



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria
Relatório de Estágio**

**Promoção de Hábitos de Sono Saudáveis na Criança
Lactente: Uma Intervenção Especializada de
Enfermagem**

Sara Filipa Teixeira Fonseca



**Lisboa
2021**

**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria
Relatório de Estágio**

**Promoção de Hábitos de Sono Saudáveis na Criança
Lactente: Uma Intervenção Especializada de
Enfermagem**

Sara Filipa Teixeira Fonseca



Orientadora: Cristina Maria Rosa Jeremias



**Lisboa
2021**

*O João dorme... (Ó Maria,
Diz àquela cotovia
Que fale mais devagar:
Não vá o João, acordar...)*

*Tem só um palmo de altura
E nem meio de largura:
Para o amigo orangotango
O João seria... um morango!
Podia engoli-lo um leão
Quando nasce! As pombas são
Um pouquinho maiores...
Mas os astros são menores!*

*O João dorme... Que regalo!
Deixá-lo dormir, deixá-lo!*

(...)

*E tu vê-lo-ás crescendo
A teu lado (estou-o vendo
João! Que rapaz tão lindo!)
Mas sempre, sempre dormindo...*

(...)

*O sono de João
António Nobre, 2015, p.118-119*

AGRADECIMENTOS

À minha família, em especial aos meus pais e irmã, pela força e pelo orgulho incondicional, independentemente do resultado final. Obrigada por toda a ajuda e apoio imensuráveis.

A ti Nuno pelo apoio incondicional desde o primeiro momento, pela motivação, paciência, carinho, pelos dias ausentes e por me ajudares a alcançar os meus sonhos. Obrigada pelo amor com que cuidas de mim.

À Professora Cristina Jeremias e à Professora Doutora Maria Alice Curado pela amizade, incentivo e confiança e por tudo aquilo que me ensinaram.

A todos os Professores e colegas do 10º Curso de Mestrado pelas partilhas e descobertas, em especial à Fátima, Carolina, Romina, Marta, Maria Inês e André, pelas longas horas de trabalho, desabafos, gargalhadas e conquistas.

À Ana Santos pela partilha, ajuda, paciência, incentivo e inúmeras correções, mesmo em momentos de desespero!

*À Gisela, à Inês e à Andreia pela preciosa ajuda e apoio neste percurso.
Aos amigos, família que escolhi, pelos convívios e pausas entre parágrafos.
Aos meus colegas de trabalho pelas trocas, ajuda e disponibilidade.*

À Enfª Inês Costa, Enfª Inês Figueiredo, Enfª Rosário Almeida e Enfª Emília Lima que deram o melhor de si na minha orientação. Obrigada pela vossa disponibilidade e sabedoria e por tanto contribuírem para o meu crescimento.

A todas as crianças e famílias que cuidei pelo seu carinho e alegria. Sem elas, nada disto teria sido possível.

A todos vocês o meu sentido OBRIGADO!

LISTA DE SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde
AVC – Acidente Vascular Cerebral
CCF – Cuidados Centrados na Família
CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CPCJ – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens
DGS – Direção Geral de Saúde
EE – Enfermeiro Especialista
EEESIP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
IMPI - International Maternity and Parenting Institute™
IPFCC - Institute for Patient and Family – Centered Care
OE – Ordem dos Enfermeiros
PNSIJ - Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil
REM - *Rapid Eye Movements*
NACJR – Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco
Não-REM – *Non-Rapid Eye Movements*
PCR – Paragem Cardiorrespiratória
PNSIJ – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil
PNV – Programa Nacional de Vacinação
RN – Recém-nascido
SIP - Serviço de Internamento Pediátrico
SNC – Sistema Nervoso Central
SNIPI - Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância
SO – Serviço de Observação
SRPD – Serviço de Reabilitação Pediátrica e de Desenvolvimento
SUP – Serviço de Urgência Pediátrica
TAC - Tomografia Axial Computorizada
TIP - Transporte Inter-hospitalar Pediátrico
UCEP – Unidade de Cuidados Especiais Pediátricos
UCIEP – Unidade de Cuidados Intensivos e Especiais Pediátricos
UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais
USF – Unidade de Saúde Familiar

RESUMO

O sono desempenha um papel fundamental do ponto de vista biológico, emocional e social e, é cada vez mais reconhecido como um fator determinante na saúde infantil. Um sono desadequado pode ter consequências na regulação emocional e comportamental e nas funções cognitivas e metabólicas, pelo que a existência de hábitos de sono saudáveis na criança se revela ser crucial. Sabe-se que é durante o primeiro ano de vida que o padrão de sono sofre a sua maior evolução e que o sono desempenha um papel ainda mais importante, uma vez que é durante esta fase que ocorre a secreção de hormonas essenciais ao crescimento e desenvolvimento da criança. Além disto, é também nesta altura que o estabelecimento de rotinas na criança deverá ser iniciado.

A importância e impacto do sono na saúde em geral têm merecido, nos últimos tempos, uma maior atenção, sendo os problemas do sono fonte comum de preocupação por parte de pais e profissionais.

Os enfermeiros assumem-se como recursos fundamentais para a promoção de hábitos de sono saudáveis na criança, pelo que se tornou pertinente aprofundar conhecimentos sobre o sono infantil, em especial no primeiro ano de vida, e aplicá-los na promoção da saúde nesta área.

A partir de uma metodologia reflexiva, este relatório é sustentado nos grandes pilares da pediatria: filosofia de cuidados centrados na família e parceria de cuidados, cuidados antecipatórios e teoria do conforto de Kolcaba, tendo como objetivos: Desenvolver competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e de Mestre em Enfermagem nos processos de saúde/doença nos diferentes estádios de desenvolvimento da criança/jovem e família, nos diferentes contextos pediátricos; Desenvolver competências no âmbito da promoção de hábitos de sono saudáveis da criança/jovem e família nos diferentes contextos pediátricos, especialmente na faixa etária da criança lactente.

Através de uma análise crítica e reflexiva, este relatório espelha as atividades realizadas nos diferentes contextos de estágio evidenciando o desenvolvimento de competências e o contributo de saberes e estratégias para a problemática em estudo e, consequentemente para o avanço da Enfermagem.

Palavras-chave: Sono; Lactente; Hábitos de Sono; Intervenções de Enfermagem.

ABSTRACT

The sleep playing a fundamental role, from the biological, emotional, and social point of view, is increasingly being recognized as a determining factor to children health. An unsuitable sleep may have consequences on emotional and behavioral regulation, and also on cognitive and metabolic functions. For these reasons, healthy sleeping habits are crucial to child's development. It is on the first year of life that sleep pattern has its greatest evolution and sleep is even more important, because it is during this phase that secretion of essential growth hormones and child development occurs. It is also during this time that routines should be initiated.

The importance and impact of sleep on health has recently deserved more attention, with sleeping problems being a common source of concern to parents and professionals.

Nurses are seen as an essential stakeholder for the promotion of healthy sleeping habits on children. Taking all these aspects into consideration it is very important to explore and deepen knowledge on child's sleep habits, special in the first year of life, and apply them on health promotion.

From a reflective methodology, this work is supported by the main pillars of pediatrics: the philosophy of caring focused on family, the partnership of taking care, the anticipatory care and the Kolcaba's theory about comfort, with the following goals: Developing common and specific skills of Specialist Nurse, and the Specialist Nurse in Child and Pediatric Health Nursing, and Master in Nursing on the process of health/illness of the different steps of and family development, on different pediatric environment; Developing skills to promote healthy sleeping habits of the young/child and family, especially on the suckling child.

Through a critical and reflective analysis, this work reports the activities carried out on different internship contexts showing the development of skills and the contribution of knowledge and strategies to the problem under study and, consequently, for the advancement of Nursing.

Key words: sleep, suckling child, sleeping habits, nursing procedures.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	11
1. JUSTIFICAÇÃO DA PROBLEMÁTICA.....	15
2. REFERENCIAL TEÓRICO DE ENFERMAGEM.....	19
2.1. Cuidados Centrados na Família	19
2.2. Cuidados Antecipatórios	20
2.3 O Conforto como cuidado promotor do Sono	21
3. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	25
3.1. Caracterização do Sono	25
3.2 O Sono na Criança Lactente.....	27
3.3. Promoção de Hábitos de Sono Saudáveis na Criança Lactente	31
4. PERCURSO FORMATIVO	37
4.1. A escolha dos contextos de Estágio	39
4.2. Desenvolvimento de Competências Comuns e Específicas de Enfermeiro Especialista	41
4.3. Desenvolvimento de competências no âmbito da promoção de hábitos de sono saudáveis	61
5. PROJETOS FUTUROS	73
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	75
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	78

ÍNDICE DE APÊNDICES

Apêndice I – Cronograma de Estágio

Apêndice II – Guia Orientador das Atividades de Estágio

Apêndice III – Diário de Aprendizagem

Apêndice IV - Plano de Sessão da Formação “Promoção de Hábitos de Sono Saudáveis na Criança Lactente”

Apêndice V – Sessão de Formação: “Promoção de Hábitos de Sono Saudáveis na Criança Lactente”

Apêndice VI – Avaliação da Sessão de Formação “Promoção de Hábitos de Sono Saudáveis na Criança Lactente”

Apêndice VII – Folheto Informativo USF: “Promoção de Hábitos de Sono Saudáveis na Criança – Dicas e Métodos para Ensinar uma Criança a Dormir no 1º Ano de vida”

Apêndice VIII – Consentimento Informado: Enfermeira Perita

Apêndice IX – Guião de Entrevista à Enfermeira Perita

Apêndice X – Norma de Procedimento UCIEP: “Promoção do Sono na Criança Lactente”

Apêndice XI – Guia de Orientação para Redução de Ruído na Unidade de Cuidados Intensivos e Especiais Pediátricos

Apêndice XII – Guia de Orientação para Promoção do Sono no Internamento de Pediatria

Apêndice XIII – Folheto Informativo SIP: “Promoção de Hábitos de Sono Saudáveis na Criança – Métodos para Ensinar a sua Criança a Dormir no 1º ano de Vida”

Apêndice XIV – Poster SIP: “Ajude o Seu Bebê a Dormir Melhor”

Apêndice XV – Norma de Procedimento SUP: “Promoção do Sono do Lactente”

Apêndice XVI – Poster SUP: “Como melhorar o Sono do seu bebé?”

Apêndice XVII – Norma de Procedimento SRDP: “Promoção de Hábitos de Sono Saudáveis”

Apêndice XVIII – Poster SRPD: “Higiene do Sono na Criança e Adolescente: Os 10 Requisitos”

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo I – Informação Farmacológica do Livopan®

Anexo II – Certificado do Curso de Triagem de Manchester

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. Estrutura taxonómica do Conforto aplicada à criança com alterações do sono	24
--	----

INTRODUÇÃO

A realização do presente relatório insere-se na Unidade Curricular Estágio com Relatório do 10º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL). A sua elaboração tem como finalidade o desenvolvimento de competências científicas, técnicas, comunicacionais e relacionais para a conceção, gestão, prestação e supervisão de cuidados de enfermagem especializados à criança, ao jovem e à família (ESEL, 2019). Neste percurso, foi necessário desenvolver, de forma progressiva, uma compreensão da dimensão do exercício profissional do Enfermeiro Especialista (EE) nas suas diversas vertentes e, para tal, foi fundamental realizar uma análise do perfil de competências comuns do EE e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP) e dos guias orientadores. Após o percurso académico realizado, este relatório de estágio pretende ser um enunciado reflexivo do contexto de prática indo ao encontro do referido por Boud, Keogh e Walker (1985), ou seja, um processo de aprendizagem no qual a pessoa se envolve intelectual e afetivamente em ações que visam explorar as suas experiências para alcançar novas compreensões e apreciações. Este documento pretende também refletir sobre as atividades inicialmente propostas e espelhar a trajetória delineada rumo ao exercício profissional ao nível de EE, através da análise das competências apresentadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) (2018), dos objetivos definidos e das atividades realizadas.

Neste percurso para EEESIP e mestre em enfermagem procurei aliar o desenvolvimento das competências resultantes do autodiagnóstico de necessidades de formação a uma área de especial interesse pessoal e desenvolvimento profissional, de onde emergiu a problemática do sono da criança lactente.

Nos últimos anos, o sono das crianças tem recebido uma atenção crescente da comunidade científica, sobretudo internacional, pelo reconhecimento da importância que tem para a saúde integral das crianças e das potenciais e reais consequências de um sono desadequado. Também no decorrer da minha prática profissional, em diferentes serviços de internamento pediátrico, e mesmo na minha vida pessoal, tenho-me deparado, cada vez mais, com os problemas relacionados com o sono e os seus respetivos hábitos, sobretudo em crianças lactentes, entre os 28 dias e os 12 meses de vida.

Perante o mencionado, identifiquei a necessidade de conhecer em profundidade a realidade dos hábitos de sono das crianças latentes e de desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais nesta área, tendo como finalidade prestar cuidados de enfermagem adequados, através da promoção de hábitos de sono saudáveis, de forma a

contribuir para a melhoria do sono destas crianças e das suas famílias. Assim surgiu o tema do projeto de estágio intitulado: “Promoção de Hábitos de Sono Saudáveis na Criança Lactente: Uma Intervenção Especializada de Enfermagem”, definindo-se como objetivos gerais: Desenvolver competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e de Mestre em Enfermagem nos processos de saúde/doença nos diferentes estádios de desenvolvimento da criança/jovem e família, nos diferentes contextos pediátricos; Desenvolver competências no âmbito da promoção de hábitos de sono saudáveis da criança/jovem e família nos diferentes contextos pediátricos, especialmente na faixa etária da criança lactente.

Tendo em conta os modelos e tendências de intervenção na Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, este relatório irá abordar a promoção de hábitos de sono saudáveis na criança lactente e na importância dos mesmos para o seu desenvolvimento, tendo como orientação os objetivos que delinee e as competências que me propus a desenvolver neste percurso para o meu desenvolvimento enquanto futura EE. Assim, a escolha da temática apresentada justifica-se com a crescente consciencialização da importância que o sono tem para o crescimento e desenvolvimento da criança e da intervenção preponderante do enfermeiro junto dos pais e crianças face a esta temática.

Sabendo que o sono constitui um dos contributos mais importantes para a saúde física e mental da criança e que os problemas de sono infantil são muito comuns e que têm consequências potencialmente negativas quer para a criança, quer para a sua família (Morris et al., 2001; Thiedke, 2001; Thunström, 2002; Sadeh et al., 2010) surgiu a necessidade de compreender de que modo, enquanto enfermeira, poderei intervir no sentido de ajudar os pais a gerir e a cuidar do sono dos seus filhos, durante o primeiro ano de vida. Para que isso aconteça, é fundamental compreender a importância da intervenção do enfermeiro, nomeadamente, do EEESIP, na promoção de hábitos de sono saudáveis nas crianças e especificamente na criança latente. Desta forma, desenvolvi competências relativas à temática do sono infantil e competências comuns do EE e específicas do EEESIP podendo, assim, consciencializar os meus pares para a importância do sono e da promoção de hábitos saudáveis do mesmo, assim como para a influência que estes têm no desenvolvimento físico, emocional e cognitivo da criança. Desenvolvi ainda uma prática de cuidados que foi ao encontro do enunciado descritivo dos padrões de qualidade estabelecidos pela OE que se traduz numa prática reflexiva contínua, fundamentada e baseada na evidência científica, contribuindo para a excelência do exercício profissional de Enfermagem.

Como elementos fundamentais e facilitadores do desenvolvimento deste projeto destaco os quadros de referência presentes durante todo este percurso e que me irão orientar enquanto futura EEESIP dos quais saliento a filosofia de Cuidados Centrados na Família (CCF), perspetivando cuidados de enfermagem em parceria com os pais; os Cuidados Antecipatórios e a Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba.

O estágio decorreu durante 18 semanas, perfazendo um total de 450 horas. Os diferentes contextos que contribuíram para o desenvolvimento das competências comuns e específicas do EE e proporcionaram a realização dos objetivos propostos, foram o Centro de Saúde (USF), o Serviço de Neonatologia e Unidade de Cuidados Intensivos e Especiais Pediátricos (UCIEP); o Serviço de Urgência Pediátrica (SUP), o Serviço de Reabilitação Pediátrica e de Desenvolvimento (SRPD) e o Internamento de Pediatria (Apêndice I). Foi um percurso “rico” em experiências, onde através da autoformação, heteroformação e ecoformação (Sommerman, 2003), se promoveu a aprendizagem experiencial e a reflexão sobre as práticas de cuidados. A adequação da formação realizou-se através de leituras de textos, artigos que espelham a evidência científica, pesquisas, reflexão sobre as experiências; através da partilha com os outros expondo trabalhos e projetos desenvolvidos, através de apresentações, normas de procedimento, apresentações, folhetos e pósteres; e ainda a formação que se obteve através dos contextos e da sua influência na minha aprendizagem.

Relativamente à sequência de apresentação deste relatório após esta introdução irá seguir-se a justificação da problemática; o referencial teórico de enfermagem, especificando os modelos teóricos orientadores da prática; o enquadramento conceptual e a análise do percurso formativo realizado, com a respetiva definição dos objetivos específicos e a descrição, reflexão e análise das atividades e competências desenvolvidas nos campos de estágio escolhidos. Por último, as considerações finais sobre os contributos deste percurso para a prática de enfermagem onde se inclui um “balanço” final do trabalho realizado e as minhas perspetivas futuras.

A elaboração deste Relatório de Estágio foi realizada de acordo com as orientações do Regulamento do Mestrado (ESEL, 2017) e da Norma APA (7ª edição) e teve como suporte: a pesquisa bibliográfica; a análise dos documentos orientadores e normativos da profissão; a observação participativa; a colaboração direta na prestação de cuidados e a reflexão sobre as práticas em parceria com os enfermeiros de referência, assim como, a elaboração de documentos construídos a partir das perceções e necessidades identificadas por mim e/ou pelos enfermeiros dos diferentes contextos clínicos deste percurso.

Além da pesquisa realizada em obras de referência em formato físico, como por exemplo: obras publicadas na área da enfermagem, medicina e psicologia; formação e literatura cinzenta; recorreu-se também à pesquisa em várias bases de dados como a CINAHL, MEDLINE, ScienceDirect, na *b-on*, no motor de busca Google Académico.

1. JUSTIFICAÇÃO DA PROBLEMÁTICA

A problemática que sustenta este Relatório de Estágio deriva da prática reflexiva que diariamente realizo enquanto enfermeira na área da Pediatria e cuidadora de crianças, adolescentes e dos seus pais. Este exercício reflexivo e o facto de já ter trabalhado em diferentes serviços de Pediatria permitiu-me identificar uma problemática em comum a todos eles: as alterações do Sono. Embora a importância do Sono seja transversal a todas as idades, verifiquei que a faixa etária da criança lactente era a mais afetada pelos problemas de sono, não só pela dificuldade que estas crianças apresentavam em ter um sono tranquilo e restaurador, mas também pela dificuldade que os seus pais verbalizavam ter na gestão do sono das mesmas.

O sono é uma área do funcionamento da criança que ocupa grande parte da sua vida e se apresenta como um desafio para pais e crianças. O sono é essencial para o normal crescimento e desenvolvimento, quer nas dimensões fisiológicas, quer emocionais quer cognitivas da criança. Para além da sua função biológica, o sono desempenha um importante papel na modulação da relação precoce entre pais e filhos, sendo um passo fundamental na aprendizagem da sua separação (Salavessa & Vilariça, 2009). O sono permite também, à criança, em condições normais, o desenvolvimento de processos de autorregulação fundamentais ao seu desenvolvimento emocional e às suas interações sociais futuras. No entanto, apesar do sono ser, por norma, um momento prazeroso, muitas vezes pode transformar-se num momento difícil e angustiante, com possível deterioração da relação precoce entre pais e filhos, com eventual compromisso no desenvolvimento da criança.

Segundo Salavessa e Vilariça (2009), os problemas de sono são comuns na infância e são uma fonte de preocupação por parte dos pais. Monteiro (2006) acrescenta ainda que os distúrbios do sono constituem uma das principais perturbações do comportamento das crianças em todas as idades. Ainda que, muitas vezes transitórias, estas perturbações comportamentais são as mais observadas na prática clínica e contribuem, muitas vezes, para o desequilíbrio emocional da criança e da sua família. Nas suas formas mais graves, e independentemente da idade da criança, as perturbações do sono têm um impacto significativo no dia-a-dia ao nível social, comportamental e emocional (Monteiro, 2006; Salavessa & Vilariça, 2009).

Tendo em consideração as novas exigências da sociedade, identifica-se um aumento da prevalência de crianças com hábitos de sono inadequados, dos quais se pode destacar a dificuldade em adormecer e/ou os despertares noturnos frequentes que conduzem à exaustão dos pais, o que poderá conduzir a um ambiente de tensão e de irritabilidade no subsistema

conjugal (Brazelton & Sparrow, 2009; Paiva 2009; Cordeiro, 2014). Os contextos geradores de stress nos quais muitas crianças vivem, a falta de consciência dessas realidades por parte das famílias, a atenção insuficiente dos serviços de saúde relativamente ao sono e a falta de programas de promoção do sono, são barreiras para a saúde do mesmo (Redeker et al., 2017). Atualmente, entre 25% e 40% das famílias relatam problemas de sono na infância definidos pela latência sono, elevado número de despertares noturnos e incapacidade de voltar a adormecer sem o apoio dos pais (Middlemiss et al., 2017). Alguns autores identificam os despertares noturnos, acompanhados das chamadas de atenção (choro), como problemáticas referidas pelos pais que levam a interrupções no sono e fadiga nos mesmos por conduzir a um sono fragmentado e de curta duração levando a que, de acordo com a evidência científica, a maioria das crianças lactentes apresente hábitos de sono inadequados; sendo estes, muitas vezes, omitidos pelos pais que só os revelam em fases muito avançadas (Morais et al., 2007; Maia & Pinto, 2008; Meltzer & Montgomery-Downs, 2011; Hagen et al., 2013; Silva, 2014; Hall et al., 2015; Folgueiras et al., 2017; Middlemiss et al., 2017; Sezici & Yigit, 2017).

As perturbações do sono da criança lactente têm sido associadas a sintomas de depressão materna, distúrbios psicológicos graves, problemas gerais de saúde e sentimentos de incompetência por parte dos pais, uma vez que os problemas do sono das crianças afetam também a qualidade e a duração do sono dos pais levando os mesmos a aumentar a procura dos serviços de saúde (Morris et al., 2001; Tse & Hall, 2007; Meltzer & Montgomery-Downs, 2011; Hagen et al., 2013; Hall et al., 2015).

Embora os problemas resultantes das perturbações do sono das crianças sejam uma preocupação cada vez mais comum, e motivo para que os pais procurem a ajuda de profissionais de saúde, esta problemática é, geralmente, infra valorizada ou erroneamente diagnosticada (Morris et al., 2001; Thiedke, 2001; Thunström, 2002; Maia & Pinto, 2008). Segundo Middlemiss (2004), poucos são os pais que recebem informações de profissionais sobre o sono acrescentando ainda que muitos revelam recorrer a informação disponível na *internet* e ao diálogo com os amigos para resolução de problemas do sono dos seus filhos. Esta falta de informação profissional dirigida aos pais deve-se, muitas vezes, a uma escassa formação e informação por parte dos próprios profissionais de saúde (Touchette et al., 2009). Embora o aumento do conhecimento científico relacionado com a importância do sono e o impacto que os hábitos inadequados a ele associados têm no desenvolvimento da criança se tenha verificado nos últimos anos, nem sempre existe um planeamento integrado sobre a promoção de hábitos de sono saudáveis nas crianças, junto das mesmas e/ou das suas

famílias. Esta situação faz com que este problema fique “esquecido” ou simplesmente não seja abordado pelos profissionais. Perante esta situação, ajudar os pais a estabelecer padrões de sono saudáveis durante o primeiro ano de vida da criança é uma preocupação atual para investigadores e profissionais (Middlemiss et al., 2017).

Uma vez evidente o aumento do interesse pelos fundamentos teóricos do sono, tanto no âmbito da saúde, como especificamente na área da saúde infantil e pediatria, e uma vez que os estudos sobre a prevalência de distúrbios de sono na infância são escassos, torna-se fundamental intervir nesta área uma vez que existem problemas em relação ao sono infantil que quando identificados precocemente podem ser corrigidos e/ou evitados (Folgueiras et al., 2017). Neste sentido, os enfermeiros de saúde infantil e pediatria podem intervir na resolução da maioria destas situações, desempenhando um papel crucial na prevenção das perturbações de sono (Folgueiras et al., 2017).

Apesar dos problemas de sono serem comuns nas diferentes idades, é importante intervir antes que eles se manifestarem ou logo que se manifestem. Segundo Karp (2014) é durante os primeiros meses, que o cérebro da criança aprende, de forma progressiva, a dividir as 24 horas do dia. Sadeh et al. (2010) reforçam ainda, que é durante o primeiro ano de vida que a secreção hormonal, tão importante nas crianças, se desenvolve, e que o padrão de sono sofre uma grande evolução, pelo que a existência de um padrão de sono adequado nesta etapa do desenvolvimento é fundamental. No entanto, estudos recentes revelam que a maioria das crianças lactentes apresenta hábitos de sono inadequados (Sezici & Yigit, 2017).

O processo de se manter sozinho na sua cama, a aquisição da capacidade de se autoconfortar e adormecer é uma tarefa de aprendizagem para a criança e que deverá ser apoiada pelos pais. Este processo depende fundamentalmente das características temperamentais e de reatividade da criança, mas também das condições exteriores e das atitudes parentais. As cognições parentais como crenças, expectativas e interpretações do sono das crianças, influenciam a interação pais-filhos e, com isso, os padrões de sono dos mesmos. Neste sentido, é fundamental mudar os comportamentos de sono das famílias para promover um sono infantil “autocalmante” e, enquanto profissionais de saúde, orientar a intervenção, dirigida aos pais, uma vez que os seus conhecimentos e comportamentos também afetam o sono dos seus filhos (Hall et al., 2015).

Desta forma, não existindo muita formação profissional sobre a temática do sono infantil e sendo a prevalência dos problemas associados ao sono, atualmente relevante, sobretudo no grupo etário da criança lactente, uma vez que interfere não só com o sistema criança, mas com todo o sistema familiar, torna-se fundamental que o EEESIP consciencialize e sensibilize

os seus pares para a importância das intervenções autónomas e interdependentes de enfermagem na promoção de hábitos de sono saudáveis nos lactentes. Além disso, cabe também ao enfermeiro ajudar a criança e a sua família neste processo, desempenhando um papel fundamental na prevenção de problemas associados ao sono e na gestão do sono da criança, numa lógica de Cuidados Centrados na Família, contribuindo para a excelência dos cuidados de enfermagem.

Efetuada a justificação da problemática, o próximo capítulo dedica-se ao Referencial Teórico de Enfermagem onde se apresentam as filosofias de cuidados e o modelo teórico de enfermagem que constituem uma base estrutural para a prática da enfermagem pediátrica, importante para a melhoria contínua de qualidade de exercício profissional dos enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

2. REFERENCIAL TEÓRICO DE ENFERMAGEM

Este capítulo pretende clarificar e fundamentar os quadros de referência utilizados na elaboração deste relatório: Filosofia de Cuidados Centrados na Família (CCF), Cuidados Antecipatórios e a Teoria do Conforto de Kolcaba. A teoria e os conceitos seguidamente apresentados influenciaram o processo de aprendizagem uma vez que, sustentaram as práticas, e a reflexão sobre as mesmas, possibilitando o desenvolvimento e a apropriação do conhecimento e de competências comuns e específicas do EEESIP e mestre e, consequentemente serviram de suporte à elaboração do presente relatório.

2.1. Cuidados Centrados na Família

O reconhecimento dos pais como principais cuidadores e o conhecimento das suas necessidades são elementos fulcrais nas orientações da intervenção do enfermeiro, pelo que devem ser privilegiadas na sua atuação e na estimulação do papel parental (DGS, 2005). O aumento da literacia e da motivação das famílias, aliado à melhoria das condições de vida, favoreceu o desenvolvimento do exercício da parentalidade o que facilitou aos pais e às famílias assumirem-no, como direito e dever, cabendo aos profissionais facilitar os pais neste processo (DGS, 2013). Este apoio pressupõe uma ação do enfermeiro que consiste em ajudar alguém a ser bem-sucedido, o que induz à centralização das necessidades e potencialidades dos pais (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2005).

Os CCF baseiam-se no pressuposto de que a família é o alvo dos cuidados, procurando-se manter e reforçar os papéis e laços familiares com a criança e/ou o adolescente, ajudando a manter a normalidade das rotinas familiares (Cardoso, 2010). Nesta filosofia de cuidados, a família assume o estatuto natural de ser uma constante na vida da criança, independentemente da sua idade ou estágio de desenvolvimento. Segundo o Institute for Patient and Family – Centered Care (IPFCC) (2017), os pressupostos centrais dos CCF são: dignidade e respeito; a partilha de informação; a participação e a colaboração. Para o cumprimento destes pressupostos é fundamental que os profissionais respeitem as opções esclarecidas da família. A informação transmitida deverá ser completa, imparcial, precisa e útil de modo a que estes se envolvam ativamente nos cuidados e tomadas de decisão. O envolvimento parental irá potenciar a confiança dos pais nas suas competências parentais e na perceção de que são um elo da equipa, crucial nos cuidados ao seu filho (IPFCC, 2017). Desta forma, os CCF dizem respeito a dois conceitos básicos: a capacitação e o *empowerment* (Hockenberry & Barrera, 2014). Sendo a interação dos profissionais com as

famílias um meio de conduzir ao desenvolvimento do *empowerment*, para que estas mantenham ou adquiram um sentimento de controlo sobre as suas vidas e reconheçam as mudanças positivas que resultam dos comportamentos de ajuda que promovem as suas próprias forças, habilidades e ações (Hockenberry & Barrera, 2014).

A capacitação das famílias para a assunção plena do papel parental enquadra-se nas funções do EEESIP, o qual deverá implementar e gerir “*em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade*” (OE, 2018, p.19193), ou seja, realizar um planeamento conjunto e um cuidado partilhado, valorizando a parentalidade no processo de cuidar.

A negociação da parceria de cuidados, um dos princípios dos CCF, é considerada por Casey (1995) o nível mais elevado de participação na prática de cuidados, assumindo um papel fundamental na relação entre os pais, crianças e a equipa de saúde. Esta constitui a chave do sucesso das interações, devendo as mesmas serem flexíveis mediante as expectativas e necessidades dos pais, uma vez que serão influenciadas pelas expectativas dos mesmos, relativamente aos enfermeiros e aos cuidados de enfermagem prestados aos seus filhos (Espezel & Canam, 2003; Shields, Pratt & Hunter, 2007). A negociação entre pais e enfermeiros envolve o estabelecimento de uma relação de confiança e a partilha dos cuidados à criança.

Os CCF são assim uma abordagem para o planeamento, prestação e avaliação dos cuidados de saúde que engloba a criança, adolescente e sua família na prática clínica, mas também, no desenvolvimento de políticas institucionais e organizacionais (*National Center for Cultural Competence* (NCCC), 2007; Smith, 2018).

2.2. Cuidados Antecipatórios

Os cuidados antecipatórios são definidos como cuidados orientados para a antecipação de futuros problemas do utente, tentando prevenir a sua ocorrência ou diminuir potenciais consequências (Ministério da Saúde, 2006). No Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) estes cuidados são considerados como fator de promoção da saúde e de prevenção da doença, sendo uma das linhas mestras deste programa de atuação a “*valorização dos cuidados antecipatórios como fator de promoção da saúde e de prevenção da doença, nomeadamente facultando aos pais e outros cuidadores, os conhecimentos necessários ao melhor desempenho, no que respeita à promoção e proteção dos direitos da criança e ao exercício da parentalidade, em particular no domínio dos novos desafios da saúde*” (DGS, 2013, p. 7). O PNSIJ prevê ainda que os cuidados antecipatórios possam ser abordados

individualmente ou em grupo, em diferentes contextos, operacionalizando-os com sessões de educação para a saúde dirigidas aos pais ou outros prestadores de cuidados e disponibilidade de material informativo (DGS, 2013); competindo aos enfermeiros avaliar as necessidades da criança e orientar adequadamente os pais, no sentido de desenvolver e adquirir capacidades e competências para o autocuidado (Silva, 2006).

2.3 O Conforto como cuidado promotor do Sono

A utilização de modelos teóricos de enfermagem permite a clarificação de situações ambíguas e a adoção de práticas consistentes, focadas no fenómeno de interesse, uma vez que facilitam a comunicação, clarificam propósitos e práticas, contribuindo para a melhoria das práticas de cuidados.

De acordo com Alligood (2000) a teoria diz respeito a um grupo de conceitos relacionados que sugerem ações para conduzir a prática. Como refere Meleis (2010), o desenvolvimento de teorias é altamente benéfico e necessário para a prática clínica, pelos contributos que proporciona no que concerne à clarificação de domínios e à identificação do que é ou não do âmbito da enfermagem, permitindo racionalizar recursos e focalizar ações naquilo que são as terapêuticas de enfermagem. A escolha da Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba é justificada por se perspetivar que qualquer criança necessita de sentir-se envolta de conforto para obter um sono tranquilo e, também, pela premissa de que a manipulação das variáveis ambientais é essencial para promover maior grau de conforto.

A Teoria do Conforto é considerada uma teoria de médio alcance em enfermagem, sendo uma das mais recentes, tendo emergido entre os finais dos anos 90 do século passado e início do ano 2000. De acordo com Kolcaba (2003), o foco de interesse da teoria do conforto está relacionado com situações específicas e concretas como o grupo etário, o local ou instituição, o problema de saúde previamente identificado e tem como objetivo principal responder a uma questão específica da enfermagem.

Segundo esta teoria, o conforto é um resultado positivo e holístico importante para medir a eficácia das estratégias implementadas ao nível da prestação de cuidados de enfermagem, dando ênfase às dimensões físicas, psicoespirituais, sócio culturais e ambientais do conforto, na contribuição para uma abordagem pró-ativa e multifacetada do cuidar (Kolcaba & Dimarco, 2005). Embora não exista uma definição universal do conceito de conforto, pela sua multidimensionalidade e complexidade, uma vez que cada pessoa é única e influenciável pela sua vivência e experiência, o termo conforto é frequentemente utilizado pelos enfermeiros na

sua prática de cuidados e está vinculado à enfermagem desde os seus primórdios (Kolcaba & Kolcaba, 1991; Apóstolo, 2009; Oliveira, 2013).

De acordo com a Teoria do Conforto, este é definido como o *“estado imediato de ser fortalecido por ter as necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência satisfeitas em quatro contextos (físico, psicoespiritual, social e ambiental)”* (Kolcaba, 2003, p. 14); *“(...) muito mais do que a ausência de dor ou outros desconfortos físicos”* (Kolcaba, 2009, p. 254).

Para uma correta interpretação desta teoria é fundamental a compreensão dos quatro metaparadigmas que a autora nela descreve (Kolcaba, 2010):

- **Enfermagem**, descrita como o processo de avaliação intencional das necessidades de conforto das pessoas, famílias e/ou comunidade, com demarcação de medidas de conforto para satisfazer essas necessidades, a sua implementação e reavaliação após implementação dessas medidas de forma a obter uma comparação com a linha de base anterior. Esta avaliação e reavaliação podem ser objetivas e/ou subjetivas (Kolcaba, 2010).

- **Pessoa**, quem recebe os cuidados podendo ser indivíduo, família, instituições ou comunidades que necessitem de cuidados de saúde.

- **Ambiente**, surge relacionado com as influências exteriores, sendo qualquer aspeto que envolva a pessoa ou família, instituição ou comunidade, e que possa ser manipulado, pelos profissionais de saúde, ou outros, para melhorar o conforto.

- **Saúde**, representa o estado pleno, ou seja, o ótimo funcionamento da pessoa, família, instituição ou comunidade tendo em conta as necessidades de conforto definidas pelas mesmas.

Com base na sua teoria, Kolcaba (2003) refere que qualquer situação que possa exigir cuidados de saúde é um estímulo para o indivíduo. A necessidade de cuidados de saúde, articulada com as intervenções de enfermagem, conduz a um aumento do estado de conforto, que por sua vez dá origem a comportamentos de procura de saúde, existindo uma reciprocidade entre os comportamentos de procura de saúde e o aumento do conforto.

Segundo a mesma autora, os “comportamentos de procura de saúde” são designados como algo ou alguém que recorre aos serviços de saúde (consultas médicas e/ou de enfermagem) e que procura a saúde como um bem essencial; A “necessidade de cuidados de saúde” é definida como a carência de conforto decorrente de situações/necessidades que originam tensão e que não podem ser satisfeitas pelos métodos tradicionais, mas por profissionais de saúde. Estas necessidades podem ser físicas, psicoespirituais, ambientais ou sociais; As “medidas de conforto” são designadas como intervenções de enfermagem que visam a satisfação das necessidades de conforto específicas da pessoa.

Para Kolcaba (2001) proporcionar conforto à pessoa cuidada é uma das funções mais importantes da enfermagem, devendo a pessoa ser encarada como um ser único, numa situação particular e que necessita de cuidados personalizados que vão ao encontro ao seu bem-estar.

Em relação ao tipo de conforto, quando se menciona o estado de “*alívio*” refere-se a uma necessidade específica que foi satisfeita, “*tranquilidade*” como um estado de calma ou contentamento, sentimento de serenidade e satisfação, necessário para um desempenho eficaz e “*transcendência*” um estado em que a pessoa sente que tem capacidade para superar as adversidades (Kolcaba, 1994; 2003; 2010; Apóstolo, 2009).

Desta forma, é fundamental descrever especificamente os quatro contextos enumerados pela sua relevância na perceção da sua aplicabilidade a nível prático (Kolcaba & DiMarco, 2005):

- **Conforto físico**, relativo às sensações corporais e mecanismos homeostáticos. As intervenções de conforto são dirigidas para recuperação ou manutenção da homeostase.
- **Conforto psicoespiritual**, relacionado com a consciência própria do indivíduo/família, como a autoestima, crenças, cultura, religião e outras. Relaciona-se com necessidades de confiança e motivação da criança e família.
- **Conforto sócio cultural**, prende-se com as relações familiares, interpessoais e sociais, onde estão incluídas, neste nível de conforto, as necessidades da família.
- **Conforto ambiental**, referente às condições do meio externo que podem influenciar a satisfação das necessidades de conforto.

Tendo em conta a diversidade das definições, pode dizer-se que o conforto tem uma abordagem holística e é considerado um termo complexo. O termo conforto pode ser usado numa variedade de expressões, sendo também um processo e um produto. Desta forma, pode dizer-se que a sensação de conforto é muito mais que a ausência de desconforto (Kolcaba & DiMarco, 2005).

Em seguida, apresenta-se um quadro relativo à estrutura taxonómica do Conforto aplicada à criança com alterações do sono.

Quadro 1. Estrutura taxonômica do Conforto aplicada à criança com alterações do sono.

Contextos	Tipos de Conforto		
	Alívio	Tranquilidade	Transcendência
Físico	Criança cujas necessidades básicas foram supridas (fome; frio; ausência de dor/desconforto); Posicionamento adequado	Criança que recebe toque de carinho, massagem, palavras em tom de voz calmo aquando o momento de dormir	Após os 4 meses a criança dorme sem necessidade de se alimentar (sistemas de regulação do açúcar amadurecidos)
Psicoespiritual	Existência de rotinas indutoras do sono	A criança é acompanhada pelos pais no momento de deitar; Presença de objeto transicional	Criança Autoconforta-se para adormecer e/ou voltar a dormir; Ausência de medo e insegurança
Sócio cultural	Pais capazes de identificar e satisfazer as necessidades da criança quando esta chora	Pais capazes de estabelecer e implementar hábitos de sono saudáveis à criança	Pais capazes de gerir o sono da criança
Ambiental	Roupa da criança e da cama adequadas; Temperatura do quarto adequada	Ausência de ruído, luminosidade e odores; Cores do quarto; Ruído branco; Local do adormecimento é o mesmo do despertar	Criança transfere a sua necessidade de atenção dos pais para um objeto transicional

Justificada e verificada a relevância da utilização do referencial teórico, articulado com todos os elementos que existem na prática da enfermagem pediátrica, segue-se a exposição do Enquadramento Conceptual onde se descreve de que forma o sono tem um papel crucial no crescimento e desenvolvimento da criança, especialmente no primeiro ano de vida, assim como algumas estratégias para a implementação de hábitos de sono saudáveis.

3. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Este capítulo pretende abordar o conceito de Sono; a sua fisiologia; os principais fatores que o influenciam; os padrões de sono durante o primeiro ano de vida e as suas principais características por intervalo etário e as intervenções de enfermagem na promoção de hábitos de sono saudáveis na criança lactente.

3.1. Caracterização do Sono

Este subcapítulo tem como propósito caracterizar o sono, valorizando alguns dos aspetos relacionados com o conceito em si, com a fisiologia do sono, assim como os fatores que o influenciam.

Atualmente, o sono é definido como um estado comportamental reversível caracterizado por posturas particulares e por uma diminuição de resposta e interação com o ambiente (Salavessa & Vilariça, 2009). O estado de sono é facilmente reversível, que se alterna de forma cíclica com a vigília e que se caracteriza, não só, pela diminuição da resposta a estímulos sensoriais e diminuição da atividade motora e do tónus muscular, mas também por alterações fisiológicas como a diminuição da frequência cardíaca e respiratória e da temperatura corporal (Thorpy & Yager, 2001; Sheldon, 2005a; Mindell & Owens, 2010).

A Associação Portuguesa do Sono (2019) diz-nos que o sono é uma função natural, básica que é sujeita a evolução ao longo dos vários períodos da vida e que, pelo menos um terço da vida de qualquer ser humano é passado a dormir e, também, que o seu cumprimento regular é imprescindível para um saudável desenvolvimento físico, mental e intelectual. Já na perspetiva de enfermagem, o termo Sono, segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) – versão 2 (International Council of Nurses, 2011), remete-nos para *“Repouso: Redução recorrente da atividade corporal, marcada por uma diminuição da consciência, não se manter acordado, em que a pessoa não está alerta, metabolismo diminuído, postura imóvel, atividade corporal diminuída e sensibilidade diminuída mas prontamente reversível a estímulos externos”*.

Ao longo dos tempos, poucas funções fisiológicas receberam tanta atenção como o sono. Poetas, romancistas, académicos e cientistas têm-se debruçado sobre esta temática. De Aristóteles a Freud, muitos foram os que mostraram fascínio pelo sono e pelos seus efeitos nas emoções, no comportamento e na saúde (Thorpy & Yager, 2001).

No que se refere à fisiologia do sono, podemos dizer que o padrão de atividade eléctrica do Sistema Nervoso Central (SNC), tónus muscular e movimento ocular permitem dividi-lo em

dois tipos: sono **não-REM** (*non-Rapid Eye Movements*) e o sono **REM** (*Rapid Eye Movements*).

O **sono não-REM**, ou primeira fase do sono, é o momento no qual se verifica uma diminuição da frequência cardíaca, um relaxamento muscular e uma diminuição da temperatura corporal. Passado alguns momentos, surge a segunda fase (sono profundo). O corpo permanece imóvel, a respiração é curta e regular, os músculos estão relaxados e a pessoa está fora de ação e observa-se um relentamento da atividade cerebral (Cordeiro, 2014).

A fase não-REM do sono é aquela que proporciona maior descanso. Esta fase divide-se em quatro estádios (Rechtschaffen & Kales, 1968). Os estádios 1 e 2 correspondem ao sono leve, sendo os estádios 3 e 4 normalmente combinados, apresentando um registo elétrico típico com ondas lentas. Este é o sono mais profundo, ocorrendo predominantemente na primeira metade da noite. Este estágio de sono é fundamental para o organismo, uma vez que é nele que ocorre maior descanso e a secreção de hormonas fundamentais, como a hormona do crescimento.

O **sono REM** surge cerca de hora e meia a duas horas depois do sono não-REM. Segundo Cordeiro (2014), é nesta altura que recomeça a atividade cerebral com uma componente mental crescente, entrando-se na fase de sono leve onde ocorrem os movimentos rápidos do olho. O sono REM pode chegar a cerca de 80% do tempo total de sono, sendo nesta altura que nos mexemos e sonhamos. Segundo Karp (2014) nesta fase de acessos repentinos de atividade cerebral, os centros de memória profunda da criança organizam todas as novas experiências do dia. No entanto, níveis mais altos de sono REM podem contribuir para os despertares noturnos comuns durante a infância (Anders & Eiben, 1997 citados por Middlemiss, 2004).

A análise fisiológica do sono, não é linear, pois para além de ser analisado como um processo biológico, também tem que ser analisado na sua dimensão comportamental.

Sendo o sono um processo biologicamente determinado e regulado, este é também revestido de uma dimensão comportamental que envolve a vontade do indivíduo e a sua aprendizagem (Sheldon, 2005a; Mindell & Owens, 2010). Desta forma, e apesar de, existir uma pressão biológica para dormir, o momento do adormecer é também dirigido por outros fatores como: contexto de relaxamento, segurança, conforto e de estímulo reduzido, podendo mesmo implicar a decisão de interromper algumas atividades.

Os hábitos de sono das crianças constroem-se pela sequência diária de horários do sono, rotinas, regras, interações com os pais/cuidadores e pelo tipo de ambiente físico na hora de

adormecer. Todos estes fatores podem ser mais ou menos previsíveis e consistentes, pelo que o estabelecimento de regras e rotinas se torna fundamental. Contudo, no seu estabelecimento, cruzam-se, vários fatores como as características da própria **criança**, do **ambiente físico** e **hábitos de sono** estabelecidos, **características culturais** e ainda as **características dos pais** (Morgenthaler et al., 2006; Mindell & Owens, 2010).

Relativamente à **criança**, deverão ser tidos em conta fatores como o seu perfil neurobiopsicológico, temperamento e estilo comportamental, forma de se autorregular, idade e estágio de desenvolvimento, condição de saúde, forma de lidar com a ansiedade provocada pela separação e ainda as experiências anteriores (Mindell et al., 2006; Silva, 2014).

No que se refere ao **ambiente físico**, este relaciona-se com as características do espaço físico onde a criança se deita, como a temperatura, a luz, o ruído, o conforto e os possíveis estímulos presentes (Field, 2017).

Relativamente aos **hábitos de sono**, estes relacionam-se com hábitos, rotinas e horários, com as sestas, o momento da alimentação (antes do sono e durante os despertares), a partilha de cama e/ou necessidade de companhia no adormecer (Field, 2017).

Os **fatores culturais** relacionam-se com os valores e práticas parentais. Os hábitos de sono existentes podem depender da cultura de cada família, o que irá influenciar o conceito do que se considera ser um sono adequado, os comportamentos que são aceitáveis, a fronteira entre o que é o “sono normal” e um “problema do sono” e as formas de gerir e delinear o comportamento das crianças.

O fator relativo aos **pais** está relacionado com o processo de vinculação existente, com o seu nível educacional e socioeconómico, com os conhecimentos e crenças que possuem sobre o sono infantil, com a sua saúde mental, estilo educativo e estilo de vida, com o nível de stress familiar e com a tolerância que têm ao choro da criança (Hall et al., 2015).

O desenvolvimento de distúrbios do sono pode ser influenciado por todos os fatores anteriormente mencionados (Middlemiss, 2004), pelo que a importância do comportamento no sono é ilustrada pela elevada prevalência de insónia de natureza comportamental na infância e pelo sucesso das intervenções comportamentais, baseadas na construção de rotinas consistentes e na associação de estímulos adequados na hora de adormecer (Morgenthaler et al., 2006; Mindell et al., 2006; Mindell et al., 2011).

3.2 O Sono na Criança Lactente

A grande variabilidade entre a quantidade e a distribuição do sono na criança, está intimamente ligada à sua idade e aos parâmetros do crescimento e desenvolvimento infantil. A

redução progressiva do tempo total de sono diário é inversamente proporcional ao processo de crescimento, assim como a evolução do crescimento às necessidades de sono diário, que vão diminuindo.

Desde muito cedo na vida, a saúde do sono é um dos contributos mais importantes para a saúde física e mental da criança (Redeker et al., 2017).

Durante o crescimento da criança os estádios de sono-vigília vão sofrendo alterações graduais, acompanhando a maturação do sistema nervoso. Segundo Maia e Pinto (2016) apenas cerca dos três ou quatro meses de vida, é que se verifica a passagem do sono da criança ao ritmo circadiano. Desta forma, é importante referir que nas crianças lactentes a passagem do estágio de acordado para sono profundo faz-se mais lentamente do que nos adultos. Por este motivo, durante esta fase, as crianças lactentes parecem resistir ao sono e acordam facilmente, assustando-se com sons e movimentos bruscos. No entanto, existem alguns sinais que permitem perceber que a criança está com sono como o bocejar, o aumento do pestanejar, o fechar de olhos involuntariamente, o respirar de forma mais profunda, a diminuição do tônus muscular do pescoço e a diminuição da resposta a estímulos externos (Brazelton & Sparrow, 2009).

A primeira fase de sono REM na criança lactente dura cerca de 20 minutos. No final do primeiro ano de vida, este período torna-se mais curto, à semelhança do que acontece nos adultos (Cordeiro, 2016). Assim, durante o primeiro ano de vida é esperado que quando tentamos deitar uma criança, em fase de sono REM, o mais provável é que esta acorde e o tempo gasto no seu readormecimento seja maior, uma vez que o padrão de sono estável só emerge a partir dos 12 meses (Salavessa & Vilariça, 2009).

