A sua criança já teve alguma doença como meningite, traumatismo craniano ou convulsões? - A mãe e o pai da criança são parentes? - Existe alguma deficiência ou problema de desenvolvimento na família? - Acha que a sua criança está desenvolvendo-e bem? FAÇA PERGUNTAS ADICIONAIS - Existe risco de violência doméstica? - Depressão materna? Alcoolismo? OBSERVE E DETERMINE - Perímetro craniano (PC) - Presença de alterações fenotípicas LEMBRE-SE: Se a mãe da criança disse que seu filho tem algum problema no desenvolvimento ou se existe algum fator de risco, fique mais atento na avaliação desta criança	MENOR DE 1 MÊS - Reflexo de moro - Reflexo cocleopalpebral - Reflexo de sucção - Braços e pernas flexionados - Mãos fechadas 1 MÊS A MENOS DE 2 MESES - Vocaliza - Esperneia alternadamente - Abre as mãos - Sorriso social	Ausência de um ou mais reflexos / habilidades para sua faixa etária, OU PC < p10 ou > p90 OU Presença de 3 ou mais alterações fenotípicas reflexos / habilidades presentes para sua faixa etária PC entre p10 e p90 Ausência ou presença de menos que 3 alterações fenotípicas Existe um ou mais factor de risco reflexos / habilidades presentes para sua faixa etária PC entre p10 e p90 Ausência ou presença de menos que 3 alterações fenotípicas Não existe factor de risco	PROVAVEL ATRASO NO DESENVOLVIMENTO DESENVOLVIMENTO NORMAL COM FACTORES DE RISCO DESENVOLVIMENTO NORMAL
			Referir para avaliação psicomotor Aconselhar a mãe sobre como estimular sua criança Aconselhar a voltar ao controlo em 15 dias Informar a mãe sobre quando deve voltar imediatamente (sinais de alerta) Elogiar a mãe Aconselhar a mãe para continuar a estimular sua criança Aconselhar a mãe para fazer as consultas de controlo Informar a mãe sobre quando deve voltar imediatamente (sinais de alerta)

Figura 50: Classificação do DPM na criança menor de 2 meses

Fonte: Caderno Mapa AIDI para criança menor de 2m e dos 2m aos 5 anos, MISAU 2014

Registo dos indicadores de desenvolvimento psicomotor nos livros de CCS, CCR e CCD

O registo de qualquer atraso no desenvolvimento psicomotor é de vital importância. Este é feito no livro de registo da consulta onde a criança foi monitorada.

No livro de registos da CCS, escreva o provedor escrevera “SIM” na coluna 31 (0-23 m) ou na coluna 32 (24-59 m) segundo a idade da criança, se esta apresentar pela primeira vez algum atraso de desenvolvimento psicomotor ou “NÃO” nas mesmas colunas se a criança não tiver nenhum atraso. Em caso de ADPM, referir para a consulta médica (assinalar na coluna 51 e indicar o motivo na coluna 52).

No livro de registos da CCD, escreva “SIM” na coluna 40 se a criança apresentar pela primeira vez algum atraso de desenvolvimento psicomotor, ou “NÃO” na mesma coluna 40, se a criança não tiver nenhum atraso. Se a criança tiver ADPM, referir para a consulta médica ou consulta com especialista (assinalar na coluna correspondente entre 69 a 72 e indicar o motivo na coluna 73).

Na CCR, escreva “” na célula referente ao rastreio de desenvolvimento psicomotor, na ficha individual da criança, ou na coluna de observações do livro de registo da CCR, se esta tiver algum atraso de desenvolvimento psicomotor. Se a criança tiver ADPM, referir para a consulta médica (assinalar “Referido para – Consulta médica” no livro de registo da CCR).

Aconselhamento em desenvolvimento infantil

O aconselhamento em desenvolvimento infantil oferece uma oportunidade valiosa para orientar os cuidadores sobre o que esperar em cada estágio do desenvolvimento infantil. Fornece orientações sobre como estimular adequadamente a criança em casa, que brincadeiras educativas e actividades promovem o desenvolvimento e são essenciais para criar um ambiente favorável e um crescimento saudável.

Todas as vezes que o cuidador trazer a criança, o técnico de saúde deve verificar se o cuidador é responsivo à criança e aconselhar em novas actividades estimulantes para fazer com a criança em casa.

As demonstrações e aconselhamento devem ser direccionadas aos cuidadores, ao invés do provedor brincar directamente com a criança, com o objectivo final de dotar as mães de competências para estimularem os seus filhos em casa.

Na CCR, o aconselhamento deve ser mais aprofundado e dar maior atenção na capacidade do cuidador de oferecer cuidados responsivos à sua criança (cuidados onde os pais notam e respondem aos sinais, necessidades e interesses das crianças). Tais cuidados responsivos são considerados a base para a recuperação e o desenvolvimento da criança.

Sabendo que pelo número elevado de consultas que os provedores devem atender por dia, e o tempo limitado para tal, é imperioso desenhar intervenções que ajudem na oferta do aconselhamento do desenvolvimento e que levem menos tempo para poder ajudar aos provedores a gerir o tempo que tem para oferecer seus serviços com qualidade.

Daí que o uso das sessões da caixa de brincar realizadas nas salas de espera das consultas de criança, seja considerada uma intervenção valiosa, porque vai ajudar aos provedores a gerir melhor o tempo dentro do gabinete de consultas em relação a monitoria e aconselhamento do desenvolvimento infantil.

Na altura que a sessão está a decorrer na sala de espera, o provedor poderá ir oferecendo outros serviços no seu gabinete, mas depois irá aproveitar os conhecimentos adquiridos durante a sessão pelo cuidador, para saber se este realiza actividades de estimulação na sua criança, se consegue demonstrar como fazer e na altura que faz, o provedor poderá monitorar os marcos do desenvolvimento de essa criança.

Por tanto , podemos dizer que as sessões da caixa de brincar vão servir como ligação para o provedor poder avaliar e monitorar o desenvolvimento duma criança no gabinete ao mesmo tempo que o provedor avalia se o cuidador é um cuidador responsivo, faz actividades de estimulação com a sua criança e no caso de não fazer vai lhe remitir a sessão para refrescar o que lhe foi explicado.