Verifica-se também que há maior concentração do sono no período da noite, diminuição do número de despertares noturnos, redução da proporção de sono REM e entrada no sono em estágio não-REM (Sheldon, 2005b; Mindell & Owens, 2010). Durante a noite, os estádios de sono REM e não-REM alternam entre si, constituindo ciclos com duração de 45 a 60 minutos nos lactentes que se prolongam até 90-100 minutos na idade escolar e no adulto. Estes ciclos de sono sucedem-se quatro a seis vezes por noite, podendo haver períodos de despertar nas transições. Nestes períodos, e à medida que a criança vai crescendo, ela vai procurando os seus padrões de conforto, podendo aprender a adormecer sozinha quando acorda (Brazelton & Sparrow, 2009; Cordeiro, 2010; Silva, 2014).

No **primeiro mês** de vida, o sono profundo da criança dura entre 20 a 50 minutos, sendo o restante tempo um semi-adormecer (ou semi-acordar). Contudo, após o primeiro mês de

vida, os ciclos de sono da criança começam a ser mais organizados, adaptando-se esta, de forma progressiva, a um novo ciclo circadiano.

Aos **três meses**, segundo Karp (2014), a criança terá períodos mais longos de vigília. É nesta altura que, segundo Cordeiro (2016), as crianças começam a apresentar intervalos de cinco ou seis horas de sono contínuo, embora isso tenda a ocorrer na primeira metade da noite.

Nesta fase, a criança deverá dormir no quarto dos pais uma vez que se encontra numa fase de maior dependência, com necessidade de cimentar laços e desenvolver os mecanismos de securização necessários a um caminho de autonomia tranquila.

Aos **quatro meses** a criança já é capaz de dormir cerca de seis a dez horas seguidas durante a noite, uma vez que, nesta fase, os sistemas de regulação do açúcar, sobretudo a nível hepático e o sistema nervoso já estão amadurecidos para que a criança consiga dormir sem necessidade de se alimentar (Brazelton & Sparrow, 2009; Cordeiro, 2016). Neste sentido, uma vez mais autónoma, a criança deverá passar a dormir no seu próprio quarto, sendo esperado que acabe por aprender a adormecer sozinha e a voltar a adormecer quando acorda durante a noite (Cordeiro, 2014).

Entre os **seis e os nove meses** de vida as crianças passam por um dos momentos-chave do seu desenvolvimento, onde este se acelera em determinadas funções como a locomoção, a fala e a linguagem, deixando outras perturbadas, como a alimentação e o sono, sendo este o mais afetado (Cordeiro, 2016). Neste “surto” de desenvolvimento e autonomia, a criança tem um interesse desmesurado pelos objetos e pelo ambiente. É nesta fase que a criança começa a ter uma clara consciência de si, do mundo e da relação entre ambos (Cordeiro, 2014). Segundo o movimento lógico do pêndulo das emoções, depois de períodos de ousadia aparecem outros de regressão, os quais se verificam com maior frequência na hora de adormecer e durante o sono (Cordeiro, 2016). Nesta fase, se a criança não tiver sido habituada a dormir sozinha, irá demonstrar maior dificuldade em lidar com a ansiedade da separação.

Após os seis meses, as crianças lactentes já deverão ter bem estabelecido um ritmo de sono-vigília de 24 horas e deverão conseguir dormir durante a noite cerca de 12 horas seguidas, após adormecer sem ajuda, e na sua própria cama (Maia & Pinto, 2008; Folgueiras, 2017).

É entre o sexto e o nono mês que a criança começa a compreender a permanência do objeto, começando a criar a noção de infinito (Cordeiro, 2016). Por outro lado, a progressiva exploração do meio leva-a a aperceber-se de que é frágil, desenvolvendo assim a sua noção

de perigo. Esta ambivalência entre explorar o meio, e ao mesmo tempo sentir perigo, causa à criança grande angústia e receio, levando a um sentimento de medo. Desta forma, é espectável que, nesta fase, a criança sinta maior dificuldade em adormecer, devido à angústia da separação e ao medo (Karp, 2016).

Segundo Cordeiro (2016) adormecer sozinho exige uma enorme capacidade de “estar só” e saber “estar só”. Este aspeto, aliado ao da necessidade de se sentir seguro, são essenciais para compreender as questões relacionadas com as alterações de sono na criança. É importante que a criança seja capaz de sentir que os pais estão presentes quando não estão, para que, nos momentos de maior vulnerabilidade, como a noite, se consiga posicionar sem ansiedade. A criança deverá ser capaz de ter os pais presentes, na sua mente, e nas representações de segurança (boneco, fralda, chupeta, etc.). Anders citado por Middlemiss (2004) refere que crianças capazes de transferir a sua necessidade de atenção dos pais para um objeto transicional, tanto no sono inicial, como no acordar durante a noite, demonstram um apego mais seguro e têm maior probabilidade de voltar a dormir sem necessitar da presença dos pais.

Dos **nove aos doze meses** de vida a maioria das crianças já é capaz de apresentar um sono regular à noite, com pequenas sestas durante o dia. Nesta fase deverão ser estabelecidas rotinas ao deitar. Este momento deverá ser um percurso lento, mas com muito sentido de rotina e criação de hábitos (Cordeiro, 2016).

Ao analisarmos a importância que o sono tem no processo de desenvolvimento da criança, verificamos que dormir e repousar permitem reconstituir as forças do organismo, sendo estas atividades de vida fundamentais para o desenvolvimento, crescimento e reparação das células que ocorrem durante o sono (Roper, Logan & Tierney, 1990; Phaneuf, 2001).

O sono desempenha um papel importante na formação das vias cerebrais necessárias à aprendizagem, e nas diferentes fases de registo, codificação, armazenamento e evocação da memória, pelo que se considera fundamental para o neurodesenvolvimento (DangVu et al., 2006; Soares, 2010; Silva, 2014).

Segundo Soares (2010) o sono também desempenha um papel crucial ao nível do sistema imunitário, tendo ambos uma ligação recíproca, pois alterações no sistema imunitário causam perturbações no sono e, por outro lado, o sono tem uma função protetora e reparadora do sistema imunitário, ajudando a reparar lesões orgânicas e na defesa contra agentes patogénicos.

Adquirir hábitos de sono saudáveis nas primeiras etapas de desenvolvimento é essencial para evitar complicações futuras (Howard et al., 2001; Folgueiras et al., 2017). Nesta fase do desenvolvimento a existência de um bom padrão sono é especialmente importante visto que é durante o primeiro ano de vida que a secreção hormonal se desenvolve e que o padrão de sono sofre uma grande evolução (Sadeh et al., 2010).

Para além da intensa atividade cerebral, existe uma grande atividade hormonal, fundamental nas crianças, desde a secreção da hormona de crescimento, à de acetilcolina, adenosina, dopamina, serotonina, prolactina e cortisol (Soares, 2010). Está provado cientificamente que a secreção de hormona de crescimento tem um pico nas primeiras horas de sono profundo, enquanto o cortisol, hormona de “combate”, tem o seu pico de madrugada, na fase do despertar (Cordeiro, 2014). Soares (2010) diz-nos que a secreção de melatonina aumenta com a escuridão e que o seu aumento vai diminuir os níveis de libertação de histamina, noradrenalina, dopamina e serotonina, responsáveis pelo acordar.

A evidência indica que os efeitos negativos dos problemas do sono têm impacto no desenvolvimento físico, cognitivo e socio emocional (Field, 2017). Os problemas de sono infantil são muito comuns e têm consequências negativas, afetando cerca de 20 a 30% das crianças lactentes e persistindo, na maioria das vezes, até à infância tardia (Hall et al., 2015). Estes problemas afetam, também, outros parâmetros do desenvolvimento, predispondo a criança para um compromisso da capacidade de atenção e problemas comportamentais podendo ainda correlacionar-se com o neurodesenvolvimento atípico aos 18 meses (Sadeh et al., 2015; Lemura et al., 2016). Soares (2010, p. 34) diz-nos que “(...) *não dormir conduz mais cedo ou mais tarde, a uma diminuição da concentração e a irritabilidade, com aumento da ansiedade e risco de depressão.*”

3.3. Promoção de Hábitos de Sono Saudáveis na Criança Lactente

O EEESIP deve estar atento para detetar situações de risco, de forma a poder agir, prevenindo o seu agravamento e consequente evolução para perturbações mais profundas e difíceis de gerir.

A Ordem dos Enfermeiros (2017) salienta que as intervenções de enfermagem são frequentemente otimizadas se toda a unidade familiar for tomada por alvo do processo de cuidados, nomeadamente quando as intervenções de enfermagem visam a alteração de comportamentos, tendo em vista a adoção de estilos de vida compatíveis com a promoção da saúde. Desta forma, considera-se necessário criar estratégias que promovam o sono saudável

da criança desde o seu nascimento, sendo fundamental realçar esta temática nas consultas de saúde infantil.

Pender (2011) tendo por base o Modelo de Promoção da Saúde, define alguns conceitos importantes, sendo de salientar, Pessoa como um ser biopsicossocial que encontra-se parcialmente moldado pelo ambiente, mas que por sua vez procura criar um ambiente propício ao seu potencial humano, assim, a relação entre a pessoa e o ambiente é recíproca. O Meio Ambiente é o contexto social, cultural e físico no qual o curso da vida se desenrola. O ambiente pode ser manipulado pelo indivíduo para criar um contexto positivo e facilitador para aumentar o número de comportamentos benéficos para a saúde (Pender, 2011).

Segundo a mesma autora a Enfermagem assume um papel essencial na interligação da pessoa, famílias e comunidades de forma a promover as condições mais favoráveis para um alto nível de saúde e bem-estar (Pender, 2011).

O EEESIP tem a competência de assistir a criança e jovem na maximização da sua saúde, implementando e gerindo um plano de saúde, promotor da parentalidade no sentido de adoção de comportamentos potenciadores de saúde. Promovendo assim, o crescimento e desenvolvimento infantil, transmitindo orientações antecipatórias à criança e família com o intuito de educação para a saúde onde se pode incluir a promoção de hábitos de sono saudáveis.

Na promoção de hábitos de sono saudáveis existe uma conjugação de fatores que contribuem para um sono saudável, estes devem ser considerados sendo fundamental o papel das instituições de saúde em alertar a população sobre a importância do sono para o bem-estar da criança.

O processo de se manter sozinho na sua cama, a aquisição da capacidade de se autoconfortar e de adormecer, é uma tarefa de aprendizagem para as crianças e que deverá ser acompanhada pelos pais, os quais muitas vezes, necessitam de apoio dos profissionais de saúde e especificamente do enfermeiro.

Quando os pais não adquirem conhecimentos relativos ao sono, as manifestações na criança podem ir desde o choro incontrolável para adormecer, a rituais intermináveis com o objetivo de adiar a hora de deitar e até dificuldades no adormecimento ou despertares noturnos frequentes (Salavessa & Vilariça, 2009). Desta forma, na criança lactente com alterações do sono deve ser tido em atenção, não só as suas características individuais, como as dificuldades biológicas de autorregulação ou a integração sensorial, como por exemplo, se a criança é hipo ou hipersensível à estimulação sensorial, mas também os problemas psicossociais e do ambiente envolvente. Segundo os mesmos autores, situações onde se

verifique problemas desta natureza, a intervenção deverá ser psicossocial e de suporte aos pais, tendo como foco de atenção a relação pais-criança. Vários princípios deverão ser tidos em atenção, sobretudo a escuta empática em relação às dificuldades dos pais.

Salavessa e Vilariça (2009) referem que, os pais que procuram ajuda para lidar com uma perturbação do sono dos seus filhos, necessitam de trabalhar estratégias para ultrapassar a situação. Nesse sentido, além da intervenção do enfermeiro, uma intervenção psicopedagógica com as famílias é, normalmente, suficiente para melhorar significativamente o problema. Vários autores revelam que os princípios fundamentais que deverão ser transmitidos aos pais passam pela criação de rotinas consistentes, que envolvam a regularização dos horários do sono e de outras rotinas diárias, e pela consistência dos seus comportamentos enquanto pais (Davis et al., 2004; Mindell et al., 2010). Assim, é importante que ocorram mudanças nas perspetivas dos pais sobre o sono e que estes compreendam que as crianças podem aprender a acalmar-se para dormir, que um bom padrão de sono leva uma criança a ser mais saudável e feliz, que os ciclos normais de sono são importantes e, sobretudo, que as crianças beneficiam de rotinas (Tse & Hall, 2007).

De acordo com o referido, é fundamental que os pais organizem o momento do adormecer, para que este seja tranquilizante (ambiente calmo, temperatura adequada, evitar momentos de excitabilidade/hiperestimulação próximo do momento de deitar), sem criar rituais de adormecimento demasiado rígidos, que se possam tornar angustiantes para a criança e para os próprios.

O estabelecimento de limites é essencial, evitando que não se forme um desequilíbrio familiar em torno do problema de sono da criança, que possa transmitir à mesma uma falsa ideia de onipotência, mas que, por outro lado, possa causar uma sensação de desamparo, pela falha dos pais não se conseguirem autocontrolar e servirem de motor ansiolítico.

Tse e Hall (2007) dizem-nos que deverá existir uma estrutura para ajudar os pais a resolver os problemas de sono dos seus filhos nomeadamente através da utilização de diretrizes passo a passo para obter um conforto da criança como evitar sestas curtas, evitar alimentar a criança para que esta durma, evitar dormir com ela, atrasar a resposta à criança parcialmente acordada e fazer notas de progresso para identificar atividades que a acalmam. Também Middlemiss (2004) apresentou diferentes abordagens para ajudar as famílias a lidar com padrões de sono problemáticos, sendo estas: a informação pré-natal, o ignorar sistemático, o retirar gradualmente a atenção, o acordar agendado e a Cronoterapia. Segundo Sutton (2011) os enfermeiros que trabalham diretamente com crianças encontram-se numa situação favorável para ajudar as famílias a prevenir perturbações do sono em crianças

saudáveis ou com doença crónica, não devendo este tema ser subestimado ao nível da promoção da saúde.

Incentivar a criança, desde cedo, a dormir sozinha, e em quarto próprio, aplica-se à maioria das crianças, exceto em caso de doença ou em caso de lactentes com idade inferior a quatro meses. Contudo, a partir desta idade, os pais deverão habituar a criança ao próprio quarto, durante o dia, brincando com ela e colocando no quarto objetos que têm para ela um significado especial.

Segundo Folgueiras et al. (2017) a recomendação básica, é que a criança aprenda a adormecer sozinha, num ambiente tranquilo, de forma rotineira e em que se sinta segura. No sentido de ajudar a criança a encontrar as suas formas de apaziguamento deverá ser encorajada a utilização do objeto transicional, uma vez que segundo Salavessa e Vilariça (2009), estes objetos são investidos de afeto pela criança e apoiam-na no processo de separação dos pais.

Folgueira et al. (2017) delinearam um conjunto de recomendações que os enfermeiros podem utilizar nas sessões de educação com os pais para que estes consigam incutir hábitos de sono saudáveis nos seus filhos. Segundo estes autores, a criança deverá ser deitada antes das 22 horas e deverão aprender a dormir sozinhas, sem que o seu sono se inicie com a presença dos pais no quarto. Além disto, deverá tentar-se que a criança associe o início do sono com objetos de segurança e que ao colocar-se a criança a dormir se façam alguns rituais que indiquem à mesma que vai dormir (cantar, falar mais baixo, etc.). As atividades estimulantes, ou o brincar antes de dormir deverão ser evitados e não se deverá deixar a criança a chorar sozinha. Os pais deverão ir observá-la em intervalos regulares (cada vez mais espaçados) para comprovar que esta se encontra tranquila e, se esta situação não se verificar, deverão tentar acalmar a criança, sem tirá-la da cama, devendo esta dormir sempre sem luz no quarto (Folgueira et al., 2017).

As estratégias a adotar para facilitar o adormecer variam de criança para criança e de acordo com a sua idade, estágio de desenvolvimento e das características da sua família, no entanto, a adaptação de estratégias às fases de desenvolvimento da criança requer que os pais conheçam alguns dos marcos importantes em cada uma delas.

Segundo Cordeiro (2016) ao longo do **primeiro mês** de vida a criança, começa geralmente, a ficar mais agitada, irritada e a chorar de uma forma mais intensa. É importante que os pais compreendam que quando estes fenómenos não correspondem a fome ou desconforto, devem deixar a criança chorar no máximo 10-15 minutos devendo, contudo, ficar junto dela, consolando-a, mas deixando-a descarregar o stress acumulado. Nesta fase, os

pais deverão manter-se calmos para não transmitir ansiedade à criança. Importa ainda transmitir aos pais que muitas vezes, após estes períodos de choro a criança fica mais tranquila, e a descarga de endorfina, após este momento, permite-a adormecer mais tranquila. Nesta fase, os pais deverão começar a compreender o choro dos seus filhos como um acordar e não como um sinal de desespero.

De forma geral, a literatura diz-nos que durante os primeiros **três/quatro meses de vida** as estratégias utilizadas são muito no sentido de promover o ambiente intrauterino, de forma a proporcionar à criança sensações idênticas às do meio intrauterino para que esta se sinta confortável (Karp, 2014). Ainda nesta etapa de desenvolvimento, o mesmo autor estabelece cinco formas de encorajar a criança a dormir melhor: o embrulhar/conter a criança; o fazer “chhh” (ruído branco); o embalar e o permitir a sucção. Conter a criança previne “pancadas” acidentais e sobressaltos perturbadores ao descanso da mesma. O fazer “chhh” pode aumentar o sono da criança em uma ou duas horas uma vez que, segundo este autor, a maioria das crianças lactentes dorme melhor com um ruído branco contínuo perto do berço, sendo este som calmante devido a assemelhar-se aos sons intrauterinos e, também, por encobrir os ruídos incómodos. Embalar a criança constitui uma ajuda para esta dormir tranquila. A sucção poderá ajudar a criança a adormecer, mas não a irá ajudar a manter-se em sono profundo.

Importa, também, informar os pais que cerca dos quatro meses estes poderão desabituar, facilmente, a criança destes estímulos de adormecimento, salientando que o primeiro a ser retirado deverá ser o de embalar, seguido do de sucção e do de conter, devendo a utilização do ruído branco ser a último a ser retirado (Karp, 2014).

Este autor salienta ainda a importância da criança lactente ser deitada no berço, sonolenta, mas ainda semi-acordada e desta acordar no mesmo local em que adormeceu. Nesta temática importa referir que o adormecimento da criança no carro, no carrinho ou ao colo levam a um acordar num local diferente do adormecimento, o que faz com que a criança tenha maior dificuldade em conciliar de novo o sono, aquando dos pequenos despertares noturnos (Maia & Pinto, 2008).

Sendo as sesta fundamentais, e parte integrante da vida da criança, é importante salientar aos pais que, a partir dos nove meses, as sestras não deverão ocorrer ao final da tarde e não deverão ser superiores a duas horas (Cordeiro, 2014). Segundo o mesmo autor, as alterações do ritmo circadiano são, muitas vezes, a principal causa da dificuldade que a criança tem em adormecer e devem-se, muitas vezes, a sestras tardias e prolongadas.

Contudo, e porque nem todas as estratégias propostas aos pais, para resolução dos problemas de sono dos seus filhos, são benéficas para todas as crianças e famílias, é essencial que todas sejam discutidas com os mesmos, de forma a avaliar a sua aplicabilidade e eficácia.

4. PERCURSO FORMATIVO

Este capítulo descreve a metodologia utilizada para a concretização deste relatório, a análise reflexiva e as atividades realizadas face aos objetivos definidos, uma vez que a análise e a reflexão sobre as experiências vivenciadas nos diferentes contextos clínicos permite desenvolver competências e o julgamento clínico essencial para a existência de uma prática refletida e fundamentada (Tanner, 2006). Este capítulo faz também referência às competências desenvolvidas ao longo do período de estágio. Previamente a esta etapa do percurso de estágio foi elaborado, para cada um dos diferentes contextos, um guia orientador das atividades de estágio onde foram definidos os objetivos a atingir e as atividades a desenvolver para lhes dar resposta assim como as respetivas formas de avaliação (Apêndice II). O planeamento inerente a cada local de estágio foi alvo de reformulação e reorganização de algumas das atividades, previamente delineadas, resultantes das necessidades identificadas através das experiências vividas em cada contexto, conforme se verifica e fundamenta no decorrer deste capítulo.

O percurso descrito e analisado ao longo do presente capítulo, reflete o início de um processo de desenvolvimento profissional, que me irá prover de competências específicas para prestar cuidados *“de nível avançado com segurança e competência à criança/ jovem saudável ou doente, proporciona educação para a saúde, (...) identifica e mobiliza recursos de suporte à família/ pessoa significativa. Tem como desígnio o trabalho em parceria (...) em qualquer contexto (...)”* (OE, 2017, p.3).

No início deste percurso, foram definidos os contextos clínicos, tendo em consideração os contextos preconizados pelo plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, os objetivos delineados, a problemática identificada e as diferentes áreas de intervenção. Os contextos clínicos de Unidade de Saúde Familiar (USF), Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) / Unidade de Cuidados Intensivos e Especiais Pediátricos (UCIEP), Serviço de Urgência Pediátrica (SUP), Serviço de Reabilitação Pediátrica e de Desenvolvimento (SRPD) e Serviço de Internamento Pediátrico (SIP), todos na região da grande Lisboa, foram considerados pertinentes, por serem unidades de referência na área da saúde infantil e pediatria, e por darem resposta ao tema específico de estágio e favorecerem a vivência de experiências enriquecedoras, a formação e uma prática reflexiva que são componentes essenciais para o desenvolvimento de competências de EE (Mestrinho, Félix, Mègre & Lopes, 2016).

Em cada contexto foi apresentado o respetivo guia orientador, o qual foi discutido com o Enfermeiro Orientador de forma a ajustá-lo e a promover e potenciar experiências relacionadas com a problemática do sono da criança lactente. Além disso, as experiências aliadas a reflexões teóricas são importantes para o desenvolvimento de competências de EE (Benner, 2005; Mestrinho et al., 2016), uma vez que *“o clínico testa e refina propostas, hipóteses e as expectativas fundadas sobre os princípios, em situações da prática real”* (Benner, 2005, p. 32).

O EE é aquele a quem lhe é reconhecida *“competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na sua área da especialidade”* (OE, 2015, p. 99), com elevados níveis de julgamento clínico e tomada de decisão (OE, 2018). Assim, ao longo deste percurso formativo e profissional tive como principal objetivo desenvolver competências comuns e específicas do EEESIP, com a finalidade de prestar cuidados especializados que se enquadrem nos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem e dos cuidados de enfermagem especializados em enfermagem de saúde infantil e pediátrica.

De acordo com a problemática referida e explicitada, o quadro conceptual apresentado e face à finalidade da referida unidade curricular, que consiste no desenvolver competências científicas, técnicas e humanas para a conceção, a gestão, a prestação e a supervisão de cuidados de enfermagem especializados à criança, ao jovem e à família (ESEL, 2019), definiram-se dois objetivos gerais, já referidos na introdução, o primeiro transversal a todos os locais de estágio e o segundo mais dirigido à problemática específica:

- Desenvolver competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria e de Mestre em Enfermagem nos processos de saúde/doença nos diferentes estádios de desenvolvimento da criança/jovem e família, nos diferentes contextos pediátricos.
- Desenvolver competências no âmbito da promoção de hábitos de sono saudáveis da criança/jovem e família, nos diferentes contextos pediátricos, especialmente na faixa etária da criança lactente.

Tendo por base os objetivos gerais, foram definidos os objetivos específicos que, segundo Mão de Ferro (1999) são indicadores de conhecimentos e aptidões que os formandos devem adquirir ao longo do seu processo formativo, tendo assim como objetivos específicos:

- Conhecer a cultura organizacional e a filosofia de cuidados dos diferentes contextos clínicos;
- Conhecer os projetos e programas em desenvolvimento nos diferentes contextos clínicos;
- Desenvolver competências de comunicação adequadas ao estágio de desenvolvimento da criança/jovem e família;
- Desenvolver competências no âmbito do processo de crescimento e desenvolvimento da criança/jovem e família;
- Prestar cuidados à criança/jovem e família nas situações de especial complexidade;
- Identificar os fatores que influenciam o sono da criança lactente;
- Implementar estratégias de intervenção ao nível da promoção de hábitos de sono saudáveis na criança lactente e família.

4.1. A escolha dos contextos de Estágio

Tendo em conta a problemática e os objetivos estabelecidos, definiram-se os contextos clínicos onde decorreram os estágios, sempre com a preocupação de experienciar diferentes áreas de intervenção que contribuíssem para a obtenção das competências pretendidas. Assim, o primeiro contexto apresentado é o Centro de Saúde (USF), seguido da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN)/Unidade de Cuidados Intensivos Especiais Pediátricos (UCIEP), do Serviço de Urgência de Pediatria (SUP), do Serviço de Reabilitação Pediátrica e de Desenvolvimento (SRPD) e, finalizando, o Serviço de Internamento Pediátrico (SIP).

Iniciei o meu percurso de estágio numa **Unidade de Saúde Familiar (USF)**.

A preferência por uma USF deveu-se sobretudo ao facto desta funcionar com o modelo de enfermeiro de família, sendo o enfermeiro responsável pelo acompanhamento das crianças e dos restantes elementos do agregado familiar. A escolha desta unidade de cuidados esteve também relacionada com o facto de ser um meio privilegiado para a promoção de hábitos de sono saudáveis na criança e no adolescente e com o facto da mesma integrar, na sua carteira de serviços, a articulação com o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI).

A escolha da **Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN)/Unidade de Cuidados Intensivos Especiais Pediátricos (UCIEP)** justificou-se por ter, na mesma

unidade, duas unidades distintas: a Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) e a Unidade de Cuidados Intensivos Especiais Pediátricos (UCIEP), podendo desta forma, prestar cuidados, não só a recém-nascidos (RN) pré-termo, mas também a crianças lactentes, sendo o grupo etário relacionado com a temática específica deste trabalho. Esta unidade de saúde, bivalente, é uma unidade de saúde reconhecida na área da pediatria, sendo considerada uma unidade de referência (Costa, 2015). Esta unidade funciona em articulação com o serviço de urgência pediátrica do hospital onde exerço funções, pelo que considere importante conhecer o seu funcionamento.

Pelo elevado número de enfermeiros especialistas nesta unidade e pelos diversos projetos instituídos, nomeadamente ao nível do sono do RN pré-termo na UCIN, considere que estagiar neste local iria contribuir para a compreensão da importância do padrão de sono no desenvolvimento do RN pré-termo e o impacto da hospitalização no mesmo.

O estágio no **Serviço de Urgência Pediátrica (SUP)** decorreu no Serviço onde exerço funções. Além de ser o serviço onde exerço funções, o mesmo foi também escolhido por ter a particularidade de integrar a Unidade de Cuidados Especiais Pediátricos (UCEP). Esta unidade de cuidados intermédios pediátricos, permitir-me-ia desenvolver competências na prestação de cuidados à criança/jovem e família, com enfoque na implementação de estratégias que ajudassem os pais e profissionais a assegurar um sono reparador nas crianças internadas nesta unidade. O facto de, por norma, os internamentos serem mais prolongados nesta unidade do que em SO, permitir-me-ia intervir também, ao nível da promoção de hábitos de sono saudáveis na criança lactente.

A escolha do **Serviço de Reabilitação Pediátrica e de Desenvolvimento (SRPD)** para contexto de estágio deveu-se ao facto de ser um serviço reconhecido e de referência nacional na área do desenvolvimento e da reabilitação. Este campo de estágio permitir-me-ia desenvolver competências na prestação de cuidados à criança/jovem e sua família em situação de saúde/doença e de especial complexidade, dando especial enfoque na promoção do crescimento e desenvolvimento da criança/jovem e no desenvolvimento de atividades que promovessem um sono reparador nestas crianças.

A escolha do **Serviço de Internamento Pediátrico (SIP)** deveu-se ao mesmo funcionar em articulação com o serviço de urgência onde exerço funções, uma vez que pertencem à mesma instituição. Sendo este um contexto de internamento, muitas das vezes com

internamentos prolongados, faria do mesmo um contexto privilegiado para desenvolver competências na prestação de cuidados à criança/jovem e família em contexto de saúde/doença, com especial enfoque na promoção de hábitos de sono saudáveis, sobretudo na criança lactente.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2019) o EE é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados, o qual detém *“um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção”* (OE, 2010, p.2). No que se refere às competências desenvolvidas ao longo do estágio e de acordo com o que nos diz Benner (2005) as competências e práticas competentes referem-se aos cuidados de enfermagem desenvolvidos em contextos reais que envolvem conceitos de cuidados de enfermagem competentes e as capacidades de julgamento clínico. Neste sentido, partindo dos objetivos específicos propostos e integrando as principais atividades desenvolvidas ao longo dos estágios, a reflexão e a análise crítica das práticas suportadas pela teoria, evidenciam a aquisição e desenvolvimento de competências de EE e de EEESIP encontrando-se organizadas de acordo com os objetivos gerais definidos.

4.2. Desenvolvimento de Competências Comuns e Específicas de Enfermeiro Especialista

Os diferentes contextos clínicos proporcionaram-me experiências, as quais viabilizaram a integração do cuidado de enfermagem especializado, nos diferentes contextos de saúde e doença, assim como a análise das intervenções de enfermagem dirigidas à criança, jovem e família ao longo do seu desenvolvimento.

O estágio de um enfermeiro especialista é um conjugar de novos conhecimentos com a experiência profissional. Alarcão e Rua (2005) referem que a atuação profissional do enfermeiro experiente se situa a um nível que está para além das disciplinas. O seu saber profissional resulta da fusão de saberes provenientes de várias fontes (disciplinares e experienciais) que lhe dão uma visão ampla da realidade (Alarcão & Rua, 2005). Benner (2005) compreende como enfermeira perita aquela que tem um saber advindo da experiência

e compreende de forma intuitiva cada situação concreta. Apreende o problema diretamente, agindo a partir de análise profunda da situação global.

Vieira (2017) salienta que os enfermeiros precisarão não só de conhecer as práticas desses contextos que são diferentes daqueles onde exercem funções, como estarem preparados para desenvolverem um papel ativo nesses cuidados, ou seja, o aumento da complexidade dos cuidados de saúde aumentará também as práticas colaborativas no trabalho em equipa.

A avaliação do crescimento e do desenvolvimento das crianças e adolescentes constitui-se uma área onde, apesar de já ter experiência, identifiquei a necessidade de aprofundar conhecimentos. Assim, pretendi desenvolver competências de apreciação e interpretação nesta área pelo que procurei participar em atividades neste âmbito no estágio desenvolvido na USF. Neste contexto, participei nas Consultas de Enfermagem de Saúde Infantil recorrendo à aplicação do instrumento de rastreio preconizado no PNSIJ (DGS, 2013) como a Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada nas crianças até aos cinco anos. Por não ter experiência na aplicação desta escala, e sendo a sua utilização preconizada pela DGS, optei por aprofundar conhecimentos sobre a mesma e aplicá-la, obtendo um melhor conhecimento das suas potencialidades, enquanto instrumento de avaliação, e o facto da mesma permitir fazer um rastreio rápido e eficaz do nível de desenvolvimento da criança. Durante a realização da consulta de saúde infantil, na USF onde estagiei, a aplicação desta escala era uma exigência, encontrando-se esta disponível, e acessível, para efetuar os registos no programa SClinico®. Durante a aplicação da escala, procurei realizar sempre uma observação individualizada e ressaltar junto dos pais que, apesar dos chamados “pontos de referência”, cada criança tem o seu próprio ritmo de crescimento e desenvolvimento motor, cognitivo e emocional (Brazelton, 2009).

Outro aspeto importante relaciona-se com a perícia que fui adquirindo, devido ao crescente número de consultas que fui realizando e de forma, cada vez mais autónoma. Nas primeiras consultas senti a insegurança, típica de quem não estava familiarizada com a metodologia das mesmas, sentindo que estava muito dependente dos guiões de orientação, o que fazia com que a consulta fosse realizada de uma forma rigidamente esquematizada para que nenhum dos itens fosse esquecido. Com o desenvolvimento da experiência e com a evolução das minhas capacidades de comunicação, consegui realizar estas consultas de forma fluida e com uma visão crítica sobre as diferentes situações clínicas com que me deparava. O olhar crítico, baseado na evidência, foi importante no caso das crianças *toddler* que, muitas vezes, têm vergonha dos profissionais (Wilson, 2014) e acabam por não demonstrar as competências que, na realidade, já adquiriram. Com o passar do tempo, a

realização da consulta desenvolveu-se de forma “espontânea”, com flexibilidade na ordem das dimensões a avaliar, conseguindo articular a observação e as temáticas a abordar, introduzindo-as, muitas vezes, no diálogo que estabelecia com os pais e com a criança. Apercebi-me que, após realizar várias consultas, conseguia fazer orientação aos pais, dando resposta às suas necessidades, a partir das questões por estes colocadas.

Relativamente à comunicação com a criança e com os pais, esta foi estabelecida de acordo com as linhas de orientação, princípios e técnicas adequadas aos diferentes estádios de desenvolvimento da criança e adolescente, de acordo com que é referido por Hockenberry (2014). Neste âmbito, e na consulta de enfermagem de saúde infantil, tive oportunidade de observar a EE em interação com crianças e adolescentes, onde esta adequava a comunicação e a linguagem ao grupo etário de cada criança, adotando estratégias para estabelecer uma comunicação eficaz. Dessas estratégias saliento uma que se verificou ser eficaz para a maioria das crianças - *“Tornar-se modelo”*. Ou seja, a enfermeira reforçava as capacidades da criança e exemplificava aquilo que a criança deveria/poderia fazer e/ou dizer. Esta estratégia estimula as crianças promovendo sentimentos de confiança. Considero que a comunicação estabelecida foi ao encontro das estratégias preconizadas por Pérez- Robles e Ezpeleta (2015) ou seja, desenvolver disponibilidade emocional nos adultos de referência para responderem às necessidades físicas e emocionais da criança, tendo a experiência vivenciada neste estágio contribuído para desenvolver competências de comunicação, tal como descrito na unidade de competência “E3.3. Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura” (OE, 2018). Realizei um Diário de Aprendizagem (Apêndice III) relacionado com a comunicação com a criança neste contexto que foi fonte de reflexão.

Durante a realização das consultas de enfermagem de saúde infantil, além das atividades preconizadas, também verificava se a vacinação da criança se encontrava, naquele momento, de acordo como o Programa Nacional de Vacinação (PNV), assim como, também, relativamente aos elementos do seu agregado familiar, o que constituía uma prática da equipa de enfermagem.

Na realização das consultas de enfermagem de saúde infantil, tive oportunidade de observar e realizar a avaliação do crescimento e desenvolvimento das crianças e adolescentes. Na sequência desta atividade, pude sinalizar e proporcionar o acompanhamento das mesmas, fazendo a articulação com os vários intervenientes na prestação de cuidados, tal como é preconizado pelo PNSIJ (2013). Juntamente com a EE tive oportunidade de referenciar uma criança para a SNIPI. Tratava-se de uma criança com atraso

do desenvolvimento cognitivo que não consegui dar resposta às atividades de avaliação preconizadas para a sua idade. A observação do comportamento desta criança e da sua forma de brincar, deu-nos informação para identificar o seu atraso de desenvolvimento. Esta situação vai ao encontro do que nos diz Hockenberry (2014) que enquanto enfermeiros de saúde infantil e pediatria podemos conseguir obter pistas relativamente ao desenvolvimento físico, social e intelectual da criança, através da forma e complexidade do comportamento de brincar apresentado pela mesma.

Para avaliar o crescimento e desenvolvimento infantil, o EEESIP deverá possuir conhecimentos quanto aos marcos de desenvolvimento em cada idade-chave. Deverá conhecer a história de saúde da criança, os seus os fatores de risco e a própria percepção dos pais relativamente ao desenvolvimento da mesma (DGS, 2013). Esta avaliação permite detetar precocemente desvios passíveis de correção, transmitir de acordo com a intervenção dos cuidados antecipatórios aos pais orientações que contribuam para potenciar a maximização do desenvolvimento da criança (DGS, 2013; OE, 2010).

Outro episódio que constituiu um momento relevante para a minha aprendizagem, foi a realização de uma consulta de enfermagem a uma adolescente de 15 anos. Esta adolescente tinha abandonado a consulta de pedopsiquiatria, onde estava a ser acompanhada, assim como a medicação que fazia, por considerar a sua situação clínica melhorada. Recorreu à consulta de enfermagem de saúde infantil na companhia da mãe que trazia uma carta, da psicóloga escolar, com informação de que a adolescente apresentava momentos de ideação suicida. De acordo com Santos (2015) os problemas de saúde mental em crianças e adolescentes são frequentes, e podem afetar profundamente o desenvolvimento e autonomia como futuro adulto, tendendo, muitos deles, a ter uma evolução crónica, com repercussões negativas e graves a nível familiar e académico. Segundo o mesmo autor existe evidência de que a intervenção precoce nos problemas da criança pequena, pode ter um valor preventivo singular e uma maior eficácia para a resolução dos problemas de saúde mental. Neste sentido, apresentando-se a referida adolescente pouco comunicativa e com um fácies triste e, de acordo com a informação que conseguimos obter (através da carta da psicóloga), integrando uma família disfuncional, foi tomada a decisão de encaminhá-la para uma consulta de pedopsiquiatria.

O EEESIP tem o dever de promover o mais elevado estado de saúde possível e prestar cuidados à criança e família proporcionando uma educação para a saúde através da mobilização dos recursos disponíveis na comunidade. Sendo enfermeira com experiência profissional em contexto hospitalar, desenvolver competências no âmbito da comunidade foi

uma prática deveras importante, de forma a consolidar informação do trabalho efetuado ao nível dos cuidados de saúde primários.

Além das consultas de enfermagem de saúde infantil, na USF, a equipa de enfermagem agendava a avaliação do peso do RN. Num dos momentos aquando da avaliação do peso de um RN, ao despir a criança, observei que o coto umbilical apresentava o local de inserção exsudativo, com exsudado purulento e odor fétido. De acordo com a informação obtida através da entrevista de apreciação realizada à mãe do RN, esta estava a fazer a limpeza do coto umbilical corretamente, conforme o explicado na maternidade, embora pensasse que não faria bem a limpeza do coto umbilical com receio de magoar o filho e que a presença de exsudado e/ou odor pudessem ser normais uma vez que o comportamento da criança se mantinha de acordo com o habitual e sem a presença de febre. Por considerar, de acordo com a evidência e a minha experiência clínica, que o coto umbilical se encontrava com sinais de infeção, optei por pedir observação médica, o que resultou no encaminhamento da criança para o hospital de referência. Esta atividade enquadra-se no que é referido no Regulamento nº 351/2015 de 22 de Junho (para além de se detetarem conhecimentos e habilidades nas consultas de enfermagem de vigilância de saúde infantil, realizando a avaliação de crescimento e desenvolvimento, os enfermeiros necessitam de colocar em prática as suas competências técnicas e relacionais, identificando fatores stressores, prevenindo situações problemáticas e, referenciando-as a outros profissionais de forma antecipatória), tendo esta contribuído para o desenvolvimento da competência de EE: “C1. Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multidisciplinar” (OE, 2019).

O seguimento de um RN de termo, que teve início com a realização do Teste de Guthrie, integrante do Programa Nacional de Diagnóstico Precoce, constitui outro momento que me permitiu caminhar neste percurso de aquisição de competências de EEESIP. Por se tratar de um primeiro filho, neste primeiro contacto, questioneei a mãe sobre eventuais dúvidas e/ou receios que teria, tendo dado resposta às suas necessidades naquele momento. Após a realização do teste, a senhora referiu que estava na hora de amamentar o filho e assim, com o objetivo de observarmos o momento da amamentação e de, eventualmente a ajudarmos, disponibilizamos o gabinete onde nos encontrávamos para que o amamentasse. Após ter aceitado a nossa sugestão, considerei pertinente reforçar a vantagem de estarmos ao seu lado naquele momento. Durante a amamentação a mãe ia procurando, através do contacto visual, obter um *feedback* da minha parte. Elogiei as competências que evidenciou, ao longo do processo de amamentação, fazendo reforço positivo quando considerava ser adequado.

Este momento de interação permitiu-me estabelecer uma relação empática com a mãe da criança e simultaneamente promover o processo de vinculação mãe-filho; uma oportunidade para observar a amamentação do RN, e simultaneamente, avaliar as respectivas competências parentais (Cardoso, Silva & Marin, 2015). Após a identificação das necessidades parentais relativas à amamentação, foram partilhadas estratégias para a promoção da amamentação eficaz, de acordo com o seu referencial cultural e espiritual, de forma a promover momentos de conforto à mãe e filho no momento da amamentação. As necessidades sociais de conforto são estruturadas ao nível sociocultural, como o suporte, linguagem corporal positiva e carinho. Estas necessidades são satisfeitas, por exemplo através do saber estar do enfermeiro, pois inclui a sua atitude, mensagens de bem-estar e incentivo, reforço positivo e a presença do enfermeiro (Kolcaba & DiMarco, 2005). Kolcaba (2010) salienta ainda, que a prática de enfermagem se baseia na apreciação intencional das necessidades de conforto, na conceção das medidas de conforto para abordar essas necessidades e reapreciação dos níveis de conforto, após a implementação. Estas podem ser intuitivas, subjetivas ou objetivas tendo em conta a especificidade da situação.

Ao promover a amamentação, o EEESIP, demonstra competências para favorecer a maximização de uma vinculação segura no RN (OE, 2010), visto que a amamentação é das primeiras interações entre a mãe e o filho. Propiciar experiências alimentares positivas, desperta na mãe maior sensibilidade e compreensão das necessidades do seu filho, o que contribui para o desenvolvimento de uma vinculação segura, em momentos de conforto físico, psicoespiritual e sociocultural do cliente pediátrico (Kolcaba, 2033; Liu, Leung & Yang, 2014). Esta situação contribui para dar resposta à competência específica “E3. Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem” em todas as suas unidades de competência (OE, 2018).

Neste contexto de estágio, foi também possível testemunhar a importância do EEESIP na promoção da parentalidade e consequente otimização da saúde e do bem-estar sistema-cliente (OE, 2010), através de cuidados antecipatórios dirigidos à família capacitando-a e promovendo o seu potencial de saúde (Neuman & Fawcett, 2011; OE, 2015), contribuindo, assim, para dar resposta à competência específica “E1. Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde, E1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e a reinserção social da criança/jovem” (OE, 2018).

A consulta de saúde infantil, e o momento da vacinação, são momentos privilegiados para o EEESIP, no sentido de levar a família à adoção de comportamentos potenciadores de

saúde, criando oportunidades para a mesma revelar as suas habilidades e competências do cuidar a criança e na manutenção da sua saúde, e também para que esta possa adquirir novos conhecimentos que a irão permitir colmatar as suas necessidades, promovendo simultaneamente as suas forças e competências (Hockenberry & Barrera, 2014; OE, 2015). Importa referir que durante as consultas houve a preocupação em compreender a tríade de cuidados. O facto do EEESIP, escutar os receios e ansiedades dos pais e promover uma “*comunicação expressiva de emoções*” (OE, 2015) faz com que este seja capaz de reconhecer e valorizar as competências parentais, tornando os pais confiantes na compreensão dos comportamentos do RN, na forma como ele interage com o meio ambiente, os seus significados e a forma como comunica a sua individualidade e as suas necessidades, conferindo-lhes conforto no cuidar dos seus filhos (Nugent et al., 2007). Assim, a transmissão de orientações antecipatórias sobre o desenvolvimento infantil por parte do EEESIP, promove a maximização do potencial de desenvolvimento e competências parentais (OE, 2010), o que vem dar um contributo para responder à competência específica “E3. Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem, E3.1: Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil” (OE, 2018).

Observando o comportamento das crianças durante as consultas de enfermagem de saúde infantil, e a forma como os pais reagiam a determinados comportamentos dos filhos, compreendi que muitos deles confundem os conceitos de disciplina e limites. Segundo Hockenberry (2014), a disciplina refere-se à ação tomada para forçar o cumprimento das regras depois da sua transgressão. Por outro lado, e segundo a mesma autora, colocar limites diz respeito ao estabelecimento de regras ou orientações para o comportamento, ou seja quanto mais claros forem os limites colocados e a consistência do seu cumprimento, menos necessidade existe para uma ação disciplinar. De acordo com o verbalizado pelos pais, aquando das consultas, pude constatar que nem todos atribuem importância ao estabelecimento de limites nem à sua relevância no desenvolvimento da criança. Segundo a American Academy of Pediatrics (2005) nos primeiros três anos de vida, o cérebro humano tem grande potencial para a aprendizagem e os pais têm oportunidade de otimizar o desenvolvimento dos filhos. Quando abordada esta temática, durante a consulta de enfermagem, verifiquei que muitos dos pais desconheciam métodos não agressivos para lidar com o mau comportamento dos filhos como, por exemplo, o “*Time-Out*” que consiste em colocar a criança num local pouco estimulante e isolado. De acordo com Hockenberry (2014) a criança ao ser colocada num local pouco estimulante e isolado, começa a ficar aborrecida e consequentemente concorda em comportar-se de forma adequada para poder reinserir-se no

grupo familiar. Desta forma, considero que abordar esta temática, durante a consulta, sempre que foi pertinente, permitiu-me intervir junto dos pais de forma adequada, realizando intervenções no âmbito do desenvolvimento infantil, e assim, contribuir para o desenvolvimento da unidade de competência “E 3.1.3. Transmite orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infanto-juvenil” (OE, 2018). Sem dúvida que este percurso se enquadra num dos contextos mais ricos para a maximização da saúde e promoção do crescimento e desenvolvimento. Na USF a maioria das crianças e adolescentes estão saudáveis, o que permite aliar a promoção para a saúde alicerçada na prevenção e orientação antecipatória e a promoção do crescimento e desenvolvimento mais constante ao longo do ciclo de vida nas idades-chave.

O estágio realizado na UCIN e UCIEP permitiu-me desenvolver competências de entre as quais saliento as competências relacionais e comunicacionais com a criança/adolescente e família, no sentido da promoção de uma vinculação efetiva. A competência de gestão e colaboração em programas de melhoria contínua, também adquirida, facilitou o meu desenvolvimento profissional e pessoal.

Sabendo que as estratégias de comunicação com a criança dependem de múltiplos fatores, como o estágio de desenvolvimento, a sua situação de saúde/doença e o contexto em que a criança se encontra, como referem Sequeira e Sequeira (2016), e mobilizando as competências de comunicação, já desenvolvidas em contextos anteriores, consegui também neste contexto de estágio, estabelecer uma comunicação adequada com o cliente pediátrico gravemente doente submetido a internamento prolongado em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos e Especiais Pediátricos (UCIEP).

Durante o decorrer do meu estágio, nesta Unidade, prestei cuidados a uma criança em idade pré-escolar, renitente à prestação de cuidados e à aproximação dos profissionais de saúde. A interação com esta criança proporcionou momentos durante os quais mobilizei princípios e técnicas de comunicação e, também, estratégias de negociação como manter um tom de voz calmo, mostrar-me disponível, explicar-lhe os procedimentos através do brincar, negociar os cuidados que lhe iriam ser prestados e as intervenções a realizar, sem nunca lhe ocultar o que iria ser feito com verdade, demonstrando uma atitude de respeito pela criança. Estes princípios e estratégias permitiram-me estabelecer com ela uma relação de confiança, promovendo também, o conforto psicoespiritual da mesma. A minha “veracidade adaptada” à sua idade e estágio de desenvolvimento fez com que estabelecesse com ela uma relação de confiança. Conforme nos diz Diogo (2015) a utilização de técnicas adequadas de

comunicação pode auxiliar a construção da relação, facilitando a gestão das emoções associadas aos processos de saúde-doença e de cuidados. Este pressuposto está em consonância com o referido por Hockenberry (2014) segundo o qual existem técnicas de comunicação verbais e não-verbais que auxiliam a expressão de pensamentos e de sentimentos, sendo estas mobilizadas pelo enfermeiro ao estabelecer uma relação de confiança com o cliente.

Neste contexto, e ainda com a mesma criança, durante um dos turnos que realizei, percebi que esta estava com um fácies representativo de dor, fora do habitual, e que hemodinamicamente se apresentava com aumento da frequência cardíaca, polipneica e com sinais de dificuldade respiratória. A criança estava internada com o diagnóstico médico de empiema, com necessidade de drenagem torácica, tendo-lhe sido substituído o cateter venoso central no turno anterior. Aproximei-me e observei a presença de assimetria torácica. Chamei a Enfermeira Orientadora e pedi-lhe que chamasse o médico, o qual rapidamente compareceu e solicitou à mãe da criança que se ausentasse da sala. Percebi que a mãe estava preocupada, por se ter apercebido de que alguma coisa não estava bem com a filha. Considerei que seria importante confortá-la e partilhar a informação possível e pertinente. Estando a criança acompanhada com o médico e a enfermeira especialista, optei por acompanhar a mãe até à sala de espera dos pais. Durante aquele percurso aproveitei para a confortar relativamente à situação que estava a vivenciar. Encorajei a expressão de sentimentos, esclarecendo dúvidas e desmistificando os medos/receios que verbalizou, procurando proporcionar proximidade e segurança. Este momento permitiu-me compreender de forma mais profunda as necessidades da mãe desta criança, incluindo as suas necessidades de conforto, e de que forma lhes poderia dar resposta.

Após a realização de uma radiografia ao tórax, percebeu-se que estávamos perante uma situação de pneumotórax hipertensivo, com compressão do mediastino e com risco eminente de paragem cardiorrespiratória (PCR). Depois de resolvida a situação refleti sobre a mesma e sobre a minha intervenção. Percebi que tinha sido capaz de identificar uma situação de instabilidade hemodinâmica e de intervir de forma rápida para a resolução da mesma, indo ao encontro da competência “E2.1. Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados apropriados”. Esta situação fez-me refletir também sobre ter sido pedido à mãe da criança que saísse da sala, evitando a presença parental em situação de emergência. De acordo com Fullbrook, Latour e Albarran (2007), as necessidades experimentadas pela família da criança/adolescente são muitas vezes relegadas para segundo plano já que, em contexto de cuidados críticos, os enfermeiros tendem a valorizar as

necessidades da pessoa em situação crítica, descorando o conforto de quem acompanha. Segundo Pereira (2015) a presença dos pais deverá ser opcional e para os que optam por estar presente, deverá haver o cuidado de um dos elementos da equipa de saúde explicar e justificar as intervenções realizadas ao filho, uma vez que, só desta forma, se conseguirá diminuir a ansiedade, aumentado a confiança nos profissionais que estão a cuidar da criança, o conforto e, eventualmente conduzir a uma maior aceitação de más notícias. Considero que esta reflexão me permitiu cimentar competências relacionais tais como, escutar o cliente/família, mostrar disponibilidade, ajudando-o a orientar o seu discurso, por vezes desorganizado em situações de dor intensa, e/ou de mal-estar, procurando manter uma postura de tranquilidade, segurança e cordialidade. Esta postura vai ao encontro do preconizado por Oliveira (2009, p.22) que nos diz que o EEESIP *“deve estabelecer um relacionamento interpessoal ponderado, assertivo, transparente e catalisador, fomentando a partilha de informação, as capacidades de escuta e de persuasão, promovendo um clima de serenidade e cordialidade”*. Centrando o meu cuidado na família, esta abordagem do cuidar, proporcionou-me experiência no sentido do desenvolvimento da competência específica de EEESIP “E.1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem”, especificamente nas unidades de competência “E.1.1.1. Negoceia a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar” e “E.1.1.4. Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença”.

A UCIEP foi um contexto privilegiado para estabelecer medidas de conforto como a mobilização e aplicação de estratégias de alívio da dor. Em todas as crianças internadas na Unidade, era cumprido o esquema de analgesia prescrito e a utilização de estratégias não farmacológicas para o alívio da dor.

No que se refere às estratégias farmacológicas para controlo da dor, destaco a utilização do EMLA® e do Livopan®, sendo este último um fármaco que desconhecia (Anexo I). Tive oportunidade de administrar Livopan® para controlo da dor, em crianças em idade escolar e adolescentes, podendo verificar a sua eficácia. Importa referir que se utilizou esta medida terapêutica associada a outras como a aplicação de EMLA e a utilização de estratégias não farmacológicas como a imaginação guiada. Brereton, citada por McKenzie e Gaukroger (1997), refere que o tratamento farmacológico será mais eficaz quando combinado com estratégias não farmacológicas no controlo da dor. Segundo Batalha (2010) crianças

submetidas a procedimentos dolorosos, que experienciaram dor, irão regular o seu comportamento futuro face a essas experiências.

Relativamente às estratégias não farmacológicas, a Unidade dispunha de uma televisão com vídeos de filmes de animação infantis e um “Kit anti-dor”, com brinquedos e materiais médicos reais que permitiam a mobilização de estratégias como, a criança simular a manipulação de determinados equipamentos, proporcionando-lhe, além do conforto físico, conforto psicoespiritual e a diminuição da ansiedade.

A situação descrita contribuiu para o desenvolvimento das competências específicas “E2.2. Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas” e “E2.4. Providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas pela evidência”. Importa referir também que a família era envolvida na aplicação das estratégias anteriormente referidas. O EEESIP explicava aos pais as estratégias a utilizar no sentido de estes compreenderem a sua necessidade e importância, tanto para a criança, como para os próprios, assegurando-lhes que os filhos não sentiriam dor durante os procedimentos. O EEESIP, ao negociar com a família o seu envolvimento na prestação de cuidados, nomeadamente, na colaboração na gestão da dor, adoção de medidas não farmacológicas, revela possuir conhecimentos na gestão diferenciada da dor e na promoção da saúde e bem-estar da criança/adolescente neste âmbito (OE, 2010c). A existência de dor, ou a necessidade de intervenções que a causam, estão frequentemente relacionados com a ansiedade e frustração dos pais, pelo que o EEESIP deve prestar cuidados que integrem intervenções (medidas de conforto) que eliminem ou minimizem o desconforto psicológico e físico experimentado pelas crianças e suas famílias (Sanders, 2014; Hockenberry & Barrera, 2014; Kolcaba, 2010).

Tal como na USF, também na UCIEP e na UCIN, tive oportunidade de promover a vinculação, desenvolvendo a competência “E3.2. Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais”. Uma das situações que contribuiu para o desenvolvimento desta competência foi cuidar de um RN, de termo, filho de uma mãe adolescente, a quem foi diagnosticada varicela no bloco de partos, motivo pelo qual foi separada do filho imediatamente após o parto, sendo este transferido para a UCIEP, onde ficou em isolamento para cumprir medicação antirretroviral. A mãe desta criança foi transferida para o serviço de pediatria, onde ficou em isolamento, não podendo visitar o filho. Ao analisar esta situação, identifiquei o problema de enfermagem de risco de vinculação comprometida, uma vez que separação da mãe e do filho à nascença, só por si, é

um fator de risco para o estabelecimento de uma vinculação adequada e sendo a mãe, adolescente, concedia maior vulnerabilidade à situação, acrescido do facto de as mães adolescentes terem maior dificuldade em vincular-se aos filhos (Jongenelen et al., 2006; Souza et al., 2007). Por esse motivo, decidi implementar estratégias promotoras da vinculação, como por exemplo, fotografar a criança, imprimir a fotografia e tê-la oferecido à mãe. Preenchi também o “Diário do Bebê”, ferramenta utilizada habitualmente na UCIN e selecionei autocolantes disponíveis nesta Unidade, que correspondessem às etapas conquistadas pela criança até aquele momento. No final do turno, e após reunir todo este material, fui visitar a mãe desta criança ao serviço de pediatria. Nesta visita apresentei-me como a enfermeira que cuidou do seu filho durante aquele turno e, disse-lhe que a criança encontrava-se bem e que era muito bonito. Respondi às questões que me colocou e entreguei-lhe a fotografia e os restantes materiais que lhe tinha reunido. Esta agradeceu a minha visita e o facto de lhe ter “levado” um “bocadinho” do filho. Esta mãe adolescente estava acompanhada da sua mãe e de uma prima, as únicas pessoas a quem deu permissão para visitar o filho, solicitando a restrição a outras visitas, uma vez que não tinha a certeza de quem seria o pai do seu filho, não querendo, por essa razão, que pessoas o visitassem contra a sua vontade. Assegurei-lhe que enquanto a criança estivesse internada na Unidade, apenas receberia visitas mediante a sua autorização. Já de regresso à Unidade, recebi um telefonema da secretária de Unidade a informar que estava na presença de uma senhora que dizia ser uma tia da criança e que queria visitá-la. Neste momento, com base na informação que tinha por parte da mãe, do recém-nascido e após validação da situação com a EE, decidi pedir à secretária de Unidade para informar a tia que teria de pedir autorização à mãe da criança para a visitar. A senhora referiu que não o iria fazer e que exigia entrar uma vez que a mãe da criança era menor de idade, não lhe reconhecendo capacidade de decisão. Perante esta situação, e embora a jovem fosse menor de idade, mantive a minha posição, respeitando a sua decisão, salvaguardando os direitos humanos e respeitando a sua intimidade e autonomia. De forma assertiva, informei a senhora que só poderia entrar com autorização da mãe da criança. Considero ter contribuído, desta forma, para o conforto psicoespiritual da adolescente proporcionando-lhe simultaneamente conforto psicocultural, de forma a manter uma relação de confiança com a adolescente, respeitando a sua privacidade e vontade. Na perspetiva pessoal e profissional, esta mesma situação, proporcionou-me experiências que contribuíram para o desenvolvimento da competência comum “A. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal, A1. Desenvolve uma prática profissional e ética

no seu campo de intervenção e A2. Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais”.

No decorrer do meu estágio na UCIEP, constatei que no ambiente da mesma a existência de um elevado nível de ruído, resultante da utilização contínua dos equipamentos de suporte à vida, como ventiladores, monitores, bombas e seringas infusoras, entre outros e do próprio ruído provocado pelos profissionais. Perante esta realidade, e após discussão desta problemática com a minha Orientadora clínica, decidi elaborar um Guia de Orientação para Redução do Ruído. Este guia teve o propósito de intervir a nível do ambiente, minimizando o ruído, de forma a diminuir o impacto do mesmo nas crianças internadas, contribuindo para o conforto ambiental e para a melhoria dos cuidados prestados. Além da elaboração deste Guia, participei nos projetos existentes na Unidade como, o projeto “O Período da Sesta” e “A Mobilização do RN Pré-termo”. Estas atividades de intervenção no ruído na Unidade permitiu-me obter subsídios para o desenvolvimento da competência “B. Domínio da Melhoria da Qualidade” em todas as suas unidades de competência.

Considero que o estágio o SUP me permitiu desenvolver competências no âmbito da prestação de cuidados especializados à criança/jovem e família em situações de especial complexidade. Apesar de ser o local onde exerço funções, este campo de estágio permitiu-me desenvolver competências numa área na qual não tinha experiência – realizar o Sistema de Triagem de Manchester. Segundo a norma da DGS, 002/2018 de 09/01/2018 *“A triagem de Manchester tem como objetivo definir o nível de prioridade, a identificação de critérios de gravidade de uma forma objetiva e sistematizada, indicando a prioridade clínica com que a pessoa deve ser atendida e o respetivo tempo alvo que é recomendado até à primeira observação médica”* (DGS, 2018, p. 9).

O estágio nesta área do SUP permitiu consciencializar-me sobre o facto de ser essencial o desenvolvimento de competências no âmbito da apreciação e tomada de decisão em situações de doença aguda súbita. O Enfermeiro que exerce funções na área da triagem num serviço de urgência de pediátrica deve ter perícia na observação e avaliação das situações de doença do cliente pediátrico, de comunicação (tendo em atenção ao grupo etário da criança/adolescente), mobilizando técnicas e estratégias de comunicação que sejam facilitadoras na interação enfermeiro-cliente pediátrico, no sentido de identificar/avaliar as situações de gravidade, intervir e encaminhar de forma eficaz, salvaguardando o bem-estar e os principais interesses da criança e família. Segundo a norma referida anteriormente (DGS,

2018, p. 9), o sistema de triagem em idade pediátrica *“deve ter em conta a especificidade da criança, independentemente do nível de urgência em que seja praticado”*.

Por não ter experiência profissional no âmbito da triagem, propus-me, durante o decorrer deste estágio, a realizar o Curso de Triagem de Manchester, o qual concluí com sucesso (AnexoII). A realização deste curso foi uma mais-valia para o desenvolvimento de competências nesta área de cuidados, não só como profissional do Serviço, mas também, enquanto futura EEESIP, uma vez que *“a uniformização de procedimentos e as tomadas de decisão suportadas em algoritmos clínicos permitem aos profissionais de saúde do serviço de urgência, dado o afluxo significativo de pessoas nestes serviços, uma atuação centrada em prioridades, um encaminhamento precoce da pessoa e a garantia de uma oferta de cuidados ajustada às necessidades, de maior qualidade e segurança”* (DGS, 2018, p. 15).

Na Sala de Tratamentos, prestei cuidados à criança, promovendo a participação ativa da mesma, e da sua família, em todo o processo, fazendo a preparação dos mesmos para os procedimentos a realizar. Resultante da minha experiência e do que observei neste estágio, considero que o SUP seja um dos contextos onde os pais e as crianças/adolescentes sentem angústia, medo e stress, por se depararem com uma situação inesperada de doença; acrescido do stressor resultante da comunicação, muitas vezes, comprometida entre os profissionais de saúde e o cliente pediátrico durante os procedimentos dolorosos (Martins & Silvino, 2010). Consciente deste facto, tive a constante atenção sobre o impacto que o stress exerce no cliente pediátrico, procurando mobilizar intervenções e estratégias que o minimizasse.

Nos momentos de interação com a criança/adolescente e família, as intervenções foram realizadas mobilizando, na preparação dos procedimentos, técnicas e estratégias de comunicação apropriadas à situação, à atitude e ao grupo etário do cliente pediátrico. No decorrer da preparação da criança/adolescente para procedimentos dolorosos e outros que lhe provoque medo e ansiedade, houve o cuidado de o envolver no processo de cuidados, assim como os pais, estabelecendo uma relação de parceria de cuidados, incluindo-os sempre, se o desejarem, nos procedimentos a realizar ou, se tal não for possível, promovendo a sua colaboração enquanto fonte de conforto e segurança da criança. Saliento o reforço positivo que foi dado à criança/adolescente após cada procedimento, seja de forma verbal e/ou através da oferta de uma recompensa como, por exemplo, um diploma ou autocolantes que simbolizem o seu bom comportamento e coragem. Para a maioria das crianças, as “recompensas” constituem uma memória positiva, influenciando o seu comportamento e

colaboração numa visita futura ao SUP. Segundo Barros (2003) e Jorge (2004) a ideias das crianças sobre o que é o hospital, deriva das suas vivências anteriores.

Na experiência vivenciada no Serviço de Observação (SO), destaco as situações de hospitalização inesperada. Na hospitalização de uma criança existem vários stressors que têm impacto no equilíbrio do sistema cliente pediátrico e que o tornam mais vulnerável. Os pais de uma criança/adolescente internado experienciam sentimentos de incerteza, medo, ansiedade e desamparo, relacionados com a situação clínica dos filhos e com a falta de informação que, por vezes, levam a sentimentos de ansiedade e culpa, estando esta realidade de acordo com Jorge (2004, p.13), ao referir que *“é sempre com apreensão que os pais aceitam a hospitalização de um filho. O seu papel de protetores desaparece aos seus olhos (...) perante a necessidade de aceitar as decisões de profissionais”*. Neste sentido, saliento o apoio e confiança dado pelo EEESIP, em contexto de SO, no sentido de preparar o melhor possível os pais, mobilizando os fatores facilitadores, para a transição de saúde-doença e dando-lhes o suporte emocional possível no momento (Meleis, 2010). O Enfermeiro é, assim, um profissional de proximidade para satisfazer as necessidades da criança e família, principalmente as necessidades de conforto psicoespiritual, estabelecendo uma relação empática e comunicando de forma clara e acessível, o que permite aos pais sentirem-se confortados e apoiados, tendo estes no enfermeiro o profissional em quem confiar (Curry, 1995).

No SUP, cabe ao EE, fazer a gestão da equipa de enfermagem, pelas três valências do serviço (Triagem, Sala de Tratamentos, SO/UCEP), delegar, orientar e supervisionar os cuidados, garantindo a segurança e a qualidade dos mesmos e tomando, habitualmente, em caso de emergência, a gestão da situação. Esta premissa vai de encontro à competência comum “C. Domínio da Gestão de Cuidados, C1. Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde”. As competências, na gestão de cuidados, demonstrada pelo EEESIP, neste contexto, permite-lhe implementar intervenções de forma rápida, dando uma resposta eficaz aos problemas por ele identificados, possibilitando também a prevenção de possíveis focos de instabilidade e complicações para a saúde da criança/adolescente. Cabe ao EEESIP reconhecer situações de real ou possível instabilidade, mobilizar conhecimentos técnico-científicos e aplicá-los durante a prática de cuidados em situações de especial complexidade (OE, 2010). Este contexto de estágio facilitou o percurso para o desenvolvimento da competência específica “E2. Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade, E2.1: Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem

apropriados” (OE, 2018). O julgamento clínico que o EE deverá ter, possibilita reconhecer a complexidade da situação do cliente pediátrico e as modificações que dela podem advir como resposta às diversas intervenções implementadas (Benner, Kyriakidis & Stannard, 2011). A interpretação rápida das respostas do cliente pediátrico às intervenções realizadas deve-se a uma prática reflexiva, associada a um julgamento clínico especializado, o que garante a qualidade dos cuidados e a excelência do exercício profissional.

Ainda no SUP tive a oportunidade de referenciar, juntamente com a minha Enfermeira Orientadora Clínica, uma criança de 21 meses, para o Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR). Os pais desta criança recorreram com a mesma ao SUP, após queda da mesma de uma varanda, com embate num sofá que existia no quintal da casa. Segundo os pais, a criança estaria em casa com a avó e quando estes chegaram encontraram-na inconsciente deitada em cima do referido sofá. No momento da chegada ao SUP a criança encontrava-se chorosa e com irritabilidade marcada. Por indicação médica, ficou em SO e realizou Tomografia Axial Computorizada (TAC) crânio-encefálica. No momento, questionei os pais sobre quando a criança tinha sido alimentada pela última vez. Ambos não souberam responder. Percebi que a criança não tinha sido alimentada pelos mesmos, ou possivelmente nem teria sido alimentada durante o dia. Perante a situação, coloquei a hipótese de entrarem em contacto com a avó, uma vez que segundo eles, seria esta senhora quem estava com a criança em casa. Os pais não quiseram, em momento algum, entrar em contacto com a avó da criança, referindo que a mesma estava muito “transtornada” com o ocorrido. O relato e a atitude dos pais levaram a equipa de saúde a colocar a hipótese de que a criança estaria sozinha em casa e, por isso, a ser vítima de negligência. Entende-se por negligência a incapacidade de proporcionar à criança ou ao adolescente a satisfação das necessidades básicas de higiene, alimentação, segurança, afeto, educação e saúde, indispensáveis para o crescimento e desenvolvimento normais. De forma geral, esta é continuada no tempo, podendo manifestar-se de forma ativa, em que existe intenção de causar dano à vítima, ou de forma passiva, quando resulta de incompetência ou incapacidade dos pais, ou outros responsáveis, para assegurar tais necessidades (DGS, 2020). A mesma entidade diz-nos que os maus tratos, como neste caso a negligência, dizem respeito a *“qualquer ação ou omissão não acidental, perpetrada pelos pais, cuidadores, ou de outrem, que ameaça a segurança, dignidade e desenvolvimento biopsicossocial e afetivo da vítima”* (DGS, 2020).

Durante a avaliação física desta criança, observei que a mesma apresentava sinais de negligência como défice de higiene, que pude verificar através da sujidade das unhas; vestuário desadequado à estação do ano; possível inexistência de rotinas, como no caso da

alimentação uma vez que não sabiam a hora a que a criança tinha sido alimentada; da presença de hematomas dispersos, em diferentes fases de evolução, no corpo da criança. Quando questionei os pais sobre a origem dos hematomas, estes referiram que resultaram de várias quedas que a filha tinha sofrido ao tentar andar. Perante esta situação e porque, enquanto enfermeira, tenho uma responsabilidade acrescida na identificação de situações de risco, dediquei-me a compreender aquela situação e a avaliar a necessidade de notificação da mesma. De acordo com a Convenção sobre os Direitos da Criança (1990) a criança, devido à sua vulnerabilidade, necessita de cuidados especiais, de atenção, de proteção e de ter uma família com responsabilidades.

Ainda durante a intervenção com os pais desta criança, verifiquei que não tinham comparecido na consulta de saúde infantil dos 18 meses. Expliquei-lhes a importância das consultas de saúde infantil para a avaliação do desenvolvimento da criança fosse realizada em idades-chave e para que pudesse haver cumprimento das imunizações segundo o Programa Nacional de Vacinação. O absentismo às consultas de saúde infantil vai ao encontro da lei da inversão de cuidados de Hart, citado por Ramos (2003). O autor diz-nos que a oferta de cuidados de saúde de qualidade tende a variar em sentido inverso ao das necessidades em saúde da população servida e que os efeitos desta lei se acentuam onde os cuidados de saúde estão mais expostos às forças de mercado, atenuando-se onde esta exposição é mais reduzida. Perante esta situação, percebe-se que existe uma inversão da lógica mais elementar: os que mais necessitam tendem a ser os que menos procuram e os que menos cuidados de saúde recebem. Assim, reforcei junto dos pais da referida criança, a importância de realizarem a vigilância de saúde da filha no Centro de Saúde da área de residência e, também, a necessidade de realizarem a consulta de saúde infantil dos 24 meses.

Após análise da situação, juntamente com a enfermeira orientadora clínica, e em parceria com a equipa médica, decidiu-se referenciar a criança para o NACJR existente no SUP. É, precisamente, nos serviços de urgência que os profissionais de saúde têm contacto, em primeira instância, com situações de maus tratos. Segundo a DGS (2007), são frequentes os pedidos de ajuda expressos, assim como os atendimentos em que, quer pelos sinais de alerta identificados, quer pela exuberância ou características peculiares de sintomas e sinais apresentados, os profissionais de saúde detetam a presença de situações de maus tratos. Os NACJR têm como função apoiar e acompanhar as famílias, nomeadamente através da elaboração de um Plano de Intervenção de Apoio à Família; avaliar, acompanhar ou sinalizar para outras entidades ou níveis de intervenção, como sejam a Comissão de Proteção de

Crianças e Jovens (CPCJ) (DGS, 2007). A ênfase atual sobre os resultados mensuráveis para determinar a eficácia das intervenções, exige que os enfermeiros tenham conhecimento que as intervenções provocam resultados positivos nos seus clientes (Hockenberry & Barrera, 2014). Kemp e Richardson (1995, p. 83) dizem-nos que “*não é fácil identificar resultados que sejam fruto apenas da enfermagem*”. Neste sentido a tomada de decisão, do encaminhamento da criança para o NACJR, ter sido feita em equipa. Resultando, posteriormente, o encaminhamento da mesma para a CPCJ, uma vez que segundo o artigo 12º da Lei nº 147/99, de 1 de Setembro, as comissões de proteção de crianças e jovens são instituições oficiais, não judiciárias, com autonomia funcional que visam promover os direitos da criança e do jovem e prevenir ou pôr termo a situações suscetíveis de afetar a sua segurança, saúde, formação, educação ou desenvolvimento integral.

Considero que a intervenção junto desta criança/família contribuiu para o desenvolvimento da competência específica “E1.2. Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem” (OE, 2018).

O estágio realizado no SRPD permitiu-me conhecer uma realidade que desconhecia. Considero que este contexto de estágio era o que eu mais receava, uma vez que não tinha experiência na área de prestação de cuidados à criança com atraso psico-motor e alteração da mobilidade e pelo envolvimento emocional que um serviço desta especificidade acarreta. No entanto, a integração dos propostos dos cuidados centrados na família e a potencialização do conforto psicoespiritual e ambiental do cliente pediátrico com doença crónica (IPFCC, 2017; Kolcaba, 2010) neste contexto, permitiram-me desenvolver a competência específica “E2.5. Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade”. A aquisição desta competência permite o EEESIP proporcionar a readaptação sistema-cliente à sua nova condição e reeducar a família de acordo com as novas necessidades identificadas, reconstituindo o seu bem-estar e fortalecendo os seus mecanismos de *coping*.

O estágio realizado neste Serviço permitiu-me compreender o impacto que as sequelas neurológicas (ex. paralisia cerebral), o AVC, a tetraplegia após queda e/ou acidente, entre outras situações deste foro, têm na vida, no conforto e no bem-estar da criança/adolescente e suas famílias. Neste, como nos outros contextos, destaco a visibilidade da abordagem holística do cliente pediátrico e o facto das intervenções implementadas terem dado resposta às necessidades sentidas e expressas pelo mesmo. Para manter este paradigma, torna-se

fundamental que o EEESIP estabeleça uma relação de parceria com a família, realizando atividades que visem minimizar o impacto de fatores de stress relacionados com a experiência da doença crónica (OE, 2015). As famílias dos adolescentes, portadores de incapacidade recente, demonstravam não aceitar a situação como uma realidade permanente. Observei, diversas vezes, comportamentos de evitamento, como não reconhecer a gravidade da doença da criança/adolescente apesar da evidência física, recusar o ensino sobre a utilização da cadeira de rodas e/ou outros dispositivos e a existência de planos futuros irrealistas para a criança/adolescente, com pouco enfoque no presente (McElfresh & Merck, 2014). Estes comportamentos levaram-me a questionar a forma como essas famílias geriam a situação de crise perante um diagnóstico de condição crónica. Para que essa gestão destas situações ocorra, o EEESIP deverá ser percursor da integração dos CCF nos cuidados à criança e sua família, nos quais deverão ser respeitadas *“a individualidade e as forças da família”*, assim como promovida *“a competência e confiança da família relativamente aos cuidados à criança”* (McElfresh & Merck, 2014, p. 900), envolvendo-a na tomada de decisão dos cuidados prestados e implementando intervenções promotoras de esperança realista. Algumas destas intervenções clínicas foram estabelecidas de acordo com as crenças e recursos da família para lidar com a condição de doença crónica, pelo ensino sobre a condição crónica da criança/adolescente, assistindo os pais no desempenho do seu papel parental e pelo encorajar a felicidade da aquisição de competências por parte dos filhos, por mais pequenas que sejam (McElfresh & Merck, 2014; OE, 2015). Ainda relativamente ao ajustamento da família à condição crónica, o EEESIP tem a responsabilidade de implementar e gerir, em parceria, um processo de cuidar, promotor da parentalidade que maximize o bem-estar da criança/adolescente e família. Os pais são os peritos máximos no cuidado aos seus filhos, pelo que o EEESIP deve negociar a participação dos mesmos ao longo de todo o processo de cuidar, proporcionando conhecimento e aprendizagens individualizadas. Segundo McWilliam (2012) quando trabalhamos com famílias de crianças com necessidades especiais, uma das prioridades é planearmos o modo de as ajudarmos.

No período de realização deste estágio, tive oportunidade de cuidar juntamente com o EE, um adolescente em status pós-AVC que era atleta de alta competição. É indescritível a tristeza em que se encontrava este adolescente. Se por um lado, a família demonstrava não compreender o verdadeiro impacto da situação na vida do filho, comprometendo a atividade do mesmo enquanto atleta, o adolescente aparentava estar consciente dessa realidade. Durante a prestação de cuidados a este adolescente, tive em atenção o seu conforto físico, psicoespiritual e psicossocial, encorajando a expressão de sentimentos, uma vez que, a

confrontação com a nova imagem corporal é uma tarefa difícil no contexto clínico deste adolescente. A autoimagem (imagem corporal) e a autoestima integram o autoconceito, incluindo estas noções, crenças e convicções que constituem o autoconhecimento individual e que influenciam o relacionamento com os outros. A autoestima resulta da avaliação que o indivíduo realiza de si mesmo e a imagem corporal, refere-se aos conceitos subjetivos e atitudes que os indivíduos apresentam em relação ao próprio corpo (Hesselgrave, 2011).

No caso deste adolescente, a vivência de uma imagem corporal alterada, devido a incapacidade motora, envolve dimensões que exercem influência nos mecanismos psíquicos de defesa, nos processos adaptativos e deficiências e na ansiedade corporal perante o stress, influenciando, negativamente, a sua auto-estima. Assim, fez-se o encaminhamento para o Gabinete de Psicologia do Serviço, com a finalidade de ajudar o adolescente e família a gerir este processo de transição.

Na intervenção junto deste adolescente e família, além do encorajamento da expressão de sentimentos, foi reforçada a tomada de decisão responsável, numa perspetiva de empoderamento. A experiência vivenciada no cuidar deste cliente pediátrico constituiu um momento de aprendizagem de excelência para o desenvolvimento da competência específica “E.3.4. Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde”.

Neste contexto, também participei em reuniões da equipa de enfermagem onde foram discutidos casos clínicos de grande complexidade e onde o EE desempenhou a função de gestor de casos, indo ao encontro do que é regulamentado pela OE (2015) elege *“metodologias de organização (...) promotoras da qualidade, (...) inerentes ao método de trabalho por enfermeiro de referência (gestor de caso)”*. Desta forma, e como indica a OE, art 3º (2015) o EE deve deter competências na área da gestão e supervisão de cuidados, no âmbito da formação, investigação e assessoria.

O estágio realizado no SIP permitiu-me, mais uma vez, reconhecer a importância que, a mobilização de técnicas de comunicação têm no estabelecimento de uma relação de ajuda com crianças/adolescentes e família, nomeadamente, a escuta ativa. Neste serviço pude constatar que embora existisse uma preocupação, por parte da equipa de enfermagem, em desenvolver intervenções para promover hábitos de sono saudáveis na criança, as mesmas não eram registadas no sistema informático, uma vez que a avaliação do sono, preconizada no próprio sistema, não era realizada desde há cerca de um ano, por alguns dos elementos da equipa considerarem não ser relevante para a prestação de cuidados. Perante este facto,

determinei, em conjunto com a equipa, retomar a avaliação do sono das crianças internadas, constando essa avaliação no processo informático de cada uma. Conforme nos diz Petronilho (2009) se o registo no processo de enfermagem, não for efetuado, não se produzem indicadores de avaliação da qualidade, o que se traduz não só numa falta de visibilidade da atuação dos enfermeiros como dificilmente transparece o processo de melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. Esta minha intervenção permitiu-me desenvolver a unidade de competência “C2.1. Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados”.

4.3. Desenvolvimento de competências no âmbito da promoção de hábitos de sono saudáveis

Os cuidados de enfermagem assentes numa prática reflexiva são um importante contributo para a melhoria dos mesmos e da própria disciplina de Enfermagem. Neste sentido, e com o intuito de desenvolver competências no âmbito da promoção de hábitos de sono saudáveis na criança lactente, nos diferentes contextos, irei incidir sobre a experiência em três dos locais de estágio, USF, UCIEP e SIP, onde cuidei de crianças lactentes, durante o período de estágio, e refleti sobre as mesmas e sobre a minha intervenção na promoção de hábitos de sono saudáveis.

Em relação à USF, as atividades realizadas permitiram-me tomar consciência da importância na abordagem do sono nas consultas de saúde infantil, mas também da necessidade de formação nesta área, dos profissionais que as realizam.

Verifiquei que o tema do sono é abordado nas consultas de enfermagem de saúde infantil, contudo não lhe é dada a devida relevância. Esta situação exige, por parte dos profissionais de saúde, tomar a iniciativa e mostrar disponibilidade para a abordagem deste tema com a criança/adolescente e família. Ao participar nestas consultas, observei que, quando o tema do sono era abordado pelos pais, os enfermeiros não se sentiam à vontade para discutir sobre o mesmo e sobre os hábitos que lhe estão inerentes. Os enfermeiros que incluíam o sono na sua intervenção faziam-no de uma forma superficial, não dando resposta às necessidades das crianças e dos pais nesta área. Observei que, quando o profissional não é detentor de competências para dar uma resposta fundamentada às questões colocadas pelos pais, relativas aos problemas com o sono dos filhos (especialmente durante o primeiro ano de vida), utiliza de forma inconsciente respostas cliché como o “irá melhorar com a idade” ou com recomendações gerais rápidas e, habitualmente pouco eficazes. Após discussão

deste problema com a enfermeira orientadora, consideramos pertinente realizar-se uma sessão de formação sobre o sono, no grupo etário da criança lactente, dirigida aos profissionais de saúde, em especial à equipa de enfermagem. Além desta atividade de formação, começámos a dar ênfase a este tema durante a consulta de enfermagem de saúde infantil, particularmente em consultas de crianças lactentes.

No sentido de contribuir para a capacitação dos enfermeiros na abordagem do tema do sono nas consultas de saúde infantil, planeei uma sessão de formação intitulada de “*Promoção de Hábitos de Sono Saudáveis na Criança Lactente*” (Apêndice IV; Apêndice V), que foi realizada e que teve a adesão de todos os elementos da equipa de enfermagem. Esta sessão de formação foi avaliada formalmente através da entrega de um questionário aos profissionais (Apêndice VI). Este questionário de avaliação permitiu-me saber que todos os profissionais consideraram esta sessão ter sido muito pertinente e uma mais-valia para a melhoria dos cuidados. A realização desta atividade permitiu-me desenvolver as competências comuns: “B1. Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica”, na unidade de competência “B1.1. Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade” e a competência “D2. Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica”, na sua unidade de competência “D2.1. Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho”.

No âmbito da intervenção dos cuidados antecipatórios, o PNSIJ refere que os hábitos de sono deverão ser abordados, nas consultas de saúde infantil, desde a consulta do primeiro mês até à consulta dos nove meses. No entanto, e segundo a Enfermeira Perita no Sono que tive a oportunidade de entrevistar, a abordagem do sono da criança deverá ser feita desde o primeiro dia de vida, ou idealmente, mesmo antes do seu nascimento, o que deveria acontecer mais cedo do que o preconizado pelo PNSIJ, segundo o qual na consulta do primeiro mês de vida, o enfermeiro deverá intervir a nível das medidas de conforto relativo ao sono, como avaliar a existência do ritmo circadiano e de um ritual de adormecimento, reforçando a importância deste ritual ser praticado pelo cuidador, não dependendo de estímulos externos como por exemplo a televisão (DGS, 2013).

De acordo com o mesmo programa, nas consultas entre os quatro e os nove meses (inclusive) o enfermeiro deve reforçar que, no ritual de adormecimento, é essencial prover a autorregulação da criança, podendo diminuir-se, progressivamente, o uso do colo e substituí-lo por outras modalidades interativas como o toque e a voz (DGS, 2013). Aos seis meses deverá reforçar-se o ritual de adormecimento antes de dormir, devendo aos 12, manter-se o

ritual de sono implementado anteriormente (DGS, 2013). Nesta idade, o PNSIJ, passa a integrar o “dormir” na apreciação dos “Estilos de Vida”.

Devendo a identificação de problemas de sono da criança e a realização das respetivas orientações sobre hábitos de sono saudáveis, ser uma atividade da responsabilidade do enfermeiro, este deverá ser detentor de conhecimentos sobre formas de intervenção e estratégias capazes de ajudar os pais na gestão do sono dos seus filhos, proporcionando-lhes conforto (físico, psicoespiritual e ambiental) e prevenindo problemas futuros quer na criança, quer na família (Folgueiras et al., 2017; Kolcaba, 2010). Segundo Sadeh et al. (2010) e Hall et al. (2015) torna-se importante mudar as cognições e os comportamentos das famílias para promover um sono infantil autocalmante e, sempre numa perspetiva da filosofia dos cuidados centrados na família, orientar a intervenção dos profissionais de saúde dirigida aos pais, uma vez que as cognições destes afetam o sono dos filhos.

Segundo a evidência científica, os pais procuram frequentemente informações sobre estratégias de promoção de hábitos de sono saudáveis dos filhos, seja no período pré-natal ou pós-natal, no entanto são poucos os que recebem informações dos profissionais sobre este tema (Middlemiss, 2004). Perante este facto, os pais procuram informação na *internet* sobre meios de ultrapassar os problemas de sono dos filhos; constituindo este um comportamento que vai ao encontro do que é referido na literatura. Esta revela que, além dos profissionais de saúde, os pais têm uma panóplia de recursos aos quais recorrem para responder às suas questões, como familiares, amigos e internet para procurar formas de resolução de problemas do sono dos filhos (Mindell et al., 2011; Middlemiss et al., 2017), o que poderá levar a desinformação quando procuram resposta junto dos últimos recursos referidos.

Um estudo realizado por Tse e Hall (2007), cujo objetivo foi descrever as perspetivas dos pais sobre a implementação de uma intervenção profissional ao nível do sono, assim como a eficácia da mesma, revelou que, é muito apreciado pelos pais terem um quadro bem estruturado com orientações passo a passo. Neste sentido, optei por realizar um folheto informativo sobre a promoção de hábitos de sono saudáveis na criança (Apêndice VII), dando ênfase à importância do sono no desenvolvimento da criança e aos benefícios de se estabelecerem hábitos de sono saudáveis, referindo estratégias para a implementação dos mesmos. Este instrumento tem como objetivo geral, *contribuir para promoção de hábitos de sono saudáveis na criança durante o primeiro ano de vida*, encontrando-se organizado pelas diferentes etapas de desenvolvimento do primeiro ano de vida, no sentido de ajudar os pais a lembrar e a integrar as orientações dadas na consulta de enfermagem de saúde infantil. A realização desta atividade permitiu-me desenvolver unidade de competência “E1.2.

Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem”.

Ainda durante a prestação de cuidados na USF, pude observar que a intervenção dos profissionais no cliente pediátrico permitiu, em alguns dos casos, a capacitação dos pais para revelar as suas habilidades no atender das necessidades dos filhos. Este facto é essencial para o bem-estar da criança e família uma vez que as mudanças nos comportamentos parentais conduzem a alterações no comportamento da criança e essas persistem no tempo Cardoso (2011).

Ainda integrada neste contexto de estágio, estava inicialmente proposta uma visita à Consulta do Sono numa Clínica de referência. No entanto, esta atividade não foi possível de realizar uma vez que a enfermeira responsável por esta cessou a sua atividade na referida consulta. Perante este obstáculo, decidi substituir esta atividade por uma entrevista exploratória a um perito na área do sono infantil, optando por entrevistar a enfermeira que esteve responsável pela consulta supracitada. Para a realização desta atividade, pedi o consentimento informado da Enfermeira Perita (Apêndice VIII) e elaborei um guião de entrevista (Apêndice IX). A informação recolhida desta entrevista contribuiu para clarificar a intervenção do enfermeiro (nomeadamente do EEESIP) para ajudar os pais na gestão do sono e na implementação de hábitos de sono saudáveis nos seus filhos.

O estágio na UCIEP e no SIP e contribuíram para desenvolver competências no âmbito do sono da criança. Em ambos os contextos, as crianças e famílias encontravam-se numa situação de doença e hospitalização, o que constitui uma situação de vulnerabilidade e vulnerabilidade acrescida. Neste sentido, procurei compreender se o padrão de sono das crianças lactentes hospitalizadas, nestes contextos, se encontrava alterado, seja devido aos procedimentos a que são sujeitas, ausência de conforto (físico, psicoespiritual e ambiental) e/ou pela alteração das rotinas/rituais a que estavam habituadas.

Segundo Sanders (2014) a doença e a hospitalização integram as primeiras crises que as crianças enfrentam. A mesma autora diz-nos que é durante os primeiros anos de vida que as crianças são particularmente vulneráveis às crises decorrentes da doença e da hospitalização, uma vez que o stress vivido representa uma mudança do estado de saúde habitual, da rotina ambiental e porque dispõem de um número limitado de mecanismos de defesa para gerir o stress. Perante as alterações, que a hospitalização impõe, nas rotinas e hábitos da criança, é comum verificarem-se mudanças no comportamento da mesma e no seu padrão de sono, geralmente conduzindo a consequências físicas e emocionais negativas, podendo perturbar o

tratamento e/ou inibir a cura (Santana, 2017). Além disso, a alteração do padrão de sono é reconhecida como um problema que ocorre comumente com o aparecimento da doença, equacionando-se que seja pela rutura que esta provoca no processo circadiano (Rosen, Shor & Geller, 2008). No entanto, Nunes (2014) alerta para o facto dos problemas de sono poderem estar também relacionados com os efeitos de determinados fármacos e tratamentos que a criança esteja a ser sujeita ou pela diferença do ambiente em si.

Na UCIEP, cuidei de uma criança lactente, com quatro meses de vida, que se encontrava internada desde o seu nascimento. Era uma criança sem qualquer padrão de sono estabelecido. Esta, apresentava durante a noite uma franca dificuldade em adormecer e a manter-se a dormir e, durante o dia, dormia a maior parte do tempo. Pela falta de conforto decorrente do ambiente onde se encontrava, o seu sono não decorria de forma contínua, ia acordando ao “mínimo” ruído, não tendo um sono reparador. Quando a criança não consegue dormir adequadamente durante a noite, como acontece durante a hospitalização, surgem sonolência e fadiga diurnas, com a necessidade do aumento do número de sestas durante o dia, que pode levar a perturbações emocionais, hábitos de sono desadequados e a transtornos orgânicos e afetivos que terão grande impacto no seu desenvolvimento (Monteiro & Ceolim, 2014; Nunes, 2014). Perante estes factos e após uma reflexão sobre a situação desta criança, surgiu a necessidade de elaborar uma norma de procedimento para a Unidade, com base na evidência científica mais atual. A norma de procedimento elaborada foi intitulada “*Promoção do Sono na Criança Lactente*” (Apêndice X), tendo como objetivo - *uniformizar os cuidados para promoção de hábitos de sono saudáveis na criança lactente e implementar a “Hora da Sesta” e a “Hora de dormir”*. Estes períodos de sono – hora da sesta e hora de dormir - consistiam o assegurar de um período de descanso, sempre que possível, de preferência no período da tarde (imediatamente após o almoço), e o período da noite. Com o cumprimento destes períodos de sono, as crianças conseguiriam usufruir, um sono adequado e, sempre que possível, ininterrupto. Esta norma enfatiza a importância do sono no grupo etário do lactente, e a sua implicação para o desenvolvimento, assim como medidas e estratégias a implementar para a minimização do impacto da hospitalização no sono da criança, neste grupo etário. O cumprimento desta norma pressupõe, assegurar que as manipulações realizadas à criança ocorram antes do início dos períodos de sono e após o seu término, contribuindo para que esta consiga ter períodos de sono contínuos e reparadores.

Também a luminosidade e o ruído excessivos foram alvo da minha intervenção nesta Unidade, devido a estes estímulos externos serem agentes desestabilizadores para o conforto das crianças e família. Para dar resposta a estas condicionantes ambientais, que em muito

interferem com o sono da criança lactente, foram delineadas estratégias, na norma de procedimento supracitada, para a diminuição do impacto do ruído e luminosidade durante o período de sono da criança. Além desta norma, e pelo ruído excessivo que se fazia sentir na Unidade, e após reflexão com a minha Orientadora Clínica, considerei pertinente elaborar um “*Guia de Orientação para a Redução do Ruído na Unidade de Cuidados Intensivos e Especiais Pediátricos*” (Apêndice XI). Para a elaboração deste guia foram delineados os seguintes objetivos: *Contribuir para que as crianças internadas na Unidade de Cuidados Intensivos e Especiais Pediátricos da UCIEP tenham um sono tranquilo e ininterrupto; Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância do sono no crescimento, desenvolvimento e bem-estar da criança, assim como para a influência deste na recuperação da própria doença; Contribuir para a capacitação da equipa de enfermagem do serviço na mobilização de estratégias e aplicação de recomendações produzidas pela evidência científica, de forma a promover os hábitos de sono das crianças internadas na Unidade.*

Carvalho et al. (2005) dizem-nos que as Unidades de Cuidados Intensivos são uma “sinfonia tecnológica”, devido ao alto nível de atividade, sons e alarmes de equipamentos e de telefones, além das vozes e do ruído resultante do deslocamento dos profissionais. Segundo os mesmos autores as principais fontes de ruído relativo aos recursos materiais são os equipamentos de suporte à vida como ventiladores, bombas e seringas infusoras, monitores cardiorrespiratórios e de temperatura cutânea, alarmes, rádios, telemóveis, entre outros, habitualmente localizados na unidade da criança, junto cabeceira, ou nas laterais, emitindo ruído constante (Carvalho et al., 2005). Manzini (2015) acrescenta que, além das fontes de ruído referidas, existem outras como a realização de procedimentos programados e de emergência, períodos de visitas médicas e de familiares, reuniões de passagens de turno, limpeza da unidade, circulação de equipamentos para exames complementares de diagnóstico e a manipulação de portas. Elevados níveis de ruído geram efeitos fisiológicos indesejáveis que dificultam o bem-estar, prejudicando o conforto físico, a recuperação da criança e, consequentemente, a alta hospitalar (Kolcaba, 2010; Carvalho et al., 2005; Bistafa, 2018). Além de todos estes efeitos, o ruído elevado pode causar perda auditiva e alterações psicológicas como irritabilidade, alterações da função intelectual e do desempenho comunicacional, stress e alterações no padrão de sono podendo, este último, levar a transtornos fisiológicos como: desequilíbrio do sistema imunitário, alterações no metabolismo, distúrbios na termorregulação e distúrbios psicológicos (Santos & Filho, 2016; Bistafa, 2018).

Também o controlo do ambiente físico, relativo à luminosidade e ao ruído, para a promoção do conforto ambiental, constituiu uma preocupação transversal ao Serviço de

Internamento de Pediatria. Contudo, a implementação de estratégias promotoras do sono, concretizaram-se com maior facilidade, uma vez que as crianças, internadas neste Serviço, apresentavam-se hemodinamicamente mais estáveis do que as internadas na UCIEP. Neste sentido, consegui implementar estratégias como: desligar as luzes do Serviço diariamente às 21 horas; desligar as televisões dos quartos das crianças pelas 22 horas, disponibilizando aos pais a televisão da Sala de Pais; reduzir o volume dos alarmes dos equipamentos e das campainhas no final do turno da tarde; colocar as seringas e bombas infusoras no modo noturno (que a maioria dos profissionais desconhecia existir); a supervisão dos níveis de medicação/soros passou a ser realizada no início do turno da noite, evitando que o término dos mesmos, acordasse a criança. As medidas de conforto/estratégias foram bem aceites pela equipa de enfermagem e, pelo que observei, determinadas estratégias já eram mobilizadas por alguns dos elementos, mas de forma não intencional. Neste sentido, foi-me sugerido pela EE que elaborasse um documento que integrasse uma fundamentação teórica sobre a importância do sono no desenvolvimento da criança, com maior enfoque no grupo etário da criança lactente; o impacto da hospitalização no padrão de sono da mesma e as estratégias a implementar para diminuir o impacto da hospitalização no padrão de sono. Esta sugestão levou à realização de um *“Guia de Orientação para a Promoção do Sono no Internamento de Pediatria”* (Apêndice XII). A realização destas atividades na UCIEP contribuíram para o desenvolvimento das unidades de competência: “E2.4. Providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência”; “E3.1. Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil” e ainda “C. Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados” na unidade de competência “C2.1. Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados”.

O SIP tinha a particularidade de receber crianças prematuras, provenientes da Unidade de Neonatologia, para adquirir autonomia alimentar e/ou término de antibioterapia. Estes internamentos estão estabelecidos para situações em que o cliente pediátrico se encontra em pré-alta, etapa na qual os pais necessitam de acompanhamento na prestação de cuidados ao filho e na preparação da ida para casa. Deste modo e, visando dar resposta às necessidades dos pais e aproveitando o facto da equipa de enfermagem ter a prática de entregar aos pais folhetos informativos de variados temas como amamentação; prevenção de acidentes, entre outros, decidi, de acordo com a Orientadora Clínica, elaborar um folheto sobre o sono na criança lactente (Apêndice XIII). Este folheto, que deverá ser entregue aos pais no momento

da alta, tem como objetivo ajudar os pais a gerir o sono e promover hábitos de sono saudáveis dos filhos. Segundo Raydo e Reu-Donlon (2005) a concepção de programas educativos eficazes para os pais, combinando a informação oral e escrita adequada a cada família, parece ser mais eficaz do que qualquer uma destas medidas isoladas. Esta atividade permitiu-me desenvolver a unidade de competência “E1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem”.

Reforcei junto dos elementos da equipa de enfermagem a importância de disponibilizar o folheto sobre o sono, uma vez que, muitos dos pais de lactentes, com quem tive oportunidade de abordar este tema, revelaram ter problemas com o padrão de sono dos filhos, nomeadamente e maioritariamente, a dificuldade em adormece-los, os despertares noturnos frequentes e as sestas de curta duração. Todos estes problemas vão ao encontro do que é referido pela literatura (Hall et al., 2015; Middlemiss et al., 2017; Enfermeira Perita, 2019).

Com base na minha experiência profissional com pais e lactentes, em diferentes serviços de internamento pediátrico, e de acordo com a orientadora clínica, decidi realizar um poster dirigido aos pais, com orientações que os ajudassem a proporcionar um sono tranquilo aos filhos (Apêndice XIV). Este poster foi afixado no corredor do serviço, junto aos quartos dos berços e foi alvo de leitura de muitos pais quando se deslocavam pelo corredor.

Na interação que estabeleci com os pais das crianças latentes internadas, neste Serviço, foi explicado um conjunto de estratégias que poderiam mobilizar para promover o adormecer tranquilo dos filhos, tendo sempre presente o ambiente físico e familiar da criança, orientando-os com a finalidade de os capacitar a estabelecer medidas de conforto que proporcionassem um sono tranquilo e reparador dos seus filhos. Partilhei com os pais que em situação de doença, não deverá existir qualquer preocupação em promover hábitos de sono, referindo-lhes que, nestas situações, é esperado haver uma regressão relativa ao que poderia ser já um padrão de sono adequado ou estabelecido. Contudo, os pais e crianças necessitam de acompanhamento contínuo, na adaptação das estratégias a cada criança, consoante a sua etapa de desenvolvimento. Como me foi referido pela Enfermeira Perita na área do sono, cada criança e cada família são únicos, o que exige uma individualização das estratégias a utilizar e o reconhecimento da família como parte integrante neste processo. Além disso, a Enfermeira Perita diz-nos também que o acompanhamento diário, destas crianças e famílias, é a chave para o sucesso. Contudo, este tipo de acompanhamento não é possível em contexto de internamento, uma vez não permitir uma apreciação global das dimensões da Pessoa no seu ambiente envolvente, após a alta clínica. Na realidade de internamento, não são realizadas

ações individualizadas de educação para a saúde sobre o sono, tentando-se apenas diminuir os fatores ambientais, decorrentes da hospitalização, que têm impacto no padrão de sono habitual da criança. Esta situação poderia ser colmatada com a existência de uma Consulta do Sono Infantil nas instituições hospitalares. Este tipo de consulta seria fundamental para dar resposta às necessidades de cuidados de saúde e aos comportamentos de saúde das crianças e família com perturbações do sono. Segundo a Enfermeira Perita, muitas vezes os pais omitem os problemas de sono dos filhos, porque vivenciaram a experiência de ausência de respostas, às suas necessidades ou porque já tentaram abordar esses problemas com um profissional cuja orientação não os ajudou. Acrescentou, também, que devido a esta situação, os pais quando expõem os problemas de sono dos filhos a profissionais da área, fazem-no já em fases muito avançadas do processo. Neste sentido, os enfermeiros de pediatria podem intervir na resolução destas situações, tendo um papel na prevenção das perturbações de sono mais frequentes (Folgueiras et al., 2017).