Ligação da caixa de brincar e o aconselhamento

Uma vez que o cuidador entra no gabinete de consultas, o provedor poderá seguir os seguintes passos, para identificar se o cuidador participou da sessão da caixa de brincar e se consegue explicar o que aprendeu durante a mesma:

- Perguntar ao cuidador se participou na sessão de caixa de brincar na sala de espera e procurar saber se / e como o cuidador acostuma conversa e brinca com a sua criança?
- Observar se o cuidador é responsivo aos sinais da criança (há contacto visual, sorriso, carinho entre cuidador e a criança).

Se o cuidador conseguir explicar ou mostrar o que aprendeu, na sala de espera:

- Elogie e peça para continuar a conversar e a brincar com a criança em casa.

Caso o cuidador diga "NÃO" ou não conseguir mostrar o que aprendeu na sala de espera:

- Demonstrar uma actividade estimulante apropriada para idade da criança, e explicar como essa actividade pode ajudar no desenvolvimento da criança. Utilize o cartaz de marcos;
- Peça ao cuidador para praticar a actividade com criança e elogie;
- Partilhe as seguintes mensagens:
 1. Ao brincar, a criança desenvolve seu corpo, aprende a pensar e a lidar com pessoas.
 2. Conversar com a criança desde bebé, desperta a inteligência da criança e torna -a amiga dos pais.
 3. Aproveite os trabalhos de casa para conversar e brincar com os seus filhos.
- Na consulta seguinte, verificar se o cuidador conseguiu fazer as actividades com a criança em casa.

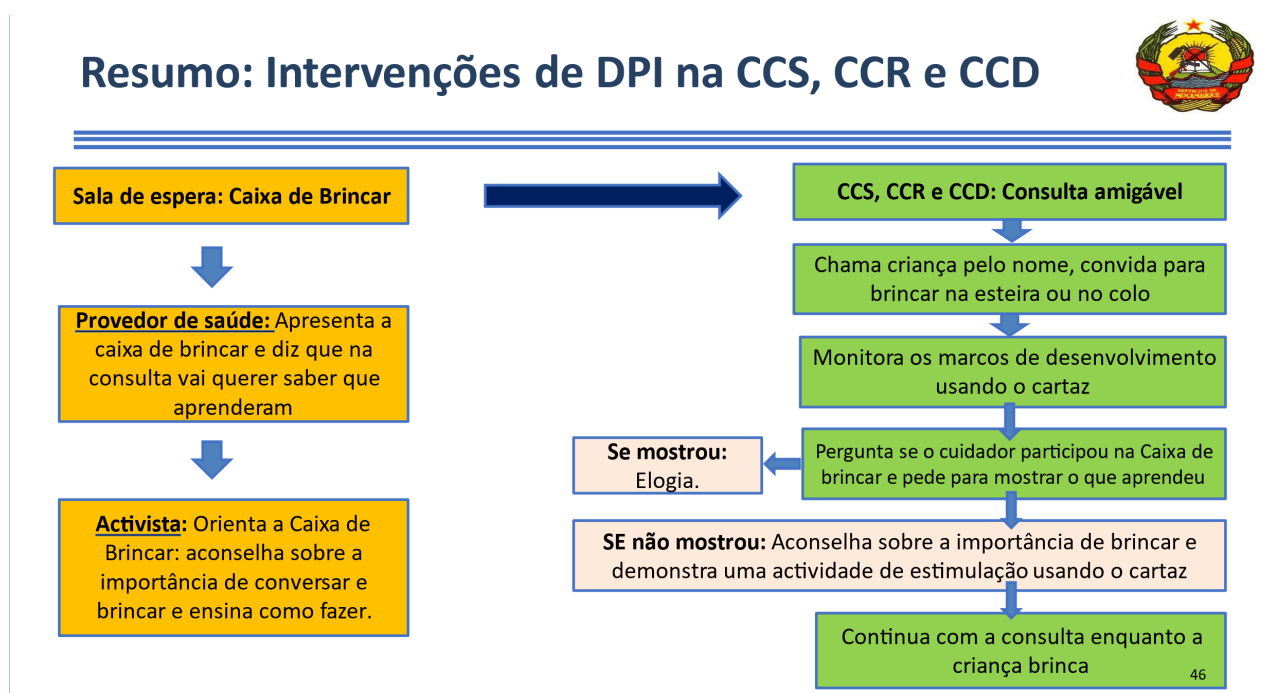


Figura 51: Resumo das intervenções de DPI nas consultas de CCS, CCR e CCD

Fonte: PATH

Pontos chave:

- As Normas de atendimento à criança sadia e à criança em risco (2021), preconizam que em cada consulta, o provedor deve reforçar para os cuidadores as práticas que promovem um bom desenvolvimento e que reforçam os laços entre o cuidador e a criança.
- A consulta amigável é analisada em duas vertentes nomeadamente: ambiente amigável e as acções amigáveis do provedor.
- A monitoria do desenvolvimento infantil, permite aos cuidadores e aos profissionais de saúde identificar precocemente quando o desenvolvimento da criança não está a acompanhar o esperado, evitando assim possíveis complicações e sequelas.
- As crianças com factores de risco, são mais prováveis de ter atrasos no seu desenvolvimento.
- As crianças doentes atendidas na CCD quando não apresentam sinais de perigo, devem ser monitoradas para os marcos de desenvolvimento, de acordo com normas de AIDI.
- A monitoria do desenvolvimento, na CCS deve ser feita em cada consulta, com atenção especial para crianças aos 3, 9 e 18 meses.
- O uso das sessões da caixa de brincar realizadas são consideradas uma intervenção valiosa, porque vai ajudar os provedores a gerir melhor o tempo dentro do gabinete de consultas em relação a monitoria e aconselhamento do desenvolvimento infantil.
- Ao brincar, a criança desenvolve seu corpo, aprende a pensar e a lidar com pessoas.
- Ao conversar com a criança desde bebé, desperta a inteligência e torna -a amiga dos pais.