À semelhança de outras consultas pediátricas já disponíveis, a existência de uma consulta específica na área do sono infantil, com profissionais especializados, é considerada pelos enfermeiros e outros profissionais da área da pediatria, e pelos próprios pais, uma necessidade emergente, uma vez que esta seria um recurso que iria contribuir para a resolução dos problemas do sono das crianças e prevenir as possíveis consequências decorrentes da privação de sono das mesmas e de quem as cuida. Na opinião da referida Enfermeira Perita a consulta do sono infantil, deveria ser coordenada e dirigida por um enfermeiro, uma vez que este profissional tem uma posição privilegiada na relação com a criança e família e ser detentor de competências comunicacionais com o cliente pediátrico, adequando as técnicas e estratégias a cada estágio de desenvolvimento, e competências no âmbito da relação de parceria. Contudo, a mesma profissional considera que relativamente ao desenvolvimento de competências na área do sono, ainda existe um longo caminho a percorrer. Nesse sentido, a mesma Perita considera importante que um profissional de saúde, que queira desenvolver uma consulta na área do sono da criança, adquira previamente formação específica; mobilize evidência científica da área do sono; partilhe experiências com peritos na área, no sentido de planear uma consulta do sono infantil capaz de dar uma resposta sistemática às necessidades da criança e dos pais.

Ao longo deste percurso e, com base no modelo de Casey, segundo o qual não são estabelecidas fronteiras rígidas entre os cuidados prestados pelos enfermeiros e os cuidados prestados pelos pais, designados de cuidados familiares (Casey, 1995), procurei como futura EEESIP assumir o papel de facilitadora e desenvolver a unidade de competência “E1.1. –

Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem” (OE, 2018). Neste sentido e almejando a saúde infantil, a prevenção da doença ou disfunções na criança, a promoção da saúde e a salvaguarda dos seus direitos, procurei estabelecer uma relação de parceria com os pais, reconhecendo, o seu *“potencial de saúde (...), através da otimização do trabalho adaptativo aos processos de vida” no sentido do “bem-estar e auto-cuidado”* (OE, 2017, p.6; DGS, 2013).

De acordo com Barros (2001) ajudar os pais a adquirirem competências parentais positivas e a lidarem com as características específicas dos filhos, prepara-os para assumirem gradualmente a responsabilidade pelos cuidados. De acordo com o Guia Orientador de Boa Prática da Ordem dos Enfermeiros (2011), a preparação dos pais para participarem nos cuidados, implica que haja uma negociação favorável e satisfatória com os enfermeiros, seja durante a hospitalização, seja em atividades de promoção de hábitos de sono saudáveis em contexto comunitário. Negociar implica discutir, obtendo acordos e resultados, daí que a comunicação se revele fundamental (OE, 2015). Segundo Gottlieb e Feeley (2005) a parceria está associada à partilha de poder e de conhecimentos, definição de objetivos comuns centrados na Pessoa, participação ativa de todos os parceiros e concordância de todos os parceiros na relação. Neste sentido, foi possível observar, ao longo de todos os campos de estágio, estratégias capazes de potenciar recursos e converter esforços em atividades sistematizadas que otimizem o processo de parceria. As estratégias que observei serem implementadas vão ao encontro do preconizado pelo modelo de parceria de cuidados de Anne Casey. Este modelo defende que, compete aos enfermeiros prestar os cuidados de enfermagem e os cuidados familiares que os pais não conseguem prestar, e planear e promover programas de ensino, adequados às necessidades de cada família tendentes à aquisição, por parte da mesma, de conhecimentos e técnicas mais apropriadas para a satisfação das suas necessidades.

Também o SUP e o SRPD foram alvo da minha intervenção no que diz respeito à temática do sono infantil. No SUP, considerei pertinente, após discussão com a Enfermeira Orientadora, a realização de uma norma de procedimento relativa ao sono, onde constavam as principais intervenções de enfermagem promotoras de um sono tranquilo e restaurador em contexto de internamento em SO/UCEP (Apêndice XV). Além da norma referida, optei também por elaborar um Poster, dirigido aos pais, com algumas estratégias e orientações para promover hábitos de sono saudáveis na criança lactente. Este poster foi afixado no

quarto dos berços e foi alvo de leitura por parte dos pais que nele se encontravam com os seus filhos (Apêndice XVI).

No SRPD, após discussão com a Enfermeira Orientadora, e restante equipa de enfermagem, estas consideraram pertinente a realização de uma norma de procedimento sobre a promoção do sono na criança e adolescente em contexto de internamento prolongado (Apêndice XVII). Além disso, foi também solicitado a elaboração de um Poster com orientações dirigidas aos adolescentes, que foi afixado no corredor do Serviço e que foi alvo de leitura pelos próprios, assim como pelos seus familiares e amigos (Apêndice XVIII).

No sentido de dar resposta ao objetivo específico *“Identificar as necessidades e as dificuldades dos pais na promoção de hábitos de sono saudáveis na criança lactente”* e de acordo com a OE (2015, p. 22) *“o enfermeiro tem a responsabilidade de envolver os pais, após conhecer as suas necessidades e desejos, no processo de participação na tomada de decisão e nos cuidados”*. Neste sentido, torna-se emergente conhecer as dificuldades e necessidades dos pais relativas à promoção de hábitos de sono saudáveis nos seus filhos.

Quer na USF, onde tive oportunidade de abordar o tema do sono infantil, quer nos Serviços e Unidades de Internamento Pediátrico, junto dos pais em que tive oportunidade de abordar esta temática, constatei que as principais preocupações verbalizadas pelos mesmos foram essencialmente as mesmas: a dificuldade de adormecimento dos seus filhos; as sestas muito curtas; despertares noturnos frequentes e dificuldade no readormecimento da criança após o despertar. Estas dificuldades vão ao encontro dos resultados da evidência e das principais dificuldades relatadas pelos pais, durante o primeiro ano de vida dos filhos, na Consulta do Sono Infantil da responsabilidade da Enfermeira Perita. Esta profissional salienta que as dificuldades variam consoante a fase de desenvolvimento da criança lactente. Segundo a mesma, na criança até aos três/quatro meses de vida, a principal dificuldade sentida pelos pais relaciona-se com a duração das setas. Referem que os filhos têm sestas muito curtas (cerca de 15 a 20 minutos) e que têm dificuldade em readormecê-los, sobretudo no período da tarde. A Enfermeira Perita explica a ocorrência desta situação como sendo o *“stress do fim do dia”*. Neste período, a criança tende a apresentar um choro intenso, praticamente inconsolável, habitualmente, ao final do dia, iniciando este quadro aproximadamente sempre à mesma hora, o que também acontece com o término da situação. Contrariamente, segundo a Perita, as noites são tranquilas.

Entre o terceiro/quarto mês e o sexto mês de vida, as dificuldades mais frequentemente sentidas pelos pais relacionam-se com o adormecimento da criança, mesmo nas que

facilmente adormeciam ao colo. Esta situação deve-se ao facto de, aproximadamente aos quatro meses de vida, a criança começar a ser mais exploradora e consciente do meio que a rodeia, pelo que dormir deixa de ser interessante, o que habitualmente leva a uma regressão na área do sono.

Após os seis meses as dificuldades dos pais variam consoante a criança, mas relacionam-se frequentemente com o adormecimento. Segundo a Perita, nesta fase os pais tendem a estar muito tempo com as crianças ao colo, a embalá-las, contudo estas resistem em adormecer. As crianças acordam muitas vezes durante a noite para serem alimentadas, embora os pais saibam que não se trata de fome. Acordam para sentir a presença dos pais, e para que estes voltem a adormece-las. Trata-se de uma fase em que ocorrem muitas sestas diurnas, mas de curta duração e, conseqüentemente, pouco reparadoras.

Aproximadamente aos 12 meses os pais referem que as crianças tentam “*sair do berço*”. Gatinham, levantam-se, ficam em pé no berço e não querem dormir. Esta situação acontece durante o sono diurno e o noturno.

A Enfermeira Perita conclui que as dificuldades dos pais, em lidar com o padrão de sono dos seus filhos e com as alterações do mesmo se devem, habitualmente, ao déficit de conhecimentos nesta área, por parte dos mesmos.

5. PROJETOS FUTUROS

No âmbito deste percurso formativo, a apropriação da melhor evidência científica sobre o sono, articulada com as experiências de estágio e a prática reflexiva, que culminaram no meu desenvolvimento pessoal e profissional, emergiu a necessidade de elaboração de um projeto futuro que passa pela conceção de uma Consulta de Sono Infantil. Este será um projeto a desenvolver, num futuro próximo e que, após estar concluído, será apresentado, inicialmente, a uma instituição de saúde.

Numa primeira fase pretendo dar continuidade à formação específica na área do sono e do desenvolvimento infantil propondo-me a realizar o Curso de Consultoria do Sono Materno Infantil, realizado pela *International Maternity and Parenting Institute* (IMPI) e o Curso *Touchpoints* na Fundação Brazelton/Gomes Pedro. Posteriormente, a estes dois cursos, pretendo adquirir formação complementar na área do sono da criança recém-nascida e lactente, tendo como objetivo adquirir uma certificação do Programa *Happiest Baby*, do Dr. Harvey Karp.

Tenho a ambição de produzir e divulgar conhecimento científico no âmbito do sono da criança durante o primeiro ano de vida. Neste sentido, após o término do Curso Pós-licenciatura e Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, pretendo terminar e publicar a revisão scoping sobre o sono da criança durante os primeiros três anos de vida. A pertinência da mesma justifica-se com o futuro projeto da Consulta do Sono Infantil e, também, contribuir para o aprofundamento do conhecimento científico, por parte dos enfermeiros, pais e outros cuidadores, de forma a conseguirem ultrapassar as dificuldades relacionadas com o sono das crianças.

Numa segunda fase pretendo elaborar o projeto para a implementação da Consulta de Enfermagem do Sono Infantil, cujos objetivos serão: *contribuir para a promoção do sono/repouso da criança nos três primeiros anos de vida e capacitar os pais/cuidadores para os benefícios do sono e repouso no desenvolvimento das crianças durante os três primeiros anos de vida*. Esta consulta será dirigida, numa fase inicial, a crianças desde o nascimento até aos três anos de vida e suas famílias/cuidadores, tendo, de acordo com a avaliação da mesma, a possibilidade de alargar a sua população alvo aos restantes grupos etários pediátricos. A elaboração deste projeto obedecerá a fundamentação teórica e às etapas de Projeto, como por exemplo, as preconizadas por Imperatori e Giraldes (1993).

Pretende-se que as famílias possam recorrer, de forma autónoma, a esta consulta, devendo esta ser também uma referência de encaminhamento para consultas médicas e

consultas de enfermagem de saúde infantil. A mesma será sustentada no referencial teórico de enfermagem, o qual integrará a Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba; o Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey; a Filosofia dos Cuidados Centrados na Família e os Cuidados Antecipatórios e seguirá a Metodologia do Processo de Enfermagem.

Além do projeto da Consulta de Enfermagem do Sono Infantil, considero fundamental partilhar o conhecimento adquirido ao longo deste percurso formativo com a comunidade de enfermagem, pretendendo fazê-lo através da publicação de artigos científicos, que valorizem os cuidados de enfermagem, e que contribuam para o alcançar da excelência dos cuidados.

Na procura do saber sobre o sono e o desenvolvimento infantil e, também, na procura do meu desenvolvimento pessoal e profissional, planeio, à distância de médio prazo, candidatar-me ao Programa de Doutorado em Enfermagem.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considero que o percorrer deste caminho me possibilitou desenvolver competências de Enfermeiro Especialista (EE) e Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (EEESIP) que me permitiram responder com tomadas de decisão e práticas profissionais seguras e fundamentadas. No entanto, importa salientar que os conhecimentos adquiridos/desenvolvidos não se esgotam no caminho até aqui percorrido. Do EEESIP espera-se capacidade para adotar metodologias que permitam transpô-los para os diferentes contextos pediátricos, impulsionando a melhoria da qualidade dos cuidados à criança e família, estando por isso num processo constante de aprendizagem e de aperfeiçoamento profissional. Enquanto futura EEESIP, na procura de aquisição e desenvolvimento de competências é imperioso ter presente o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, na perspetiva de que o EEESIP *“utiliza um modelo conceptual centrado na criança e família encarando sempre este binómio como beneficiário dos seus cuidados (...) o EEESIP trabalha em parceria com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre (...) para promover o mais elevado estado de saúde possível, presta cuidados à criança saudável ou doente e proporciona educação para a saúde assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa”* (OE, 2018).

Desta forma, pretendi, ao longo dos diferentes contextos de estágio, desenvolver a minha atividade de acordo com os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem, tentando intervir numa fase crucial do ciclo vital, desde o nascimento até aos 18 anos de idade, utilizando um modelo conceptual, centrado na criança, adolescente e família sendo este binómio o alvo dos meus cuidados, constituindo este o cliente pediátrico (OE, 2017). As experiências adquiridas nos diferentes contextos de estágio foram enriquecedoras, uma vez que me permitiram mobilizar quadros de referência presentes na minha prática diária e perspetivar os que me irão orientar enquanto futura EEESIP. As oportunidades de aprendizagem experienciadas em estágio promoveram momentos de análise e reflexão que contribuíram para elevados níveis de julgamento clínico, essenciais à existência de uma prática refletida e fundamentada (Tanner, 2006; OE, 2010). Neste sentido, procurei constantemente que este percurso formativo e de desenvolvimento pessoal e profissional resultasse das experiências vivenciadas, da formação e da investigação, aliando sempre reflexões críticas e articulando-as com a realidade da

prática de cuidados, de modo a contribuir para uma melhoria contínua da qualidade de cuidados e para a excelência do exercício profissional (Mestrinho et al., 2016).

Segundo a OE (2002) os cuidados de enfermagem à família são mais do que um alargar da esfera de intervenção da enfermagem, são o desenvolvimento de uma abordagem holística de cuidados. Ainda na perspetiva da OE (2018) o desígnio da ação do enfermeiro especialista em Saúde Infantil e Pediátrica traduz-se na prestação de cuidados de nível avançado com segurança e competência, na avaliação da criança e família e nas respostas às suas necessidades.

Considero que, de um modo geral, consegui alcançar os objetivos propostos. Durante este percurso foram realizadas atividades que me permitiram, entre outras, identificar as estratégias utilizadas pelas equipas de enfermagem, nos diferentes contextos de assistência à criança/adolescente e família, de forma a promover a vinculação e a parentalidade, assim como o conforto, o bem-estar e a saúde da criança/adolescente e família.

A execução deste relatório cumpre a necessidade de responder a um problema real da prática de cuidados e presente na vida de muitas crianças e famílias, atualmente, relacionado com o sono da criança durante o primeiro ano de vida e, também, ajudar enfermeiros e famílias a conseguir promover hábitos de sono saudáveis nas crianças deste grupo etário. Deste modo, deverá ser privilegiado a realização de um investimento, por parte dos enfermeiros, nesta área de intervenção, de modo a promover a qualidade e manter a excelência dos cuidados de enfermagem.

As necessidades de atualização de conhecimentos foram uma constante ao longo de todo o percurso, exigindo um esforço contínuo. O tema do sono encontra-se cada vez mais difundido ao nível do conhecimento médico mundial, mas existem poucos estudos de investigação no âmbito da disciplina da Enfermagem, o que se considerou ser uma limitação na elaboração deste relatório.

Por fim, considero que a prática reflexiva promovida nos diferentes contextos de estágio, fundamentada na evidência científica atualizada, facilitou o desenvolvimento de competências inerentes a uma prática especializada e assumiu um papel primordial na construção inicial da minha identidade profissional enquanto especialista. Tal como nos diz Benner (2005, p.12) *“prática é em si mesma um modo de se obter conhecimento”*, ou seja, o conhecimento nasce da prática e esta cria conhecimento. Segundo a mesma autora, as(os) enfermeiras(os) desenvolvem-se profissional e pessoalmente quando há uma reflexão pessoal, pesquisa e integração desses conhecimentos, o que lhes permite, muitas vezes, agir de forma intuitiva (Benner, 2005). Desta forma poder-se-á evoluir de iniciada a avançada, a competente, a

proficiente e, por fim, a perita. Uma prática reflexiva conduz à (re)construção de saberes e tem por base a construção de uma circularidade em que a teoria ilumina a prática e a prática questiona a teoria. Isto pressupõe a apropriação dos saberes da experiência, através de um processo de ação e de reflexão contínua (Kolb, 1984).

Este percurso foi imprescindível para o desenvolvimento pessoal e profissional, contribuindo para a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados tanto ao nível do “saber estar” como do “saber fazer”.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, I., & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, Estágios Clínicos e Desenvolvimento de Competências. *Enfermagem*, 14 (3), 373-382.
- Alligood, M. (2000). Nursing theory: The basis for professional nursing. *Professional nursing: Concepts and challenges*, 3, 246-274.
- American Academy of Pediatrics (2005). *Your Baby's First year* (2ª ed). New York: American Academy of Pediatrics.
- Apóstolo, J. (2009). O conforto nas teorias de enfermagem – análise do conceito e significados teóricos. *Revista Referência*, 2 (9), 61-67.
- Associação Portuguesa do Sono (2019). Acedido em: 12/12/2019. Disponível em: www.apsono.com
- Barros, L. (2001). A Unidade de Cuidados Intensivos de Desenvolvimento como Unidade de Promoção do Desenvolvimento. In M. C. Canavarro, (ed.). *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Batalha, L. (2010). *Dor em Pediatria: Compreender para Mudar*. Lisboa: Lidel.
- Benner, P. (2005). *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Benner, P., Kyriakidis, P., & Stannard, D. (2011). *Clinical Wisdom and Interventions in Acute and Critical Care a thinking in action approach*. New York: Springer Publishing Company.
- Bistafa, S. (2018). *Acústica Aplicada ao Controle do Ruído* (3ª ed). São Paulo: Blucher.
- Boud, D., Keogh, R., & Walker, D. (1985). *Reflection: turning experience into learning*. London: Kogan Page.
- Brazelton, T., & Sparrow, J. (2009). *A Criança e o Sono – O Método Brazelton*. (5ª ed.). Lisboa: Editorial Presença.
- Cardoso, A. (2010). *Experiências dos Pais na Hospitalização da Criança com Doença Aguda* (Dissertação de Mestrado). Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/26863/2/Dissertao%20Ana%20Cristina%20A.pdf>
- Cardoso, L. (2011). *Parentalidade e Problemas de Comportamento em Crianças do Pré-Escolar*. (Dissertação de Mestrado). Mestrado em Psicologia da Educação, Universidade da Madeira.
- Cardoso, A., Silva, A., & Marin, H. (2015). Competências parentais: construção de um instrumento de avaliação. *Revista de Enfermagem Referência*, IV (4ª). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14012>

- Carvalho, W., Pedreira, M., & Aguiar, M. (2005). Nível de Ruídos em uma Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos. *Jornal de Pediatria*, 81 (6), 495-498.
- Casey, A. (1995). Partnership Nursing: Influences on involvement or informal carers. *Journal of Advanced Nursing*, 22, 1058-1062. Doi: 10.1111/j.1365-2648.1995.tb03105.x
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2005). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: versão 1.0*. Geneva: ICN.
- Cordeiro, M. (2014). *Dormir Tranquilo*. Lisboa: A Esfera dos Livros.
- Cordeiro, M. (2016). *O Grande Livro do Bebê*. Lisboa: A Esfera dos Livros.
- Costa, C. (2105). Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE (HFF): 20 anos de Existência. *Revista Clínica Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca*, 3 (2), 40-43.
- Curry, S. (1995). Identificação das necessidades e das dificuldades das famílias e das crianças hospitalizadas. *Nursing*, 94, 26-30.
- Dang-Vu, T., Desseilles, M., Peigneux, P., & Maquet, P. (2006). A role for sleep in brain plasticity. *Pediatric Rehabilitation*, 9, 98–118.
- Davis, K., Parker, K., & Montgomery, G. (2004). Sleep in infants and young children: Part one: normal sleep. *Journal of Pediatric Health Care*, 18 (2), 65-71. Doi: 10.1016/s0891-5245(03)00149-4.
- Diogo, P. (2015). *Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica – um processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Ato de Cuidar* (2ª edição). Lisboa: Lusodidacta.
- Direção Geral da Saúde. (2005). *Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância: Manual de orientação para profissionais de saúde*. Lisboa: DGS.
- Direção Geral de Saúde. (2007). *Crianças e Jovens em Risco: Projecto de Intervenção nos Serviços de Saúde*. Lisboa: Direção Geral de Saúde. Acedido em 22/02/2019. Disponível em: <https://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/maus-tratos-em-criancas-e-jovens/conceito.aspx>
- Direção Geral da Saúde. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa: DGS.
- Direção Geral da Saúde. (2018). Norma 002/2018 Sistemas de Triage de Serviços Urgência. *Norma N° 002/2018 de 09/01/2018*, 1–23. www.dgs.pt
- Direção Geral da Saúde. (2020). *Acção de Saúde para Crianças e Jovens em Risco*. Lisboa: DGS. Acedido em 12/05/2020. Disponível em: <https://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/maus-tratos-em-criancas-e-jovens/tipologia.aspx>
- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. (2017). *Regulamento de Mestrado em Enfermagem e Cursos de Pós-Licenciatura de Especialização*.

- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. (2019). *Documento Orientador Unidade Curricular Estágio com Relatório. 10º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria.* (p.7). Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Espezel, H., & Canam, C. (2003). Parent-nurse Interactions: Care of Hospitalized Children. *Journal of Advanced Nursing*, 44 (1), 34-41.
- Field, T. (2017). Development Infant sleep problems and interventions: A review. *Elsevier*, 47, 40-53.
- Folgueiras, S., Asensio, S., Rodríguez, E., Chavarri, I., & Gabas, I. (2017). Hábitos de sueño en lactentes y preescolares. *Metas de Enfermería*, 20 (7), 12-18.
- Fullbrook, P., Latour, J. & Albarran, J. (2007). Pediatric critical care nurse's attitudes and experiences of parental presence during cardiopulmonary resuscitation: A european survey. *International Journal of Nursing Studies*. 44 (7), 1238–1249.
- Gottlieb, L., & Feeley, N. (2005). *The collaborative partnership approach to care: a delicate balance*. Toronto: Elsevier Canada.
- Hagen, E., Mirer, A., Palta, M., & Peppard, P. (2013). The sleep-time cost of parenting: sleep duration and sleepiness among employed parents in the Wisconsin Sleep Cohort Study. *American Journal of Epidemiology*, 177 (5), 394-401.
- Hall, W., et al. (2015). A randomized controlled trial of an intervention for infants' behavioral sleep problems. *BMC Pediatrics*, 15, Doi: 10.1186/s12887-015-0492-7.
- Hesselgrave, J. (2011). Influências da promoção de saúde no desenvolvimento da criança. In M. J. Hockenberry & D. Wilson (ed.), *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica* (8ª ed.) Rio de Janeiro: Elsevier Editora, Lda.
- Howard, B., & Wong, J. (2001). Sleep disorders. *Pediatrics in Review*, 22, 327-342.
- Hockenberry, M., & Barrera, P. (2014). Perspetivas de Enfermagem Pediátrica. In M. J. Hockenberry & D. Wilson (Ed.), *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., Vol. I, pp. 1–20). Loures: Lusociência.
- Hockenberry, M. (2014). Comunicação e Avaliação Inicial da Criança. In M. J. Hockenberry & D. Wilson (Ed.), *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., Vol. I, pp. 122–187). Loures: Lusociência.
- Imperatori, E., & Giraldes, M. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde - Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.

- Institute for Patient - and Family - Centered Care (2017). Portal do: *Institute For Patient - And Family – Centered Care*. Acedido em: 02-07-2019. Disponível em: <http://www.ipfcc.org/>.
- International Council of Nurses (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE versão 2.0*. Geneve: ICN.
- Jongenelen, I., Soares, I., Grossmann, K., & Martins, C. (2006). Vinculação em Mães Adolescentes e seus Bebés. *Psicologia*, 20 (1), 11-36.
- Jorge, A. (2004). *Família e Hospitalização da Criança*. Loures: Lusociência.
- Karp, H. (2014). *O bebé mais feliz do mundo: A nova forma de acalmar o choro e ajudar o seu bebé a dormir mais*. Alfragide: Livros D'hoje.
- Kemp, N., & Richardson, E. (1995). *A Garantia da Qualidade no Exercício de Enfermagem*. Lisboa: Grafilarte.
- Kolb, D. (1984). *Experiential learning: experience as the source of learning and development*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Kolcaba, K., & Kolcaba, R. (1991). An analysis of the concept of comfort. *Journal of Advanced Nursing*, 16 (11), 1301-1310. Doi: 10.1111/j.1365-2648.1991.tb01558.x
- Kolcaba, K. (1994). A theory of holistic comfort for nursing. Acedido em: 03/02/2019. Disponível em: <http://thecomfortline.com/files/pdfs/1994%20%20Holistic%20Comfort%20for%20Nursing.pdf>
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice. A vision for holistic health care and research*. New York: Springer Publishing Company.
- Kolcaba, K., & DiMarco, M. (2005). Confort Theory and its Application to Pediatric Nursing. *Pediatric Nursing*, 31 (3), 187-194.
- Kolcaba, K. (2009). Comfort. In S. J. Peterson & T. S. Bredow (Ed.), *Middle range theories. Application to nursing research (2nd Ed., pp. 254-272)*. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
- Kolcaba, K. (2010). Theoretical Development. *"The confort line"*. Acedido em: 05/01/2019. Disponível em: <http://www.thecomfortline.com/home/faq.html#comfort>
- Lei nº 147/99 (1999). Lei de protecção de crianças e jovens em perigo. Assembleia da República. *Diário da República*, I Série (Nº 204 de 01-09-1999), 6115-6132. ELI: <https://dre.pt/application/conteudo/581619>.

- Lemura, A., Iwasaki, M., Yamakawa, N., Tomiwa, K., Anji, Y., Sakakihara, Y., ... Matsuichi, T. (2016). Influence of sleep-onset time on the development of 18-month-old infants: Japan Children's cohort study. *Brain and Development*, 38, 364–372.
- Liu, J., Leung, P., & Yang, A. (2014). Breastfeeding and Active Bonding Protects against Children's Internalizing Behavior Problems. *Nutrients*, 6, 76-89. Doi: 10.3390/nu6010076
- Maia, I., & Pinto, F. (2008). Hábitos de Sono. *Nascer e Crescer*. 17 (1), 9-12.
- Manzini, P. (2015). *Nível de Pressão Sonora em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica de Brasília* (Monografia Residência Médica). Hospital de Base do Distrito Federal, Brasília.
- Mão de Ferro, A. (1999). *Na Rota da Pedagogia*. Lisboa: Edições Colibri.
- Martins, T., & Silvino, Z. (2010). Um marco conceptual para o cuidado a criança hospitalizada à luz da teoria de Neuman. *Cogitare Enfermagem*, 15 (2), 340-344.
- McElfresh, P., & Merck, T. (2014). Cuidados Centrados na Família em Situações de Doença Crónica ou Incapacidade. In M. J. Hockenberry & D. Wilson (Eds). *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., Vol.I, pp. 897-930). Loures: Lusociência.
- Mckenzie, I., & Gaukroger, P. (1997). *Manual of Acute Pain Management in Children*. London: Churchill Livingstone.
- McWilliam, R. (2012). *Trabalhar com as famílias de crianças com necessidades especiais*. Porto: Porto Editora.
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Meltzer, L., & Montgomery-Downs, H. (2011). Sleep in the Family. *Pediatric Clinics of North America*, 58, 765–74.
- Mestrinho, G., Félix, I., Mègre, P., & Lopes, V. (2016). Formação em contexto de trabalho e desenvolvimento profissional. In M. G. Mestrinho (coord.). *Formação e Desenvolvimento Profissional dos Enfermeiros*. Loures: Lusodidacta.
- Middlemiss, W. (2004). Infant Sleep: a review of normative and problematic sleep and interventions. *Early Child Development and Care*, 174 (1), 99-122. Doi: 10.1080/0300443032000153516.
- Middlemiss, W., Stevens, H., Ridgway, L., McDonald, S., & Koussa, M. (2017). Response-based sleep intervention: Helping infants sleep without making them cry. *Early Human Development*, 108, 49-57.

- Mindell, J., et al. (2006). Behavioral treatment of bedtime problems and night wakings in infants and young children. *Sleep*, 29 (11), 1263-1276.
- Mindell, J., & Owens, J. (2010). *The Clinical Guide to Pediatric Sleep: Diagnosis and Management of Sleep Problems* (2nd ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Mindell, J., Du Mond, C., Sadeh, A., Telofski, L., Kulkarni, N., & Gunn, E. (2011). Long-term efficacy of an internet-based intervention for infant and toddler sleep disturbances: one year follow-up. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 7 (5), 507-511.
- Ministério da Saúde. (2006). *Glossário para as Unidades de Saúde Familiar*. Missão para os Cuidados de Saúde Primários.
- Monteiro, T. (2006). Perturbações do sono na criança – Perspetiva do Pediatra. *Nascer e Crescer*, 15 (3), 180-183.
- Monteiro, N., & Ceolim, M. (2014). Qualidade do Sono de Idosos no domicílio e na hospitalização. *Texto contexto em Enfermagem*, 23 (2), 356-364.
- Morais, S., Veiga, Z., & Estevão, H. (2007). Hábitos e perturbações do sono numa população pediátrica de Coimbra. *Saúde Infantil*, 29 (1), 15-22.
- Morgenthaler, T., et al. (2006). American Academy of Sleep Medicine. Practice parameters for behavioral treatment of bedtime problems and night wakings in infants and young children. *Sleep*, 29 (10), 1277-1281.
- Morris, S., St. James-Roberts, I., Sleep, J., & Gillham, P. (2001). Economic evaluation of strategies for managing infant crying and sleeping problems in the first 12 weeks of age: the COSI study. *Archives of Disease in Childhood*, 84, 15–19.
- Neuman, B., & Fawcett, J. (2011). *The Neuman Systems Model*. New Jersey: Pearson Health Science.
- Nobre, A. (2015). Só. Porto: Porto Editora.
- Nunes, M. (2014). *Avaliação da Fadiga em crianças e adolescentes hospitalizados com câncer e sua relação com o padrão de sono e qualidade de vida relacionada à saúde* (Tese de Doutoramento). Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-03022015-103612/en.php>.
- Nugent, J., Keefer, C., Minear, S., Johnson, L., & Blanchard, Y. (2007). *Understanding Newborn Behavior and Early Relationships - the newborn behavioral observations (NBO) System Handbook*. London: Paul H. Brookes.
- Oliveira, M. (2009). Competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria. *Nursing*, 130, 18-23.

- Oliveira, C. (2013). Conforto e Bem-estar enquanto Conceitos em Uso em Enfermagem. *Pensar Enfermagem*, 17 (2), 2-8.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Acedido em: 19/10/2019. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. *Diário da República*, 2ª Série (Nº 119 de 22-06-2015), 16660-16665. ELI: <https://dre.pt/application/conteudo/67552235>.
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Ordem dos Enfermeiros. Acedido em: 19/10/2019. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto-2_padroesqualidcuidesip.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Lisboa: OE. Acedido em: 19/05/2020. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8349/1919219194.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: OE.
- Paiva, T. (2009). *Bom Sono, Boa Vida*. (4ª ed.). Alfragide: Oficina do Livro.
- Pender, N. (2011). *The Health Promotion Model*. Acedido a 20/01/2021. Disponível em: https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/85350/HEALTH_PROMOTION_MANUAL_Rev_5-2011.pdf;jsessionid=0492B6F25F77603FDDDFC0E6F17AE2FA?sequence=1
- Pereira, L. (2015, novembro). Presença parental em situação de urgência e procedimentos invasivos. In *6º Encontro Nacional de Enfermagem em Pediatria, (Novos) Cenário em Pediatria*. Associação Portuguesa de Enfermeiros, Évora.

- Perez-Robles, R., & Ezpeleta, L. (2015). La importància de la disponibilitat emocional en el desenvolupament de l'infant. *Revista de l'Associació de Mestres Rosa Sensat*, 28, 35-40.
- Petronilho, F. (2009). Produção de Indicadores de Qualidade: A enfermagem que queremos evidenciar. *Revista Sinais Vitais*, 82, 36-44.
- Phaneuf, M. (2001). *Planificação de Cuidados: um sistema e personalizado*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Ramos, V. (2003). Regulação na Saúde e a “lei da inversão dos cuidados” de J. T. Hart. Lisboa: Observatório Português de Sistemas de Saúde (OPSS). Acedido em: 02-02-2019. Disponível em: <http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/regulacao-saude-lei-inversao-cuidados-jthart.pdf>
- Raydo, L., & Reu-Donlo, C. (2005). Putting Babies “Back to Sleep”: Can We Do Better?. *Neonatal Network*, 24 (6).
- Rechtschaffen, A., & Kales, A. (1968). *A Manual of Standardized Terminology, Techniques and Scoring System for Sleep Stages of Human Subjects*. Public Health Service - US Government Printing Office: Washington.
- Redeker, N., et al. (2017). Community partnership for healthy sleep: Research protocol. *Research in Nursing & Health*, 41 (1), 19-29. DOI: 10.1002/nur.21840.
- Roper, N., Logan, W., & Tierney, A. (1990). *Modelo de enfermagem (3ª ed.)*. Lisboa: Editora McGraw-Hill de Portugal, Lda.
- Rosen, G., Shor, A., & Geller, T. (2008). Sleep in children with cancer. *Current Opinion in Pediatrics*, 20, 676-681.
- Sadeh, A., Tikotzky, L., & Scher, A. (2010). Parenting and Infant Sleep. *Elsevier*, 14, 89-96.
- Sadeh, A., De Marcas, G., Guri, Y., Berger, A., Tikotzky, L., & Bar-Haim, Y. (2015). Sleep assessment Methods. *Sleep and Development: Advancing Theory and Reserch*, 80 (1), 33-48. Doi: <https://doi.org/10.1111/mono.12143>
- Salavessa, M., & Vilariça, P. (2009). Problemas de sono em idade pediátrica. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 25, 584-591.
- Sanders, J. (2014). Cuidados Centrados na Família em Situações de Doença e Hospitalização. In M. J. Hockenberry & D. Wilson, Wong: *Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., Vol II, pp.1025-1060). Loures: Lusociência.

- Santana, A., Nascimento, A., Santos, L., Fraga, I., & Gallotti, F. (2017, Maio). Contribuição do brinquedo terapêutico na interação entre a criança e a equipe de enfermagem. In *International Nursing Congress*. Universidade Tiradentes, Brasil.
- Santos, M. (2015). *Problemas de Saúde Mental em Crianças e Adolescentes - Identificar, Avaliar e Intervir* (2ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Santos, M., & Filho, E. (2016). Atuação do Enfermeiro na Alteração do Sono em Pacientes Idosos Hospitalizados em UTI Semi-intensiva. *Simpósio de TCC e Seminário de IC*. (1) 871-878.
- Sezici, E., & Yigit, D. (2017). Comparison between swinging and playing of white noise among colicky babies: A paired randomised controlled trial. *Journal of Clinical Nursing*, 27, 593-600. Doi: 10.1111/jocn.13928.
- Sheldon, S. (2005a). Introduction to Pediatric Sleep Medicine. In: S.H. Sheldon, R. Ferber & M.H. Kryger (Eds.), *Principles and Practice of Pediatric Sleep Medicine* (pp.1-6). Philadelphia: W.B. Saunders.
- Sheldon, S. (2005b). Polysomnography in Infants and Children. In: S.H. Sheldon, R. Ferber & M.H. Kryger (Eds.), *Principles and Practice of Pediatric Sleep Medicine* (pp.49-71). Philadelphia: W.B. Saunders.
- Shields, L., Pratt, J., & Hunter, J. (2006). Family-Centered Care: a Review of Qualitative Studies. *Journal of Clinical Nursing*, 15 (10), 1317-1323.
- Silva, A. (2006). *Cuidar do recém-nascido: o enfermeiro como promotor das competências parentais* (Dissertação de Mestrado). Lisboa, Universidade Aberta.
- Silva, F. (2014). *Hábitos e Problemas do Sono das Crianças dos 2 aos 5 anos* (Tese de Doutoramento). Disponível em: <https://run.unl.pt/bitstream/10362/14234/1/Silva%20Filipe%20TD%202014.pdf>
- Soares, Â. (2010). *O Sono: Efeitos da sua privação sobre as defesas orgânicas*. Lisboa: LIDEL.
- Sommerman, A. (2003). Formação e Transdisciplinaridade: Uma pesquisa sobre as emergências formativas do CETRANS [Universidade Nova de Lisboa]. https://run.unl.pt/bitstream/10362/400/1/sommerman_2003.pdf
- Souza, K., Rios, A., Cavalcanti, L., Williams, A., & Aiello, A. (2007). Gravidez na adolescência e impactos no desenvolvimento infantil. *Adolescência e Saúde*, 4 (1), 6-11.
- Sutton, J. (2011). Promoting effective interventions for sleep problems. *Nursing Children and Young People*, 23 (8), 14-18. Doi: 10.7748/ncyp2011.10.23.8.14.c8721

- Tanner, C. (2006). Thinking Like a Nurse: A Research-Based Model of Clinical Judgment in Nursing. *Journal of Nursing Education*, 45 (6), 204-211.
- Thiedke, C. (2001). Sleep disorders and sleep problems in childhood. *American Family Physician*, 62, 277–284.
- Thunström, M. (2002). Severe sleep problems among infants in a normal population in Sweden: prevalence, severity and correlates. *Acta Pediátrica*, 88, 1356–1363.
- Thorpy, M., & Yager, J. (2001). *The encyclopedia of Sleep and Sleep Disorders* (2nd ed.). New York: Facts on File.
- Touchette, E., Petit, D., Tremblay, R., & Montplaisir, J. (2009). Risk factors and consequences of early childhood dyssomnias: New perspectives. *Sleep Medicine*, 13 (5), 355-361. Acedido a 17-05-2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2008.12.001>
- Tse, L., & Hall, W. (2007). A qualitative study of parents' perceptions of behavioural sleep intervention. *Child: care, health and development*, 34 (2), 162-172. Doi:10.1111/j.1365-2214.2007.00769.x.
- UNICEF. (1990). *A Convenção sobre os Direitos da Criança*. Acedido a 19-06-2019. Disponível em: https://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf
- Vieira, M. (2017). *Ser Enfermeiro: da compaixão à proficiência* (3ª ed.). Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Wilson, D. (2014). Promoção da Saúde da Criança em Idade Toddler e da Família. In M. J. Hockenberry & D. Wilson (Eds.), *Wong Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., Vol I, pp.587-621). Loures: Lusociência.

APÊNDICES

APÊNDICE I
Cronograma de Estágio

Cronograma de Estágio

<u>Ano</u>	2019/2020																		
<u>Mês</u>	Set.	Out.					Nov.				Dez.			Jan.					Fev.
<u>Semanas</u>	23-29	30-6	7-13	14-20	21-27	28-3	4-10	11-17	18-24	25-1	2-8	9-15	16-22	23-5	6-12	13-19	20-26	27-2	3-9
<u>Contextos</u>	Unidade de Saúde Familiar OBS: 1 sem na Consulta do Sono – Clínica “Amamentos” (Enfermeira Perita)				Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Unidade de Cuidados Intensivos e Especiais Pediátricos				Serviço de Urgência Pediátrica			Serviço de Reabilitação Pediátrica	Férias de Natal Pediátrica	Serviço de Reabilitação Pediátrica	Serviço de Internamento Pediátrico				

APÊNDICE II

Guia Orientador das Atividades de Estágio

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

**10º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização em
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria**

UNIDADE CURRICULAR: Estágio com Relatório

Guia Orientador das Atividades de Estágio



Sara Filipa Teixeira Fonseca, N° 1275

Lisboa



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

**10º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização em
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria**

UNIDADE CURRICULAR: Estágio com Relatório

Guia Orientador das Atividades de Estágio

Regente: Prof.^a Paula Diogo

Docente Orientador: Prof.^a Cristina Jeremias

Discente: Sara Filipa Teixeira Fonseca, N° 1275

Lisboa

Setembro de 2019

*“As crianças são a nossa eternidade.
Acreditamos que são o ecrã onde revemos o passado, o espelho que reflecte o presente e
a janela por onde se espreita o futuro. (...)
O que fizermos ficará marcado como em nenhuma outra obra.”*

Mário Cordeiro, 2016

LISTA DE SIGLAS

EE – Enfermeiro Especialista

EEESIP - Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

OE – Ordem dos Enfermeiros

USF – Unidade de Saúde Familiar

ÍNDICE

1.	Identificação Do Projeto	7
2.	Problemática	8
3.	Enquadramento Teórico	10
4.	Objetivos	19
5.	Atividades	26
6.	Bibliografia	41

1. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO

Título: Promoção de Hábitos de Sono Saudáveis na Criança Lactente: A intervenção do Enfermeiro

Data do início: 23 de Setembro de 2019

Duração: 1 semestre

Palavras-chave: Lactente, Sono, Hábitos de Sono, Intervenções de Enfermagem.

2. PROBLEMÁTICA

Após um trabalho de análise e reflexão optei por estruturar uma das minhas maiores preocupações provenientes do contexto da minha prática clínica e comprovar a sua pertinência através da confrontação com a evidência mais atual. Desta forma, o meu projeto tem como tema e objeto de estudo o **sono da criança lactente**. A escolha deste tema emergiu da identificação desta problemática nos diferentes contextos pediátricos onde trabalhei e onde tive oportunidade de me deparar com as dificuldades dos pais e profissionais nesta área, mas também do gosto pessoal, da vontade de aprofundar conhecimentos sobre o tema e do desejo de promover um trabalho mais consciencioso nesta área em contexto profissional. Desta forma pretendo contribuir para a melhoria da qualidade do cuidar, ajudando os pais e crianças a dormir melhor, e com isso a contribuir para a promoção do pleno desenvolvimento e bem-estar da criança e dos pais, enquanto unidade familiar. Para isso, será fundamental envolver as equipas de enfermagem dos diferentes contextos onde irei realizar estágio e a família das crianças cuidadas, em todo este processo, com o objetivo de promover a uniformização das práticas clínicas, otimizando a intervenção realizada na promoção de hábitos de sono saudáveis e capacitando as famílias a cuidar e a gerir o stress associado ao sono das suas crianças, antecipando e ensinando-as a saber lidar com as eventuais alterações do padrão de sono das mesmas de forma competente e adequada. Assim, deverá ser aliada a reflexão ao desenvolvimento da profissão de enfermagem através do contributo do EEESIP, no sentido de mudar e/ou melhorar práticas para prestar cuidados centrados na criança/jovem e sua família, individualizados, de qualidade e com ganhos em saúde.

Sendo o sono uma das áreas onde a intervenção antecipada poderá trazer benefícios à saúde de crianças e pais, e tendo em consideração as novas exigências da sociedade, que levam à existência de cada vez mais crianças com hábitos de sono desajustados, torna-se emergente começar a intervir nesta área.

Os problemas de sono na infância levam à exaustão dos pais, a um ambiente de tensão /stress nas relações familiares, afetando o equilíbrio cognitivo, emocional e afetivo (Brazelton & Sparrow, 2009; Paiva, 2009; Cordeiro, 2014), sendo uma queixa frequente e cada vez mais comum na pediatria. No entanto, estas queixas são muitas vezes infra valorizadas e resultam em grande parte da falta de ensino dos hábitos de sono (Maia & Pinto, 2008). Os mesmos autores dizem-nos ainda que a maioria dos pais ainda desconhece a importância do ensino das rotinas adequadas. “Bons hábitos de

sono”, “higiene do sono” ou “saúde do sono” são termos alternativos frequentemente utilizados para descrever as práticas de promoção de sono saudável (World Association of Sleep Medicine, 2011).

Apesar do sono ser uma necessidade biológica com impacto no crescimento e desenvolvimento e um hábito saudável a adquirir no primeiro ano de vida, muitos são os pais que se queixam das dificuldades dos seus filhos no dormir (Maia & Pinto, 2008).

Sezici e Yigit (2017) dizem-nos que mais de metade das crianças lactentes apresenta hábitos de sono incorretos. Também Field (2017) nos diz que os problemas de sono infantil afetam uma percentagem significativa de bebés.

Perante isto e, sendo o sono um dos contributos mais importantes para a saúde física e mental da criança, é fundamental compreendê-lo de forma mais aprofundada, assim como compreender a sua importância e o seu impacto no desenvolvimento da criança. Desta forma, é fundamental que os enfermeiros estejam despertos para este problema e ajudem os pais a desenvolver estratégias de forma a reduzir as suas consequências. Informar, capacitar e encaminhar constituem assim o principal objetivo da intervenção do enfermeiro.

3. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Roper, Logan e Tierney (1990) no seu modelo de enfermagem referem que o sono é uma atividade de vida em que é necessário compreender que os processos corporais não param no período de atividade, nem a dormir, todos os seres vivos têm um período de alternância entre atividade e sono. Esta atividade de vida é fundamental para o desenvolvimento, crescimento e reparação das células que ocorre durante o sono.

A OE (2010) refere que o sono é tão necessário para o desenvolvimento físico, cerebral e emocional das crianças como a nutrição. As consequências dos problemas do sono na criança são fortalecidas pelo seu efeito negativo no sono dos pais, decorrendo em fadiga diária e perturbações de humor, alterando desta forma a sua práxis parental.

Para a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) – versão 2 (International Council of Nurses, 2011) o termo Sono remete-nos para “Repouso: Redução recorrente da atividade corporal, marcada por uma diminuição da consciência, não se manter acordado, em que a pessoa não está alerta, metabolismo diminuído, postura imóvel, atividade corporal diminuída e sensibilidade diminuída mas prontamente reversível a estímulos externos”. Phaneuf (2001) diz-nos que dormir e repousar levam à suspensão das atividades e do estado de consciência o que permite reconstituir as forças do organismo.

Desde muito cedo na vida, a saúde do sono (qualidade, quantidade, consistência e rotinas de sono adequadas) é um dos contributos mais importantes para a saúde física e mental da criança (Redeker et al., 2017). Além de ser uma necessidade biológica e vital, o sono é essencial ao crescimento, desenvolvimento e saúde da mesma (Maia & Pinto, 2008). Mais do que simplesmente dormir, falamos de descansar. E falamos de uma intensa atividade cerebral.

De acordo com Mendes et al. (2004) o sono é considerado um procedimento fisiológico difícil, afetado por atributos biológicos internos, vocações, expectativas, padrão cultural e disposições ambientais. Para Soares (2010, p. 13) o sono resulta da “ação conjugada de muitos neurotransmissores e é acertada pelo relógio biológico central, que ajusta tudo ao ritmo circadiano, controlado por núcleos supraquiasmáticos do hipotálamo”.

No entanto, os contextos stressantes em que atualmente muitas crianças vivem, a falta de consciência das famílias, a atenção insuficiente dos serviços de saúde relativamente ao sono e a falta de programas de promoção do sono são barreiras para a

saúde do mesmo (Redeker et al., 2017). Desta forma, problemas de sono infantil são uma preocupação comum pela qual os pais procuram cada vez mais a ajuda de profissionais de saúde (Thunström, 2002; Morris et al., 2001; Thiedke, 2001). Contudo, estes são muitas vezes infra valorizados e resultam maioritariamente da falta de ensino dos hábitos de sono (Maia & Pinto, 2008).

Segundo Cordeiro (2014) aos seis, sete meses de gravidez, a mãe já consegue perceber, na maioria das vezes, quando é que o seu bebé está a dormir e quando está acordado. Também Brunschwig (2008) nos diz que a partir da vigésima semana, o feto já alterna períodos de mobilidade com períodos de imobilidade, cuja periodicidade está muito próxima do futuro ciclo de sono. Importa ainda referir que nesta fase final da gravidez, o feto parece já se ir adaptando ao ciclo de sono da mãe.

As perturbações do sono da criança têm sido associadas a sintomas de depressão materna, distúrbios psicológicos graves, problemas gerais de saúde e sentimentos de incompetência por parte dos pais (Hall et al., 2015). Também Sadeh et al. (2010) nos dizem que a relação pais-criança é bidirecional e dinâmica pelo que o sono inadequado da criança pode influenciar o comportamento dos pais sendo o sono um fator de stress familiar e um fator de risco para a depressão materna. Num estudo realizado por Hall et al. (2015) os pais relataram apresentar pior desempenho geral e mais *stress* psicológico quando os seus bebés têm alterações do padrão de sono.

A hora de dormir revela-se ser, para muitos pais, um motivo de conflito parental com disfunção familiar. Os pais são impedidos de descansar e de ter a sua própria intimidade enquanto casal e a criança adquire hábitos desadequados que lhe irão prejudicar o sono futuro no sentido de evoluírem para crianças que choram mais, ficam mais irritáveis e agitadas e que dependem dos pais para adormecer, podendo ainda desenvolver problemas de socialização e de rendimento escolar (Maia & Pinto, 2008). Atualmente, entre 25% e 40% das famílias relatam problemas de sono na infância definidos pela latência de sono, elevado número de despertares noturnos e incapacidade de voltar a dormir sem o apoio dos pais. Despertares noturnos acompanhados das chamadas de atenção (choro) são identificadas pelos pais como causa de interrupções no sono e fadiga dos mesmos, existindo ainda a sua associação com depressão materna (Middlemiss et al., 2017).

“Os problemas de sono na criança resultam duma interação complexa entre fatores fisiológicos da criança e do seu relacionamento com os pais, sendo mesmo uma

das alterações comportamentais mais frequentes nas populações pediátricas.”
(Mendes, Fernandes & Garcia, 2004)

Os problemas maioritariamente identificados pelos pais são a dificuldade das crianças em adormecer e a dificuldade em que estas se mantenham a dormir, o que leva a um sono fragmentado e de curta duração (Hall et al., 2015). Também Sadeh et al. (2010) nos dizem que as dificuldades sentidas pelos pais neste processo são a dificuldade em adormecer os filhos, os despertares noturnos múltiplos e prolongados, que muitas vezes causam sofrimento familiar.

Segundo um estudo feito por Middlemiss (2004) pais cujos filhos necessitam da sua presença para voltar a dormir, durante a noite, enfrentaram problemas diurnos que incluem cansaço, dificuldades no trabalho e no cuidado à criança, experiências de depressão ou ambivalência materna e dificuldades com as relações conjugais.

Segundo Cordeiro (2014) a noite é um período de tempo em que a criança começa a ter confiança em si própria e no meio que a rodeia. Para além de uma intensa atividade cerebral, seja através dos sonhos, seja no arrumar da informação e dos estímulos recebidos durante a vigília, existe uma enorme atividade hormonal, fundamental nas crianças, desde a secreção da hormona de crescimento, à de cortisol ou prolactina, entre outras, até ao desenvolvimento da própria imunidade. Também Soares (2010) nos diz que o sono tem uma função protetora e reparadora, sobretudo ao nível do sistema imunitário ajudando a reparar lesões orgânicas do cérebro ou na defesa contra agentes patogénicos.

Soares (2010) cita o ditado popular “dormir faz crescer”, pois é durante o sono que são segregadas hormonas, como acetilcolina, adenosina, dopamina, serotonina, prolactina e cortisol. Refere ainda que o sono tem uma função reparadora da fadiga corporal e psíquica e contribui para a recuperação de lesões através da elaboração de processos metabólicos regenerativos. Está provado cientificamente que a secreção de hormona de crescimento, fundamental nas crianças, tem um pico nas primeiras horas de sono profundo, enquanto o cortisol, hormona de “combate”, tem o seu pico de madrugada, na fase do despertar (Cordeiro, 2014).

Soares (2010) diz-nos ainda que a secreção de melatonina aumenta com a escuridão e que o seu aumento vai diminuir os níveis de libertação de histamina, nor-adrenalina, dopamina e serotonina, responsáveis pelo acordar.

Segundo Sadeh et al. (2010) é durante o primeiro ano de vida que se desenvolve a secreção hormonal e que o padrão de sono sofre uma grande evolução. Sezici e Yigit,

(2017) dizem-nos que mais de metade das crianças lactentes apresenta hábitos de sono incorretos. Segundo Folgueiras et al. (2017) adquirir bons hábitos de sono nas primeiras etapas de desenvolvimento é essencial para evitar complicações futuras que derivam dos maus hábitos de sono. É então nesta fase do desenvolvimento que a existência de um bom padrão de sono é especialmente importante (Sadeh et al., 2010).

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

Desta forma, e indo de encontro ao que nos é dito por Soares (2010) “(...) *não dormir conduz, mais cedo ou mais tarde, a uma diminuição da concentração e a irritabilidade, com aumento da ansiedade e risco de depressão.*”

Os efeitos negativos dos problemas do sono têm sido relatados recentemente para o desenvolvimento físico, cognitivo e socio emocional (Field, 2017). Conforme nos diz Hall et al. (2015) os problemas no sono infantil são muito comuns e têm consequências negativas (obesidade, alterações do comportamento, etc.). Segundo os mesmos autores estes problemas afetam cerca de 20 a 30% das crianças lactentes e na maioria das vezes persistem até à infância tardia.

Sabe-se que os problemas de sono infantil afetam outros parâmetros do desenvolvimento, por exemplo, predis põem a criança para um compromisso da capacidade de atenção e problemas comportamentais (Sadeh et al., 2015) e ainda pode correlacionar-se com o neurodesenvolvimento atípico aos 18 meses (Lemura et al., 2016).

A literatura atual que enfoca os problemas do sono infantil, diz-nos também que as suas consequências podem ser evitadas através de uma intervenção precoce nas rotinas de sono da criança (Field, 2017).

Cordeiro (2014) defende o sono como um processo evolutivo que se vai adaptando às necessidades da criança. Soares (2010) diz-nos que existe uma grande variedade entre a quantidade e a distribuição do sono da criança mediante a idade, uma vez que, segundo o mesmo, o sono tem um desenvolvimento próprio ao longo da vida, que acompanha a maturação do sistema nervoso nas diferentes etapas de vida da criança.

Após o nascimento, os ciclos do sono da criança são curtos e não apresentam correlação entre o dia e a noite. Nesta fase, a criança tem um ritmo ultradiano com ciclo vigília-sono de três a quatro horas (Maia & Pinto, 2008).

Aos três ou quatro meses de vida verifica a passagem ao ritmo circadiano, apresentando a criança, nesta altura, já longos períodos de sono noturno contínuo (Maia & Pinto, 2016). No entanto, entre os oito e os nove meses poderá ocorrer uma dificuldade em a criança adormecer causada pela angústia de separação. Segundo Karp (2016) aos três meses a criança já terá períodos mais longos de vigília.

Brazelton (2009) considera a existência de seis estádios de consciência: Sono Profundo; Sono Ativo ou Sono REM (Rapid Eye Movements); Estado de Sonolência ou Intermédio (os estímulos externos tendem a acordar mais facilmente o bebé); Acordado (em Estado de Alerta); Alerta (mas Irritado) e Choro.

Sendo o sono constituído por diferentes fases, podem destacar-se, segundo vários autores, duas fases fundamentais: sono **não-REM** e o sono **REM** (*rapid eye movements*).

O **sono não-REM**, ou primeira fase do sono, é o momento em que a criança “desliza” para o sono. Nesta fase, verifica-se uma diminuição da frequência cardíaca, um relaxamento muscular e uma diminuição da temperatura corporal, nomeadamente em torno dos pés e rosto (Cordeiro, 2014). Passado alguns momentos, entra-se na segunda fase (sono profundo). O corpo permanece imóvel, a respiração é curta e regular, os músculos estão relaxados e a criança está fora de ação. Nesta fase, observa-se um relentamento da atividade cerebral. Assim, a fase não-REM do sono, no seu pico, é a fase que proporciona mais descanso, mesmo que não atinja níveis mais profundos.

O **sono REM** surge cerca de hora e meia a duas horas depois, segundo Cordeiro (2014), é nesta altura que recomeça a atividade cerebral com uma componente mental crescente, entrando-se na fase de sono leve onde ocorrem os movimentos rápidos do olho. O sono REM pode chegar a cerca de 80% do tempo total de sono. É nesta altura, de grande atividade cerebral, que nos mexemos e que sonhamos. Segundo Karp (2016) é nesta fase de acessos repentinos de atividade cerebral que, os centros de memória profunda da criança, organizam todas as novas experiências do dia. No entanto, níveis mais altos de sono REM podem contribuir para os despertares noturnos comuns durante a infância (Middlemiss, 2004).

Nas crianças lactentes, o processo de sono não tem, no que reporta a estádios, ritmos e passagem entre eles, o mesmo padrão e velocidade dos adultos. A passagem do

estádio de acordado para sono profundo faz-se, por exemplo, mais devagar. É por isso que nesta fase, as crianças lactentes parecem resistir ao sono. Tentam aquietar-se, seja ao colo ou no berço, mas as pálpebras ainda não estão descansadas e a respiração é irregular, as pernas e os braços estão fletidos, mas o corpo ainda não está relaxado e a criança acorda e parece assustar-se com sons e movimentos bruscos, nomeadamente com os movimentos dos pais. À medida que a criança vai crescendo os estádios de sono-vigília vão sofrendo alterações graduais. A criança vai procurando os seus padrões de conforto, podendo aprender a adormecer sozinha quando acorda (Brazelton & Sparrow, 2009; Cordeiro, 2014).

A primeira fase de sono leve das crianças com menos de um ano dura cerca de vinte minutos. No final do primeiro ano de vida, para a maioria delas, este período torna-se mais curto, à semelhança do que acontece com os adultos (Cordeiro, 2016). Assim, durante o primeiro ano de vida, é “normal” e frequente, que quando tentamos deitar a criança com menos de 12 meses, em fase de sono leve, o mais provável é que esta acorde e o tempo que gastamos no seu readormecimento seja maior.

O hipotálamo é responsável por regular, não apenas o sono, mas todas as atividades que têm um padrão “dia-noite”. Para o seu funcionamento é determinante o ciclo de luz/escuridão, o qual atualmente veio a ser alterado pela iluminação artificial, que alterou o ciclo natural biológico (Karp, 2014). A glândula pineal recebe informação luminosa através da retina, regulando a libertação de vários compostos hormonais, entre os quais a melatonina. A sua secreção aumenta com a escuridão e o seu aumento vai diminuir os níveis de libertação de histamina, nor-adrenalina, dopamina e serotonina, responsáveis pelo acordar. Também hormona de crescimento e o cortisol têm ciclos circadianos muito marcados (Cordeiro, 2014).

A noite é o período de tempo que a criança mais passa sozinha e só poderá lidar com essa solidão, e com todos os receios e angústias que lhe são inerentes, se tiver bons mecanismos de autodefesa, autoestima e autoconfiança. Cordeiro (2014) diz-nos que adormecer sozinho exige uma enorme capacidade de sentir que os outros estão connosco, mesmo quando não estão fisicamente, ou seja, exige uma enorme capacidade de “estar só” e saber “estar só”. Este aspeto, aliado ao da necessidade de segurança, são fundamentais para compreender as questões relacionadas com as alterações de sono na criança. Deste modo, torna-se fundamental programar, exercitar e preparar essas capacidades, para a criança ser capaz de sentir que os pais estão, mas não estão, para

que nos momentos de maior vulnerabilidade, como a noite, a criança se posicione sem ansiedade.

Assim, a primeira coisa a fazer para que a criança durma com tranquilidade é promover conforto e garantir a existência de um ambiente físico com condições adequadas, como a cama ser quente, haver silêncio e não haver luz (Cordeiro, 2014).

Como problemas de sono mais frequentes encontramos a **insónia**, caracterizada pela dificuldade em adormecer sozinho, a **recusa do deitar** e múltiplos **despertares noturnos**. Muitas das vezes estes são provocados pela dependência da criança em relação à presença e à atividade dos pais. Folgueiras (2017) diz-nos que o facto de as crianças apresentarem despertares noturnos frequentes e dificuldade em voltar a adormecer sozinhas, de forma espontânea e sem ajuda está normalmente relacionado com a realização de atividades desadequadas antes de ir para a cama. O mesmo autor diz-nos ainda que são a causa de perturbação do sono mais frequente.

A promoção de hábitos de sono saudáveis encontra-se facilitada devido à conjugação de fatores que contribuem para um sono saudável.

A ausência de rotinas para o sono, ou a prática de outras inconvenientes, pode ter um impacto negativo na saúde das crianças pelo seu impacto no desenvolvimento cognitivo e de autonomia, podendo também culminar com a ocorrência de morte súbita. De forma a amenizar este impacto negativo os pais deverão ser detentores das rotinas que deverão ser implementadas, sobretudo a partir do primeiro mês de vida (Karp, 2014).

Apesar de se tratar de um problema emergente, parece existir um desconhecimento sobre os aspetos mais básicos na higiene do sono na população em geral (Folgueiras et al., 2017). Na maioria dos estudos revistos, os hábitos de sono corretos apareceram em apenas 70% das crianças. Uma explicação para esta percentagem poderá estar, segundo os autores, na falta de aprendizagem de hábitos para dormir juntamente com uma maturação distinta da fisiologia do sono em grande parte das crianças. Segundo Folgueiras et al. (2017) considera-se que uma adequada higiene do sono poderá evitar o problema e tratá-lo em caso deste aparecer, pelo que será importante salientar a necessidade de aumentar o conhecimento sobre o sono na população em geral.

Seja no período pré-natal ou após o nascimento da criança, os pais procuram frequentemente informações sobre estratégias para dormir e como promover hábitos de sono saudáveis para o seu filho (Ball et al., 1999; Ball, Hooker & Kelly, 1999). No

entanto, segundo Middlemiss (2004) poucos pais recebem informações profissionais sobre o sono. Muitos revelam recorrer à internet para resolução de problemas do sono dos seus filhos (Mindell et al., 2011 citado por Field, 2017). Além dos profissionais de saúde os pais têm uma panóplia de recursos aos quais recorrem para responder às suas questões como familiares, amigos e internet (Middlemiss et al., 2017). Num estudo realizado por Tse e Hall (2007) muitos pais possuíam um conhecimento mínimo sobre sono infantil e os seus problemas. Segundo os autores do estudo alguns tinham informações incompletas ou informações incorretas. Estes achados vão de encontro às afirmações da literatura de que a falta de conhecimento dos pais sobre o comportamento de sono normal pode levar a esforços inadequados para resolver os problemas, diagnóstico errado de problemas de sono infantil e a tratamentos médicos desnecessários (Tse & Hall, 2007). Este estudo revelou ainda que um quadro bem estruturado com orientações passo a passo fornecido aos pais é muito apreciado pelos mesmos.

Sabendo-se que os comportamentos dos pais sobre o sono pode ser afetado pela informação de que dispõem, torna-se fundamental fornecer aos pais informações precisas sobre o sono dos seus bebés (Middlemiss, 2004). Segundo a mesma autora fornecer às famílias informações sobre o sono das crianças pode afetar positivamente o bem-estar dos pais e os hábitos de sono das crianças. Desta forma, é importante que ocorram mudanças nas perspetivas dos pais sobre o sono e que estes compreendam que as crianças podem aprender a acalmar-se para dormir; que o bom comportamento do sono leva uma criança a ser mais saudável e feliz, que os ciclos normais de sono são importantes e sobretudo que as crianças beneficiam de rotinas (Tse & Hall, 2007).

Segundo Folgueiras et al. (2017) a recomendação básica, é que a criança aprenda a adormecer sozinha, num ambiente tranquilo, de forma rotineira e em que se sinta segura.

Tse e Hall (2007) dizem-nos que deverá existir uma estrutura para ajudar os pais a resolver os problemas de sono dos seus filhos nomeadamente através da utilização de diretrizes passo a passo para obter um conforto controlado da criança.

Muitas das vezes os pais omitem este problema e quando o expõem, fazem-no já em fases muito avançadas. Neste sentido, os enfermeiros de pediatria podem ajudar com a sua intervenção e resolução da maioria destas situações, tendo também um papel na prevenção das perturbações de sono mais frequentes (Folgueiras et al., 2017).

Devendo a identificação de problemas de sono da criança ser realizada na consulta de saúde infantil, a mesma deverá ser ainda aproveitada para o ensino e encorajamento de boas rotinas e hábitos de sono saudáveis (Maia & Pinto, 2008). Perante isto, importa que o enfermeiro seja detentor de conhecimentos sobre formas de intervenção e estratégias capazes de auxiliar os pais na gestão do sono dos seus filhos. Segundo Hall et al. (2015) é importante mudar as cognições e os comportamentos das famílias para promover um sono infantil autocalmante e orientar a nossa intervenção enquanto profissionais de saúde não só para a criança, mas também para os pais uma vez que as cognições destes afetam o sono infantil. Também Sadeh et al. (2010) nos dizem que uma intervenção baseada em modificar comportamentos e cognições parentais têm efeito direto sobre o sono infantil.

Sendo as perturbações do sono das alterações comportamentais mais frequentes na população pediátrica (Rúbio et al., 2017) e existindo a evidência de que os maus hábitos de sono se mantêm por muitos anos verifica-se a necessidade de intervenção no sentido do ensino e da promoção de bons hábitos de sono, nas consultas de vigilância infantil. Torna-se fundamental a implementação de rotinas eficazes e da sua inclusão em guias antecipatórios capazes de prevenir as dificuldades do adormecimento e os despertares noturnos frequentes.

Sendo a questão do sono infantil cada vez mais comum e frequente, ajudar os pais a estabelecer padrões de sono saudáveis durante o primeiro ano de vida da criança é uma preocupação para investigadores e profissionais (Middlemiss et al., 2017). Uma vez evidente o aumento do interesse pelo conhecimento do sono, tanto no âmbito da medicina, como na área da pediatria e uma vez que os estudos sobre a prevalência de distúrbios de sono na infância são escassos (Folgueiras et al., 2017), torna-se fundamental uma intervenção nesta área até por que como nos diz Folgueiras et al. (2017) existem problemas em relação ao sono infantil que quando detetados a tempo podem ser corrigidos.

4. OBJETIVOS

Os objetivos gerais do projeto serão transversais a todos os contextos de estágio e ao percurso de desenvolvimento de competências de EE e de EEESIP. Deste modo, foram definidos como **objetivos gerais** e respetivos objetivos específicos:

- **Desenvolver competências comuns e específicas de EEESIP e de Mestre em Enfermagem nos processos de saúde/doença nos diferentes estádios de desenvolvimento da criança/jovem e família, nos diferentes contextos pediátricos.**
 - Conhecer a cultura organizacional e a filosofia de cuidados dos diferentes contextos clínicos.
 - Conhecer os projetos e programas em desenvolvimento nos diferentes contextos clínicos.
 - Desenvolver competências de comunicação adequadas ao estágio de desenvolvimento da criança/jovem e família.
 - Desenvolver competências no âmbito do processo de crescimento e desenvolvimento da criança/jovem e família.
 - Prestar cuidados à criança/jovem e família nas situações de especial complexidade.

- **Desenvolver competências no âmbito da promoção de hábitos de sono saudáveis da criança/jovem e família nos diferentes contextos pediátricos, especialmente na faixa etária da criança lactente.**
 - Identificar os fatores que influenciam o sono da criança lactente.
 - Implementar estratégias de intervenção ao nível da promoção de hábitos de sono saudáveis na criança lactente e família.

Neste guia estão presentes os objetivos transversais a todos os contextos de estágio, assim como aqueles que foram delineados para cada contexto.

Objetivo Geral: Desenvolver competências comuns e específicas de EEESIP e de Mestre em Enfermagem nos processos de saúde/doença nos diferentes estádios de desenvolvimento da criança/jovem e família, nos diferentes contextos pediátricos.

Objetivos específicos: Conhecer a cultura organizacional e a filosofia de cuidados dos diferentes contextos clínicos. Conhecer os projetos e programas em desenvolvimento nos diferentes contextos clínicos.			
Atividades	Contexto	Recursos	Competências
- Pesquisa bibliográfica sobre legislação, políticas e procedimentos de cada contexto; - Reunião com o enfermeiro orientador de forma a conhecer a área de abrangência dos contextos clínicos, a caracterização da sua população e para conhecer os projetos implementados e quais se encontram em fase de implementação; - Consulta dos protocolos, normas e projetos; - Apresentação do Projeto de Estágio ao enfermeiro orientador.	Transversal a todos os contextos de Estágio 23/09/2019 a 09/02/2020	Materiais: Legislação, manuais, normas e procedimentos do serviço/instituição. Humanos: Enfermeiros orientadores do contexto clínico.	Competências comuns do EE: C – Domínio da Gestão dos cuidados.
Indicadores de avaliação: C2.1.1 – Conhece e aplica a legislação, políticas e procedimentos de gestão de cuidados; C2.1.6 – Utiliza os recursos de forma eficiente para promover a qualidade.			

Objetivo específico: Desenvolver competências de comunicação adequadas ao estágio de desenvolvimento da criança/jovem e família.			
Atividades	Contexto	Recursos	Competências
- Aprofundar conhecimentos sobre princípios, técnicas e estratégias de comunicação com a criança/jovem; - Observação de técnicas e estratégias utilizadas pelo enfermeiro orientador na comunicação com a criança/jovem e família; - Treino de técnicas e estratégias de comunicação com a criança/jovem e família, adequadas ao estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis; - Promoção de um ambiente terapêutico, facilitador da comunicação; - Elaboração de uma reflexão crítica.	Transversal a todos os contextos de Estágio. 23/09/2019 a 09/02/2020	Materiais: - Computador; - Bases de dados; - Diário de campo; Humanos: Enfermeiros orientadores do contexto clínico.	Competências específicas do EEESIP: E1 – Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde (E1.1.2) E3 – Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (E3.3; E3.3.1; E3.3.2 e E3.3.3).
Indicadores de avaliação: E1.1.2 – Comunica com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento culturalmente sensíveis; E3.3 - Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura. E3.3.1 -Demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/jovem e família; E.3.3.2 – Relaciona-se com a criança/jovem e família no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura; E3.3.3. Demonstra habilidades de adaptação da comunicação ao estado de desenvolvimento da criança/jovem.			

Objetivo específico: Prestar cuidados à criança/jovem e família nas situações de especial complexidade.			
Atividades	Contexto	Recursos	Competências
- Aprofundamento de conhecimentos sobre as principais causas de instabilidade na criança/jovem e quais as doenças mais comuns em cada estágio do desenvolvimento; - Identificação das estratégias utilizadas pelo EEESIP na promoção da vinculação do recém-nascido; - Participação nos cuidados promotores da parentalidade e vinculação; - Participação nos cuidados à criança/jovem e família em contexto clínico; - Participação nos cuidados de enfermagem à criança/jovem e família em situação de atraso do desenvolvimento psico-motor.	UCIN/UCIEP Internamento Pediátrico Urgência Pediátrica Serviço de Reabilitação Pediátrica e de Desenvolvimento	Materiais: - Computador; - Bases de dados/Livros; - Sistema informático. Humanos: - Enfermeiro orientador do contexto clínico; - Pais e bebés.	Competências específicas do EEESIP: E2 - Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade (E2.2 e E2.4) E3 – Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (E3.2.1 e E3.2.4)
Indicadores de avaliação: E2.2 – Faz a gestão diferenciada (...) e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas; E2.4 - Providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência; E3.2.1 – Avalia o desenvolvimento da parentalidade; E3.2.4 - Utiliza estratégias para promover o contacto físico pais/RN;			

- **Objetivo Geral:** Desenvolver competências no âmbito da promoção de hábitos de sono saudáveis da criança/jovem e família nos diferentes contextos pediátricos, especialmente na faixa etária da criança lactente.

Objetivo específico: Identificar os fatores que influenciam o sono da criança lactente.			
Atividades	Contexto	Recursos	Competências
- Aprofundar conhecimento sobre: . O sono da criança lactente . Fatores que influenciam o sono da criança lactente . Alterações no padrão de sono da criança lactente; - Consulta de normas e procedimentos no âmbito do sono e hábitos de sono na criança; - Entrevista ao enfermeiro orientador sobre as principais dificuldades relativas ao sono na criança lactente; - Observação da apreciação do EEESIP relativa ao padrão de sono das crianças lactentes; - Identificação de preocupações e dificuldades dos pais na gestão do sono dos seus filhos entre o 1º e o 12º mês de vida.	Transversal a todos os contextos	Materiais: - Computador - Bases de dados - Guia orientador para entrevista Humanos: - Enfermeiros orientadores do contexto clínico - Pais e crianças	Competências específicas do EEESIP: E1. Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde (E1.2). E2 – Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade (E2.4) E3 – Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (E3.4)

Indicadores de avaliação: E1.2 - Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem; E2.4 – Providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência; E3.1 – Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil.

Objetivo específico: Implementar estratégias de intervenção ao nível da promoção de hábitos de sono saudáveis na criança lactente e família.			
Atividades	Contexto	Recursos	Competências
- Revisão bibliográfica sobre estratégias de promoção de hábitos de sono saudáveis entre o 1º e o 12º mês de vida; - Realização de uma entrevista ao enfermeiro orientador de forma a analisar quais as estratégias/intervenções utilizadas na promoção de hábitos de sono saudáveis na criança lactente; - Consulta de projetos de promoção de hábitos de sono saudáveis na criança; - Identificação das estratégias/intervenções utilizadas pelo EEESIP na promoção de hábitos de sono saudáveis; - Observação participante na promoção de hábitos de sono	Transversal a todos os contextos de estágio	Materiais: - Computador - Bases de dados - Guia orientador para entrevista - Folheto informativo - Poster - Projetor Humanos:	Competências específicas do EEESIP: E1 – Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde (E1.1.1 e E1.1.2)

saudáveis da criança lactente junto dos pais; - Elaboração de um folheto informativo com as principais estratégias que os pais podem utilizar para ajudar os seus filhos a adquirir bons hábitos de sono; - Realização de um <i>poster</i> sobre o sono do bebé; - Estruturação de uma sessão sobre “Promoção de Hábitos de Sono Saudáveis na criança Lactente” dirigida à equipa de enfermagem.		- Enfermeiros orientadores do contexto clínico - Equipa de enfermagem - Pais	
Indicadores de avaliação: E1.1.1 - Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem; E2.4 – Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem; E3.1 – Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil.			

5. ATIVIDADES

1. Unidade de Saúde Familiar (USF) e Consulta do Sono.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES PROPOSTAS
Conhecer a cultura organizacional e a filosofia de cuidados da USF.	- Reunião com o enfermeiro orientador para conhecer a cultura organizacional e filosofia de cuidados utilizada na unidade; - Pesquisa bibliográfica sobre legislação, políticas e procedimentos da USF.
Conhecer os projetos e programas em desenvolvimento.	- Reunião com o enfermeiro orientador para conhecer os projetos implementados e quais se encontram em fase de implementação no âmbito da Saúde Infantil e Juvenil; - Consulta e análise dos protocolos, normas e projetos existentes no âmbito da Saúde Infantil e Juvenil; - Consulta dos protocolos, normas e projetos; - Apresentação do Projeto de Estágio ao enfermeiro orientador de forma a avaliar a sua viabilidade e necessidade de ajustes.
Desenvolver técnicas de comunicação adequadas ao estágio de desenvolvimento da criança/jovem e família.	- Aprofundar conhecimentos sobre princípios, técnicas e estratégias de comunicação com a criança/jovem e família; - Observação das técnicas e estratégias utilizadas pelo enfermeiro orientador na comunicação com a criança/jovem e família;

	- Treino de técnicas e estratégias de comunicação com a criança/jovem, adequadas ao estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis; - Promoção de um ambiente terapêutico, facilitador da comunicação; - Elaboração de uma reflexão crítica.
Desenvolver competências no âmbito do processo de crescimento e desenvolvimento da criança/jovem e família.	- Aprofundamento de conhecimentos sobre crescimento e desenvolvimento infantil; - Colaboração com o EEESIP nas intervenções realizadas nas consultas de vigilância de Saúde Infantil e Juvenil; - Participação no desenvolvimento e avaliação de planos individuais de saúde, com enfoque nos comportamentos promotores de saúde e tomada de decisão responsável; - Aplicação de instrumentos de avaliação do desenvolvimento infantil (Mary Sheridan ou Schedule of Growing Skills).
Identificar os fatores que influenciam o sono da criança lactente.	- Aprofundar conhecimento sobre: . o sono da criança lactente . fatores que influenciam o sono da criança lactente . alterações no padrão de sono da criança lactente - Consulta de normas e procedimentos no âmbito do sono e hábitos de sono na criança lactente;

	- Entrevista ao enfermeiro orientador sobre as principais dificuldades relativas ao sono na criança lactente; - Observação da apreciação do EEESIP relativa ao padrão de sono das crianças lactentes; - Questionar os pais de crianças lactentes, na consulta de saúde infantil, sobre preocupações e dificuldades sentidas na gestão do sono dos seus filhos; - Questionar os pais de crianças lactentes, na consulta de saúde infantil, sobre os hábitos de sono dos seus filhos; - Observar as preocupações e dificuldades dos pais relativas ao sono dos seus filhos no decorrer da consulta de desenvolvimento infantil.
Implementar estratégias de intervenção ao nível da promoção de hábitos de sono saudáveis na criança lactente e família.	- Identificação das estratégias/intervenções utilizadas pelo EEESIP na promoção de hábitos de sono saudáveis; - Realização de uma entrevista ao enfermeiro orientador de forma a analisar quais as estratégias/intervenções utilizadas na promoção de hábitos de sono saudáveis na criança lactente; - Estruturação de uma sessão sobre “Promoção de Hábitos de Sono Saudáveis na criança Lactente” dirigida à equipa de enfermagem.

	- Elaboração de um procedimento/norma de forma a orientar o ensino efetuado aos pais de lactentes na consulta de saúde infantil sobre as características do sono e promoção de hábitos de sono saudáveis nesta. - Revisão bibliográfica sobre estratégias de promoção de hábitos de sono saudáveis entre o 1º e o 12º mês de vida; - Participação na promoção de hábitos de sono saudáveis da criança lactente junto dos pais; - Elaboração de um folheto informativo com as principais estratégias que os pais podem utilizar para ajudar os seus filhos a adquirir bons hábitos de sono. - Realização de ensinamentos aos pais do recém-nascido, na primeira consulta de enfermagem de forma a orientar a aprendizagem sobre o sono da criança lactente; - Realização de ensinamentos relativos à promoção de hábitos de sono saudáveis aos pais de crianças lactentes no decorrer da consulta de saúde infantil; - Elaboração de um poster sobre “Promoção de Hábitos de Sono Saudáveis na criança Lactente” a afixar na sala de espera da consulta de saúde infantil.
Consulta do Sono	

Identificar fatores que influenciam o sono da criança lactente.	- Entrevista ao enfermeiro orientador sobre as principais dificuldades relativas ao sono na criança lactente; - Observação da apreciação do EEESIP relativa ao padrão de sono das crianças lactentes; - Identificar as dificuldades e motivações que levam os pais a recorrer à consulta do sono com os seus filhos.
Implementar estratégias de intervenção ao nível da promoção de hábitos de sono saudáveis na criança lactente e família.	- Realização de uma entrevista ao enfermeiro orientador de forma a analisar quais as estratégias/intervenções utilizadas na promoção de hábitos de sono saudáveis na criança lactente; - Identificação de estratégias e intervenções utilizadas pelo EEESIP na promoção de hábitos de sono saudáveis e na gestão do sono em crianças lactentes com padrão de sono alterado; - Participação na consulta do sono.
Duração do Estágio: 23/09/2019 a 20/10/2019	

2. Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais / Unidade de Cuidados Intensivos e Especiais Pediátricos

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES PROPOSTAS
Conhecer a cultura organizacional e a filosofia de cuidados da Unidade.	- Reunião com o enfermeiro orientador para conhecer a cultura organizacional e filosofia de cuidados utilizada na unidade; - Pesquisa bibliográfica sobre legislação, políticas e procedimentos da instituição/unidade.
Conhecer os projetos e programas em desenvolvimento.	- Reunião com o enfermeiro orientador para conhecer os projetos implementados e quais se encontram em fase de implementação na unidade/hospital na área da Pediatria; - Consulta dos protocolos, normas e projetos existentes no serviço/hospital; - Apresentação do Projeto de Estágio ao enfermeiro orientador de forma a avaliar a sua viabilidade e necessidade de ajustes.
Desenvolver competências de comunicação adequadas a cada família.	- Aprofundar conhecimentos sobre princípios, técnicas e estratégias de comunicação com a criança/jovem e família; - Observação das técnicas e estratégias utilizadas pelo enfermeiro orientador na comunicação com os pais/família; - Promoção de um ambiente terapêutico, facilitador da comunicação; - Elaboração de uma reflexão crítica.

Prestar cuidados ao RN e família nas situações de especial complexidade.	- Aprofundar conhecimentos sobre aos cuidados ao recém-nascido e família; - Observação dos cuidados de enfermagem prestados pelo EEESIP ao RN e família em contexto de UCIN; - Participação na prestação de cuidados ao RN e família; - Identificação das estratégias utilizadas pelo EEESIP na promoção da vinculação do recém-nascido com os pais; - Participação nos cuidados promotores da parentalidade e vinculação.
Implementar estratégias de intervenção ao nível da promoção de hábitos de sono saudáveis no RN/criança lactente e família.	- Aprofundar conhecimentos sobre o sono do recém-nascido e criança lactente internados na UCIEP; - Observar as preocupações e dificuldades dos pais relativas ao sono dos seus filhos; - Realização de uma sessão de formação aos pais sobre a “importância dos bons hábitos de sono no bebé”; - Realização de uma norma/procedimento sobre “Intervenção de Enfermagem no conforto do recém-nascido/criança lactente no âmbito da Promoção de hábitos de Sono saudáveis”.
Duração do Estágio: 21/10/2019 a 17/11/2019	

3. Serviço de Urgência Pediátrica

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES PROPOSTAS
Prestar cuidados à criança/jovem e família nas situações de especial complexidade.	- Aprofundar conhecimentos sobre as principais causas de instabilidade na criança/jovem e quais as doenças mais comuns em cada estágio do desenvolvimento; - Participação nos cuidados de enfermagem à criança/jovem e família em situação de urgência.
Desenvolver competências de comunicação adequadas ao estágio de desenvolvimento da criança/jovem e família.	- Aprofundar conhecimentos sobre princípios, técnicas e estratégias de comunicação com a criança/jovem e família; - Observação das técnicas e estratégias utilizadas pelo EEESIP na comunicação com a criança/jovem e família; - Treino de técnicas e estratégias de comunicação com a criança/jovem e família, adequadas ao estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis; - Promoção de um ambiente terapêutico, facilitador da comunicação; - Elaboração de uma reflexão crítica.
Identificar os fatores que influenciam o sono da criança lactente.	- Entrevista ao enfermeiro orientador sobre as principais dificuldades relativas ao sono na criança lactente; - Observação da apreciação do EEESIP relativa ao padrão de sono das crianças lactentes internadas;

	- Identificação de estratégias e intervenções utilizadas pelo EEESIP na promoção de hábitos de sono saudáveis na criança lactente; - Identificação das preocupações e dificuldades dos pais relativas ao sono dos seus filhos, sobretudo em contexto de UCEP.
Implementar estratégias de intervenção ao nível da promoção de hábitos de sono saudáveis no lactente e família.	- Sessão de formação à equipa de enfermagem sobre a temática da promoção de hábitos de sono saudáveis na criança lactente (importância e intervenções de enfermagem); - Realização de uma norma/procedimento para o serviço sobre intervenções de enfermagem para a “Promoção de Hábitos de Sono Saudáveis no lactente” e cuidados a ter relativamente ao ambiente do serviço; - Colocação de um poster no quarto dos berços com informações que ajudem os pais na promoção de hábitos de sono saudáveis nos seus filhos.
Duração do Estágio: 18/11/2019 a 15/12/2019	

4. Serviço de Reabilitação Pediátrica e de Desenvolvimento

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES PROPOSTAS
Conhecer a cultura organizacional e a filosofia de cuidados do CMRA e do serviço de reabilitação pediátrica.	- Reunião com o enfermeiro orientador para conhecer a cultura organizacional e a filosofia de cuidados utilizada no centro/serviço; - Pesquisa bibliográfica sobre legislação, políticas e procedimentos do centro e serviço.
Conhecer os projetos e programas em desenvolvimento.	- Reunião com o enfermeiro orientador para conhecer os projetos implementados e quais se encontram em fase de implementação no serviço e centro na área da Pediatria; - Consulta dos protocolos, normas e projetos existentes no serviço e no centro; - Apresentação do Projeto de Estágio ao enfermeiro orientador de forma a avaliar a sua viabilidade e necessidade de ajustes.
Desenvolver técnicas de comunicação adequadas ao estágio de desenvolvimento da criança/jovem e família.	- Aprofundar conhecimentos sobre princípios, técnicas e estratégias de comunicação com a criança/jovem e família; - Observação das técnicas e estratégias utilizadas pelo EEESIP na comunicação com a criança/jovem com atraso de desenvolvimento e sua família; - Treino de técnicas e estratégias de comunicação com a criança/jovem, adequadas ao estágio de desenvolvimento e

	culturalmente sensíveis; - Promoção de um ambiente terapêutico, facilitador da comunicação; - Elaboração de uma reflexão crítica.
Prestar cuidados à criança/jovem e família nas situações de especial complexidade.	- Entrevista ao enfermeiro orientador sobre quais as principais causas de internamento da criança/jovem e quais as doenças mais comuns no serviço; - Observação dos cuidados de enfermagem prestados pelo EEESIP à criança/jovem e família em situação específica de saúde; - Participação nos cuidados de enfermagem à criança/jovem e família em situação de atraso do desenvolvimento psico-motor.
Identificar os fatores que influenciam o sono da criança lactente.	- Entrevista ao enfermeiro orientador sobre as principais dificuldades relativas ao sono na criança lactente com atraso de desenvolvimento; - Observação da apreciação do EEESIP relativa ao padrão de sono das crianças lactentes internadas; - Identificação de estratégias e intervenções utilizadas pelo EEESIP na promoção de hábitos de sono saudáveis na criança lactente; - Identificação das preocupações e dificuldades dos pais relativas ao sono dos seus filhos.
Implementar estratégias de intervenção ao nível da promoção de hábitos de sono saudáveis na criança lactente e família.	- Realização de uma entrevista ao enfermeiro orientador de forma a analisar quais as estratégias/intervenções utilizadas na promoção de

	hábitos de sono saudáveis na criança lactente; - Identificação de estratégias e intervenções utilizadas pelo EEESIP na promoção de hábitos de sono saudáveis e na gestão do sono em crianças lactentes com padrão de sono alterado; - Sessão de formação à equipa de enfermagem sobre a temática da promoção de hábitos de sono saudáveis na criança lactente (importância e intervenções de enfermagem).
Duração do Estágio: 16/12/2019 a 20/12/2019 e de 06/01/2020 a 12/01/2020	

5. Serviço de Internamento Pediátrico

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES PROPOSTAS
Conhecer a cultura organizacional e a filosofia de cuidados do serviço.	- Reunião com o enfermeiro orientador para conhecer a cultura organizacional e filosofia de cuidados utilizada no serviço; - Pesquisa bibliográfica sobre legislação, políticas e procedimentos do serviço.
Conhecer os projetos e programas em desenvolvimento no serviço.	- Reunião com o enfermeiro orientador para conhecer os projetos implementados e quais se encontram em fase de implementação no serviço; - Consulta dos protocolos, normas e projetos existentes no serviço; - Apresentação do Projeto de Estágio ao enfermeiro orientador de forma a avaliar a sua viabilidade e necessidade de ajustes.
Desenvolver competências de comunicação adequadas ao estágio de desenvolvimento da criança/jovem e família.	- Aprofundar conhecimentos sobre princípios, técnicas e estratégias de comunicação com a criança/jovem e família; - Observação das técnicas e estratégias utilizadas pelo enfermeiro orientador na comunicação com a criança/jovem e família; - Treino de técnicas e estratégias de comunicação com a criança/jovem e família, adequadas ao estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis; - Promoção de um ambiente terapêutico, facilitador da comunicação;

	- Elaboração de uma reflexão crítica.
Prestar cuidados à criança/jovem e família ao longo do ciclo de vida e tendo em conta o processo de saúde-doença.	- Realização de uma entrevista ao enfermeiro orientador sobre quais as doenças mais comuns no serviço; - Aprofundar conhecimentos sobre as principais causas de internamento da criança/jovem; - Observação dos cuidados de enfermagem prestados pelo EEESIP à criança/jovem e família; - Participação nos cuidados de enfermagem à criança/jovem e família em contexto de internamento.
Identificar os fatores que influenciam o sono da criança lactente.	- Entrevista ao enfermeiro orientador sobre as principais dificuldades relativas ao sono na criança lactente; - Observação da apreciação do EEESIP relativa ao padrão de sono das crianças lactentes internadas; - Identificação de estratégias e intervenções utilizadas pelo EEESIP na promoção de hábitos de sono saudáveis na criança lactente; - Identificação das preocupações e dificuldades dos pais relativas ao sono dos seus filhos.
Implementar estratégias de intervenção ao nível da promoção de hábitos de sono saudáveis na criança lactente.	- Sessão de formação à equipa de enfermagem sobre a temática da promoção de hábitos de sono saudáveis na criança lactente (importância e intervenções de enfermagem);

	- Elaboração de um poster para colocar na sala de pais e nos quartos com berços, que contenha informações para ajudar os pais na promoção de hábitos de sono saudáveis nos seus filhos; - Realização de um folheto informativo sobre a temática para dar aos pais de RN e crianças lactentes no momento da alta; - Realização de uma norma/procedimento para o serviço sobre intervenções de enfermagem para a “Promoção de Hábitos de Sono Saudáveis na criança lactente” e cuidados a ter relativamente ao ambiente do serviço.
Duração do Estágio: 13/01/2020 a 09/02/2020	

6. BIBLIOGRAFIA

Brazelton, T., & Sparrow, J. (2009). *A Criança e o Sono – O Método Brazelton* (5ª ed.). Lisboa: Editorial Presença.

Brunschwig, H. (2008). *SONO*. Lisboa: Edições Pergaminho SA.

Cordeiro, M. (2014). *Dormir Tranquilo*. Lisboa: A esfera dos livros.

Cordeiro, M. (2016). *O Grande Livro do Bebê*. Lisboa: A esfera dos livros.

Field, T. (2017). Development Infant sleep problems and interventions: A review. *Elsevier*, 47, 40-53.

Folgueiras, S., Asensio, S., Rodríguez, E., Chavarri, I., & Gabas, I. (2017). Hábitos de sueño en lactentes y preescolares. *Metas Enferm*, 20 (7), 12-18.

Hall, W., et al. (2015). A randomized controlled trial of an intervention for infants' behavioral sleep problems. *BMC Pediatrics*, 15, 1-12. DOI: 10.1186/s12887-015-0492-7.

International Council of Nurses (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE versão 2.0*. Geneve: ICN (tradução portuguesa).

Karp, H. (2014). *O bebé mais feliz do mundo: A nova forma de acalmar o choro e ajudar o seu bebé a dormir mais*. Alfragide: Livros D'hoje, Publicações Dom Quixote.

Lemura, A., Iwasaki, M., Yamakawa, N., Tomiwa, K., Anji, Y., Sakakihara, Y., et al. (2016). Influence of sleep-onset time on the development of 18-month-old infants: Japan Children's cohort study. *Brain and Development*, 38, 364–372.

Maia, I., & Pinto, F. (2008). Hábitos de Sono. *Nascer e Crescer*. 17 (1), 9-12.

Mendes, L., Fernandes, A., & Garcia, F. (2004). Hábitos e perturbações do sono em crianças em idade escolar. *Revista de Medicina da Criança e do Adolescente – Sociedade Portuguesa de Pediatria*, 35, 341-347.

Middlemiss, W. (2004). Infant Sleep: a review of normative and problematic sleep and interventions. *Early Child Development and Care*, 174 (1), 99-122. **Doi:** 10.1080/0300443032000153516.

Middlemiss, W., Stevens, H., Ridgway, L., McDonald, S., & Koussa, M. (2017). Response-based sleep intervention: Helping infants sleep without making them cry. *Early Human Development*, 108, 49-57.

Monteiro, T. (2006). Perturbações do sono na criança – Perspectiva do Pediatra. *Nascer e Crescer*, 15 (3), 180-183.

Morris, S., St. James-Roberts, I., Sleep, J., & Gillham, P. (2001). Economic evaluation of strategies for managing infant crying and sleeping problems in the first 12 weeks of age: the COSI study. *Archives of Disease in Childhood*, 84, 15–19.

Ordem dos Enfermeiros. (2010). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Lisboa: OE. Acedido em 18/06/2019. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8349/1919219194.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Lisboa: OE. Acedido em 18/06/2019. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Paiva, T. (2009). *Bom Sono, Boa Vida*. (4ª ed.). Alfragide: Oficina do Livro.

Phaneuf, M. (2001). *Planificação de Cuidados: um sistema e personalizado*. Coimbra: Quarteto Editora.

Redeker, N., et al. (2017). Community partnership for healthy sleep: Research protocol. *Research in Nursing and Health*, (41) 1, 19-29. DOI: 10.1002/nur.21840.

Roper, N., Logan, W., & Tierney, A. (1990). *Modelo de enfermagem*. Editora McGraw-Hill de Portugal, Lda. 3ª Edição.

Sadeh, A., Tikotzky, L., & Scher, A. (2010). Parenting and Infant Sleep. *Elsevier*. 14, 89-96.

Sezici, E., & Yigit, D. (2017). Comparison between swinging and playing of white noise among colicky babies: A paired randomised controlled trial. *Journal of Clinical Nursing*, 27, 593-600. DOI: 10.1111/jocn.13928.

Soares, Â. (2010). *O Sono: Efeitos da sua privação sobre as defesas orgânicas*. Lisboa: LIDEL.

Thiedke, C. (2001). Sleep disorders and sleep problems in childhood. *American Family Physician*, 62, 277–284.

Thunström, M. (2002). Severe sleep problems among infants in a normal population in Sweden: prevalence, severity and correlates. *Acta Pediátrica*, 88, 1356–1363.

Tse, L. & Hall, W. (2007). A qualitative study of parents' perceptions of a behavioural sleep intervention. *Child: care, health and development*, 34 (2), 162-172. DOI: 10.1111/j.1365-2214.2007.00769.

APÊNDICE III

Diário de Aprendizagem

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

**10º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização em
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria**

UNIDADE CURRICULAR: Estágio com Relatório

Diário de Aprendizagem



Sara Filipa Teixeira Fonseca, N° 1275

Lisboa



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

**10º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização em
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria**

UNIDADE CURRICULAR: Estágio com Relatório

***Diário de Aprendizagem
Comunicação com a Criança***

Sara Filipa Teixeira Fonseca, N° 1275

Docente Orientador: Prof^ª Cristina Jeremias

Lisboa

Outubro, 2019

*“Quando olho uma criança ela inspira-me dois sentimentos:
Ternura pelo que é e respeito pelo que possa ser.”*

Jean Piaget, 1969

LISTA DE SIGLAS

EEESIP - Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

OE – Ordem dos Enfermeiros

USF – Unidade de Saúde Familiar

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	6
DESENVOLVIMENTO	8
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	14

INTRODUÇÃO

Esta reflexão surge no âmbito do estágio realizado numa Unidade de Saúde Familiar (USF), mais especificamente no decorrer das Consultas de Enfermagem de Saúde Infantil.

Sendo o ato de refletir sobre a prática, desde há muito, um caminho para a melhoria dos cuidados de saúde, propus-me, dando resposta a um dos objetivos deste estágio, *“Desenvolver técnicas de comunicação adequadas ao estágio de desenvolvimento da criança/jovem e família”*, a realizar uma reflexão crítica sobre a comunicação com a criança e família.

Assim, a elaboração deste diário de aprendizagem tem como principal objetivo desenvolver a minha capacidade de questionamento, reflexão e discussão sobre a prática de cuidados de enfermagem de forma a contribuir para um agir profissional ético e cientificamente sustentado, enquanto futura Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP).

Phaneuf (2005, p.23) define a comunicação como “um processo de criação e de recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre as pessoas”.

Segundo Fiske (2002) citado por Sequeira (2016) a comunicação “é uma atividade humana que todos reconhecem, mas poucos sabem definir satisfatoriamente”. Segundo Sequeira (2016) comunicar é participar, transmitir, falar, estar em comunicação, partilhar (ideias, emoções, cultura, etc.). Assim, e de uma forma geral, podemos definir a comunicação como um processo dinâmico, complexo e permanente, através do qual os seres humanos emitem e recebem mensagens, com a finalidade de compreenderem e serem compreendidos pelos outros (Sequeira, 2016).

Segundo Phaneuf (2005), numa comunicação, as nossas trocas compreendem duas componentes principais: uma parte informativa, mais ligada ao domínio cognitivo (o quê da mensagem), e uma parte mais afetiva, ligada à maneira como esta é transmitida (o como da mensagem).

Sendo a comunicação uma ferramenta indispensável para os enfermeiros compreenderem o modo como o sistema criança-família percebe, sente, e reage face ao mundo que o rodeia e sendo ela transversal a todas as etapas de vida do ser humano, é importante compreender as diferentes particularidades que esta adquire em cada uma das várias etapas de desenvolvimento da pessoa.

As estratégias de comunicação com a criança dependem de múltiplos fatores, destacando-se o estágio de desenvolvimento, a situação de saúde/doença e o ambiente em que a criança se encontra (Sequeira, Carvalho & Amaral, 2016).

Neste contexto de estágio, a primazia da comunicação surgiu sobretudo no decorrer das consultas de saúde infantil. Nestas consultas, tive a oportunidade de treinar diferentes técnicas de comunicação com diferentes crianças, adolescentes e famílias, em diferentes fases do seu estágio de desenvolvimento, o que contribuiu para desenvolver esta competência essencial à minha prática de cuidados.

1. DESENVOLVIMENTO

A situação sobre a qual irei realizar o presente diário de aprendizagem relaciona-se com a comunicação estabelecida com uma criança de quatro anos de idade, acompanhada pelos pais, durante uma Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil. Decidi escolher esta situação por se referir a uma menina em idade pré-escolar, uma das idades em que as crianças são “mais difíceis de conquistar” e que o estabelecer uma comunicação com as mesmas constitui, quase sempre, um desafio.

Durante uma das manhãs em que estive a realizar consultas de Enfermagem de Saúde Infantil na USF quando cheguei à sala de espera, para chamar outra criança para a consulta, encontrei uma menina de nome S., na companhia dos pais, a brincar com uma boneca numa das cadeiras da sala. Depois de chamar pelo seu nome, a S. olhou para mim, deixou de brincar e encostou-se à perna da mãe, agarrando-a. À entrada no gabinete de enfermagem, fiquei junto à porta e disse bom dia aos pais e um “Olá” à S., incluindo-a na interação desde o início, e olhando para ela com um sorriso que procurei que fosse, de certa forma, ternurento. A S. olhou para mim pelo canto do olho de forma desconfiada. Aproveitei o momento da entrada no gabinete para me apresentar, convidando os pais da S. a sentarem-se nas duas cadeiras que existiam em frente à secretária, a S. sentou-se ao colo da mãe, onde se manteve durante a fase inicial da consulta.

De acordo com o planeado da consulta da S., o ambiente do gabinete foi adequado no momento imediatamente antes da sua chegada, colocando dois livros infantis sobre a secretária virados na direção onde a S. ficaria com os pais. Segundo Hockenberry (2014), o local onde os enfermeiros realizam a consulta/entrevista é tão importante como a própria consulta/entrevista e em saúde infantil é um cuidado fundamental para o estabelecimento da comunicação com a criança.