Exercícios práticos da UD-5

Exercício prático número 5.1.

Em grupos de 3 ou 4, você simulará a preparação de um gabinete de consultas (CCS, CCD ou CCR), para este ser amigável às crianças.

Em cada grupo, um formando fará o papel do provedor e usa 3 acções amigáveis enquanto que os outros desempenham papéis de cuidador e criança.

Os observadores analisam: Que acções amigáveis o provedor faz? Que materiais usou? O que podia melhorar?

Solução exercício 5.1

As simulações devem incluir a demonstração das seguintes acções, para cada área:

Gabinete amigável:

- Ter esteira ou caixa com brinquedos;
- Ter cadeira para o cuidador acomodar - se;
- Espaço limpo, organizado e arrumado;
- Espaço que garante a privacidade do utente.

Acções amigáveis:

- Cumprimentar;
- Tratar a criança pelo nome;
- Sorrir para a criança e o cuidador;
- Oferecer brinquedos a criança para brincar;
- Informar ao cuidador e a criança o que está a fazer;
- Elogiar o cuidador e a criança sempre que necessário.

Exercício prático número 5.2

Em plenária, responda em que cenários abaixo mencionados, a criança terá maior chance de se recuperar?

- 1.1 Criança diagnosticada com pé boto é referida logo na maternidade ().
- 1.2 Criança diagnosticada com pé boto aos 9 meses na CCS ().
- 2.1 Criança de 3 meses diagnosticada com paralisia cerebral na CCS ().
- 2.2 Criança de 1 ano diagnosticada com paralisia cerebral na CCD ().
- 3.1 Criança de 9 meses com ADPM por causa de desnutrição aguda, diagnosticada na CCR ().
- 3.2 Criança com ADPM por causa de desnutrição, diagnosticada após 2 anos na CCD ().

Solução exercício prático 5.2:

Tem mais chance de recuperar:

- 1.1. A criança diagnosticada com pé boto e referida logo na maternidade.
- 2.1. A criança diagnosticada com paralisia cerebral aos 4 meses na CCS.
- 3.1. A criança de 9 meses com ADPM por causa de desnutrição aguda, diagnosticada na CCR.

Exercício prático 5.3

5.3.1. Demonstração pelo formador

Agora o seu formador fará o papel de provedor de saúde e 2 formandos voluntários farão o papel de cuidador e criança. Eles irão demonstrar os passos de monitoria de desenvolvimento psicomotor na CCS. Deve lembrar -se de integrar o tratamento amigável nos papéis.

Em seguida, convida os formandos para analisarem: Que passos observaram? O que foi bem feito? O que podia ser melhorado?

Solução demonstração:

- A demonstração deve incluir aspectos sobre o ambiente e consultas amigáveis, tais como: colocar a esteira/caixa com brinquedos, cumprimentar, tratar a criança pelo nome, oferecer brinquedos a criança, elogiar a criança sempre que necessário, etc.
- Seguir os passos para a monitoria dos marcos na CCS.
- Usar a ferramenta das fases do desenvolvimento.
- Classificar o desenvolvimento.

Nota: Depois deste exercício, projecta o vídeo sobre o aconselhamento em DPI na CCS (cenário 1).

5.3.2. Simulação dos passos da monitoria do desenvolvimento psicomotor pelos formandos

Divida a turma em grupos de 4-5 elementos, pelos sectores (CCS, CCR e CCD) e distribua um cartaz de marcos/MDAT se disponível para os grupos de CCS e CCR e o caderno de mapas para o grupo de CCD.

Em cada grupo, um formando simula os passos de monitoria com apoio do “cuidador” (outro formando) e criança (boneca). No fim, cada grupo analisa os passos seguidos.

Depois trocam de papéis, até que todos em cada grupo pratiquem como monitorar o desenvolvimento e recebam a retro informação.

O formador passa pelos grupos para apoiar.

Por fim, convida um grupo para simular os passos em plenária e analisem em conjunto.

Solução dos passos da monitoria do desenvolvimento psicomotor:

- A simulação deve incluir aspectos do ambiente e consultas amigáveis tais como: colocar a esteira/caixa com brinquedos, cumprimentar, tratar a criança pelo nome, oferecer brinquedos a criança para brincar, elogiar a criança sempre que necessário, etc.
- Seguir os passos para a monitoria dos marcos na CCS, CCR e CCD.
- Usar o cartaz das fases do desenvolvimento/MDAT se disponível na CCS e CCD e o caderno de Mapas do AIDI na CCD.
- Classificar o desenvolvimento

5.3.3. Classificação do desenvolvimento

1. Em pares, os formandos debatem e respondem às seguintes perguntas relacionados com os cenários abaixo listados:

A criança atingiu os marcos de desenvolvimento da sua faixa etária? E da faixa anterior?

Como classifica esse caso?

Que conduta vai seguir?

Convide um par para apresentar o Cenário 1 e partilhar as suas respostas.

Convide outros grupos para acrescentarem ou corrigirem. Continue da mesma forma até completar os outros 7 cenários:

6 Cenários:

- Uma criança de 4 meses que não sustenta nem eleva a cabeça. Nasceu com índice de Apgar 5/7.
- Uma criança de 4 meses que não consegue segurar os objectos com a mão, mas já alcançou todos os marcos dos 2 meses.
- Uma criança de 6 meses que não senta sem apoio.
- Uma criança de 9 meses que não faz nenhum som, mas já alcançou todos os marcos dos 6 meses.
- Uma criança de 1 ano e meio, não consegue pôr um bloco por cima do outro, e não anda. Nasceu prematura com 7 meses.
- Uma criança de 2 anos, não aponta nos desenhos e nem nas partes do corpo quando a pedido. A criança está em seguimento no TDA.
- Uma criança de 2 anos não consegue chutar uma bola, mas consegue demonstrar todos os marcos dos 18 meses.

Solução dos cenários com a monitoria do desenvolvimento e a sua classificação:

Cenário 1: Atraso de desenvolvimento (a criança tem 4 meses e ainda não eleva a cabeça). Registe como ADPM no Livro da CCS, CCD ou na Ficha individual da CCR. Refira para a consulta médica e registe a referência feita.

Cenário 2: Possível atraso de desenvolvimento (ausência de um marco da sua faixa etária - não consegue segurar objectos com a mão). Pergunte se a criança esteve doente, aconselhe sobre como estimular a criança. Demonstre e peça ao cuidador para praticar uma actividade de conversar e brincar com a criança, usando o cartaz. Aconselhar a voltar ao controle em 30 dias e informar a mãe quando deve voltar imediatamente (sinais de alerta). Verifique o desenvolvimento na próxima consulta.

Cenário 3: Desenvolvimento Normal (sentar sem apoio é um marco que deve estar presente aos 9 meses). Elogie o cuidador e reforce as práticas de alimentação e estimulação para continuar em casa. Aconselhe a mãe a fazer consultas de controle e informe a mãe sobre quando deve voltar imediatamente.

Cenário 4: provável atraso de desenvolvimento, pois devia já fazer sons aos 4 meses. Registe como ADPM no Livro da CCS, CCD ou na Ficha individual da CCR. Refira para a consulta médica e registe a referência feita.

Cenário 5: provável atraso de desenvolvimento, pois devia andar aos 15m. Registe como ADPM no Livro da CCS, CCD ou na Ficha individual da CCR. Refira para a consulta médica e registe a referência feita.

Cenário 6: provável atraso de desenvolvimento, pois devia apontar partes do corpo aos 18 meses. Registe como ADPM no Livro da CCS, CCD ou na Ficha individual da CCR. Refira para a consulta médica e registe a referência feita.

Cenário 7: provável atraso de desenvolvimento. Pergunte se a criança esteve doente, o que come e como brinca em casa. Aconselhe sobre boa alimentação. Demonstre e peça ao cuidador para praticar uma actividade de conversar e brincar com a criança, usando o cartaz. Verifique o desenvolvimento na próxima consulta.

Exercício Prático número 5.4

Simulação 1:

Em grupos de 2, os formandos simulam os 2 cenários para aconselhamento em DPI na consulta. Os formandos irão fazer a escolha da idade das crianças.

Deixe os pares simularem os 2 cenários. Lembre aos pares para usarem o cartaz das fases de desenvolvimento para encontrarem as actividades estimulantes.

Convide 1 par para apresentar o cenário 1 em plenária e a seguir outro par para apresentar o cenário 2.

Cenários para simulação:

- Aconselhamento para o cuidador que participou na caixa de brincar na sala de espera e demonstrou o que aprendeu lá.
- Aconselhamento para o cuidador que não participou ou não conseguiu demonstrar o que aprendeu na caixa de brincar.

Simulação 2:

Dividir a turma em 3 grupos, de acordo com os 3 sectores (CCS, CCR e CCD).

Em cada grupo, seleccionar o provedor, o cuidador e a criança.

Orientar os grupos para simular os passos da consulta normal, começando com a criação do ambiente amigável. Ainda em grupos, debater sobre o que foi bem simulado, e o que podia ser melhorado

Solicitar os grupos de CCR e CCD para apresentarem em plenária.

Soluções exercício 5.4

Simulação 1

- Garantir o uso cartaz das fases de desenvolvimento durante o aconselhamento, tendo em conta a idade seleccionada.
- Para o cuidador que participou na caixa de brincar na sala de espera e demonstrou o que aprendeu, elogie e peça para continuar a conversar e brincar com a criança em casa.
- Para o cuidador que não participou ou não conseguiu demonstrar o que aprendeu, na caixa de brincar, demonstre uma actividade apropriada para idade da criança, usando o cartaz de marcos e depois peça ao cuidador para fazer com criança e elogie.
- Partilhe as seguintes mensagens: ao brincar, a criança desenvolve seu corpo, aprende a pensar, e a lidar com pessoas. Conversar com a criança desde bebé, desperta a inteligência da criança e torna-a amiga dos pais. Aproveite os trabalhos de casa para conversar e brincar com os seus filhos.

Simulação 2

Cada grupo deve:

- Criar um ambiente amigável;
- Monitorar e classificar o desenvolvimento psicomotor;
- Aconselhar em DPI de acordo com o cenário:
 1. cuidador que participou na sessão da caixa de brincar e demonstra o que aprendeu e
 2. cuidador não participou ou não conseguiu demonstrar o que aprendeu, na caixa de brincar.
- Explicar como efectuar o registo no livro da consulta.



CONCLUSÃO

O desenvolvimento da primeira infância é um período crítico e crucial na vida de uma criança, estabelecendo as bases para o seu crescimento físico, cognitivo, emocional e social. Neste manual de formação para promover o desenvolvimento da primeira infância nos serviços de saúde materno-infantil em Moçambique, explora-se profundamente a importância deste período e as intervenções necessárias para garantir um desenvolvimento saudável e pleno das crianças.

A integração de conteúdos sobre desenvolvimento da primeira infância nas práticas de saúde materno-infantil em Moçambique é um passo significativo em direção ao cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável e da Estratégia Global para a Saúde das Mulheres, das Crianças e dos Adolescentes. Ao capacitar os profissionais de saúde com conhecimentos sobre cuidados responsivos, estimulação precoce e monitoria do desenvolvimento infantil, estamos investindo no potencial humano e no futuro do país.

Ao longo das unidades didáticas, abordam-se diversos temas fundamentais. Desde a compreensão do desenvolvimento infantil a, concepção até aos primeiros anos de vida, incluindo a importância da comunicação interpessoal e do aconselhamento eficaz para os cuidadores. Destaca-se a relevância das consultas de saúde materno-infantil como oportunidades valiosas para promover não apenas a sobrevivência, mas também o desenvolvimento integral das crianças.

Os exercícios práticos e ferramentas sugeridos ao longo do manual oferecem uma abordagem holística para capacitar os profissionais de saúde e os cuidadores, incentivando a adoção de práticas responsivas e estimulantes no dia a dia. Esta abordagem visa não apenas melhorar a saúde física das crianças, mas também fortalecer os vínculos familiares e promover um ambiente propício ao desenvolvimento pleno e saudável.