Já com a S. sentada ao colo da mãe, eu e a enfermeira especialista, com quem estava a realizar a consulta, iniciámos o diálogo com os pais, procurando obter informação sobre a S. e informá-los sobre os objetivos e atividades a desenvolver na consulta. Embora os pais e a criança constituam indivíduos singulares e distintos, a relação entre enfermeiros e crianças é frequentemente mediada pelos pais, particularmente no que respeita a crianças mais novas (Hockenberry, 2014). A mesma autora refere que, de forma geral, a maioria dos enfermeiros obtém informações sobre a criança através da observação ou através da interação com os pais. É importante ter sempre presente que entrevistar os pais não só proporciona a oportunidade de

determinar o estado de saúde e o estágio de desenvolvimento da criança, mas também permite obter informações sobre os fatores que influenciam a sua vida (Hockenberry, 2014).

Enquanto conversávamos com os pais, a S. ia olhando para nós, sempre com uma postura de “defesa”, desconfiança e receio. Olhava, mas desviava o olhar rapidamente sempre que o nosso se cruzava com o dela.

À medida que o tempo foi passando, no decorrer da interação com os pais, a postura da S. foi-se alterando. Começou, numa fase inicial, a olhar para os livros que estavam sobre a mesa e que a “convidavam” a conhecê-los. Após alguns instantes a S. começou a manusear os livros. Aproveitei o momento, e a sua curiosidade, para lhe dizer: “Que livros tão giros! Já viste?”. A S. olhou para mim e ficou em silêncio. Foi então que lhe perguntei: “Qual deles é que mais gostas? Este ou este?”, apontando para cada um deles. Um dos livros era, estereótipadamente, direcionado para rapazes, em tons de azul, e o outro para meninas, em tons de cor-de-rosa. Dirigindo o olhar para mim, a S. apontou para o segundo livro. “Pois é, este é mais giro!”, referi. Disse-lhe então que iria guardar o outro para os outros meninos e que ela podia ver aquele que tinha escolhido. Começou a abrir o livro e a olhar para as imagens. Aproveitei este momento para lhe colocar questões sobre algumas cores, determinados objetos e qual a sua funcionalidade, e sobre alguns animais que se encontravam desenhados no livro. Com este exercício e, utilizando uma entoação e expressão adequadas, a S. foi começando a comunicar connosco. Dizia a cor que eu lhe indicava no livro e olhava para mim, posteriormente, no sentido de procurar a minha aprovação. Sempre que a S. acertava, eu dava-lhe um reforço positivo para que ficasse orgulhosa e feliz com o seu desempenho.

Depois deste exercício, que nos permitiu avaliar o seu desenvolvimento cognitivo, e que ao mesmo tempo funcionou como um exercício “quebra-gelo”, a comunicação com a S. foi ficando cada vez mais facilitada.

No momento de realizar a avaliação antropométrica disse-lhe: “Olha S., vou mostrar-te uma coisa que nos ajuda a ver se tu estás mais crescida, pode ser? Tu achas que estás mais crescida? Anda ver!” e após o ter dito dirigi-me para a balança. A S. olhou para mim e observou para onde me dirigia e qual era a “coisa” de que lhe tinha falado, mas mantendo-se na sua zona de conforto, o colo da mãe. Vendo que a filha estava renitente em avançar, a mãe da S. incentivou-a a ir ao meu encontro, dizendo “Uau S., vai lá ver!”. Depois deste incentivo da mãe, e de considerar que seria seguro, saiu do colo da mãe e dirigiu-se à balança. Junto da balança parou e ficou a observar o instrumento. Foi então que lhe disse: “Vamos lá ver então se a S. está crescida! Podes subir para aqui?” A criança subiu para a balança e olhou para mim

como se estivesse à espera que lhe dissesse se estava crescida. Ao aperceber-me da sua reacção disse-lhe: “Boa! Que crescida! Muito bem!”. Antes que saísse da balança, disse-lhe que precisava ver se ela estava a ficar grande como o pai para chegar a todas as coisas e expliquei-lhe que se teria de virar para a parede e ver os carros que nela se encontravam desenhados. Virou-se e olhando para mim, cumpriu as indicações de posicionamento que lhe dei e exemplifiquei, mantendo-me ao seu lado. Após a avaliação, disse-lhe que estava muito crescida e dei-lhe um reforço positivo pelo seu comportamento e pela sua ajuda.

Visto que estávamos as duas de pé aproveitei para avaliar o seu equilíbrio, postura e coordenação. Disse-lhe que íamos fazer um jogo e que queria ver se ela conseguia imitar aquilo que eu ia fazer. Curiosa olhou para mim como quem tinha acabado de aceitar um desafio. Exemplifiquei os exercícios de saltar só num pé, equilibrar-me só num pé e depois no outro e ia exemplificado enquanto lhe exemplificava. Simultaneamente incentivava-a a realizar o exercício dizendo: “Agora tu! Não podes cair!”, “e agora assim, consegues?”. Nesta fase, mais interativa, a S. tentava reproduzir os exercícios que lhe mostrava e ria enquanto os fazia e, até, quando se desequilibrava. Continuando em tom de “brincadeira”, com um tom de voz expressivo e simpático disse-lhe que íamos ver se o músculo dela estava forte. Tinha chegado o momento de avaliar a tensão arterial. Pedi então que se sentasse na cadeira e me mostrasse o braço. Respondendo à minha solicitação mostrou-me, de imediato, o braço que se encontrava mais próximo de mim. Mostrei-lhe o aparelho e disse-lhe que aquela “televisão mágica” iria mostrar se o músculo dela estava forte ou não. Mostrei-lhe a braçadeira e expliquei-lhe que aquela “pulseira” ia apertar-lhe um bocadinho o braço para medir a força do músculo, mas que seria rápido. Com esta explicação procurei que a S. ficasse entusiasmada e colaborante. A S. começou a tocar na braçadeira, o que permiti e incentivei, visto que, na sua idade, é importante permitir o toque e que a criança examine o objeto com o qual irá contactar (Hockenberry, 2014). Coloquei-lhe a braçadeira e avaliei a tensão. No final olhou mais uma vez para mim à espera de um *feedback* sobre o seu músculo. Disse-lhe que estava forte, mas para ficar ainda mais forte, teria de comer mais sopa e mais fruta. Visto que estes alimentos eram aqueles que os pais da S. haviam referido que ela gostava menos de comer.

O facto de ter utilizado o estetoscópio para a avaliação da tensão, despertou na S. a semelhança deste com algo que ela tinha na sua mochila. Enquanto falávamos com os pais da S. esta foi à sua mochila, que estava entregue ao pai e tirou de dentro dela um estetoscópio de brincar, e veio mostrar-me. Com um ar surpreendido e de espanto disse-lhe “Ah! Também tens um! E mais giro que o meu porque o teu é cor-de-rosa!”. Com ar de orgulho e a sorrir a S. aproximou-se a mim, colocou o estetoscópio nos ouvidos e começou a “auscultar-me”.

Sorri e perguntei-lhe: “Estás a ouvir o meu coração?” e ela continuou a “auscultar-me”, mas desta vez a fazer o som “tum-tum, tum-tum”. A enfermeira especialista que estava também a realizar a consulta sorriu e disse: “Mas que bem! Estás a ouvir o coração da Sara com som e tudo!”.

A S. estava a brincar comigo. Neste momento senti que se tivesse mais tempo teríamos ficado ali a brincar. No entanto, e não sendo isso possível, tive de encontrar uma forma de, sem a magoar, interromper a brincadeira que ela tinha acabado de começar e finalizar a consulta. Agradei-lhe ter ouvido o meu coração e disse-lhe que agora tinha de ir mostrar o seu estetoscópio à médica e que tinha de ver se o dela continuava a ser o mais bonito, porque a médica também tinha um. Desta forma, ao estabelecer uma atividade consegui que a S. não ficasse triste e se centrasse num outro “desafio”/tarefa. Assim, a S. saiu do gabinete acompanhada pelos pais, a sorrir, com o estetoscópio na mão e a dizer-nos adeus com a mão que tinha livre.

Sendo o brincar a linguagem universal da criança (Hockenberry, 2014), e o facto de o ter utilizado como forma de comunicação, de excelência, durante o decorrer da consulta, fez com que a S. participasse na consulta e permitir que estabelecesse com ela uma relação de maior confiança e empatia. Segundo nos diz Hockenberry (2014) os enfermeiros podem conseguir obter pistas relativamente ao desenvolvimento físico, social e intelectual da criança, através da forma e complexidade do comportamento de brincar apresentado pela criança.

Tendo em conta as orientações descritas por Hockenberry (2014) e analisando aquela que foi a minha comunicação com a S. consigo concluir que cumpri maioritariamente as orientações estabelecidas para a comunicação com a criança. O facto de ter proporcionado tempo à S. para que se sentisse à vontade; ter evitado avanços súbitos ou rápidos, sorrisos exagerados ou um olhar prolongado; ter iniciado o diálogo com os pais, uma vez que a S. se encontrava envergonhada, e ter utilizado um objeto para facilitar o início da interação, como o livro, para estabelecer uma comunicação com a criança, não a abordando diretamente, permitiu-me comunicar eficazmente com ela e atingir todos os objetivos programados para aquela consulta. Tive sempre em conta, durante a minha relação com a S., que ela se encontrava na idade pré-escolar, onde o pensamento mágico está presente. Tendo esta característica em atenção, do seu estágio de desenvolvimento cognitivo, tive o cuidado de escolher as palavras e expressões que utilizei no sentido de não causar medo ou desconforto à S. pelas interpretações que esta pudesse fazer sobre o que lhe estava a ser dito por mim.

Verifiquei que durante toda a minha intervenção adotei um tom de voz tranquilo, calmo e confiante, falando de modo claro, com palavras simples e frases curtas. Segundo Hockenberry

(2014) existem técnicas de comunicação verbais e não-verbais que auxiliam à expressão de pensamentos e sentimentos, estas são mobilizadas pelo enfermeiro e ajudam a estabelecer a relação terapêutica. Um dos princípios da comunicação que utilizei foi a honestidade. Fui sempre honesta com a S., por exemplo, quando lhe disse que a “pulseira” iria apertar-lhe um bocadinho o braço, mas que iria passar depressa.

Utilizando as estratégias de comunicação adequadas à idade da S. e ao seu estágio de desenvolvimento consegui realizar uma avaliação multidimensional completa, sem que a criança expressasse medo e permitindo que colaborasse no seu processo de avaliação através de uma participação ativa, utilizando a brincadeira como ferramenta para o conseguir.

Considero que o facto de ter experiência profissional na área da facilitou a interação estabelecida com a S. e também com outras crianças, conseguindo estabelecer uma comunicação efetiva com elas. No entanto, todas as experiências de comunicação que tive o privilégio de estabelecer durante este estágio acabaram por me permitir reforçar o conhecimento que já tinha relativamente à importância de se estabelecer uma boa comunicação e empatia com a criança alvo dos nossos cuidados. Além disso, impulsionou-me a estudar e rever as diferentes estratégias de comunicação a utilizar nas diferentes idades.

O facto de a S. ser uma criança saudável e de não se encontrar em situação de doença aguda/crónica, foi um desafio para mim, uma vez que estou habituada a comunicar com a criança doente, em contexto hospitalar. No entanto e, apesar do meu receio inicial em comunicar com crianças em contexto de não doença, senti que, de certa forma, essa variável terá facilitado a comunicação, na medida em que as crianças saudáveis estão mais disponíveis e receptivas para comunicar (Jorge, 2004).

Esta experiência possibilitou-me ter uma maior consciência da minha intervenção diária, intencional e fundamentada. O facto de repensar a minha abordagem/forma de comunicação ajudou-me a compreender a razão de o fazer e de o fazer como faço; permitiu-me perceber o quanto saber e saber fazer bem me pode ajudar a comunicar com a criança. Conforme nos diz Diogo (2015) a utilização de técnicas adequadas de comunicação pode auxiliar a construção da relação, facilitando a gestão das emoções associadas aos processos de saúde-doença e de cuidados. Desta forma, procurei ir ao encontro a uma das unidades de competência, do regulamento de competências específicas do EEESIP que nos diz que, o EEESIP “Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura”, demonstrando “conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/jovem e família”; relacionando-me “com a criança/jovem e

família no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura” e demonstrando “habilidades de adaptação da comunicação ao estado de desenvolvimento da criança/jovem”.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Diogo, P. (2015). *Trabalho com as emoções em Enfermagem Pediátrica – Um Processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Ato de Cuidar* (2ª ed.). Loures: Lusodidacta.

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.

Hockenberry, M. (2014). Comunicação e Avaliação Inicial da Criança. In Hockenberry, M., & Wilson, D. (9ª ed). *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente*. (Vol. I), 122 – 132. Loures: Lusociência.

Hockenberry, M., & Barrera, P. (2014). Perspetivas de Enfermagem Pediátrica. In M. Hockenberry, M., & Wilson, D. *Wong: Enfermagem da criança e do adolescente* (Vol. I) – 20. Loures: Lusociência.

Jorge, A. (2004). *Família e Hospitalização da Criança: (Re)Pensar o Cuidar em Enfermagem*. Loures: Lusociência.

Regulamento nº 422/2018 de 12 de Julho (2018). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Diário da República 2ª Série, Nº 133 (12-07-2018). 91192- 91194.

Sequeira, C. (2016). *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda*. Lisboa: LIDEL.

Sequeira, C., & Sequeira, A. (2016). Comunicar com a Criança e o Adolescente. In Sequeira, C., *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda* (193-195). Lisboa: LIDEL.

APÊNDICE IV

Plano de Sessão da Formação “*Promoção de Hábitos de Sono Saudáveis na Criança Lactente*”

PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO

Tema: Promoção de Hábitos de Sono Saudáveis na Criança Lactente

Local: USF [REDACTED]

Duração: 30 minutos

Destinatários: Profissionais de Saúde

Objetivo Geral: Sensibilizar os profissionais de saúde que exercem funções na USF [REDACTED] para a Promoção de Hábitos de Sono Saudáveis na Criança Lactente

Objetivos Específicos:

Que os profissionais de saúde sejam capazes de:

- Definir o que é o sono e os seus principais ciclos;
- Compreender a importância do sono para o desenvolvimento da criança;
- Compreender a necessidade de bons hábitos de sono durante o primeiro ano de vida e consoante a faixa etária;
- Descrever estratégias comportamentais que ajudem os pais a estabelecer hábitos de sono saudáveis

Formador: Sara Fonseca

Plano Curricular:

CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS	MÉTODOS	FORMADOR	RECURSOS	TEMPO
<u>Introdução:</u> Apresentação do tema da sessão e objetivos	Expositivo	Sara Fonseca	Computador e Data Show da USF	2'
<u>Desenvolvimento:</u> 1. Sono e os seus principais ciclos	Expositivo	Sara Fonseca	Computador e Data Show da USF	5'
	Expositivo			5'
2. Enquadramento Teórico	Expositivo			15'
3. Promoção de hábitos de sono saudáveis por faixa etária e fatores a ter em conta	Expositivo			1'
	Ativo			1'

4. Consideração Finais	Expositivo			
5. Conclusão				
6. Esclarecimento de dúvidas e sugestões				

Quadro: Distribuição dos conteúdos programáticos do Plano de Sessão da Formação.

APÊNDICE V

Sessão de Formação: “*Promoção de Hábitos de Sono Saudáveis na Criança Lactente*”

Promoção de Hábitos de Sono Saudáveis na Criança Lactente



Sara Fonseca

Enfª Especialista: Ana Inês Costa

Professora orientadora: Cristina Jeremias

Lisboa, 16 de Outubro de 2019

OBJETIVO GERAL

- Sensibilizar os profissionais de saúde que exercem funções na USF [REDACTED] para a Promoção de Hábitos de Sono Saudáveis na criança Lactente.



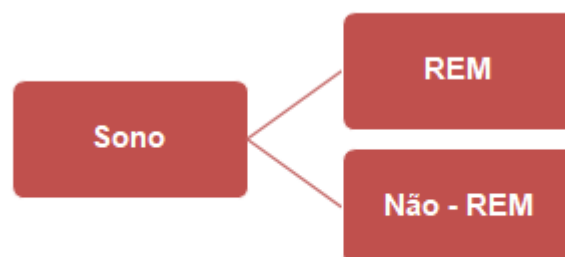
OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Definir o que é o Sono e respectivos ciclos;
- Demonstrar a sua importância para o desenvolvimento da criança;
- Designar a quantidade de horas de sono por faixa etária durante o primeiro ano de vida da criança;
- Descrever estratégias comportamentais que ajudem os pais a estabelecer hábitos de sono saudáveis.

SONO

Atividade de vida fundamental para o crescimento, desenvolvimento e sanidade física e mental da criança.

(World Association of Sleep Medicine, 2011)

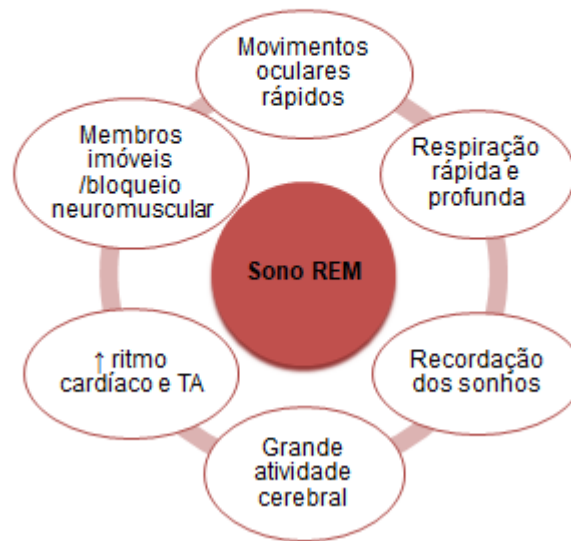


(Soares, 2010)

SONO

Ciclos de Sono

Sono REM (*Rapid Eye movements*)



(Soares, 2010)

SONO

Ciclos de Sono

Sono Não-REM



(Soares, 2010)

SONO

Tem um desenvolvimento próprio ao longo da vida, que acompanha a maturação do sistema nervoso da criança

Existe uma grande variedade entre a quantidade e distribuição do sono da criança mediante a idade

É durante o sono que ocorre a secreção de hormonas, entre as quais a do crescimento, melatonina, prolactina e cortisol

(Soares, 2010)

SONO

É durante o primeiro ano de vida que se desenvolve a secreção hormonal e que o padrão de sono sofre uma enorme evolução.

(Sadeh et al., 2010)

Desde muito cedo na vida, a saúde do sono é um dos contributos mais importantes para a saúde física e mental da criança.

(Redeker et al., 2017)

À medida que a criança vai crescendo os estádios de sono-vigília vão sofrendo alterações graduais. A criança vai procurando os seus padrões de conforto, podendo aprender a adormecer sozinha quando acorda.

(Brazelton & Sparrow, 2009; Cordeiro, 2010)

SONO: Um problema atual

- Existem cada vez mais crianças com hábitos de sono inadequados que conduzem à exaustão dos pais e até a um ambiente de tensão e irritabilidade no subsistema conjugal.

(Brazelton e Sparrow, 2009; Paiva, 2009; Cordeiro, 2010)

- Mais de metade dos lactentes apresenta hábitos de sono incorrectos.

(Sezici & Yigit, 2017)

- Problemas de sono infantil são uma preocupação comum pela qual os pais procuram ajuda de profissionais de saúde.

(Thunström 2002; Morris et al. 2001; Thiedke 2001)

SONO: Um problema atual



(Soares, 2010)

SONO: Um problema atual

- Os pais frequentemente procuram informações sobre estratégias para dormir e como promover hábitos de sono saudáveis nos seus filhos;

(Midlemiss, 2004)

- Poucos pais recebem informações profissionais sobre o sono;
- Muitos pais revelam recorrer à internet para resolução de problemas do sono dos seus filhos;

(Mindell et al., 2011 citado por Field, 2017)

- Sabe-se que o comportamento dos pais sobre o sono pode ser afetado pela informação de que dispõem pelo que se torna fundamental fornecer-lhes informações precisas sobre o sono dos seus filhos.

(Midlemiss, 2004)

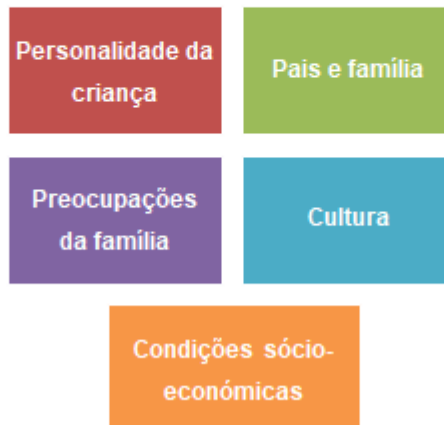


Promoção de Hábitos de Sono Saudáveis



ENSINO AOS PAIS

Ao efetuar os ensinamentos aos pais devemos ter em conta os seguintes fatores:



(Cordeiro, 2010)

O SONO ATRAVÉS DAS IDADES DA CRIANÇA LACTENTE



O Sono através das idades da Criança Lactente (1 – 3 meses)



A Criança	Os Pais
Ciclos de sono mais organizados	Criar um ambiente calmo e confortável
Não diferencia o dia da noite	Deitar a criança em decúbito dorsal
Faz "grunhidos" e dá suspiros	Não se assustarem com os "barulhos"
Sono profundo entre 20-50 min	Utilizar roupas confortáveis
Acorda para mamar durante a noite	"Embrulhar a criança"; embalar; fazer "chhh" e permitir a sucção
Surge a agitação ao fim do dia	Incentivar a criança a prolongar os intervalos das mamadas
	Começam a ter maior controlo
	Colocar a dormir em berço próprio

(Brazelton e Sparrow, 2009; Cordeiro, 2010; Karp, 2016)

O Sono através das idades da Criança Lactente (3 – 6 meses)



A Criança	Os Pais
Sistema nervoso e de regulação do açúcar mais amadurecidos	Incentivar a criança a dormir no seu berço/cama própria e no seu quarto
O sono deixa de ser tão caótico	Incentivar o uso de 1 objeto de apego
Passa mais tempo desperta durante o dia do que durante a noite	Colocar a criança acordada no berço e ficar junto dela a embalar (criar um ritual próprio)
Pode dar sinal 4 a 5 vezes durante a noite	Estabelecer o ritmo circadiano da criança reforçando o contraste Dia/Noite
Aos 4 meses conseguem dormir 6 a 8 horas seguidas	Perceber quando a sucção da criança se torna menos audível, se faz por surtos e finalmente cessa e aproveitar para sair do quarto!
Já não entra diretamente no sono não-REM	

(Brazelton e Sparrow, 2009; Cordeiro, 2010; Karp, 2016)

O Sono através das idades da Criança Lactente (3 – 6 meses)



A Criança – 4 meses	Os Pais
Aumento aprendizagem	Quando a criança acordar à noite esperar para ver se consegue adormecer sozinha
Introdução de alimentos	Não pegar ao colo, nem alimentar
Imprevisível e desorganizada	Reforçar o ritual de cantar, ler..
Desperta com maior facilidade	Ajudar a criança a encontrar um objeto de conforto
Sentidos estão mais ativos	Falar à criança sem se aproximar e sem tirá-la do berço
Absorve o máximo de informação do mundo que o rodeia	Colocar a criança a dormir no seu próprio quarto
Não se interessa em voltar a adormecer	Não brincar com a criança/estimulá-la
Pode regredir e voltar a acordar para mamar à noite	

(Brazelton e Sparrow, 2009; Cordeiro, 2010; Karp, 2016)

O Sono através das idades da Criança Lactente (6 – 9 meses)



A Criança	Os Pais
Preparada para dormir 12-15h por noite	Partilha do quarto desaconselhada
Divisão clara entre o dia e a noite	Estabelecer gradualmente uma rotina
Deve dormir no seu quarto	Alargar os períodos de vigília mantendo a criança mais tempo acordada de dia
Maior medo de estar sozinha à noite	Encorajar a criança a estabelecer os seus próprios recursos para aprender a ser autónoma e a adormecer durante a noite quando acordar/chorar
Começa a gatinhar	Tentar acalmar a criança sem a retirar da cama
Começa a vocalizar “mamã” e “papá”	Quando acordar à noite, sentar-se junto dela e manter o ritual de adormecer
Surto de autonomia	Luz de presença / Dispositivos electrónicos fora do quarto
Grande interesse pelo ambiente e objetos	
Maior consciência de si e do mundo	

(Brazelton e Sparrow, 2009; Cordeiro, 2010; Karp, 2016)

O Sono através das idades da Criança Lactente (9 – 12 meses)



A Criança	Os Pais
Já tem um sono regular à noite	Sestas da tarde logo após o almoço
Surgem os primeiros dentes	Evitar alimentar a criança quando acordar durante a noite
Novos passos na alimentação	Devem estabelecer rotinas ao deitar
Precisa de rituais e rotinas ao deitar	Perto da hora de deitar não submeter a criança a stress, confusão ou atividades excitantes e disrítmicas
Ainda precisa de sesta	Não deverá tentar adormecer a criança noutro local que não o seu quarto/berço
	Devem manter firmeza nas suas atitudes, mas confortando a criança até adormecer

(Brazelton e Sparrow, 2009; Cordeiro, 2010; Karp, 2016)

Os 10 Mandamentos do Sono Saudável para Crianças

1. Certifique-se que a sua criança dorme o suficiente por dia;
2. Mantenha uma consistência na hora de adormecer (de preferência pelas 21h) e de acordar durante a semana e o fim de semana;
3. Estabeleça uma rotina consistente na hora de ir dormir e utilize roupas confortáveis na criança e na cama;
4. Incentive a sua criança a adormecer de forma independente;
5. Evite luzes brilhantes na hora de ir para a cama e durante a noite e aumente a exposição à luz durante o dia;
6. Mantenha todos os dispositivos electrónicos (televisões, tablets e telemóveis) fora do quarto e limite o uso desses dispositivos à noite;
7. Mantenha uma rotina diária regular, incluindo as refeições;
8. Mantenha um horário de sesta adequado à idade;
9. Assegure que a criança está ativa e acordada durante o dia;
10. Elimine comidas e bebidas que contenham cafeína (refrigerantes, chá).

Adaptado de recomendações efectuadas pela World Association of Sleep Medicine

CONSIDERAÇÕES FINAIS (1/2)

A ausência de rotinas para o sono, ou a prática de outras inconvenientes, pode ter um impacto negativo na saúde das crianças pelo seu impacto no desenvolvimento cognitivo e de autonomia.

(Cordeiro, 2014)

É importante que os pais compreendam que as crianças podem aprender a acalmar-se para dormir e que bons hábitos de sono conduzem a uma criança mais saudável e feliz.

(Tse & Hall, 2007)

A criança precisa, desde que nasce, de aprender a gerir a autonomia do seu dormir, em paralelo com o que vai exercitando noutras áreas do desenvolvimento.

(Cordeiro, 2014)

CONSIDERAÇÕES FINAIS (2/2)

A questão do sono é cada vez mais comum e frequente sendo uma preocupação para pais, pediatras e investigadores.

Ajudar os pais a estabelecer padrões de sono saudáveis durante o primeiro ano de vida da criança é uma necessidade emergente.

Existem problemas relacionados com os maus hábitos de sono que quando detectados a tempo podem ser corrigidos evitando problemas futuros.

(Folgueiras et al, 2017)

Muito obrigada pela vossa atenção!



E pela vossa recepção e carinho!



BIBLIOGRAFIA

- Brazelton, T., Sparrow, J. (2009). *A Criança e o Sono – O Método de Brazelton* (5ª edição). Lisboa: Editorial Presença.
- Cordeiro, M. (2014). *Dormir Tranquilo*. Lisboa: A Esfera dos Livros.
- Field, T. (2017). Infant sleep problems and interventions: A review. *Infant Behavior & Development*. 47, 40-53.
- Middlemiss, W. (2004). Infant sleep: A review of normative and problematic sleep and interventions. *Early Child Development and Care*. 174 (1), 99-122. DOI: 10.1080/0300443032000153516.
- Sezici, E., Yigit, D. (2017). Comparison between swinging and playing of white noise among colicky babies: A paired randomised controlled trial. *Wiley periodicals, Inc*. DOI: 10.1111/jpcn.13928.

BIBLIOGRAFIA

- Redeker, N., et al. (2017 Nov). Community partnership for healthy sleep: Research protocol. *Wiley periodicals, Inc*. DOI: 10.1002/nur.21840.
- Sadeh, A., Tikotzky, L., Scher, A. (2010). Parenting and Infant Sleep. *Elsevier*. 14, 89-96.
- Soares, Â. (2010). *O Sono: Efeitos da sua privação sobre as defesas orgânicas*. Lisboa: LIDEL.
- Thunström, M. (2002). Severe sleep problems among infants in a normal population in Sweden: prevalence, severity and correlates. *Acta Paediatrica*. 88, 1356–1363.
- World Association of Sleep Medicine (2011). Acedido a 06/04/2019. Disponível em: <http://www.wasmonline.org/>

APÊNDICE VI

Avaliação da Sessão de Formação “*Promoção de Hábitos de Sono Saudáveis na Criança Lactente*”

Avaliação da Sessão de Formação

Tema _____

Local _____

Data ____/____/____

Nome do Formador _____

Responda às seguintes questões, colocando uma cruz (X) na opção que expressa a sua opinião.

Avaliação da Sessão	Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
A sessão agradou-lhe globalmente?			
O tema foi útil para a sua prática?			
Considera que os objetivos foram atingidos?			
A duração da sessão foi adequada?			
A escolha do material utilizado foi adequada?			
A informação foi transmitida de forma clara?			
O formador dominava os conteúdos apresentados?			
O formador esclareceu as dúvidas colocadas?			
O formador cumpriu o tempo estipulado?			
Considera importante uma nova sessão?			

Comentários e sugestões:

Obrigada pela sua presença na formação e colaboração.

APÊNDICE VII

Folheto Informativo USF: “*Promoção de Hábitos de Sono Saudáveis na Criança – Dicas e Métodos para Ensinar uma Criança a Dormir no 1º Ano de Vida*”

Uma criança que não dorme:

- Fica mais irritada e sonolenta;
- As suas defesas do organismo diminuem;
- Fica mais susceptível a apanhar doenças;
- Desenvolve dificuldades de aprendizagem e concentração;
- Provoca nos pais um cansaço físico e mental extremo.

Se a sua criança tem dificuldade em adormecer ou acorda muitas vezes durante a noite, solicite ajuda junto dos profissionais de saúde.

Os problemas de sono quando identificados a tempo podem ser corrigidos !

Bibliografia: Brazelton, T., Sparrow, J. (2009). *A Criança e o Sono – O Método de Brazelton* (5ª edição). Lisboa: Editorial Presença; Cordeiro, M. (2014). *Dormir Tranquilo*. Lisboa: A Esfera dos Livros; World Association of Sleep Medicine (2011). Acesso a 06/04/2019. Disponível em: <http://www.wasmonline.org/>; Imagens retiradas de www.google.pt.

Os 10 Mandamentos do Sono

1. Certifique-se que a sua criança dorme o suficiente por dia;
2. Mantenha uma consistência na hora de adormecer e de acordar;
3. Estabeleça uma rotina consistente na hora de ir dormir e utilize roupas confortáveis na cama;
4. Incentive a sua criança a adormecer de forma independente;
5. Evite luzes brilhantes na hora de ir dormir e à noite e aumente a exposição à luz durante o dia;
6. Mantenha todos os dispositivos electrónicos fora do quarto e limite o seu uso à noite;
7. Mantenha uma rotina diária regular;
8. Mantenha um horário de sesta adequado à idade;
9. Assegure que a criança está ativa e acordada durante o dia;
10. Elimine comidas e bebidas que contenham cafeína.

Adaptado de recomendações efectuadas pela *World Association of Sleep Medicine*

Elaborado por: En^h Sara Fonseca

Outubro de 2019



SNS



aces
LISBOA
NORTE

Logotipo da
unidade

Promoção de Hábitos de Sono Saudáveis na criança



Dicas e métodos para ensinar uma criança a dormir no 1º ano de vida

Do 1 aos 6 meses



- Deite a criança de costas, prevenindo o risco de morte súbita;
- A criança deve dormir no berço/cama de grades própria e **NÃO** na cama dos pais;
- Incentive o uso de um objeto preferido (boneco, chucha...);
- De dia mantenha a luz e o ruído e à noite a escuridão e o silêncio;
- Colocar a criança ainda acordada no berço;
- Aos **4 meses** a criança deve sair do quarto dos pais.

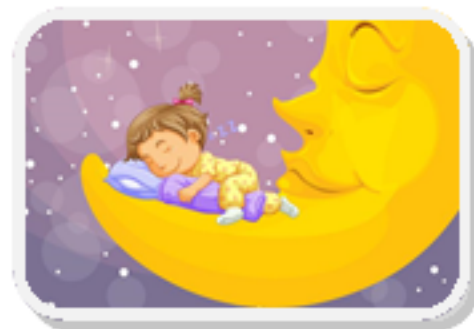
Dos 6 aos 12 meses

- A criança deve dormir no seu próprio quarto;
- Estabelecer uma rotina para o sono;
- Manter a criança mais tempo acordada durante o dia;
- As sestas da tarde devem ser no início da tarde;
- Incentivar a criança a voltar a adormecer sozinha sem lhe tocar ou pegar ao colo;
- Evitar ~~alimentá-la~~ quando acordar à noite;
- Não recorrer a dispositivos eletrónicos para a adormecer.



Benefícios do Sono:

- Permite recuperar do cansaço físico e mental;
- Favorece o crescimento através da libertação da hormona do crescimento;
- Protege das doenças (restaura o sistema imunitário);
- Permite o bom desenvolvimento da criança;
- Facilita a aprendizagem/memória;
- Faz a criança e os pais mais Felizes!



APÊNDICE VIII

Consentimento Informado: Enfermeira Perita

Consentimento Informado

O meu nome é Sara Fonseca, sou enfermeira, e estou atualmente a frequentar o Curso de Mestrado na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

A temática do meu projeto de estágio é a Promoção de Hábitos de Sono Saudáveis na Criança Lactente. Neste sentido, venho pedir a sua colaboração para a realização de uma entrevista, onde pretendo conhecer, o que advém da sua experiência, quais as dificuldades e necessidades mais comuns dos pais relativas ao sono dos seus filhos (entre o 1º e o 12º mês de vida) e identificar quais as estratégias/intervenções por si utilizadas para promover hábitos de sono saudáveis em crianças desta faixa etária.

Saliento que não há respostas certas ou erradas, o que interessa é apenas a sua opinião pessoal pelo que lhe peço a maior sinceridade nas suas respostas. A sua participação é voluntária e por isso pode desistir da mesma a qualquer momento e sem qualquer problema.

A confidencialidade será garantida.

Comprometo-me a utilizar as informações que me fornecer apenas no trabalho académico que me encontro a realizar.

É garantido que, o email com as suas respostas será destruído depois das mesmas serem analisadas.

Agradeço desde já a sua colaboração e disponibilidade.

Com os meus melhores cumprimentos,

Sara Fonseca

(sfonseca@campus.esel.pt)

Sim, aceito participar no trabalho académico que me foi explicado.

APÊNDICE IX

Guião de Entrevista à Enfermeira Perita

GUIÃO DE ENTREVISTA

Tema: “Promoção de Hábitos de Sono Saudáveis na Criança Lactente.”

Objetivo geral:

- Conhecer as razões que levam os pais das crianças latentes a procurar ajuda profissional no estabelecimento de hábitos de sono saudáveis nos seus filhos.
- Conhecer a intervenção da enfermeira perita na área na promoção de hábitos de sono saudáveis na criança lactente.

Objetivos específicos:

- Conhecer as dificuldades e necessidades dos pais na implementação de hábitos de sono saudáveis nos seus filhos;
- Conhecer as estratégias e intervenções utilizadas na promoção de hábitos de sono saudáveis na criança lactente pela Perita;
- Conhecer como a Enfermeira Perita faz a gestão do sono em crianças lactentes com padrão de sono alterado;
- Conhecer a organização e o funcionamento da Consulta do Sono.

Alvo de entrevista: Perito de Enfermagem na área do sono infantil.

Instrumento de colheita de dados: Entrevista Semiestruturada

Bloco Temático	Objetivos Específicos	Questões Orientadoras
Legitimação da Entrevista	- Informar a enfermeira perita sobre a pertinência do trabalho e da importância da sua participação no mesmo; - Solicitar a colaboração da enfermeira perita para participar no trabalho através da entrevista.	- Dar a conhecer o projeto previamente realizado; - Clarificar os objetivos da entrevista; - Informar que se trata de uma entrevista, sem respostas certas ou erradas; - Solicitar o preenchimento do consentimento informado; - Reforçar a importância da sua participação; - Assegurar a privacidade e confidencialidade na recolha e tratamento dos dados.
Área de apoio a pais e crianças lactentes com alteração no padrão de sono	- Conhecer as dificuldades e necessidades dos pais na implementação de hábitos de sono saudáveis nos seus filhos.	- Poderia partilhar as dificuldades expressas pelos pais em relação às dificuldades na gestão do sono dos seus filhos? E em relação à promoção de hábitos de sono saudáveis? - Quais considera ser as maiores necessidades dos pais para que consigam estabelecer hábitos de sono adequados aos seus

Área de apoio a pais e crianças lactentes com alteração no padrão de sono (cont.)	- Conhecer as estratégias e intervenções utilizadas na promoção de hábitos de sono saudáveis na criança lactente pela Perita. - Conhecer como a Perita faz a gestão do sono em crianças lactentes com padrão de sono alterado. - Conhecer a organização e o	filhos? Considera que se prendem com a personalidade da criança? Com a personalidade dos pais? Com a educação da criança? Ou considera que estes sentem mais dificuldades em estabelecer e manter rotinas? Se sim, porquê? - Qual/quais as idades mais comuns das crianças cujo os pais recorrem à consulta do sono? - Qual a sua primeira abordagem na primeira consulta com os pais e com a criança? - De que forma intervém na maioria das situações com que se depara? - Quais as estratégias que mais dá aos pais para que estes consigam estabelecer um padrão de sono adequado nos seus filhos? Quais aquelas que os pais referem ter maior efeito? - Em média, e dependendo de cada criança, quanto tempo necessita de intervir até estabelecer um padrão de sono adequado numa criança com padrão de sono alterado? - A sua intervenção é realizada apenas em contexto de consulta ou utiliza outro tipo de intervenções (visitas domiciliárias, etc.)? - Como surge a consulta do Sono? Era uma consulta já existente
---	---	--

	funcionamento da Consulta do Sono.	na clínica? Foi um projeto seu que apresentou na clínica? - Sentiu algum entrave no estabelecimento desta consulta a nível institucional? Se sim, quais? - Como organiza a consulta do sono? - Qual a adesão dos pais a esta consulta? Sente que a maioria dos pais cumpre as suas indicações? Existem pais que desistem destas consultas? - Qual o feedback mais frequente que recebe da sua consulta? - Considera pertinente a existência de uma consulta deste género noutras instituições? - Qual o seu maior conselho/s para um profissional que pondere organizar uma consulta neste âmbito?
--	---	--

APÊNDICE X

Norma de Procedimento UCIEP: “*Promoção do Sono na Criança Lactente*”

Promoção do Sono na Criança Lactente

Palavras-Chave: Sono; Criança Lactente.

1. OBJETIVOS

- 1.1. Uniformizar os Cuidados para a Promoção do Sono do Lactente internado na Unidade de Cuidados Intensivos e Especiais Pediátricos;
- 1.2. Implementar o “Horário de Dormir”.

2. ÂMBITO

- 2.1. Todos os Profissionais da Unidade de Cuidados Intensivos e Especiais Pediátricos.

3. TERMOS E SIGLAS

Db – Decibéis

Sono REM (Rapid Eyes Movements) – Sono leve, organização e maturação cerebral, fundamental ao desenvolvimento.

Sono NREM (Non Rapid Eyes Movements) – Sono profundo, ocorre a secreção hormonal, ocorre regeneração dos tecidos e do estado de doença, fortalecimento UCIEP – Unidade de Cuidados Intensivos e Especiais Pediátricos.

4. PONTOS IMPORTANTES

- 4.1. Além de ser uma necessidade biológica e vital, o sono é essencial ao crescimento, desenvolvimento e saúde física e mental da criança⁹.
- 4.2. O sono é afetado por atributos biológicos internos, expectativas, padrão cultural e disposições ambientais⁶.
- 4.3. O sono tem uma função protectora e reparadora, sobretudo ao nível do sistema imunitário ajudando a reparar lesões orgânicas do cérebro e na defesa contra agentes patogénicos e recuperação de lesões através da elaboração de processos metabólicos regenerativos¹².
- 4.4. É durante o primeiro ano de vida que se desenvolve a secreção de hormonal e que o padrão de sono sofre uma grande evolução¹⁰.
- 4.5. Problemas de sono infantil afetam outros parâmetros do desenvolvimento, levando a criança a desenvolver um compromisso da capacidade de atenção e

problemas comportamentais, podendo ainda correlacionar-se com o neurodesenvolvimento atípico⁵.

- 4.6. A secreção da hormona do crescimento, fundamental nas crianças, tem o seu pico nas primeiras horas de sono profundo, enquanto o cortisol, hormona de “combate”, tem o seu pico, de madrugada, na fase do despertar³.
- 4.7. A glândula pineal recebe informação luminosa através da retina, regulando a libertação de vários compostos hormonais, entre os quais a melatonina³.
- 4.8. A secreção de melatonina aumenta com a escuridão e o seu aumento vai diminuir os níveis de libertação de histamina, nor-adrenalina, dopamina e serotonina, responsáveis pelo acordar³.
- 4.9. O hipotálamo é responsável por regular não apenas o sono, mas todas as atividades que têm um padrão “dia-noite”. Para o seu funcionamento é determinante o ciclo de luz/escuridão, o qual veio a ser alterado pela iluminação artificial³.
- 4.10. A UCIP é descrita como uma “sinfonia tecnológica”, devido ao alto nível de atividade, sons de equipamentos e alarmes, telefones e vozes dos profissionais².
- 4.11. As principais fontes de ruído são as pessoas e os equipamentos de suporte à vida como ventiladores, bombas e seringas infusoras, monitores cardiorrespiratórios e de temperatura cutânea, vozes, alarmes, rádios e telemóveis que, além de ruído, na sua maioria também emitem luz².
- 4.12. A realização de procedimentos e procedimentos de emergência, períodos de visitas médicas e de familiares, passagens de turno, limpeza da unidade, circulação de equipamentos para exames médicos (ecógrafos, aparelho de Rx, etc.) e o abrir e fechar portas também são produtoras de ruído e estimulação⁷.
- 4.13. Elevados níveis de ruído geram vários efeitos fisiológicos indesejáveis como o aumento da tensão arterial, alterações do ritmo cardíaco, vasoconstrição periférica, dilatação das pupilas e aumento da secreção de adrenalina¹.
- 4.14. O ruído elevado pode causar perda auditiva e alterações psicológicas como irritabilidade, alterações da função intelectual e do desempenho comunicacional, stress e alterações no padrão de sono, o que vai dificultar a recuperação da criança e a sua alta hospitalar¹.
- 4.15. O *stress* e a privação de sono alteram a imunidade fisiológica e psíquica da criança, provocando um maior gasto de energia por parte da atividade cerebral, principalmente a nível cortical².

- 4.16.** A ausência de sono pode levar também a um desequilíbrio do sistema imunitário, alterações no metabolismo, distúrbios na termorregulação e distúrbios psicológicos¹¹.
- 4.17.** A insônia induzida pelo ruído pode consumir a energia necessária para o processo de cura devido à sua estreita relação com a imunossupressão, síntese inadequada de proteínas, confusão, irritabilidade, desorientação, falta de controle e ansiedade⁴.
- 4.18.** A supressão do sono e a psicose após internamento numa unidade de cuidados intensivos estão muitas vezes associados ao ruído².
- 4.19.** A manipulação constante da criança pelos profissionais da equipa multidisciplinar é um factor gerador de *stress* e algo que impede a criança de dormir/repousar de forma adequada².
- 4.20.** O sono e o repouso são necessidades humanas básicas que devem ser tidas em conta pelos profissionais de saúde sempre que cuidam e estão a delinear os planos de cuidados².
- 4.21.** Sonolência e fadiga diurna, com a necessidade de aumento do número de sestas durante o dia, levam a perturbações emocionais, hábitos de sono desadequados e a transtornos orgânicos e afetivos que terão grande impacto no desenvolvimento futuro das crianças sobretudo das crianças lactentes⁸.
- 4.22.** A privação de sono, sobretudo por ruído, pode diminuir a resistência à dor, uma vez que existe um cansaço aumentado ao nível do sistema nervoso central simpático, o que vai levar ao aumento da utilização de terapêutica analgésica para o controlo da dor, e que contribui muitas vezes ainda mais para privação de sono¹¹.
- 4.23.** Crianças latentes gravemente doentes têm um grande risco de desenvolver distúrbios comportamentais relacionados com o *stress*, podendo o ambiente da UCIP contribuir significativamente para essas alterações².
- 4.24.** Crianças lactentes, em cuidados intensivos, podem passar grande parte do tempo acordadas em estado de alerta ativo. Este estado é caracterizado por uma atividade corporal significativa com períodos de agitação, respiração irregular e com movimentos faciais frequentes. A criança pode tornar-se sensível e ser perturbada por estímulos como o ruído de fundo da unidade de cuidados intensivos e a manipulação excessiva².

- 4.25. Para que a criança durma com tranquilidade é necessário promover conforto e garantir a existência de um ambiente físico com condições adequadas, como a cama ser quente, haver silêncio e não haver luz³.
- 4.26. Devem ser oferecidas à criança condições apropriadas para um período de sono e repouso tranquilo e ininterrupto tendo como principal objetivo a promoção do conforto, que é tão necessário para a recuperação da criança².
- 4.27. O ambiente deve ser mantido o mais silencioso possível na UCIP para reduzir a estimulação e incentivar o descanso⁸.
- 4.28. O enfermeiro deve decidir como e quando prestar os cuidados de enfermagem, de modo a permitir à criança períodos de sono interrupto e a evitar estímulos excessivos².
- 4.29. A implementação do “Horário de Dormir” poderá ter benefícios em termos do estabelecimento do ciclo circadiano e implementação de períodos de sono NREM. O horário da prestação de cuidados influencia e interfere no ritmo circadiano, bem como os estímulos externos como Luz e Ruído.

5. SEQUÊNCIA LÓGICA

5.1. Medidas para a promoção do Sono:

- 5.1.1. Gerir os cuidados à criança lactente, concentrando os cuidados prestados pela equipa multidisciplinar, aproveitando os períodos em que a criança esteja acordada;
- 5.1.2. Planear com os pais os horários das visitas de familiares, respeitando o período das sestas da criança e explicar-lhes o motivo;
- 5.1.3. Evitar a sobrecarga sensorial;
- 5.1.4. Programar diariamente períodos calmos, em que os cuidados, a realização de exames e procedimentos médicos sejam minimizados, para os momentos das sestas, início da noite e período noturno;
- 5.1.5. Minimizar o ruído em alguns momentos do dia e no período noturno
- 5.1.6. Implementar o “Horário de Dormir” pelo menos entre a 1h e as 4h da manhã.

5.2. Medidas para a redução permanente do ruído:

- 5.2.1. Utilizar um tom de voz baixo dentro da unidade;
- 5.2.2. Evitar diálogos entre profissionais junto das unidades da criança;

- 5.2.3. Reduzir o tom de voz durante a passagem de turno e/ou diálogo entre profissionais de saúde e/ou pais;
- 5.2.4. Designar áreas específicas para discussões clínicas;
- 5.2.5. Ajustar os alarmes dos monitores e ventiladores;
- 5.2.6. Controlar e ajustar o volume dos telefones e campainha;
- 5.2.7. Silenciar o mais rapidamente possível os alarmes;
- 5.2.8. Minimizar ao máximo o ruído de abertura de embalagens de material e na troca de sacos do lixo;
- 5.2.9. Vigiar e retirar a água acumulada nos circuitos dos ventiladores;
- 5.2.10. Subir e descer as grades das camas de forma suave;
- 5.2.11. Colocar os monitores em “espera” quando a criança se ausentar da sua unidade;
- 5.2.12. Eliminar rádios existentes na unidade;
- 5.2.13. Reduzir o volume da televisão quando esta for necessária para alguma criança;
- 5.2.14. Educar os profissionais e pais para terem os seus telemóveis pessoais, sem som e em modo vibratório;
- 5.2.15. Almofadar com “batentes” as portas e gavetas para que ao fecharem não provoquem ruído;
- 5.2.16. Colocar cartazes para indicar a necessidade de redução de ruído em áreas críticas do serviço, nomeadamente à entrada da sala;
- 5.2.17. Manter as cortinas corridas no período noturno e quando a situação da criança o permitir;
- 5.2.18. Comprar novos materiais ou equipamentos dando preferência aos que produzem menos ruído durante o seu funcionamento.

5.3. Medidas para controlo da iluminação:

- 5.3.1. Utilizar preferencialmente a iluminação indirecta;
- 5.3.2. Na prestação de cuidados diretos utilizar a fonte de luz individual;
- 5.3.3. Gerir a luminosidade de forma cíclica, mantendo a unidade mais iluminada durante o dia e com as luzes reduzidas, e preferencialmente desligadas durante a noite;
- 5.3.4. Reduzir a luminosidade dos ventiladores, seringas e bombas infusoras, especialmente no período noturno.