A integração de intervenções como a sessão de caixa de brincar e a monitoria do desenvolvimento infantil mostra o compromisso em oferecer um pacote completo de cuidados que promovam não apenas a sobrevivência, mas o desenvolvimento holístico das crianças.

Além disso, reconhece a importância do envolvimento dos pais e cuidadores no processo de desenvolvimento das crianças. Capacitá-los e apoiá-los na criação de ambientes seguros e estimulantes é essencial para garantir que as crianças alcancem seu pleno potencial.

Espera-se que este manual seja uma fonte valiosa de orientação e capacitação para todos os envolvidos no cuidado e na promoção do desenvolvimento infantil em Moçambique, contribuindo assim para um futuro mais saudável e próspero para as crianças e suas famílias.



REFERÊNCIAS

1. Normas de atendimento à criança sadia e à criança em risco, MISAU, 2021
2. Ciência de DPI: Curso para decisores. Fundação Aga Khan, Red River College. (2019)
3. Developmental disabilities among children younger than 5 years in 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. Global Research on Developmental Disabilities Collaborators. Lancet Global Health, 2018. DOI:[https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30309-7](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30309-7)
4. Atenção Integrada às Doenças da Infância: CADERNO DE MAPAS PARA A ATENÇÃO INTEGRADA AO RECÉM-NASCIDO DO NASCIMENTO AOS 7 DIAS, MISAU 2018
5. Manual de Formação para administração da Ferramenta para Monitoria do Desenvolvimento das crianças dos 0 aos 5 anos em Moçambique, MISAU 2022
6. Cartas de Aconselhamento na Maternidade, MISAU 2023.
7. Álbum Seriado. Caixa de brincar na sala espera na Unidade Sanitária.
8. Larson E, Leslie HH, Kruk ME. The determinants and outcomes of good provider communication: a cross-sectional study in seven African countries. BMJ Open 2017;7:e014888. doi:10.1136/bmjopen-2016-014888
9. Valentine N, Darby C, Bonsel GJ. Which aspects of non-clinical quality of care are most important? Results from WHO's general population surveys of "health systems responsiveness" in 41 countries. Soc Sci Med 2008;66:1939–50.
10. Zolnieriek KB, Dimatteo MR. Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis. Med Care 2009;47:826–34.
11. Kwame, A., Petrucka, P.M. A literature-based study of patient-centered care and communication in nurse-patient interactions: barriers, facilitators, and the way forward. BMC Nurs 20, 158 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00684-2>
12. Zota D, Diamantis DV, Katsas K, Karnaki P, Tsiampalis T, Sakowski P, Christophi CA, Ioannidou E, Darias-Curvo S, Batury VL, Berth H, Zscheppang A, Linke M, Themistokleous S, Veloudaki A, Linos A. Essential Skills for Health Communication, Barriers, Facilitators and the Need for Training: Perceptions of Healthcare Professionals from Seven European Countries. Healthcare (Basel). 2023 Jul 18;11(14):2058. doi: 10.3390/healthcare11142058. PMID: 37510499; PMCID: PMC10379454.
13. Aboud FE, Yousafzai AK. Global health and development in early childhood. Annu Rev Psychol. 2015 Jan 3;66:433–57. doi: 10.1146/annurev-psych-010814-015128. Epub 2014 Aug 25. PMID: 25196276.
14. Elder, J.P., Pequegnat, W., Ahmed, S., Bachman, G., Bullock, M., Carlo, W.A., Chandra-Mouli, V., Fox, N.A., Harkness, S., Huebner, G., Lombardi, J., McBride Murry, V., Moran, A., Norton, M., Mulik, J., Parks, W., Raikes, H.H., Smyser, J., Sugg, C. & Sweat, M. (2014) Caregiver Behavior Change for Child Survival and Development in Low- and Middle-Income Countries: An Examination of the Evidence, Journal of Health Communication, 19:sup1,25–66, DOI: 10.1080/10810730.2014.940477
15. Gollwitzer, Peter. (1999). Implementation Intentions: Strong Effects of Simple Plans. American Psychologist. 54. 493–503. 10.1037/0003-066X.54.7.493.
16. Laddu D, Ma J, Kaar J, Ozemek C, Durant RW, Campbell T, Welsh J, Turrise S. Health Behavior Change Programs in Primary Care and Community Practices for Cardiovascular Disease Prevention and Risk Factor Management Among Midlife and Older Adults: A Scientific Statement From the American Heart Association. Circulation. 2021 Dec 14;144(24):e533–e549. doi:10.1161/CIR.0000000000001026. Epub 2021 Nov 4. PMID: 34732063; PMCID: PMC9188324.
17. Normas Nacionais de Atenção ao Pré-Natal, Pós-Parto e Pós-Natal, Ministério da Saúde, 2008
18. Cartazes de DPI para aconselhamento na CPN, Ministério da Saúde, 2023
19. Atenção Integrada às Doenças da Infância-Neonatal, MISAU 2018.
20. Normas para os Cuidados de Saúde Maternos e Neonatais no período Pós-parto e Pós-natal, 2ª Edição, 2023.
21. Integrated Management of Childhood Illness (Module 9A: Growth monitoring and feeding; Module 9B: Monitoring child Development; Module 9C: Immunizations and other preventive measures). WHO Academy: Link: #Smart dIMCI course.
22. Catálogo de brinquedos caseiros (PATH, 2018)
23. Vídeos de formação de provedores de saúde em promoção de desenvolvimento da primeira infância. MISAU, 2024
24. Inquérito Demográfico e de Saúde 2022–23 (Relatório Definitivo, Maio 2024)
25. Desenvolvimento da Primeira Infância: da Ciência à Escala, Série Lancet 2016

GLOSSÁRIO

Aconselhamento em desenvolvimento infantil: desenvolvimento infantil refere-se a uma prática de saúde que envolve orientar pais, cuidadores e profissionais de saúde sobre estratégias e técnicas para promover o desenvolvimento físico, cognitivo, emocional e social de crianças durante os primeiros anos de vida. Isso inclui fornecer informações sobre marcos de desenvolvimento, estimulação precoce, interações responsivas, práticas de cuidado e actividades que favoreçam o crescimento saudável e o pleno potencial das crianças desde a concepção até a primeira infância.

Desenvolvimento da primeira infância: refere-se ao processo contínuo de crescimento e aprendizagem que ocorre desde o momento da concepção até os primeiros cinco anos de vida de uma criança. Esse período é fundamental para a formação de habilidades físicas, cognitivas, emocionais, sociais e linguísticas que estabelecem as bases para o desenvolvimento futuro da criança. Durante a primeira infância, o cérebro está em rápida expansão e é altamente sensível à influência do ambiente, destacando a importância de experiências positivas e estímulos adequados para promover um desenvolvimento saudável e equilibrado.

Desnutrição: A desnutrição é um estado de saúde caracterizado pela deficiência de nutrientes essenciais no organismo, geralmente causada pela ingestão inadequada de alimentos ou pela má absorção dos nutrientes pelos tecidos do corpo. Pode manifestar-se de diferentes formas, incluindo desnutrição aguda, crónica e grave, e pode afectar tanto crianças quanto adultos. A desnutrição pode levar a uma série de problemas de saúde, incluindo comprometimento do crescimento e desenvolvimento, comprometimento do sistema imunológico, deficiências nutricionais específicas e até mesmo risco aumentado de doenças graves e morte em casos severos.

Monitoria de desenvolvimento psico-motor: A monitoria do desenvolvimento psicomotor é um processo contínuo de observação e avaliação das habilidades motoras, cognitivas e sócio-emocionais de uma criança ao longo do tempo. Isso inclui a observação atenta de marcos do desenvolvimento, como habilidades motoras grossas (por exemplo, controle da cabeça, sentar-se, engatinhar, andar) e habilidades motoras finas (por exemplo, pegar objetos, manipular utensílios), bem como o desenvolvimento de habilidades cognitivas, linguísticas e sociais. A monitoria do desenvolvimento psicomotor é fundamental para identificar precocemente possíveis atrasos ou dificuldades de desenvolvimento e para garantir intervenções oportunas que promovam um desenvolvimento saudável e adequado da criança. Este processo pode ser realizado por profissionais de saúde, educadores e cuidadores, utilizando ferramentas de avaliação padronizadas e observações diretas do comportamento e das interações da criança em diferentes contextos.

Neurónios: Os neurónios são células especializadas do sistema nervoso responsáveis pela transmissão de sinais eléctricos e químicos. Eles são os componentes básicos do cérebro, da medula espinhal e dos nervos periféricos, desempenhando um papel fundamental na comunicação entre diferentes partes do corpo e no processamento de informações. Cada neurónio é composto por um corpo celular, dendritos (ramificações que recebem sinais) e um axónio (que transmite sinais para outras células). A capacidade dos neurónios de transmitir e processar informações é essencial para funções como movimento, percepção sensorial, pensamento, memória e emoção, tornando-os elementos fundamentais para o funcionamento do sistema nervoso e para a coordenação das actividades do organismo como um todo.

Sinapses: Sinapses são as conexões funcionais entre os neurónios no sistema nervoso, permitindo a transmissão de sinais eléctricos e químicos entre as células nervosas. As sinapses são essenciais para a comunicação entre os neurónios e são responsáveis por processos como aprendizado, memória, controle motor e transmissão de informações sensoriais.

Comunicação interpessoal: A comunicação interpessoal é a partilha de informações, pensamentos, e sentimentos de forma verbal ou não verbal, entre indivíduos (pessoas) ou grupos. É através da comunicação que podemos informar aos utentes sobre as enfermidades que possuem; transmitir como devem-se prevenir de adquirir outras enfermidades; capacitar e facilitar aos cuidadores de como tomar conta das suas crianças e motivar a eles para seguir o tratamento e as recomendações dadas na US, encorajando-os para voltar as consultas seguintes.

Aconselhamento: O aconselhamento no contexto do desenvolvimento infantil refere-se ao processo de apoio e orientação oferecido por profissionais de saúde, educadores ou especialistas em desenvolvimento infantil para pais, cuidadores e famílias visando promover o bem-estar, a saúde e o desenvolvimento saudável de crianças durante seus primeiros anos de vida.

Movimentos grossos: Os movimentos grossos, também conhecidos como habilidades motoras grossas, referem-se às actividades físicas que envolvem grandes grupos musculares e a coordenação de todo o corpo. Essas habilidades motoras são fundamentais para a locomoção, o equilíbrio e a realização de actividades físicas mais amplas. Alguns exemplos de movimentos grossos incluem caminhar, correr, pular, subir escadas, lançar uma bola, equilibrar-se em uma perna, entre outros.

Movimentos finos: Os movimentos finos, também chamados de habilidades motoras finas, referem-se às actividades físicas que envolvem o uso preciso e coordenado dos músculos pequenos, especialmente das mãos e dos dedos. Essas habilidades são essenciais para realizar tarefas detalhadas e manipular objectos de forma precisa, como pegar e segurar uma caneta, lápis, brinquedo, como usar um cortador de papel, abotoar uma camisa, amarrar cadarços ou montar quebra-cabeças. Também se refere a coordenação olho-mão (recortar desenhos, encaixar peças, desenhar linhas precisas, usar ferramentas ou instrumentos musicais) e aos movimentos de precisão (escrever, desenhar, pintar...)