5.4. Medidas durante o “Horário de Dormir”:

- 5.4.1.** Deverá ser assegurado pelo menos entre a 1h e as 4h da manhã;
- 5.4.2.** O volume dos alarmes dos equipamentos devem ser ainda mais reduzidos e/ou desligados (quando possível);
- 5.4.3.** A luminosidade dos equipamentos deve ser reduzida;
- 5.4.4.** Se necessário deverão ser utilizados os focos de luz individual;
- 5.4.5.** As cortinas deverão estar corridas, sempre que possível;
- 5.4.6.** Diminuir o ruído ao mínimo possível:
 - Evitar a entrada e saída da unidade;
 - Evitar substituição e reposição de material;
 - Utilização de tom de voz ainda mais baixa entre profissionais;
 - Agir como um “guardião do silêncio” neste período, face a outros profissionais.
- 5.4.7.** As intervenções realizadas pela equipa médica e de enfermagem devem ser evitadas em crianças clinicamente estáveis;
- 5.4.8.** Não manipular a criança neste período, exceto quando extremamente necessário;
- 5.4.9.** Se a criança lactente acordar, não correr de imediato para junto da mesma, e aguardar alguns momentos para que esta volte a adormecer. Estes períodos são normais e na maioria das vezes a criança volta a adormecer sozinha;
- 5.4.10.** Se uma criança acordar a chorar, tentar acalmá-la para que volte a adormecer e evitando que acorde outras crianças;
- 5.4.11.** A porta da sala da unidade deve ser encostada durante este período;
- 5.4.12.** Os cuidados à criança devem ser programados no início do turno de forma a serem concentrados antes e após este período.

6. INDICADORES

Não aplicável.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ Bistafa, S. (2018). *Acústica Aplicada ao Controle do Ruído* (3ª ed). São Paulo: Blucher, Ltda. 17-18.
- ² Carvalho, W.; Pedreira, M. & Aguiar, M. (2005). Nível de Ruídos em uma Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos. *Jornal de Pediatria*. (81) 6, 495-498.
- ³ Cordeiro, M. (2014). *Dormir Tranquilo*. Lisboa: A esfera dos livros.
- ⁴ Folgueiras, S., Asensio, S., Rodríguez, E., Chavarri, I. & Gabas, I. (2017). Hábitos de sueño en lactentes y preescolares. *Metas Enferm*. 20 (7), 12-18.
- ⁵ Lemura, A., Iwasaki, M., Yamakawa, N., Tomiwa, K., Anji, Y., Sakakihara, Y., et al. (2016). Influence of sleep-onset time on the development of 18-month-old infants: Japan Children's cohort study. *Brain and Development*. 38, 364–372.
- ⁶ Maia, I. & Pinto, F. (2008). Hábitos de Sono. *Revista do hospital de crianças Maria Pia*. 17 (1), 9-12.
- ⁷ Manzini, P. (2015). *Nível de Pressão Sonora em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica de Brasília* (Monografia Residência Médica). Hospital de Base do Distrito Federal, Brasília.
- ⁸ Monteiro, N. & Ceolim, M. (2014). Qualidade do Sono de Idosos no domicílio e na hospitalização. *Texto contexto em Enfermagem*. 23 (2), 356-364.
- ⁹ Redeker, N., et al. (2017). Community partnership for healthy sleep: Research protocol. *Research in Nursing & Health*, 41 (1), 19-29. DOI: 10.1002/nur.21840.
- ¹⁰ Sadeh, A., Tikotzky, L. & Scher, A. (2010). Parenting and Infant Sleep. *Elsevier*. 14, 89-96.
- ¹¹ Santos, M. & Filho, E. (2016). Atuação do Enfermeiro na Alteração do Sono em Pacientes Idosos Hospitalizados em UTI Semi-intensiva. *Simpósio de TCC e Seminário de IC*. (1) 871-878.
- ¹² Soares, Â. (2010). *O Sono: Efeitos da sua privação sobre as defesas orgânicas*. Lisboa: LIDEL.

8. AUTORIA

- Enf^a Sara Fonseca (Estudante de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização em Saúde Infantil e Pediatria na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa);
- Enf^a Inês Figueiredo (Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediatria e Enfermeira Orientadora do estágio na Unidade de Neonatologia e Unidade de Cuidados Intensivos e Especiais Pediátricos no Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca).

APÊNDICE XI

***“Guia de orientação para Redução do Ruído na Unidade de Cuidados
Intensivos e Especiais Pediátricos”***

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

**10º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização em
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria**

**GUIA DE ORIENTAÇÃO PARA REDUÇÃO DO RUÍDO NA UNIDADE
DE CUIDADOS INTENSIVOS E ESPECIAIS PEDIÁTRICOS**



Sara Filipa Teixeira Fonseca, N° 1275

Lisboa



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

**10º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização em
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria**

**GUIA DE ORIENTAÇÃO PARA REDUÇÃO DO RUÍDO NA UNIDADE
DE CUIDADOS INTENSIVOS E ESPECIAIS PEDIÁTRICOS**

Sara Filipa Teixeira Fonseca, N° 1275

Docente Orientador: Prof.^a Cristina Jeremias

Enf.^a Orientadora: Enf.^a Inês Figueiredo

Lisboa

Novembro, 2019

LISTA DE SIGLAS

db - Decibel

■ – ■

OMS – Organização Mundial de Saúde

SNC – Sistema Nervoso Central

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos

UCIEP – Unidade de Cuidados Intensivos Especiais Pediátricos

UPS - Uninterruptible Power Supply

WHO – World Health Organization

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO.....	6
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	7
2.1. A Influência do ruído no Sono e no Desenvolvimento da Criança Lactente.....	9
3. RECOMENDAÇÕES	12
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	15

1. INTRODUÇÃO

O ambiente é a construção natural ou artificial de interações e relações entre os seres vivos, coisas e objetos, que se transformam e influenciam mutuamente.

O ruído nas unidades de cuidados intensivos é frequentemente excessivo, com implicações nefastas para as crianças que nelas se encontram internadas (Carvalho et al., 2005).

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

A Unidade de Cuidados Intensivos e Especiais Pediátricos (UCIEP) do [REDACTED] [REDACTED] ([REDACTED]) contém equipamento que produz ruído no seu funcionamento como ventiladores, monitores de sinais vitais, bombas e seringas infusoras, assim como outros equipamentos que produzem ruído durante o seu funcionamento. Esta unidade funciona numa sala do tipo “*open space*” onde se movimentam os profissionais de saúde e familiares das crianças nela internadas que são também por si fontes de ruído.

A existência da UPS (Uninterruptible Power Supply) nesta unidade é também por si uma fonte de ruído difícil de controlar. A UPS, acrónimo de fonte de alimentação ininterrupta, é um sistema de alimentação secundário de energia elétrica que entra em ação quando ocorre uma interrupção no fornecimento de energia primário (Flores et al., 2011). Outra função da UPS é de melhorar a qualidade das cargas de energia, reduzindo ou eliminando a rede de tensão no caso da utilização de corrente alternada. As UPS's fornecem energia a diversos equipamentos sempre que estes precisam de energia, garantindo que os mesmos possam operar em todos os momentos e sem falha (picos ou quedas), sendo que a sua presença é fundamental em qualquer hospital, sobretudo nas UCI (Flores et al., 2011).

Desta forma, a elaboração deste guia tem como objetivos:

- ❖ Compreender o impacto do ruído no sono e na recuperação da criança lactente;
- ❖ Identificar as fontes de ruído produzido na UCIEP;
- ❖ Sugerir medidas/estratégias que possam minimizar o nível de ruído nesta unidade.

Para a implementação das orientações deste trabalho considere importante a realização de uma breve fundamentação teórica, seguida de algumas sugestões de medidas corretivas a implementar, *à priori*, sendo posteriormente ajustadas.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Segundo Stedile et al. (2015) as relações entre saúde e ambiente têm sido objeto de interesse para os investigadores nas últimas décadas, o que levou ao conceito de saúde ambiental que, segundo os mesmos autores, a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu como todos os aspetos da saúde humana, incluindo a qualidade de vida, que estão determinados por fatores físicos, químicos, biológicos, sociais e psicológicos no meio ambiente. Por seu lado, o ambiente é cada vez mais entendido como definidor de qualidade de vida.

O Ruído é definido na física como uma onda aleatória, desarmónica e flutuante, cuja medição envolve a análise de intensidade, frequência e dimensões temporais do som acústico, que pode ser verificado por equipamentos capazes de registar a força por unidade de área produzida pelas ondas sonoras (Santos & Filho, 2016). Carvalho, Pedreira e Aguiar (2005) acrescentam ainda que é um qualquer som que causa efeitos nas pessoas afetando negativamente a sua saúde.

Desde 1980 que a Organização Mundial de Saúde (OMS) considera o ruído ambiental como um problema de saúde pública (Nicolau et al., 2005), definindo-o como “um estímulo sonoro indesejável ou desagradável para o auditor, caracterizado pelo seu nível de pressão sonora (...)” (OMS, 1999). A sua unidade de medida é o decibel (db).

Segundo a recomendação da American Academy of Pediatrics (1997) os níveis médios de ruído não devem exceder os 45 db durante o dia e os 35 db no período noturno. Este nível recomendado é quase que “silêncio” uma vez que o limiar auditivo se encontra entre os 20-25 db e a conversação humana normal produz cerca de 60 db.

Embora o ambiente tecnológico de uma Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) traga benefícios para a criança, em termos de equilíbrio biológico, ele é física e psicologicamente agressivo.

Segundo Salú et al. (2015) a UCIP está configurada, tanto em recursos tecnológicos como humanos para assistir, com o maior nível de segurança possível, crianças doentes desde o nascimento (se bebé de termo) até aos 17 anos e 364 dias. Estas unidades têm como principal objetivo assegurar condições para que as crianças que delas necessitam se mantenham vivas e com possibilidade de se inserir novamente no convívio familiar e social, sem sequelas provenientes das complicações inerentes ao seu processo de doença (Salú et al., 2015).

Para Carvalho et al. (2005) as UCIP são uma sinfonia tecnológica, devido ao alto nível de atividade, sons de equipamentos e alarmes, telefones e vozes dos profissionais.

Segundo os mesmos autores as principais fontes de ruído são as pessoas e os equipamentos de suporte à vida como ventiladores, bombas e seringas infusoras, monitores cardiorrespiratórios e de temperatura cutânea, vozes, alarmes, rádios, telemóveis, entre outros (Carvalho et al., 2005). É de salientar que a maioria dos equipamentos “vitais” à criança se encontra junto dela, nomeadamente na parte superior da sua cabeceira ou mesmo nas suas laterais e que emitem ruído constante, resultante do seu funcionamento. Também Manzini (2015) nos diz que além de todas as fontes de ruído anteriormente referidas, existem ainda outras como a realização de procedimentos e procedimentos de emergência, períodos de visitas médicas e de familiares, passagens de turno, limpeza da unidade, circulação de equipamentos para exames médicos (ecógrafos, aparelho de Rx, etc.) e o abrir e fechar portas.

Segundo Bistafa (2018) elevados níveis de ruído geram vários efeitos fisiológicos indesejáveis como o aumento da tensão arterial, alterações do ritmo cardíaco, vasoconstrição periférica, dilatação das pupilas e aumento da secreção de adrenalina. Todos estes efeitos dificultam o bem-estar e a recuperação da criança e por isso, a alta hospitalar (Carvalho et al., 2005). Além de todas estas consequências, o ruído elevado pode ainda causar perda auditiva e alterações psicológicas como irritabilidade, alterações da função intelectual e do desempenho comunicacional, *stress* e alterações no padrão de sono (Bistafa, 2018), podendo este último, levar a transtornos fisiológicos como: desequilíbrio do sistema imunitário, alterações no metabolismo, distúrbios na termorregulação e distúrbios psicológicos (Santos & Filho, 2016).

O *stress* e a privação de sono além de alterarem a imunidade fisiológica e psíquica da criança, provocam ainda um maior gasto de energia por parte da atividade cerebral, principalmente a nível cortical (Carvalho et al., 2005). Mugeiro, 2011 citado por Santos e Filho (2016) também nos diz que uma má qualidade do sono pode levar ao aumento do índice de massa corporal, desenvolvimento de obesidade e diabetes, diminuição do sistema imunitário, aumentando o risco de doenças respiratórias ou alérgicas, cardiovasculares, diminuição da concentração, *stress*, ansiedade e depressão, entre outros problemas.

A insónia induzida pelo ruído pode consumir a energia necessária para o processo de cura devido à sua estreita relação com a imunossupressão, síntese inadequada de proteínas, confusão, irritabilidade, desorientação, falta de controlo e ansiedade. Segundo Carvalho et al. (2005) a supressão do sono e a psicose após internamento numa unidade de cuidados intensivos estão muitas vezes associados ao ruído.

Sendo a privação de sono, as alterações no ciclo sono-vigília e os despertares frequentes comuns em doentes internados em UCI e sendo o sono fundamental para a saúde, assim como para a restauração de doença e recuperação da saúde (Eliot e Mckinley citados por Santos e Filho, 2016) torna-se fundamental intervir nesta temática.

2.1 A Influência do Ruído no Sono e no Desenvolvimento da Criança Lactente

Define-se sono como um estado fisiológico de alta complexidade, regulado e controlado, no qual ocorrem alterações dos processos fisiológicos e comportamentais, com mobilidade relativa e aumento do limiar de respostas aos estímulos (Paterson et al., 2016).

Segundo Eliot e Mckinley citados por Santos e Filho (2016) o sono é fundamental para a saúde, assim como para a restauração de doença e recuperação da saúde.

Mário Cordeiro (2016) diz-nos que sono e repouso consistem num estado fisiológico reparador tão necessário como a alimentação, e durante o qual as funções sensoriais ficam reduzidas, os músculos relaxados, as funções superiores do córtex cerebral são suprimidas e as atividades psíquicas normais ficam inativas. Desta forma, o sono e o repouso são necessidades humanas básicas que devem ser tidas em conta pelos profissionais de saúde, médicos e enfermeiros, sempre que cuidam ou realizam ações diagnósticas à criança e quando estão a delinear o plano de cuidados da mesma. Estes cuidados visam oferecer à criança condições apropriadas para um período de sono e repouso tranquilo e ininterrupto e têm como principal objetivo a promoção do conforto, que é tão necessário para a recuperação da criança.

Soares (2010) cita o ditado popular “dormir faz crescer”, pois é durante o sono que são segregadas hormonas, como acetilcolina, adenosina, dopamina, serotonina, prolactina e cortisol. Refere ainda que o sono tem uma função reparadora da fadiga corporal e psíquica e contribui para a recuperação de lesões através da elaboração de processos metabólicos regenerativos. Está provado cientificamente que a secreção de hormona de crescimento, fundamental nas crianças, tem um pico nas primeiras horas de sono profundo, enquanto o cortisol, hormona de “combate”, tem o seu pico de madrugada, na fase do despertar (Cordeiro, 2014). Soares (2010) diz-nos também que o sono tem uma função protetora e reparadora, sobretudo ao nível do sistema imunitário ajudando a reparar lesões orgânicas do cérebro ou na defesa contra agentes patogénicos, sendo esta função fundamental para a recuperação da criança doente.

Harvey Karp (2016) diz-nos que é durante os primeiros meses de vida, que o cérebro da criança aprende a dividir cada vez melhor as vinte e quatro horas do dia em três atividades

principais: Tempo de vigília para comer e aprender sobre o mundo; Sono ativo (REM), para sonhar e “guardar” as lições do dia e por fim, Sono tranquilo, para descansar e recuperar de todos os esforços do dia. Desta forma, quando a criança não consegue dormir adequadamente durante a noite, como acontece nas UCIP, surge a sonolência e a fadiga diurna, com a necessidade do aumento do número de sestas durante o dia (Monteiro & Ceolim, 2014). Este aumento do número de sestas leva muitas vezes a perturbações emocionais, hábitos de sono desadequados e a transtornos orgânicos e afetivos que terão grande impacto no desenvolvimento futuro das crianças sobretudo das crianças lactentes, uma vez que é no primeiro ano de vida que se desenvolve a secreção hormonal e que o padrão de sono sofre uma evolução dramática (Sadeh et al., 2010). Nesta faixa etária deverá ser iniciada a implementação de rotinas promotoras do sono (Cordeiro, 2014). Segundo Folgueiras et al. (2017) adquirir bons hábitos de sono nas primeiras etapas de desenvolvimento é essencial para evitar complicações futuras que derivam dos maus hábitos de sono. É nesta fase do desenvolvimento que a existência de um bom padrão sono é especialmente importante visto que é durante o primeiro ano de vida que se desenvolve a secreção hormonal e que o padrão de sono sofre uma enorme evolução (Sadeh et al., 2010). Assim, a criança lactente, internada numa UCIP, onde se encontra sujeita a elevados níveis de ruído e a um padrão de sono irregular, ou à falta dele, poderá sofrer repercussões significativas ao nível do seu desenvolvimento.

Tal como já foi referido anteriormente a privação de sono, sobretudo por ruído, pode também diminuir a resistência a dor, uma vez que existe um cansaço aumentado ao nível do sistema nervoso central simpático, o que vai levar ao aumento da utilização de terapêutica analgésica para o controlo da dor, o que contribui muitas vezes ainda mais para uma maior privação de sono (Santos & Filho, 2016). Segundo Carvalho et al. (2005) lactentes expostas a ruído revelam maior sensação de dor, necessitando de mais analgesia para o seu controlo.

Conforme nos diz Carvalho et al. (2005) crianças latentes gravemente doentes têm um grande risco de desenvolver distúrbios comportamentais relacionados com o *stress*, podendo o ambiente da UCIP contribuir significativamente para essas alterações.

Além de todas as suas consequências no presente, os problemas do sono infantil trazem também consequências futuras, uma vez que afetam outros parâmetros do desenvolvimento e predis põem a criança para um compromisso da capacidade de atenção e problemas comportamentais (Sadeh et al., 2010) e, ainda se correlacionam com o neurodesenvolvimento atípico (Lemura et al., 2016).

Segundo Carvalho et al. (2005) as crianças lactentes, em cuidados intensivos, podem passar grande parte do tempo acordadas em estado de alerta ativo. Este estado é caracterizado por uma atividade corporal significativa com períodos de agitação. A respiração é irregular. Os olhos da criança estão abertos, mas não são tão brilhantes como no estado de alerta silencioso e há movimentos faciais frequentes. A criança pode tornar-se sensível e ser perturbada por estímulos perturbadores como fome, ruído de fundo da unidade de cuidados intensivos e manipulação excessiva. À medida que a criança se torna mais ativa e perturbada, é muitas vezes necessário intervir para levar a criança a um estado de maior tranquilidade (ou seja, alerta de silêncio) e evitar a escalada para um estado de choro (Carvalho et al., 2005). Muitas unidades de cuidados intensivos tentaram reduzir o ruído de fundo excessivo e outras estimulações auditivas e visuais.

Desta forma, o sono e o repouso são necessidades humanas básicas que devem ser tidas em conta pelos profissionais de saúde, médicos e enfermeiros, sempre que cuidam ou realizam ações diagnósticas à criança e quando estão a delinear o plano de cuidados da mesma. Estes cuidados visam oferecer à criança condições apropriadas para um período de sono e repouso tranquilo e ininterrupto e têm como principal objetivo a promoção do conforto, que é tão necessário para a recuperação da criança (Carvalho et al., 2005).

Assim, a primeira coisa a fazer para que a criança durma com tranquilidade é promover conforto e garantir a existência de um ambiente físico com condições adequadas, como a cama ser quente, haver silêncio e não haver luz (Cordeiro, 2014).

Na UCI o ambiente deve ser mantido o mais silencioso possível para reduzir a estimulação e incentivar o descanso. O enfermeiro deve também decidir como e quando prestar os cuidados de enfermagem, de modo a permitir à criança períodos de sono ininterrupto e a evitar estímulos excessivos.

3. RECOMENDAÇÕES

De forma a potencializar o interesse e a vontade demonstrados em relação a esta temática, por parte dos enfermeiros da UCIEP, deixo aqui algumas recomendações, encontradas na literatura, que penso poderem vir a facilitar/minimizar os níveis de ruído atualmente existentes na unidade.

Desta forma, é recomendado:

- Promover ajustes arquitetónicos na unidade, com o uso de piso, teto e paredes que absorvam o ruído, divisões entre os leitos nas unidades maiores, e instalação de vedações de borracha nas portas e janelas;
- Promover o isolamento da UPS, primeiramente através do contacto com a empresa responsável pela mesma e sua manutenção e, se possível, contactar empresas cujo serviço passa por isolamento acústico/ruído;
- Formar os profissionais de saúde relativamente ao ruído e às suas consequências;
- Motivar os profissionais de saúde para o controlo do ruído, nomeadamente através da implementação de um sinal luminoso na UCIEP, sendo este acionado sempre que o nível de ruído existente seja excessivo;
- Evitar ruído desnecessário;
- Evitar falar em voz alta ao lado da cama da criança ou em áreas próximas das crianças internadas;
- Adequar o calçado dos profissionais;
- Reduzir o tom de voz durante a passagem de turno e/ou diálogo entre profissionais de saúde e/ou pais;
- Designar áreas específicas para discussões clínicas;
- Minimizar ao máximo o ruído de abertura de embalagens de material e na troca de sacos do lixo;
- Motivar os pais a falarem num tom de voz baixo e explicar o motivo;
- Ajustar os alarmes para que fiquem adequados à idade e patologia da criança;
- Reduzir o volume dos alarmes;
- Reduzir o volume da televisão quando esta for necessária para alguma criança;
- Comprar novos materiais ou equipamentos dando preferência aos que produzem menos ruído durante o seu funcionamento;
- Vigiar e retirar a água acumulada nos circuitos dos ventiladores;
- Subir e descer as grades das camas de forma suave;

- Colocar os monitores em “espera” quando a criança se ausentar da sua unidade;
- Diminuir o volume dos telefones da unidade;
- Eliminar rádios existentes na unidade;
- Educar os profissionais e pais para terem os seus telemóveis pessoais, sem som e em modo vibratório;
- Almofadar com “batentes” as portas e gavetas para que ao fecharem não provoquem ruído;
- Colocar cartazes para indicar a necessidade de redução de ruído em áreas críticas do serviço, nomeadamente à entrada da sala;
- Manter as cortinas corridas no período noturno e quando a situação da criança o permitir;
- Definir um horário de silêncio, pelo menos entre a 1h00 e as 4h00 da manhã que poderá ser designado como “horário de dormir”.

Durante o “horário de dormir” os sons de alarme dos equipamentos devem ser ainda mais reduzidos e/ou desligados (quando possível), e as intervenções realizadas pela equipa médica e de enfermagem devem ser reduzidas em crianças clinicamente estáveis. A porta da sala da unidade deve ser encostada neste período (Carvalho et al., 2005).

Os guardiões do silêncio deverão ser, os médicos e enfermeiros responsáveis pela unidade naquele turno.

Conforme nos diz Carvalho et al. (2005) para que um programa de redução de ruídos seja bem-sucedido, terá de existir um esforço comum de todos os profissionais, requerendo também a cooperação da equipa de auxiliares, funcionários da copa, funcionários da limpeza, fisioterapeutas e técnicos de Raio X.

Conforme nos diz Salú et al. (2015) a equipa de enfermagem possui um papel relevante neste processo, não só por ser a classe profissional que passa maior quantidade de tempo dentro da unidade, mas também por ser um elemento importante na proposição e na implementação de estratégias para melhoria da qualidade acústica ambiental, quer pela vigilância constante da parametrização dos alarmes, quer pela imediata intervenção que é necessária quando toca um alarme. Além de silenciar o alarme, os enfermeiros identificam a sua causa e tomam as medidas necessárias com vista à minimização da frequência do mesmo, quer seja por má captação de um elétrodo e/ou sensor, ou por uma situação clínica irrelevante ou de baixa relevância (Salú et al., 2015). Deste modo, é imperioso que todos os elementos da equipa de enfermagem reconheçam as consequências do ruído e o seu impacto nas crianças de

quem cuidam e que compreendam também que o sono é um dos parâmetros que mais é penalizado por ele. Importa ainda, que os enfermeiros reconheçam também que a inadequada qualidade do sono durante a hospitalização pode ter consequências negativas não só na recuperação da criança mas também ao nível do seu desenvolvimento e capacidades futuras.

Além da equipa de enfermagem, é também fundamental que todos os membros da equipa da UCIP reconheçam que o ruído é um agente stressante para a criança e que a humanização da UCIP passa também, e sobretudo, pela questão ambiental como condição essencial para o conforto acústico (Salú et al., 2015). Os mesmos autores dizem-nos que é possível planear os cuidados de enfermagem e intervenções médicas, aliando a tecnologia ao acolhimento, conforto e ao respeito pela criança doente.

Desta forma, a estrutura física, assim como o aparato tecnológico da UCIP, deverá transformar-se num ambiente de trabalho favorável à prática de cuidados intensivos sem que o bem-estar das crianças que nela se encontram fique esquecido e se mantenha assegurado.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Academy of Pediatrics (1997) Noise: A hazard for the fetus and newborn. *Pediatrics*, 100 (4), 724-727. **DOI:** <https://doi.org/10.1542/peds.100.4.724>
- Bistafa, S. (2018). *Acústica Aplicada ao Controle do Ruído* (3ª ed). São Paulo: Blucher, Ltda.
- Carvalho, W., Pedreira, M., & Aguiar, M. (2005). Nível de Ruídos em uma Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos. *Jornal de Pediatria*, 81 (6), 495-498.
- Cordeiro, M. (2014). *Dormir Tranquilo*. Lisboa: A esfera dos livros.
- Cordeiro, M. (2016). *O Grande Livro do Bebê*. Lisboa: A esfera dos livros.
- Flores, J., Silva, J., Pereira, L., Coutinho, L., & Bonan, G. (2011). Síntese de Controladores Repetitivos Chaveados: uma Aplicação a Fontes Ininterruptas de Energia (UPS). *Revista Controle & Automação*, 22 (2), 184-200.
- Folgueiras, S., Asensio, S., Rodríguez, E., Chavarri, I., & Gabas, I. (2017). Hábitos de sueño en lactentes y preescolares. *Metas Enfermagem*, 20 (7), 12-18.
- Karp, H. (2014). *O bebé mais feliz do mundo: A nova forma de acalmar o choro e ajudar o seu bebé a dormir mais*. Alfragide: Livros D'hoje.
- Lemura, A., Iwasaki, M., Yamakawa, N., Tomiwa, K., Anji, Y., Sakakihara, Y., et al. (2016). Influence of sleep-onset time on the development of 18-month-old infants: Japan Children's cohort study. *Brain and Development*, 38, 364–372.
- Manzini, P. (2015). *Nível de Pressão Sonora em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica de Brasília* (Monografia Residência Médica). Hospital de Base do Distrito Federal, Brasília.
- Monteiro, N., & Ceolim, M. (2014). Qualidade do Sono de Idosos no domicílio e na hospitalização. *Texto contexto em Enfermagem*, 23 (2), 356-364.

Nicolau, A., Bogalhão do Casal, D., Lopes, P., & Kronenberg, P. (2005). O Ruído nas Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais de Lisboa e Vale do Tejo. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 36 (1), 15-21.

Paterson, L., Nutt, D., & Wilson, S. (2016). Sleep and its disorders in translational medicine. *Journal of Psychopharmacology*, 25 (9), 1226-1234.

Sadeh, A., Tikotzky, L., & Scher, A. (2010). Parenting and Infant Sleep. *Elsevier*, 14, 89-96.

Salú, M., Louro, T., Silva, R., Figueiredo, N., & Silva, C. (2015). Níveis de Pressão Sonora em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, 9 (2), 918-926.

Santos, M., & Filho, E. (2016). Atuação do Enfermeiro na Alteração do Sono em Pacientes Idosos Hospitalizados em UTI Semi-intensiva. *Simpósio de TCC e Seminário de IC*, 1, 871-878.

Soares, Â. (2010). *O Sono: Efeitos da sua privação sobre as defesas orgânicas*. Lisboa: LIDEL.

Stedile, N., Guimarães, M., Ferla, A., & Freire, R. (2015). Contribuições das Conferências Nacionais de Saúde na Definição de Políticas Públicas de Ambiente e Informação em Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20 (10), 2957-2971.

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

APÊNDICE XII

“Guia de Orientação para Promoção do Sono no Internamento de Pediatria”

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

**10º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização em
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria**

**GUIA DE ORIENTAÇÃO PARA PROMOÇÃO DO SONO NO
INTERNAMENTO DE PEDIATRIA**



Sara Filipa Teixeira Fonseca, N° 1275

Lisboa



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

**10º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização em
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria**

**GUIA DE ORIENTAÇÃO PARA PROMOÇÃO DO SONO NO
INTERNAMENTO DE PEDIATRIA**

Sara Filipa Teixeira Fonseca, N° 1275

Docente Orientador: Prof.^a Cristina Jeremias

Enfermeira Orientadora: Enf.^a Filomena Lopes

Lisboa

Fevereiro, 2020

LISTA DE SIGLAS

SNC – Sistema Nervoso Central

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO.....	6
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	8
3. RECOMENDAÇÕES	16
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	19
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	20

1 INTRODUÇÃO

O processo de hospitalização é para a criança uma situação traumática e causadora de stress, uma vez que a retira do seu ambiente familiar e da sua rotina, levando-a para um ambiente desconhecido onde reina o medo e onde é confrontada com a dor, com a limitação física e com a passividade. Este processo afeta não só a criança mas toda a família onde esta se encontra inserida.

Durante a hospitalização a criança costuma experimentar sentimentos de insegurança, desconforto, dor e sofrimento psicológico decorrentes do afastamento da família, dos amigos, da escola, da sua casa, dos seus brinquedos, pela restrição ao leito e pela imposição de procedimentos a que é submetida (Santana et al., 2017).

Segundo Caleffi et al. (2016) o aparecimento da ansiedade e do medo durante os procedimentos faz com que as crianças respondam com um desconforto emocional intenso, desenvolvendo, muitas vezes, sintomas de regressão, ansiedade pela separação, apatia, medos e distúrbios do sono, tendo estes determinadas consequências na vida adulta.

Sendo o padrão de sono da criança, um dos parâmetros mais afetados pela hospitalização e sendo este, uma atividade diária crucial para o crescimento e desenvolvimento da criança (Lopes et al., 2016), torna-se fundamental intervir para que este seja respeitado/mantido o mais possível durante o período de hospitalização, minimizando assim o seu impacto no desenvolvimento e bem-estar da criança hospitalizada e sua família

Neste sentido, a promoção de hábitos de sono saudáveis ou o respeito pelos já existentes, durante o internamento torna-se fundamental para que a criança consiga descansar o mais possível, dormir com qualidade e recuperar da doença.

Posto isto, a elaboração deste guia tem como principais objetivos:

- Contribuir para que as crianças internadas no Serviço de Pediatria [REDACTED] tenham um sono tranquilo e ininterrupto, principalmente durante a noite;
- Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância do sono no crescimento, desenvolvimento e bem-estar da criança, assim como para a influência deste na recuperação da própria doença;

- Capacitar a equipa de enfermagem do serviço para mobilizar estratégias e aplicar as recomendações produzidas pela evidência científica, de forma a promover os hábitos de sono das crianças internadas no serviço de pediatria.

Para a implementação das orientações deste guia considere importante a realização de uma breve fundamentação teórica, seguida de algumas sugestões de medidas a implementar, *à priori*, e que poderão ser posteriormente ajustadas.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Segundo Sanders (2014) a doença e hospitalização são as primeiras crises que as crianças enfrentam. A mesma autora diz-nos que é durante os primeiros anos de vida que as crianças são particularmente vulneráveis às crises decorrentes da doença e de hospitalização porque o stress vivido representa uma mudança do estado de saúde habitual, da rotina ambiental e porque dispõem de um número limitado de mecanismos de defesa para gerir o stress (Sanders, 2014).

A resposta à hospitalização varia de acordo com a idade de desenvolvimento da criança; com a sua experiência anterior de doença, separação ou hospitalização; com os seus mecanismos de defesa inatos e adquiridos; com a gravidade do diagnóstico e com o sistema de apoio disponível (Sanders, 2014).

Durante a hospitalização a criança costuma experimentar sentimentos de insegurança, desconforto, dor e sofrimento psicológico decorrentes da separação dos pais e entes queridos; do medo do desconhecido; da perda de controlo e autonomia; da lesão corporal e medo da própria morte, sendo estes, considerados os principais stressores da hospitalização da criança (Sanders, 2014; Santana, 2017). Segundo Jorge (2004) as crianças têm dificuldade em aceitar as restrições que a hospitalização exige e das quais os pais não as podem defender.

Por outro lado, os pais sentem-se impotentes em não conseguir proteger os seus filhos de tal acontecimento e muitas vezes se sentem culpados (Jorge, 2004). Desta forma, além de ser um acontecimento perturbador para a criança, o processo de doença e a hospitalização é, também, um acontecimento perturbador e que implica transformações na rotina de todo o núcleo familiar. Segundo Joaquim, Barbano e Bombarda (2017) a hospitalização de uma criança causa sofrimento a cada um dos membros da família, afetando o equilíbrio e os papéis desempenhados por eles, sendo um fator promotor de reorganização no contexto familiar. Conforme nos diz Jorge (2004), falar em hospitalização duma criança no contexto familiar significa falar em separação em sentido lato, pois, mesmo que essa separação não ocorra fisicamente em relação à figura parental, ela ocorre, necessariamente, em relação ao ambiente familiar físico e afetivo.

Perante todas estas alterações, impostas pela hospitalização, nas rotinas e hábitos da criança, é comum verificarem-se algumas alterações no comportamento da mesma como alterações de humor, diminuição do apetite, apatia e transtornos psicológicos e

mudança do padrão de sono que muitas vezes trazem consequências físicas, podendo perturbar o tratamento ou mesmo inibir a cura (Santana, 2017).

A alteração do Padrão de Sono é cada vez mais reconhecida como um problema que ocorre comumente com o aparecimento da doença, talvez pela rutura no processo circadiano (Rosen, Shor & Geller, 2008). No entanto, os problemas de sono podem estar relacionados com os efeitos da própria doença, com o uso de determinados fármacos e tratamentos ou apenas com a diferença de ambiente em si (Nunes, 2014).

Define-se sono como um estado fisiológico de alta complexidade, regulado e controlado, no qual ocorrem alterações dos processos fisiológicos e comportamentais, com mobilidade relativa e aumento do limiar de respostas aos estímulos (Paterson et al., 2016).

A Associação Portuguesa do Sono (2019) diz-nos que o sono é uma função natural, básica que é sujeita a evolução ao longo dos vários períodos da vida. Diz-nos ainda que pelo menos um terço da vida de qualquer ser humano é passado a dormir e que o seu cumprimento regular é imprescindível para um saudável desenvolvimento físico, mental e intelectual. Esta ideia vai de encontro à ideia de Mário Cordeiro (2016) que nos diz que o sono e repouso consistem num estado fisiológico reparador tão necessário como a alimentação.

Eliot e Mckinley (2011) citados por Santos e Filho (2016) dizem-nos ainda que o sono é fundamental para a saúde, assim como para a restauração de doença e recuperação da saúde.

O sono e o repouso são necessidades humanas básicas que devem ser tidas em conta pelos profissionais de saúde sempre que cuidam ou realizam ações diagnósticas à criança e quando estão a delinear o plano de cuidados da mesma (Santos & Filho, 2016). Estes cuidados visam oferecer à criança condições apropriadas para um período de sono e repouso tranquilo e ininterrupto, e têm como principal objetivo a promoção do conforto, que é tão necessário para a recuperação da criança.

Embora o sono corresponda a um período de diminuição do estado de consciência e menor mobilidade física, o nosso organismo mantém uma intensa atividade, que permite o crescimento e desenvolvimento do sistema nervoso central (SNC), o restabelecimento de vários sistemas, a recuperação de energia, o assegurar de várias funções hormonais (ex. produção de hormona do crescimento) e a capacidade de defesa às infeções (Associação Portuguesa do Sono, 2019).

Soares (2010) diz-nos que o sono tem uma função reparadora da fadiga corporal e psíquica e contribui para a recuperação de lesões através da elaboração de processos metabólicos regenerativos, sobretudo ao nível do sistema imunitário ajudando a reparar lesões orgânicas do cérebro ou na defesa contra agentes patogénicos, sendo esta função fundamental para a recuperação da criança doente.

O stress e a privação de sono além de alterarem a imunidade fisiológica e psíquica da criança, provocam ainda um maior gasto de energia por parte da atividade cerebral, principalmente a nível cortical (Carvalho et al., 2005). Mugeiro (2011), citado por Santos e Filho (2016) também nos diz que uma má qualidade do sono pode levar ao aumento do índice de massa corporal, desenvolvimento de obesidade e diabetes, diminuição do sistema imunitário, aumentando o risco de doenças respiratórias ou alérgicas, cardiovasculares, diminuição da concentração, stress, ansiedade e depressão, entre outros problemas.

Quando a criança não consegue dormir adequadamente durante a noite, como acontece muitas vezes durante a hospitalização, surge a sonolência e a fadiga diurna, com a necessidade do aumento do número de sestas durante o dia (Monteiro & Ceolim, 2014). Este aumento do número de sestas leva muitas vezes a perturbações emocionais, hábitos de sono desadequados e a transtornos orgânicos e afetivos que terão grande impacto no desenvolvimento futuro da criança. Alguns autores relatam que dormir pouco à noite pode ser um importante fator para o desencadeamento da fadiga durante o dia (Nunes, 2014).

Segundo vários autores, é durante o primeiro ano de vida que se desenvolve a secreção hormonal e que o padrão de sono sofre uma grande evolução (Sadeh et al., 2010). Neste sentido e, de acordo com Mário Cordeiro (2014), é também neste período que deverá ser iniciada a implementação de rotinas promotoras do sono. Segundo Folgueiras et al. (2017), adquirir bons hábitos de sono nas primeiras etapas de desenvolvimento é essencial para evitar complicações futuras que derivam dos maus hábitos de sono.

Assim, durante a hospitalização, é fundamental que as crianças possam manter um padrão de sono adequado, semelhante aquele que estão habituadas, cabendo à equipa multidisciplinar respeitar o padrão de sono da criança e mobilizando estratégias para que este não seja alterado devido à dinâmica hospitalar (procedimentos, medicação, etc.), evitando assim que a criança sofra repercussões significativas ao nível do seu desenvolvimento futuro. Além de todas as suas consequências imediatas, os problemas

do sono infantil trazem também consequências futuras, uma vez que afetam outros parâmetros do desenvolvimento e predisõem a criança para um compromisso da capacidade de atenção e problemas comportamentais (Sadeh et al., 2010) e, ainda se correlacionam com o neurodesenvolvimento atípico (Lemura et al., 2016).

Estudos demonstram que a privação de sono pode diminuir a resistência a dor, uma vez que existe um cansaço aumentado ao nível do sistema nervoso central simpático, o que vai levar ao aumento da frequência da administração de terapêutica analgésica para o controlo da dor, o que contribui muitas vezes ainda mais para uma maior privação de sono (Santos & Filho, 2016).

Estes estudos corroboram com o estudo de Carvalho et al. (2005), que revela que os lactentes expostos a ruído revelam maior sensação de dor, necessitando de mais analgesia para o seu controlo.

Ruído, luz, manipulação, realização de procedimentos, necessidade de administração terapêutica, condições do quarto, o não respeito pelas rotinas da criança e as próprias rotinas do serviço são fatores que influenciam o sono da criança hospitalizada e que o podem fragmentar/impedir.

Além do exposto, a utilização de aparelhos tecnológicos nos serviços permita uma maior vigilância da criança e traga benefícios para a mesma, em termos de equilíbrio biológico, ele é física e psicologicamente agressivo.

Segundo Carvalho et al. (2005) as principais fontes de **ruído** são as pessoas e os equipamentos de suporte à vida como bombas e seringas infusoras, monitores cardiorrespiratórios e de temperatura cutânea, alarmes, rádios, televisões, telemóveis, vozes, entre outros. Manzini (2015) diz-nos que além de todas as fontes de ruído, anteriormente referidas, existem muitas outras como a realização de procedimentos, períodos de visitas médicas e de familiares, limpeza do quarto, circulação de equipamentos para exames complementares de diagnóstico (ecógrafos, aparelho de Rx, etc.) e o abrir e fechar portas.

É de salientar que a maioria dos equipamentos utilizados durante o internamento da criança está muitas vezes junto dela, nomeadamente junto da cabeceira e que, muitas vezes, emitem luz e ruído constantes, resultante do seu funcionamento.

Segundo Bistafa (2018) elevados níveis de ruído geram vários efeitos fisiológicos indesejáveis como o aumento da tensão arterial, alterações do ritmo cardíaco e vasoconstrição periférica. Todos estes efeitos dificultam o bem-estar e a recuperação da criança e por isso, atrasam a alta hospitalar (Carvalho et al., 2005).

Além de todas as consequências apresentadas, o ruído elevado pode ainda causar alterações psicológicas como irritabilidade, alterações da função intelectual e do desempenho comunicacional, stress e alterações no padrão de sono (Bistafa, 2018), podendo este último, levar a transtornos fisiológicos como: desequilíbrio do sistema imunitário, alterações no metabolismo, distúrbios na termorregulação e distúrbios psicológicos (Santos & Filho, 2016). Segundo os mesmos autores, a insónia induzida pelo ruído pode consumir a energia necessária para o processo de cura devido à sua estreita relação com a imunossupressão, síntese inadequada de proteínas, confusão, irritabilidade, desorientação, falta de controlo e ansiedade.

A par do ruído, também a **luz**, a que a criança muitas vezes está sujeita no internamento, é uma fonte desestabilizadora para que a criança consiga ter um sono adequado.

O ritmo dos períodos de sono e vigília do dia-a-dia é-nos imposto por um relógio biológico, localizado no hipotálamo. Para o seu funcionamento é determinante o ciclo de luz/escuridão, o qual atualmente veio a ser alterado pela iluminação artificial, que alterou o ciclo natural biológico. Desta forma, é importante desligar todas as luzes artificiais durante a noite, uma vez que a glândula pineal recebe informação luminosa através da retina, regulando a libertação de vários compostos hormonais, entre os quais a melatonina (Cordeiro, 2014). Segundo o mesmo autor, a secreção de melatonina aumenta com a escuridão e o seu aumento vai diminuir os níveis de libertação de histamina, nor-adrenalina, dopamina e serotonina, responsáveis pelo acordar (Cordeiro, 2014).

Desta forma, podemos perceber que o hipotálamo e, o seu funcionamento, podem ser influenciados por fatores internos e externos. Segundo a Associação Portuguesa do Sono (2019), um importante fator externo é a luz do dia que, à medida que vai diminuindo com o entardecer, estimula a produção de melatonina (hormona responsável pela necessidade de dormir). Esta associação refere que o período de sono deve ser precedido de uma fase de “desaceleração”, pelo menos na hora anterior ao sono. Os aparelhos eletrónicos, para além de estimularem, provocam, com a sua luminosidade e ruído, um atraso e perturbação do sono pelo que a sua utilização deve ser reduzida na hora antes de deitar/dormir e devem sempre que possível ser retirados durante a noite (Associação Portuguesa do Sono, 2019). Desta forma, o horário das visitas deve ser respeitado, uma vez que o período de visitas de familiares/amigos são também uma

fonte de ruído e estimulação (Manzini, 2015). Por este motivo as visitas não deverão ser permitidas além da hora que está preconizada.

Também o respeito pelas **rotinas da criança** (banho, refeições, etc.) em meio hospitalar é um fator fundamental para que a criança consiga manter o seu padrão de sono habitual. Segundo Tse e Hall (2007) todas as crianças beneficiam de rotinas. Karp (2014) diz-nos que as crianças se sentem seguras e perspetivam o que vai acontecer através delas. Segundo Folgueiras et al. (2017) é fundamental que a criança aprenda a adormecer sozinha, num ambiente tranquilo, de forma rotineira e em que se sinta segura. Nesta linha de pensamento, verifica-se que a criação de rotinas para o sono é fundamental, pois a sua ausência, ou a prática de outras inconvenientes, pode ter um impacto negativo na saúde da criança, pela sua influência no desenvolvimento cognitivo e de autonomia da mesma (Karp, 2014).

O conjunto de hábitos e rituais que permitem facilitar o início, a continuidade do sono, a sua consistência e regularidade no cumprimento dos mesmos, oferecem uma maior sensação de segurança à criança e ao adolescente (Associação Portuguesa do Sono, 2019). A regularidade na hora de deitar faz parte da rotina que deve ser criada para o período de sono e influencia a rapidez com que a criança adormece, o número de acordares noturnos e a duração do tempo de sono (Associação Portuguesa do Sono, 2019).

Para que a criança consiga dormir de forma adequada é necessário que as características do berço e as **condições do quarto** sejam também adequadas. Mário Cordeiro (2014) diz-nos que, para que a criança durma com tranquilidade, é necessário promover conforto e garantir a existência de um ambiente físico com condições adequadas, como a cama ser quente, haver silêncio e não haver luz. Desta forma, deverão ser oferecidas à criança condições apropriadas para um período de sono e repouso tranquilo e ininterrupto tendo como principal objetivo a promoção do conforto, que é tão necessário para a recuperação e desenvolvimento da criança (Carvalho et al., 2005). Também a Associação Portuguesa do Sono (2019) nos diz que as condições do quarto influenciam a rapidez com que a criança adormece, o número de acordares noturnos e a duração do tempo de sono.

A **utilização de objetos securizantes** deve ser permitida, uma vez que a noite é o período de tempo que a criança mais passa sozinha e, só poderá lidar com essa solidão e com todos os receios e angústias, que lhe são inerentes, se tiver bons mecanismos de autodefesa, autoestima e autoconfiança. Conforme nos diz Cordeiro (2014) adormecer

sozinho exige uma enorme capacidade de sentir que os outros estão connosco, mesmo quando não estão fisicamente, ou seja, exige uma enorme capacidade de “estar só” e saber “estar só”.

Este aspeto, aliado ao da necessidade de segurança, são fundamentais para compreender as questões relacionadas com as alterações de sono na criança. Deste modo, torna-se fundamental programar, exercitar e preparar essas capacidades, para a criança se sentir acompanhada para que nos momentos de maior vulnerabilidade, como a noite, se consiga posicionar sem ansiedade. O uso do objeto transicional (chupeta, fralda de pano, boneco, etc.) pode ser útil e aconselhado nas crianças cujo maior problema reside na angústia de separação (Maia & Pinto, 2008).

Segundo Anders (1994) citado por Midlemiss (2004), crianças que conseguem transferir a sua necessidade de atenção dos pais para um objeto transicional, como por exemplo, um brinquedo ou cobertor favorito, tanto no sono inicial, como no acordar à noite, mostram um apego mais seguro e têm maior probabilidade de voltar a dormir sem necessitar da presença dos pais.

Para além desses objetos, a companhia permanente dos pais durante todo o internamento da criança deverá ser sempre permitida, constituindo-se uma mais-valia para a diminuição do stress causado pela hospitalização. E, diminuindo o stress a ansiedade, conseguimos ter crianças que domem melhor e com mais qualidade.

Conforme nos dizem Eliot e Mckinley (2011), citados por Santos e Filho (2016) a privação de sono, as alterações no ciclo sono-vigília e os despertares frequentes são muito comuns em crianças internadas. Perante isto e, sendo o sono fundamental para a saúde, assim como para a restauração de doença e recuperação da saúde torna-se fundamental intervir nesta área. O respeito pelo sono e o repouso da criança deve ter a atenção dos profissionais de saúde sempre que cuidam ou realizam ações diagnósticas à criança e, também, quando estão a delinear o plano de cuidados da mesma. Estes cuidados visam oferecer à criança condições apropriadas para um período de sono e repouso tranquilo e ininterrupto e têm como principal objetivo a promoção do conforto, que é essencial para a sua recuperação (Carvalho et al., 2005).

No serviço de internamento o ambiente deve ser mantido o mais silencioso possível para reduzir a estimulação e incentivar o descanso. O enfermeiro deve também decidir como e quando prestar os cuidados de enfermagem à criança, de modo a permitir que esta tenha períodos de sono ininterrupto e também a evitar estímulos excessivos.

No sentido de estabelecer um ambiente promotor do sono, e a ajudar a que os profissionais sejam capazes de promover o sono das crianças internadas, foram delineadas um conjunto de recomendações que deverão ser tidas em conta pelos mesmos no serviço.

3. RECOMENDAÇÕES

De forma a potencializar o interesse e a vontade demonstrados em relação à temática do sono, por parte de alguns dos elementos da equipa de enfermagem do serviço, agrupei algumas recomendações, encontradas na literatura, que penso poderem vir a facilitar a promoção do sono das crianças internadas, bem como em minimizar o impacto da hospitalização no padrão de sono das crianças internadas.

Numa primeira fase serão apresentadas medidas para redução do ruído no serviço e numa segunda fase, serão delineadas medidas para a promoção de hábitos de sono nas crianças internadas.

O ruído pode ser reduzido através de intervenções simples. Neste sentido, é recomendado:

- Formar os profissionais de saúde relativamente ao ruído e às consequências do mesmo nas crianças internadas;
- Motivar os profissionais de saúde para o controlo do ruído;
- Evitar ruído desnecessário;
- Evitar falar em voz alta ao lado da cama da criança ou em áreas próximas das crianças internadas;
- Utilizar um tom de voz baixo no diálogo entre profissionais de saúde e/ou pais, sobretudo no corredor do serviço e quartos;
- Reduzir o tom de voz durante a passagem de turno e manter a porta da sala de enfermagem fechada durante a mesma;
- Motivar os pais a falarem num tom de voz baixo e explicar o motivo;
- Adequar o calçado dos profissionais;
- Designar áreas específicas para discussões clínicas, que não o corredor e quartos;
- Comprar novos materiais ou equipamentos dando preferência aos que produzem menos ruído durante o seu funcionamento;
- Minimizar ao máximo o ruído de abertura de embalagens de material e na troca de sacos do lixo nos quartos;
- Ajustar os alarmes dos oxímetros e monitores de apneia para que fiquem adequados à idade e patologia da criança;
- Reduzir o volume dos alarmes durante os períodos de descanso;

- Subir e descer as grades das camas de forma suave;
- Silenciar um alarme o mais rápido que for possível;
- Os profissionais deverão ter os seus telemóveis pessoais, sem som e em modo vibratório, tal como os pais;
- Colocar informação no serviço sobre a importância de se manter um ambiente silencioso;
- Definir-se a “hora da sesta” entre as 15 e as 17h, nos quartos das crianças mais pequenas, apagando as luzes, mantendo o silêncio e só entrando nos quartos, neste período, se for extremamente necessário.