ANEXOS

ANEXO 1: Passo a passo unidade didáctica 1

Unidade Didáctica número 1: Conceitos chave do desenvolvimento da primeira infância	Metodologias Utilizadas	Materiais (Projector Tela Papel gigante Marcadores Bostik)	Estimativa de Duração
Períodos críticos e áreas do desenvolvimento infantil	Chuva de ideias Estudo dos slides 5 a 14 Exercício prático número 1.1		30 min
Factores que prejudicam e estimulam um desenvolvimento infantil adequado	Chuva de ideias Estudo dos slides 15 a 30 Exercício prático 1.2		1 hora
Crenças e às práticas culturais a volta do desenvolvimento da primeira infância	Chuva de ideias Estudo dos slides 31 a 38 Exercício prático 1.3		30 min
Papel do provedor de saúde na monitoria do desenvolvimento da primeira infância e ferramentas disponíveis para monitorar e estimular o desenvolvimento	Chuva de ideias Estudo dos slides 39 a 55 Exercícios práticos número 1.4.1 e 1.4.2	Normas de atendimento da criança na CCS e CCR Caderno de Mapas de AIDI Cartazes dos marcos do desenvolvimento Cartazes aconselhamento na CPN e maternidade Ferramenta MDAT- IDEC Álbum seriado da caixa de brincar na sala de espera	1 hora
Estimativa de Duração Total: 3 horas			

ANEXO 2: Passo a Passo unidade didáctica 2

Unidade Didáctica número 2: Comunicação interpessoal com o cuidador e a sua criança	Metodologias Utilizadas	Materiais (Projector Tela Papel gigante Marcadores Bostik)	Duração
Técnicas de comunicação eficazes com os utentes	Chuva de ideias Estudo dos slides 5 a 24 Exercícios práticos 2.1 e 2.2		1 hora
Técnicas para uma comunicação interpessoal eficaz com a criança	Estudo dos slides 25 a 34 Exercícios práticos 2.3 e 2.4	Bonecas para a simulação	1 hora
Princípios de um aconselhamento eficaz durante a oferta dos serviços de saúde	Estudo dos slides 34 a 43	Bonecas para simulação	1 hora
Estimativa de Duração Total: 3 horas			

ANEXO NÚMERO 3: Passo a passo da unidade didáctica 3

Unidade Didáctica: Unidade Didáctica número 3: promoção do desenvolvimento da primeira infância (dpi) na CPN e na maternidade	Metodologias Utilizadas	Materiais (Projector Tela Papel gigante Marcadores Bostik)	Estimativa de Duração
Aconselhamento em DPI na Consulta Pré Natal	Chuva de ideias Estudo dos slides 7 a 14 Análise do vídeo DPI na CPN Exercício prático número 3.1.	• Cartaz sobre aconselhamento na CPN Vídeo: DPI na CPN	2 horas
Aconselhamento em DPI na maternidade	Estudo dos slides 15 a 54 Chuva de ideias Análise dos vídeo DPI na Maternidade (3 vídeos) Exercício prático número 3.2, 3.3, 3.4, 3.5 e 3.6	• Cartaz de aconselhamento na sala de parto • 10 cartazes de aconselhamento na maternidade • Cartaz sobre como fazer massagem ao RN Bonecas Vídeos: DPI na Maternidade (Sala de Partos; Horas após o parto; Momento de alta)	3 horas

Avaliação do RN	Estudo de slides 55 a 76 Chuva de ideias Exercício prático número 3.7	• Livro de registo da consulta pós-natal • Normas de atendimento ao RN na sala de parto e consulta pós-natal • Caderno de mapas de AIDI NEONATAL • Cartazes sobre quando e como transferir ao um RN	1 hora e 30 minutos
-----------------	---	--	---------------------

Estimativa de Duração Total: 6.5 horas

ANEXO 4: Passo a passo da unidade didáctica 4

Unidade Didáctica 4: Intervenções de DPI na sala de espera das consultas de saúde infantil	Metodologias Utilizadas	Materiais (Projector Tela Papel gigante Marcadores Bostik)	Estimativa de Duração
Identificar as oportunidades para promover o desenvolvimento da primeira infância na sala de espera das consultas de saúde infantil	Chuva de ideias Estudo dos slides 9-20 Exercício prático: Exercício 4.1. Teste escrito. (30 minutos)	Normas de Atendimento à Criança Sadia e Criança em Risco	1 horas 30 minutos (30 minutos para o exercício)
Promover as sessões com recurso a Caixa de brincar na sala de espera da US	Chuva de ideias Estudo de slides 21 a 29 Estudo de álbum seriado Exercícios práticos: Exercício prático 4.2 (2 horas) Entrevista com jornalista (1 hora). Exercício prático 4.3. Trabalho com cenários (1 hora)	Álbum seriado da caixa de brincar na sala de espera	2 horas
Como preparar e fazer uso da caixa de brincar	Estudo de Slides 30 a 54 Análise de caixa padrão Exercícios práticos Exercício Prático 4.4: Produção de materiais para a caixa de brincar (2 horas 15 minutos) Exercício Prático 4.5 Plano de armazenamento e armazena e manutenção de caixa de brincar (30 min)	Caixa de brincar modelo (com todos os materiais) Álbum seriado de caixa de brincar Materiais reciclados	2 horas

Como orientar uma sessão usando a caixa de brincar	Estudo de slides 55 a 64 Análises do álbum seriado e do vídeo de caixa de brincar Simulação de passos por faixas etárias Exercícios práticos: Exercício Prático 4.6: Simulação de todos os passos da sessão de caixa de brincar (1 hora 45 minutos) Prática na Unidade Sanitária (1 dia)	Caixa de brincar modelo Álbum seriado da caixa de brincar Vídeo - passos de caixa de brincar	2 horas
Estimativa de Duração Total: 24 horas (4 dias)			

ANEXO 5: Passo a passo da unidade didáctica 5

Unidade Didáctica 5: Intervenções de DPI nas consultas de saúde infantil	Metodologias Utilizadas	Materiais (Projector Tela Papel gigante Marcadores Bostik)	Estimativa de Duração
Avaliação do DPI nas consultas de CCS, CCR e CCD	Chuva de ideias Estudo dos slides 7-10	Normas de Atendimento à Criança Sadia e Criança em Risco Caderno de Mapas de AIDI	15 minutos
Como oferecer uma consulta amigável à criança	Estudo de slides 11 a 16 Exercício prático: Exercício 5.1	Álbum seriado da caixa de brincar na sala de espera	45 minutos (30 minutos para o exercício)
Importância da monitoria do desenvolvimento psicomotor na criança	Estudo de Slides 16 a 21 Chuva de ideias Exercícios prático número 5.2		1 hora
Como monitorar o desenvolvimento infantil	Estudo de slides 22 a 38 Análise do álbum seriado Simulação Exercícios práticos: Exercício Prático 5.3	Livro de CCD, CCR e CCS Normas de atendimento a CCS e CCR Caderno de Mapas de AIDI Cartaz monitoria marcos/ferramenta MDAT	2.5 h

Como aconselhar em desenvolvimento infantil	Estudo de slides 39 a 52 Chuva de ideias Análise de vídeos de aconselhamento nas consultas (1 e 2) Simulação Exercício prático número 5.4	Cartaz monitoria marcos/ferramenta MDAT Álbum seriado caixa brincar Caixa de brincar Vídeos - Aconselhamento em DPI nas consultas da criança (Cenário 1 e 2)	1.5 h
---	---	---	-------

Estimativa de Duração Total: 6 horas

ANEXO 6: Agenda da Formação

AGENDA		
Horário	Actividade	Responsabilidade
1º DIA FORMAÇÃO		
8:00 - 8:15 h	Chegada dos participantes	Protocolo
8:15 - 8:30 h	Sessão de abertura	DSF/DPTO Nutrição
8:30 - 09:00h	Apresentação dos participantes Regras básicas da formação Apresentação da agenda Metodologia de trabalho Apresentação dos materiais de treino	DSF
Unidade Didáctica número 1: Conceitos chave do desenvolvimento da primeira infância		
09:00h-09:30h	Períodos críticos e áreas do desenvolvimento infantil	Facilitador 1
09:30h-10:30h	Factores que prejudicam e estimulam um desenvolvimento infantil adequado	Facilitador 1
10:30 - 11:00 h	Intervalo de lanche	Todos
11:00h-11:30h	Crenças e às práticas culturais a volta do desenvolvimento da primeira infância	Facilitador 2
11:30h-12:30h	Papel do provedor de saúde na monitoria do desenvolvimento da primeira infância e ferramentas disponíveis para monitorar e estimular o desenvolvimento	Facilitador 2
12:30 - 13:30 h	Intervalo almoço	Todos
Unidade Didáctica número 2: Comunicação interpessoal com o cuidador e a sua criança		
13:30h-14:30h	Técnicas de comunicação eficazes com os utentes	Facilitador 3
14:30h-15:30h	Técnicas para uma comunicação interpessoal eficaz com a criança	Facilitador 3

15:30-16:30h	Princípios de um aconselhamento eficaz durante a oferta dos serviços de saúde	Facilitador 3
16:30h	Fim do 1º dia	
2º DIA FORMAÇÃO		
Unidade Didáctica número 3: Promoção do desenvolvimento da primeira infância (DPI) na CPN e na maternidade		
8:00 - 8:15 h	Chegada dos participantes	Protocolo
08:15 - 08:30 h	Recapitulação 1º dia da formação	Todos
08:30-10:30h	Aconselhamento em DPI na Consulta Pré-natal	Facilitador 1
10:30 - 11:00 h	Intervalo de lanche	Todos
11:00h-12:30h	Aconselhamento em DPI na maternidade	Facilitador 2
12:30 - 13:30 h	Intervalo almoço	Todos
13:30h-15h	Aconselhamento em DPI na maternidade	Facilitador 3
15h-16:30h	Avaliação do RN	Facilitador 1
16:30H	Fim do 2º dia	
3º DIA FORMAÇÃO		
Unidade Didáctica número 4: Intervenções de DPI na sala de espera das consultas de saúde infantil		
8:00 - 8:15 h	Chegada dos participantes	Protocolo
08:15 - 08:30 h	Recapitulação 2º dia da formação	Todos
08:30h-10:00h	Identificar as oportunidades para promover o desenvolvimento da primeira infância na sala de espera das consultas de saúde infantil	Facilitador 1
10:00 - 10:30 h	Intervalo de lanche	Todos
10:30h-12:30h	Promover as sessões com recurso a Caixa de brincar na sala de espera da US	Facilitador 2
12:30 - 13:30 h	Intervalo almoço	Todos
13:30h-15:30h	Como preparar e fazer uso da caixa de brincar	Facilitador 3
15:30h-17:30h	Como orientar uma sessão usando a caixa de brincar	Facilitador 1
17:30h	Fim do 3º dia	
4º DIA FORMAÇÃO		
Unidade Didáctica 5: Intervenções de DPI nas consultas de saúde infantil		
8:00 - 8:15 h	Chegada dos participantes	Protocolo
08:15 - 08:30 h	Recapitulação 3º dia da formação	Todos
08:30-08:45h	Introdução a avaliação do DPI nas consultas de CCS, CCR e CCD	Facilitador 1
08:45-09:30h	Como oferecer uma consulta amigável à criança	Facilitador 1

09:30h-10:30h	Importância da monitoria do desenvolvimento psicomotor na criança	Facilitador 2
10:30 - 11:00 h	Intervalo de lanche	Todos
11:00h-13:30h	Como monitorar o desenvolvimento infantil	Facilitador 3
13:30 - 14:30 h	Intervalo almoço	Todos
14:30h-16:00h	Como aconselhar em desenvolvimento infantil	Facilitador 1
16:00h-16:30h	Organização das práticas na US	Todos
16:30h	Fim do 4º dia	
5º DIA FORMAÇÃO		
Prática na US		
7:30h-7:45h	Chegada a Unidade Sanitária	Todos
7:45h-08:00h	Divisão dos grupos e material para as práticas	Todos
08:00h-10:00h	Prática caixa de brincar	Todos (facilitadores apoiam)
10:30 - 11:00 h	Intervalo de lanche	Todos
11:00h-13:30h	Práticas de aconselhamento em DPI nos sectores da US (CPN, maternidade, CCS, CCR e triagem de pediatria) por grupos	Todos (facilitadores apoiam)
13:30h-14:00h	Retorno a sala de formação	Todos
14:00 - 15:00 h	Intervalo de lanche	Todos
15:00h-15:30h	Avaliação da formação	Todos
15:30h-16:00h	Próximos passos	DSF/Dpto Nutrição
16:00h	Encerramento	DSF/Dpto Nutrição