Durante a “hora da sesta”, assim como durante a noite, os sons de alarme dos equipamentos devem estar reduzidos e/ou desligados (quando possível), e as intervenções realizadas pela equipa médica e de enfermagem devem ser evitados em crianças clinicamente estáveis (Carvalho et al., 2005).

Conforme nos diz Carvalho et al. (2005), para que um programa de redução de ruídos seja bem-sucedido, terá de existir um esforço comum de todos os profissionais, requerendo também a cooperação da equipa de assistentes operacionais, funcionários da copa, funcionários da limpeza, fisioterapeutas e outros técnicos.

Tal como a diminuição do ruído, existem outras intervenções, já fundamentadas anteriormente, que os enfermeiros poderão implementar no sentido de promover o sono das crianças internadas, nomeadamente:

1. Desligar as luzes do serviço às 21 horas;
2. Apagar as luzes do quarto sempre que possível a partir das 21 horas, ou logo que a criança apresente sinais de sono;
3. Ligar a luz de presença dos quartos após as 21 horas;
4. Desligar as televisões dos quartos cerca das 21 horas, ficando apenas disponível a televisão da sala de pais;
5. Desencorajar a utilização de telemóveis e *tablets* pelas crianças, sobretudo pelas crianças mais velhas, explicando às mesmas, e aos pais, o impacto e consequências que a sua utilização na hora de dormir poderão ter no sono;

6. Retirar o som dos telemóveis das crianças mais velhas e dos acompanhantes que pernitem no serviço, para que este não perturbe o sono de outras crianças;
7. Assegurar que as janelas dos quartos estejam com os estores fechados;
8. Assegurar que a criança esteja vestida com um pijama confortável e adequado à temperatura do quarto;
9. Verificar se a roupa da cama é adequada à temperatura do quarto e se é confortável;
10. Trocar a fralda às crianças que necessitem desses cuidados e cujos pais não estejam presentes;
11. Sempre que for necessário prestar cuidados a alguma criança durante a noite, acender apenas o foco de luz de menor intensidade de forma a não acordar as crianças;
12. Evitar atividades estimulantes na hora de deitar;
13. Não permitir visitas após o horário estipulado pelo serviço e explicar a sua importância;
14. Falar com as crianças num tom de voz baixo e calmo aquando necessitar de as abordar junto à noite e durante a mesma;
15. Sempre que uma criança, não acompanhada, acordar a chorar durante a noite tentar acalmá-la para que não acorde outras crianças e, uma vez acompanhada ajudar, se necessário, os pais a acalmá-la;
16. Respeitar as rotinas (banho, massagem, etc.) pré-existent das crianças internadas, mantendo-as sempre que for possível;
17. Permitir a utilização de objetos securizantes para a criança;
18. Os cuidados às diferentes crianças devem ser programados no início do turno de forma a serem concentrados antes e após os períodos de descanso das mesmas;
19. No final do turno da tarde, e antes das crianças adormecerem, deverão ser verificados sensores de oximetria, confirmando que estes estão bem fixos; o nível dos balões de soro (substituir se necessário para que a bomba infusora não alarme durante a noite) e os limites dos aparelhos devem ser regulados, de forma a não alarmarem sem necessidade durante a noite.

4.CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este conjunto de medidas e intervenções poderão ser uma mais-valia para a promoção do sono da criança hospitalizada, minimizando o impacto da hospitalização no sono da criança.

Os guardiões do silêncio deverão ser os enfermeiros responsáveis pelas crianças, em cada turno pois, tal como nos diz Salú et al. (2015), a equipa de enfermagem possui um papel relevante neste processo, não só por ser a classe profissional que passa maior quantidade de tempo dentro do serviço, mas também pela vigilância que faz nos alarmes e pela sua imediata intervenção que é necessária quando um alarme toca. Além de silenciar o alarme, os enfermeiros identificam a sua causa e tomam as medidas necessárias com vista à minimização da frequência do mesmo, quer seja por má captação do sensor, ou por uma situação clínica irrelevante ou de baixa relevância (Salú et al., 2015). Deste modo, é imperioso que todos os elementos da equipa de enfermagem reconheçam as consequências do ruído e o seu impacto nas crianças de quem cuidam e que compreendam também que o sono é um dos parâmetros que mais é penalizado por ele.

Além da redução do ruído, é também da responsabilidade do enfermeiro zelar pelo melhor interesse das crianças de quem cuida, e, nesse sentido, torna-se fundamental implementar um conjunto de medidas que assegurem o bem-estar da criança para que esta possa dormir e se desenvolver adequadamente.

Desta forma, é de extrema importância que os enfermeiros reconheçam que a má qualidade do sono durante a hospitalização pode ter consequências negativas não só na recuperação da criança, mas também ao nível do seu desenvolvimento e capacidades futuras.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Associação Portuguesa do Sono. (2019). *Higiene do Sono da Criança e Adolescente*. Acedido a 11/01/2020. Disponível em: <https://www.apsono.com/index.php/pt/centro-de-documentacao/centro-de-doc/52-higiene-do-sono-da-crianca-e-do-adolescente>.

Bistafa, S. (2018). *Acústica Aplicada ao Controle do Ruído* (3ª ed). São Paulo: Blucher.

Carvalho, W., Pedreira, M., & Aguiar, M. (2005). Nível de Ruídos em uma Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos. *Jornal de Pediatria*, 81 (6), 495-498.

Cordeiro, M. (2014). *Dormir Tranquilo*. Lisboa: A esfera dos livros.

Cordeiro, M. (2016). *O Grande Livro do Bebê*. Lisboa: A esfera dos livros.

Caleffi, C., Rocha, P., Anders, J., Jatobá de Souza, A., Burciaga, V., & Serapião, L. (2016). Contribuição do brinquedo terapêutico estruturado em um modelo de cuidado de enfermagem para crianças hospitalizadas. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 37 (2), 1-8.

Folgueiras, S., Asensio, S., Rodríguez, E., Chavarri, I., & Gabas, I. (2017). Hábitos de sueño en lactentes y preescolares. *Metas Enfermagem*, 20 (7), 12-18.

Jorge, A. (2004). *Família e Hospitalização da Criança – (RE) Pensar o Cuidar em Enfermagem*. Loures: Lusociência.

Karp, H. (2014). *O bebê mais feliz do mundo: A nova forma de acalmar o choro e ajudar o seu bebê a dormir mais*. Alfragide: Publicações Dom Quixote.

Lemura, A., Iwasaki, M., Yamakawa, N., Tomiwa, K., Anji, Y., Sakakihara, Y., et al. (2016). Influence of sleep-onset time on the development of 18-month-old infants: Japan Children's cohort study. *Brain and Development*, 38, 364–372.

Lopes, S., Almeida, F., Jacob, S., Figueiredo, M., Vieira, C., & Carvalho, F. (2016). Diz-me como dormes: hábitos e problemas de sono em crianças portuguesas em idade pré-escolar e escolar. *Nascer e Crescer*, 25 (4), 211-216.

Maia, I., & Pinto, F. (2008). Hábitos de Sono. *Revista do hospital de crianças Maria Pia*, 17 (1), 9-12.

Manzini, P. (2015). *Nível de Pressão Sonora em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica de Brasília* (Monografia Residência Médica). Hospital de Base do Distrito Federal, Brasília.

Middlemiss, W. (2004). Infant Sleep: a review of normative and problematic sleep and interventions. *Early Child Development and Care*, 174 (1), 99-122. Doi: 10.1080/0300443032000153516.

Monteiro, N., & Ceolim, M. (2014). Qualidade do Sono de Idosos no domicílio e na hospitalização. *Texto contexto em Enfermagem*, 23 (2), 356-364.

Nunes, M. (2014). *Avaliação da Fadiga em crianças e adolescentes hospitalizados com câncer e sua relação com o padrão de sono e qualidade de vida relacionada à saúde* (Tese de Doutorado). Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-03022015-103612/en.php>.

Paterson, L., Nutt, D., & Wilson, S. (2016). Sleep and its disorders in translational medicine. *Journal of Psychopharmacology*, 25 (9), 1226-1234.

Rosen, G., Shor, A., & Geller, T. (2008). Sleep in children with cancer. *Current Opinion in Pediatrics*, 20, 676-681.

Sadeh, A., Tikotzky, L., & Scher, A. (2010). Parenting and Infant Sleep. *Elsevier*, 14, 89-96.

Salú, M., Louro, T., Silva, R., Figueiredo, N., & Silva, C. (2015). Níveis de Pressão Sonora em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. *Revista de Enfermagem UFPE*, 9 (2), 918-926.

Sanders, J. (2014). Cuidados Centrados na Família em Situações de Doença e Hospitalização. In M. Hockenberry & D. Wilson, *Lusociência, Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., Vol II, p. 1025-1060). Loures: Lusociência.

Santana, A., Nascimento, A., Santos, L., Fraga, I., & Gallotti, F. (2017). Contribuição do brinquedo terapêutico na interação entre a criança e a equipe de enfermagem. In *International Nursing Congress*, Universidade Tiradentes, Brasil.

Santos, M., & Filho, E. (2016). Atuação do Enfermeiro na Alteração do Sono em Pacientes Idosos Hospitalizados em UTI Semi-intensiva. *Simpósio de TCC e Seminário de IC*, 1, 871-878.

Soares, Â. (2010). *O Sono: Efeitos da sua privação sobre as defesas orgânicas*. Lisboa: LIDEL.

Tse, L., & Hall, W. (2007). A qualitative study of parents' perceptions of a behavioural sleep intervention. *Child: care, health and development*, 34 (2), 162-172. DOI: 10.1111/j.1365-2214.2007.00769.x.

APÊNDICE XIII

Folheto Informativo SIP: “*Promoção de Hábitos de Sono Saudáveis na Criança – Métodos para Ensinar a sua Criança a Dormir no 1º ano de Vida*”

Uma criança que não dorme:

- Fica mais irritada e sonolenta;
- Tem as defesas do organismo diminuídas;
- Está mais susceptível a apanhar doenças;
- Desenvolve dificuldades de aprendizagem e concentração;
- Provoca nos pais um cansaço físico e mental extremo.

Se a sua criança tem dificuldade em adormecer ou acorda muitas vezes durante a noite, solicite ajuda junto dos profissionais de saúde.

Os problemas de sono quando identificados a tempo podem ser corrigidos !

Bibliografia: Brazelton, T., Sparrow, J. (2009). *A Criança e o Sono - O Método de Brazelton* (5ª edição). Lisboa: Editorial Presença; Cordeiro, M. (2014). *Dormir Tranquilo*. Lisboa: A Esfera dos Livros; World Association of Sleep Medicine (2011). *Adaptado a 06/04/2019. Disponível em: <http://www.wasmonline.org/>*; Imagens retiradas de www.google.pt.

Os 10 Mandamentos do Sono

1. Certifique-se que a sua criança dorme o suficiente por dia;
2. Mantenha uma consistência na hora de adormecer e de acordar;
3. Estabeleça uma rotina consistente na hora de ir dormir e utilize roupas confortáveis na cama;
4. Incentive a sua criança a adormecer de forma independente;
5. Evite luzes brilhantes na hora de ir dormir e à noite e aumente a exposição à luz durante o dia;
6. Mantenha todos os dispositivos electrónicos fora do quarto e limite o seu uso à noite;
7. Mantenha uma rotina diária regular;
8. Mantenha um horário de sesta adequado à idade;
9. Assegure que a criança está ativa e acordada durante o dia;
10. Elimine comidas e bebidas que contenham cafeína.

Adaptado de recomendações efectuadas pela *World Association of Sleep Medicine*

Elaborado por: Enfª Sara Fonseca

Revisão científica
Enfª Filomena Lopes
Profª Cristina Jeremias

Promoção de Hábitos de Sono Saudáveis na Criança



Métodos para ensinar a sua criança a dormir no 1º ano de vida

Fevereiro de 2020

Do 1 aos 6 meses



- Deite a criança de costas, prevenindo o risco de morte súbita;
- A criança deve dormir no berço/cama de grades própria e **NÃO** na cama dos pais;
- Incentive o uso de um objeto preferido (boneco, chupeta...);
- De dia mantenha a luz e o ruído e à noite a escuridão e o silêncio;
- Coloque a criança ainda acordada no berço;
- Aos **4 meses** a criança deve sair do quarto dos pais.

Dos 6 aos 12 meses

- A criança deve dormir no seu próprio quarto;
- Deve estabelecer-se uma rotina para o sono;
- A criança deve estar mais tempo acordada durante o dia;
- As sestas da tarde devem ser no início da tarde;
- Deve incentivar a criança a voltar a adormecer sozinha sem lhe tocar ou pegar ao colo;
- Deve evitar alimentá-la quando ela acordar à noite;
- Não deverá recorrer a dispositivos electrónicos para a adormecer.



Benefícios do Sono:

- Permite recuperar do cansaço físico e mental;
- Favorece o crescimento através da libertação da hormona do crescimento;
- Protege das doenças (restaura o sistema imunitário);
- Permite o bom desenvolvimento da criança;
- Facilita a aprendizagem/memória;
- Faz a criança e os pais mais Felizes!



APÊNDICE XIV

Poster SIP: “Ajude o Seu Bebê a Dormir Melhor”

Ajude o seu bebé a dormir melhor

O sono é um processo fisiológico, ativo e dinâmico e uma atividade diária fundamental para o crescimento, desenvolvimento e saúde da criança.

(Lopes et al., 2016)

Como pode ajudar o seu bebé a dormir melhor?



Ambiente

Escurecido

Silencioso

Temperatura adequada



Horário

Consistente

Regular

Respeitar ciclo luz/escurecimento durante o dia/noite



Rotinas

Consistentes

Previsíveis

Ex: banho, massagem, jantar, música calma



Deitar

Deve deitar o bebé sonolento (mas ainda acordado)

Pode utilizar um objeto de segurança para o bebé

O que não deve fazer

Utilizar dispositivos electrónicos antes da hora de dormir.

Alimentar ou tocar no seu bebé para que volte a dormir.

Correr para junto do bebé assim que ele acorda durante a noite.



Adquirir bons hábitos de sono desde bebé evita complicações futuras.

(Froiguera et al., 2017)

Elaborado por:

Sara Filipa Teixeira Fonseca, N.º1275

10.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

srfonseca@campus.esel.pt

Fevereiro de 2020

Orientação

Enfermeira Especialista Filomena Lopes

Professora Orientadora: Cristina Jaramila



Publicado em: 2020

Associação Portuguesa de Neonatologia (2016); Froiguera, B. et al. (2017); Hábitos de sono do lactente e o seu desenvolvimento. *Medicina Clínica*, 30(7), 12-18; Lopes, B., Almeida, P., Jaramila, C., Pigeiro, M., Vieira, C. & Casanova, P. (2016). O sono no lactente: hábitos e problemas de sono em crianças e estratégias de intervenção. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Neonato*, 28(4), 211-216; Tien et al. (2016). *Journal of Pediatric Clinical Medicine*, 5(1), 63-73.

APÊNDICE XV

Norma de Procedimento SUP: “*Promoção do Sono do Lactente*”

Logótipo do Centro Hospitalar	NORMA DE ORIENTAÇÃO CLÍNICA Nº TEMA Promoção do Sono do Lactente	NOC nº Serviço ----- Emissão: 02/01/2020 Revisão: D/M/A Página: 14 de 258
-------------------------------	---	--

1. Objetivos:

- 1.1 Uniformizar os cuidados para promoção de hábitos de sono saudáveis na criança Lactente;
- 1.2 Implementar a “Hora da Sesta” e a “Hora de dormir”.

2. População alvo: Crianças (0-12 meses) com internamento na UCEP e em SO.

3. Utilizadores: Todos os profissionais do Serviço de Urgência Pediátrica

4. Definições, Conceitos e Fundamentos:

Define-se sono como um estado fisiológico de alta complexidade, regulado e controlado, no qual ocorrem alterações dos processos fisiológicos e comportamentais, com mobilidade relativa e aumento do limiar de respostas aos estímulos (Paterson et al., 2016).

Segundo Eliot e Mckinley (2011) citados por Santos e Filho (2016) o sono é fundamental para a saúde, assim como para recuperar da doença.

Sendo o sono e o repouso necessidades humanas básicas, estas deverão ser tidas em conta pelos profissionais de saúde, médicos e enfermeiros, sempre que cuidam ou realizam ações diagnósticas à criança e quando estão a delinear o plano de cuidados da mesma (Carvalho et al., 2005). Estes cuidados deverão oferecer à criança condições apropriadas para que ocorra um período de sono e repouso tranquilo e ininterrupto e deverão ter como principal objetivo a promoção do conforto, que é tão necessário para a recuperação da criança, uma vez que o sono tem uma função protetora e reparadora, sobretudo ao nível do sistema imunitário ajudando a reparar lesões orgânicas do cérebro e na defesa contra agentes patogénicos.

Sezici e Yigit (2017) dizem-nos que mais de metade das crianças lactentes apresenta hábitos de sono incorretos. Segundo Folgueiras et al. (2017) adquirir bons hábitos de sono nas primeiras etapas de desenvolvimento é essencial para evitar complicações futuras que derivam dos maus hábitos de sono. É nesta fase do desenvolvimento que a existência de um bom padrão sono é especialmente importante visto que é durante o primeiro ano de vida que se desenvolve a secreção hormonal e que o padrão de sono sofre uma grande evolução (Sadeh et al., 2010).

É durante o sono que são segregadas hormonas, como acetilcolina, adenosina, dopamina, serotonina, prolactina e cortisol e que permitem à criança crescer e desenvolver-se (Soares, 2010).

A secreção de melatonina aumenta com a escuridão e o seu aumento vai diminuir os níveis de libertação de histamina, nor-adrenalina, dopamina e serotonina, responsáveis pelo acordar (Cordeiro, 2014). É a glândula pineal que recebe informação luminosa através da retina, e que regula a libertação dos vários compostos hormonais. Desta forma, e sendo o hipotálamo responsável por regular, entre outras atividade, o sono, é imprescindível que exista um ciclo de luz/escuridão bem delimitados.

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

Os efeitos negativos dos problemas do sono têm sido associados recentemente a alterações no desenvolvimento físico, cognitivo e socio emocional da criança (Field, 2017). Conforme nos diz Hall et al. (2015) os problemas no sono infantil afetam cerca de 30% das crianças lactentes e na maioria das vezes persistem até à infância tardia. Sabe-se que os problemas do sono infantil afetam outros parâmetros do desenvolvimento, por exemplo, predispõem a criança para um compromisso da capacidade de atenção e problemas comportamentais (Sadeh et al., 2015) e, ainda pode correlacionar-se com o neurodesenvolvimento atípico (Lemura et al., 2016).

Como se sabe, os serviços hospitalares de internamento, sobretudo unidades de cuidados intensivos e unidades de cuidados especiais pediátricos, são descritos como “sinfonias tecnológicas” devido ao alto nível de atividade, sons de equipamentos e alarmes, telefones e vozes dos profissionais (Carvalho et al., 2005). Segundo o mesmo autor, as principais fontes de ruído são as pessoas e os equipamentos de suporte à vida como ventiladores, bombas e seringas infusoras, monitores cardiorrespiratórios, vozes, alarmes, rádios e telemóveis que, além de ruído, na sua maioria também emitem luz.

Manzini (2015) diz-nos que a realização de procedimentos, períodos de visitas médicas e de familiares, passagens de turno, limpeza do quarto/unidade, circulação de equipamentos para exames médicos (ecógrafos, aparelho de Rx, etc.) e o abrir e fechar portas também são produtoras de ruído e estimulação. Atualmente sabe-se que elevados níveis de ruído geram vários efeitos fisiológicos indesejáveis como o aumento da tensão arterial, alterações do ritmo cardíaco, vasoconstrição periférica, dilatação das pupilas e aumento da secreção de adrenalina (Bistafa, 2018).

Outro fator que vai ter impacto no sono da criança durante o internamento é a manipulação constante da mesma pelos profissionais da equipa multidisciplinar, sendo esta um factor gerador de stress e algo que impede a criança de dormir/repousar de forma adequada (Carvalho et al., 2005).

Neste contexto, se a criança não consegue ter um sono reparador durante a noite, apresentará maior sonolência e fadiga diurna, com a necessidade de aumento do número de sestas durante o dia. Esta “perda de contacto” com o meio envolvente durante o dia poderá levar a perturbações emocionais,

hábitos de sono desadequados e a transtornos orgânicos e afetivos que terão grande impacto no desenvolvimento futuro das crianças, principalmente das crianças lactentes (Monteiro & Ceolim, 2014).

Segundo Santos e Filho (2016) a privação de sono, sobretudo por ruído, pode diminuir a resistência à dor, uma vez que existe um cansaço aumentado ao nível do sistema nervoso central simpático, o que vai levar ao aumento da utilização de terapêutica analgésica para o controlo da dor.

Assim, e tal como nos diz Cordeiro (2014), para que a criança durma com tranquilidade é necessário promover conforto e garantir a existência de um ambiente físico com condições adequadas, como a cama ser quente, haver silêncio e não haver luz. Posto isto, é fundamental que os enfermeiros estejam despertos para esta temática e para a importância de promover hábitos de sono saudáveis, mesmo durante o período de internamento. Os enfermeiros deverão então garantir à criança condições apropriadas para um período de sono e repouso tranquilo e ininterrupto tendo como principal objetivo a promoção do conforto, que é tão necessário para a recuperação da criança (Carvalho et al., 2005).

Neste sentido e, como nos dizem diversos autores, o ambiente hospitalar deve ser mantido o mais silencioso possível para reduzir a estimulação e incentivar o descanso. Os enfermeiros deverão ponderar e decidir como e quando prestar os cuidados de enfermagem, de modo a permitir à criança períodos de sono ininterrupto e evitando estímulos e manipulações excessivas, pelo que concentrar os cuidados em determinados momentos poderá ser uma mais-valia para o descanso da criança.

Perante estas evidências e, sendo o sono um dos processos fundamentais ao desenvolvimento da criança e à recuperação da sua saúde, em situação de doença, considera-se pertinente a implementação da “Hora da Sesta” e da “Hora de Dormir”. A implementação de ambas poderá ter benefícios em termos do estabelecimento do ciclo circadiano, da promoção/manutenção de bons hábitos de sono e da implementação de períodos de sono profundo que é o mais reparador para a criança.

5. Fluxograma: Não aplicável.

6. Recursos equipamento/material:

- Estrutura física da UCEP e SO.

7. Procedimento:

Medidas gerais para a Promoção do Sono no Lactente internado no Serviço de Internamento de Pediatria, Serviço de Observação (SO) e na Unidade de Cuidados Especiais Pediátricos (UCEP):

- ✓ Gerir os cuidados à criança lactente, concentrando os cuidados prestados pela equipa multidisciplinar e aproveitando os períodos em que a criança esteja acordada;
- ✓ Restringir o horário da visita de familiares, conforme o que está preconizado pelo serviço, não permitindo a entrada de visitas após as 18h e lembrando às mesmas a hora da saída, pedindo, caso seja necessário, que se retirem quando passar da referida hora;
- ✓ Evitar a sobrecarga sensorial;
- ✓ Programar diariamente períodos calmos, em que os cuidados e a realização de exames e procedimentos sejam minimizados (momentos das sestas, início da noite e período noturno);
- ✓ Minimizar o ruído e luminosidade no período da “Hora da Sesta” e no período noturno;
- ✓ Gerir a luminosidade de forma cíclica, mantendo o quarto mais iluminado durante o dia e com as luzes reduzidas, e preferencialmente desligadas durante a noite;
- ✓ Respeitar as rotinas da criança (banho, massagem, etc.);
- ✓ Desligar as luzes do serviço às 21h;
- ✓ Educar os profissionais e pais para terem os seus telemóveis pessoais, sem som e em modo vibratório;
- ✓ Implementar a “Hora da Sesta” e o “Hora de Dormir”.

A “**Hora da Sesta**” deverá decorrer, diariamente, entre as **14h e as 16h** e a “**Hora de Dormir**” entre a **1h e as 7h**. Nestes períodos, deverá ser assegurado um ambiente favorável ao descanso das crianças, através de ações como:

“Hora da Sesta” (14h – 16h)	“Hora de Dormir” (1h – 7h)
Apagar as luzes do quarto às 14h (o quarto não deverá ficar completamente escuro, uma vez que se trata de uma sesta, e que é importante que a criança diferencie o sono da sesta do sono	Apagar as luzes do quarto e do serviço às 21h. Sempre que for necessário prestar cuidados às crianças, utilizar a luz de presença ou,

da noite).	preferencialmente os focos de luz individuais.
Evitar diálogos entre profissionais junto dos berços das crianças.	
Reduzir o tom de voz na central de enfermagem e/ou diálogo entre profissionais de saúde e/ou pais neste período.	
Ajustar os alarmes dos monitores, seringas e bombas infusoras e dos ventiladores, antes de se iniciar cada um destes períodos.	
Desligar os alarmes dos monitores nestes períodos (sempre que a situação clínica o permitir).	
Controlar e ajustar o volume dos telefones e da campainha de entrada no serviço.	
No caso de tocar um alarme, silenciá-lo o mais rapidamente possível.	
Minimizar ao máximo o ruído de abertura de embalagens de material.	
Vigiar no início de cada um destes períodos os níveis dos soros/perfusões e substituí-los caso estejam a terminar.	
A troca de sacos do lixo não deverá ocorrer.	Reduzir a luminosidade dos ventiladores, seringas e bombas infusoras.
Se necessário intervir junto de uma das crianças, subir e descer as grades da cama de forma suave.	
No início de cada período vigiar e retirar a água acumulada nos circuitos dos ventiladores e verificar se a panela tem água suficiente.	
A televisão do quarto deverá ser desligada.	
Evitar a entrada e saída do quarto.	
Evitar a substituição e reposição de material.	
As intervenções realizadas pela equipa médica e de enfermagem devem ser evitadas.	
Não manipular a criança nestes períodos, exceto quando extremamente necessário.	
Alimentar a criança às 13h e às 16h.	Alimentar a criança à 1h, às 4h e às 7h.
Tentar que todas as crianças sejam alimentadas à mesma hora para evitar entradas múltiplas no quarto e a realização de aspirações/manipulações, etc. causadoras de ruído e que irão acordar	

outras crianças.
Se a criança lactente acordar, não correr de imediato para junto dela. Aguardar alguns momentos para que esta volte a adormecer. Estes períodos são normais e na maioria das vezes a criança volta a adormecer sozinha. Explicar aos pais este facto.
Se uma criança acordar a chorar, tentar acalmá-la para que esta volte a adormecer, evitando que acorde outras crianças.
Os cuidados às diferentes crianças devem ser programados no início do turno de forma a serem concentrados antes e após estes períodos de descanso.
Os enfermeiros deverão agir como os “guardiões do silêncio” neste período, face a outros profissionais.

Nota: Nos casos de infeções respiratórias e em crianças conectadas a CPAP ou alto fluxo, estas deverão ser aspiradas antes da alimentação da 1h e das 7h (exceto se a situação da criança não o permitir). Na alimentação das 4h o enfermeiro deverá apenas alimentar a criança (caso a situação da criança o permita) tentando que esta não desperte e/ou chore, podendo desta forma despertar as restantes crianças do quarto.

8. Referências Bibliográficas:

Bistafa, S. (2018). *Acústica Aplicada ao Controle do Ruído* (3ª ed). São Paulo: Blucher.

Carvalho, W., Pedreira, M., & Aguiar, M. (2005). Nível de Ruídos em uma Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos. *Jornal de Pediatria*, 81 (6), 495-498.

Cordeiro, M. (2014). *Dormir Tranquilo*. Lisboa: A esfera dos livros.

Folgueiras, S., Asensio, S., Rodríguez, E., Chavarri, I., & Gabas, I. (2017). Hábitos de sueño en lactentes y preescolares. *Metas Enfermagem*, 20 (7), 12-18.

Lemura, A., Iwasaki, M., Yamakawa, N., Tomiwa, K., Anji, Y., Sakakihara, Y., et al. (2016). Influence of sleep-onset time on the development of 18-month-old infants: Japan Children's cohort study. *Brain and Development*, 38, 364–372.

Maia, I., & Pinto, F. (2008). Hábitos de Sono. *Revista do hospital de crianças Maria Pia*, 17 (1), 9-12.

Manzini, P. (2015). Nível de Pressão Sonora em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica de Brasília (Monografia Residência Médica). Hospital de Base do Distrito Federal, Brasília.

Monteiro, N., & Ceolim, M. (2014). Qualidade do Sono de Idosos no domicílio e na hospitalização. *Texto contexto em Enfermagem*, 23 (2), 356-364.

Redeker, N., et al. (2017). Community partnership for healthy sleep: Research protocol. *Research in Nursing & Health*, 41 (1), 19-29. DOI: 10.1002/nur.21840.

Sadeh, A., Tikotzky, L., & Scher, A. (2010). Parenting and Infant Sleep. *Elsevier*, 14, 89-96.

Santos, M., & Filho, E. (2016). Atuação do Enfermeiro na Alteração do Sono em Pacientes Idosos Hospitalizados em UTI Semi-intensiva. *Simpósio de TCC e Seminário de IC*, 1, 871-878.

9. Indicadores: Não aplicável.

10. Documentos associados: Não aplicável.

11. Anexos:

ANEXO 1 – Impresso “Tomada de conhecimento da Norma de Orientação Clínica Nº - Tema pelos enfermeiros”.

ELABORADO POR: Enfª Sara Fonseca Revisão Científica: Enfª Rosário Almeida Profª Cristina Jeremias Data: 02/01/2020	REVISTO POR: Enfª. Chefe AD Data: 05/01/2020	APROVADO POR: Direção de Enfermagem LE Data: 30/01/2020
--	---	--

APÊNDICE XVI

Poster SUP: “*Como melhorar o sono do seu bebê?*”

Como melhorar o sono do seu bebé

O sono é uma necessidade biológica e vital, essencial ao crescimento, desenvolvimento e saúde da criança.

(Mata & Pinto, 2005)

Como pode ajudar o seu bebé a dormir melhor?



Ambiente

Escurecido

Silencioso

Temperatura adequada



Horário

Consistente

Regular

Respeitar ciclo luz/escuro durante o dia/noite



Rotinas

Consistentes

Previsíveis

Ex: banho, massagem, jantar, música calma



Deitar

Deve deitar o bebé sonolento (mas ainda acordado)

Pode utilizar-se um brinquedo, fralda, chupeta, etc.

ATENÇÃO!

Evite o uso de dispositivos electrónicos antes da hora de dormir.

Se o seu bebé acordar durante a noite, não corra para junto dele de imediato.

Evite alimentá-lo e/ou tocá-lo para que ele consiga voltar a adormecer sozinho.

Adquirir bons hábitos de sono desde bebé evita complicações futuras.

(Polgueras et al., 2017)

Elaborado por:

Sara Filipa Teixeira Fonseca, N.º 025

10.º Curso de Mestrado em Enfermagem da Saúde Infantil e Pediatria

stfnsteca@campus.fesl.pt

Dezembro de 2019

Orientação:

Enfermeira Especialista MP Ricardo Almeida

Professora Orientadora: Cristina Jurema

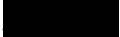


Referência Bibliográfica

Associação Portuguesa de Ruído. (2019). Polgueras, S. et al. (2017). Hábitos de sono em bebés: a prevenção e o tratamento. *BMJ* 355: e016111. Mata, P. (2005) Hábitos de Sono e Ruído em Crianças. *Revista de Saúde da Criança*, 11(1): 9-12. Naves, M. (2002) *Distúrbios do Sono*. *Tratado de Pediatria*. 4.ª edição. Elsevier. Análise de Problemas de Saúde da Criança de Pediatra e 7.ª ed. 75. <https://www.google.pt>

APÊNDICE XVII

Norma de Procedimento SRPD: “*Promoção de Hábitos de Sono Saudáveis*”

<i>Logótipo da Instituição</i>	   MANUAL DE SERVIÇO	CAPÍTULO II NORMAS E PROCEDIMENTOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM 10. OUTRAS TÉCNICAS 10.3 Promoção de Hábitos de Sono Saudáveis Elaborado por: <i>Enfª Sara Fonseca</i> <i>(Estudante do 10º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa)</i> Revisão científica: <i>Enfermeira Maria Emília Queirós Lima</i> <i>Professora Cristina Jeremias</i> Data: 14-01-2020 Revisão: 20	Aprovado em: ____/____/____ Enf. Diretor
---------------------------------------	---	--	--

1 - DEFINIÇÃO

Define-se sono como um estado fisiológico de alta complexidade, regulado e controlado, no qual ocorrem alterações dos processos fisiológicos e comportamentais, com mobilidade relativa e aumento do limiar de respostas aos estímulos (Paterson et al., 2016).

Para Soares (2010, p. 13) o sono resulta da *“ação conjugada de muitos neurotransmissores e é acertada pelo relógio biológico central, que ajusta tudo ao ritmo circadiano, controlado por núcleos supraquiasmáticos do hipotálamo”*.

A Associação Portuguesa do Sono (2019) diz-nos que o sono é uma função natural, básica que é sujeita a evolução ao longo dos vários períodos da vida. Diz-nos ainda que pelo menos um terço da vida de qualquer ser humano é passado a dormir e que o seu cumprimento regular é imprescindível para um saudável desenvolvimento físico, mental e intelectual.

Embora o sono corresponda a um período de diminuição do estado de consciência e menor mobilidade física, o nosso organismo mantém uma intensa atividade, que permite o crescimento e desenvolvimento do sistema nervoso central (SNC), o restabelecimento de vários sistemas, a recuperação de energia, o assegurar de várias funções hormonais (ex. produção de hormona do crescimento) e a capacidade de defesa às infeções (Associação Portuguesa do Sono, 2019).

2 – OBJETIVOS

- Uniformizar os cuidados para a Promoção do Sono nas crianças internadas no Serviço de Reabilitação Pediátrica e de Desenvolvimento (SRPD).
- Possibilitar um sono reparador às crianças internadas no SRPD.

3 – REQUISITOS

▪ 3.1 – Recursos

- Estrutura física do serviço de SRPD
- Equipa multidisciplinar do serviço de SRPD
- Associação Nuvem Vitória

4 – PROCEDIMENTO

Promoção de Hábitos de Sono Saudáveis	
AÇÕES DE ENFERMAGEM	JUSTIFICAÇÃO
1. Desligar as luzes do serviço às 21:30 horas. 2. Colaborar com a Associação Nuvem Vitória, permitindo a entrada no serviço dos voluntários da associação e fornecendo aos mesmos informações relativas às diferentes crianças	Segundo Tse e Hall (2007) todas as crianças beneficiam de rotinas. Karp (2014) diz-nos que as crianças se sentem seguras e perspetivam o que vai acontecer através delas.

internadas e que sejam pertinentes para a realização das atividades da associação.	A Associação Nuvem Vitória tem como missão contar histórias de embalar às crianças que estão internadas, longe do seu ambiente familiar. Desta forma, esta associação ajuda não só a estimular o gosto pela leitura, mas também na criação de uma rotina para o sono das crianças internadas no serviço. Segundo Folgueiras et al. (2017) é fundamental que a criança aprenda a adormecer sozinha, num ambiente tranquilo, de forma rotineira e em que se sinta segura. A criação de rotinas para o sono é fundamental, pois a sua ausência, ou a prática de outras inconvenientes, pode ter um impacto negativo na saúde da criança, pelo seu impacto no desenvolvimento cognitivo e de autonomia da mesma (Karp, 2014). O conjunto de hábitos e rituais que permitem facilitar o início e a continuidade do sono e a consistência e regularidade no cumprimento dos mesmos oferecem uma maior sensação de segurança à criança e ao jovem (Associação Portuguesa do Sono, 2019). A regularidade na hora de deitar faz parte da rotina que deve ser criada para o período de sono e influencia a rapidez com que a criança adormece, o número de acordares noturnos e a duração do tempo de sono (Associação Portuguesa do Sono, 2019).
3. Assegurar que as janelas dos quartos estão fechadas e com os estores fechados. 4. Assegurar que a criança esteja vestida com um pijama confortável e adequado à	Mário Cordeiro (2014) diz-nos que para que a criança durma com tranquilidade é necessário promover conforto e garantir a existência de um ambiente físico com condições

temperatura do quarto.

5. Verificar se a roupa da cama é adequada à temperatura do quarto e se é confortável.

6. Trocar a fralda e/ou realizar esvaziamento vesical às crianças que necessitem desses cuidados.

7. Posicionar as crianças para que durmam confortáveis.

adequadas, como a cama ser quente, haver silêncio e não haver luz. Desta forma, deverão ser oferecidas à criança condições apropriadas para um período de sono e repouso tranquilo e ininterrupto tendo como principal objetivo a promoção do conforto, que é tão necessário para a recuperação e desenvolvimento da criança (Carvalho et al., 2005).

Segundo a Associação Portuguesa do Sono (2019) as condições do quarto influenciam a rapidez com que a criança adormece, o número de acordares noturnos e a duração do tempo de sono.

8. Apagar as luzes do quarto.

9. Sempre que for necessário prestar cuidados a alguma criança durante a noite, acender apenas os focos de luz individuais de forma a não acordar as outras crianças.

10. Correr as cortinas de cada unidade (sempre que a situação da criança o permitir).

O ritmo dos períodos de sono e vigília do dia-a-dia é-nos imposto por um relógio biológico, localizado no hipotálamo. Para o seu funcionamento é determinante o ciclo de luz/escuridão, o qual atualmente veio a ser alterado pela iluminação artificial, que alterou o ciclo natural biológico (Cordeiro, 2014). Assim, é importante desligar todas as luzes artificiais durante a noite, uma vez que a glândula pineal recebe informação luminosa através da retina, regulando a libertação de vários compostos hormonais, entre os quais a melatonina (Cordeiro, 2014). Segundo o mesmo autor, a secreção de melatonina aumenta com a escuridão e o seu aumento vai diminuir os níveis de libertação de histamina, nor-adrenalina, dopamina e serotonina, responsáveis pelo acordar (Cordeiro, 2014).

Desta forma, podemos perceber que o

	hipotálamo e, o seu funcionamento, podem ser influenciados por fatores internos e externos. Segundo a Associação portuguesa do Sono (2019) um importante fator externo é a luz do dia que, à medida que vai diminuindo com o entardecer, estimula a produção de melatonina (hormona responsável pela necessidade de dormir). Um estudo realizado por Santos (2017) concluiu que há uma relação direta entre as características motoras e os baixos níveis de melatonina e destes com os distúrbios do sono e entre os distúrbios de sono e as habilidades motoras na Paralisia Cerebral (PC). Ou seja, crianças com PC apresentam menor produção de melatonina que as outras crianças o que faz com que estas crianças apresentem mais distúrbios do sono que outras crianças em geral (Santos, 2017).
11. Desligar as televisões dos quartos. 12. Desencorajar a utilização de telemóveis e <i>tablets</i> pelas crianças mais velhas, explicando-lhes o impacto e consequências que a sua utilização na hora de dormir poderão ter no sono. 13. Evitar atividades estimulantes na hora de deitar.	O período de sono deve ser precedido de uma fase de “desaceleração”, pelo menos na hora anterior ao sono. Os aparelhos eletrónicos, para além de estimularem, provocam, com a sua luminosidade e ruído, um atraso e perturbação do sono pelo que a sua utilização deve ser reduzida na hora antes de deitar/dormir e devem sempre que possível ser retirados durante a noite (Associação Portuguesa do Sono, 2019).
14. Não permitir visitas após o horário estipulado e explicar a sua importância.	O período de visitas de familiares/amigos são uma fonte de ruído e estimulação (Manzini, 2015).

15. Retirar o som dos telemóveis das crianças mais velhas e dos acompanhantes que pernoitarem no serviço, para que este não perturbe o sono de outras crianças. 16. Restringir ao máximo a movimentação dos pais pelo serviço após as 21 horas. 17. Falar com as crianças num tom de voz baixo e calmo aquando as deitar/posicionar para a noite. 18. Diminuir o ruído decorrente da comunicação/movimentação dos profissionais. 19. Evitar conversas entre profissionais nos quartos e corredor do serviço. 20. Sempre que uma criança acordar a chorar durante a noite tentar acalmá-la para que não acorde outras crianças. 21. Permitir a utilização de objetos securizantes para a criança.	Segundo Bistafa (2018) o ruído elevado pode causar perda auditiva e alterações psicológicas como irritabilidade, alterações da função intelectual e do desempenho comunicacional, <i>stress</i> e alterações no padrão de sono, que irão dificultar a recuperação da criança. Segundo Carvalho (2005) as principais fontes de ruído são as pessoas, vozes, alarmes, rádios e telemóveis que, além de ruído, na sua maioria também emitem luz. A privação de sono, sobretudo por ruído, pode também diminuir a resistência a dor, uma vez que existe um cansaço aumentado ao nível do sistema nervoso central simpático (Santos & Filho, 2016). A noite é o período de tempo que a criança mais passa sozinha e só poderá lidar com essa solidão e com todos os receios e angústias que lhe são inerentes se tiver bons mecanismos de autodefesa, autoestima e autoconfiança. Conforme nos diz Cordeiro (2014) adormecer sozinho exige uma enorme capacidade de sentir que os outros estão connosco, mesmo quando não estão fisicamente, ou seja, exige uma enorme capacidade de “estar só” e saber “estar só”. Este aspeto, aliado ao da necessidade de segurança, são fundamentais para compreender as questões relacionadas com as alterações de sono na criança. Deste modo, torna-se fundamental programar,
--	---

	exercitar e preparar essas capacidades, para a criança se sentir acompanhada para que nos momentos de maior vulnerabilidade, como a noite, se consiga posicionar sem ansiedade. O uso do objeto transicional (chupeta, fralda de pano, boneco, etc.) pode ser útil e aconselhado nas crianças cujo maior problema reside na angústia de separação (Maia & Pinto, 2008). Segundo Anders (1994) citado por Midlemiss (2004) crianças que conseguem transferir a sua necessidade de atenção dos pais para um objeto transicional, como um brinquedo ou cobertor favorito, tanto no sono inicial, como no acordar à noite, mostram um apego mais seguro e têm maior probabilidade de voltar a dormir sem necessitar da presença dos pais.
--	--

5 – BIBLIOGRAFIA

Associação Nuvem Vitória. (2019). Página na internet de apresentação da Associação e da sua respetiva Missão. Consultado a 12/01/2020. Disponível em: <https://nuvemvitoria.pt/a-nuvem/>

Associação Portuguesa do Sono. (2019). *Higiene do Sono da Criança e Adolescente*. Consultado a 11/01/2020. Disponível em: <https://www.apsono.com/index.php/pt/centro-de-documentacao/centro-de-doc/52-higiene-do-sono-da-crianca-e-do-adolescente>

Bistafa, S. (2018). *Acústica Aplicada ao Controle do Ruído* (3ª ed). São Paulo: Blucher.

Carvalho, W., Pedreira, M., & Aguiar, M. (2005). Nível de Ruídos em uma Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos. *Jornal de Pediatria*, 81 (6), 495-498.

Cordeiro, M. (2014). *Dormir Tranquilo*. Lisboa: A esfera dos livros.

Folgueiras, S., Asensio, S., Rodríguez, E., Chavarri, I., & Gabas, I. (2017). Hábitos de sueño en lactentes y preescolares. *Metas Enfermagem*, 20 (7), 12-18.

Karp, H. (2014). *O bebé mais feliz do mundo: A nova forma de acalmar o choro e ajudar o seu bebé a dormir mais*. Alfragide: Publicações Dom Quixote.

Maia, I., & Pinto, F. (2008). Hábitos de Sono. *Revista do hospital de crianças Maria Pia*, 17 (1), 9-12.

Manzini, P. (2015). *Nível de Pressão Sonora em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica de Brasília* (Monografia Residência Médica). Hospital de Base do Distrito Federal, Brasília.

Middlemiss, W. (2004). Infant Sleep: a review of normative and problematic sleep and interventions. *Early Child Development and Care*, 174 (1), 99-122. Doi: 10.1080/0300443032000153516.

Paterson, L., Nutt, D., & Wilson, S. (2016). Sleep and its disorders in translational medicine. *Journal of Psychopharmacology*, 25 (9), 1226-1234.

Santos, J. (2017). *Aspetos motores, de Comunicação, Sono-Vigília e Melatonina na Paralisia Cerebral* (Dissertação de mestrado não publicada). Faculdade de Filosofia e Ciências da Universidade Estadual Paulista, Marília.

Santos, M., & Filho, E. (2016). Atuação do Enfermeiro na Alteração do Sono em Pacientes Idosos Hospitalizados em UTI Semi-intensiva. *Simpósio de TCC e Seminário de IC*, 1, 871-878.

Soares, Â. (2010). *O Sono: Efeitos da sua privação sobre as defesas orgânicas*. Lisboa: LIDEL.

Tse, L., & Hall, W. (2007). A qualitative study of parents' perceptions of a behavioural sleep intervention. *Child: care, health and development*, 34 (2), 162-172. DOI: 10.1111/j.1365-2214.2007.00769.x.

APÊNDICE XVIII

**Poster SRPD: “*Higiene do Sono na Criança e Adolescente: Os 10
Requisitos*”**

Higiene do Sono na Criança e Adolescente

Os 10 Requisitos

- 1 Existir um horário regular de sono (sempre à mesma hora)
- 2 Estabelecer uma rotina na hora de deitar (jantar, ler uma história, etc.)
- 3 Assegurar que o ambiente do quarto é sossegado, escuro e com uma temperatura amena
- 4 Assegurar que a criança está confortável
- 5 Incentivar a criança a adormecer de forma autónoma
- 6 Desligar equipamentos electrónicos uma hora antes de dormir
- 7 Não ter fome ao deitar
- 8 Evitar alimentos ou bebidas estimulantes nas horas que antecedem o sono
- 9 Não ingerir líquidos excessivos ao deitar e/ou durante a noite
- 10 Evitar atividades vigorosas/estimulantes nas 2 horas que antecedem o deitar

Elaborado por:

Sara Filipa Teixeira Fonseca, N.º 1275 (sfonseca@campus.esel.pt)
10º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria
Janeiro 2020

Orientação: Enfermeira Especialista: M.ª Emília Quirós Lima

Professora Orientadora: Cristina Jerónimas

Referências Bibliográficas: Associação Portuguesa do Sono. (2019); World Association of Sleep Medicine (2011).



ANEXOS

ANEXO I

Informação Farmacológica do Livopan®

Folheto informativo: Informação para o utilizador

Livopan 50% + 50%, gás medicinal comprimido

Protóxido de azoto + oxigénio

Leia com atenção todo este folheto antes de utilizar este medicamento pois contém informação importante para si.

- Conserve este folheto. Pode ter necessidade de o ler novamente.
- Caso ainda tenha dúvidas, fale com o seu médico, ou enfermeiro.
- Este medicamento foi receitado apenas para si. Não deve dá-lo a outros; o medicamento pode ser-lhes prejudicial mesmo que apresentem os mesmos sinais de doença.
- Se algum dos efeitos secundários, incluindo possíveis efeitos secundários não indicados neste folheto, informe o seu médico ou enfermeiro. Ver secção 4.

O que contém este folheto:

1. O que é Livopan e para que é utilizado
2. O que precisa de saber antes de utilizar Livopan
3. Como utilizar Livopan
4. Efeitos secundários possíveis
5. Como conservar Livopan
6. Conteúdo da embalagem e outras informações

1. O que é Livopan e para que é utilizado

O Livopan contém uma mistura já preparada de protóxido de azoto (gás medicinal também conhecido como "gás do riso", N₂O) e oxigénio (oxigénio medicinal O₂), 50% de cada um, e a sua administração consiste na respiração da mistura gasosa.

Os efeitos de Livopan

O protóxido de azoto constitui 50% da mistura gasosa. O protóxido de azoto tem um efeito analgésico, reduz a sensação de dor e aumenta o limiar de dor. O protóxido de azoto também tem um efeito relaxante e ligeiramente calmante. Estes efeitos são produzidos pela ação do protóxido de azoto sobre os neurotransmissores do seu sistema nervoso.

A concentração em Oxigénio de 50%, cerca de duas vezes a do ar ambiente, garante um teor seguro de oxigénio no gás inspirado.

Indicações de Livopan

Livopan deve ser utilizado quando se pretende uma analgesia de indução e recuperação rápidas, em dores de intensidade ligeira a moderada e de curta duração. O efeito analgésico do Livopan surge após algumas respirações e desaparece poucos minutos após parar a sua utilização. Livopan pode ser utilizado em adultos e crianças a partir de 1 mês de idade.

2. O que precisa de saber antes de utilizar Livopan

Não use Livopan:

Antes de usar Livopan deverá informar o seu médico se tiver algum dos seguintes sinais/sintomas:

- Cavidades cheias de gás ou bolhas de gás: se como resultado de uma doença ou por qualquer outro motivo, suspeitar que existe ar na cavidade pleural fora dos seus pulmões, ou bolhas de gás no sangue ou qualquer outro órgão. Por exemplo: se tiver mergulhado com equipamento de mergulho e pode ter bolhas de gás no seu sangue, ou se tiver sido tratado com uma injeção de gás no olho, por exemplo, para tratamento de um descolamento da retina ou algo similar, essas bolhas de gás podem expandir e causar danos.
- Doença cardíaca: se tiver insuficiência cardíaca ou a função cardíaca gravemente comprometida, uma vez que o ligeiro efeito relaxante do protóxido de azoto sobre o músculo cardíaco pode prejudicar ainda mais a função cardíaca.
- Lesão do sistema nervoso central: se tiver um aumento da pressão no cérebro, por exemplo decorrentes de um tumor cerebral ou hemorragia cerebral, uma vez que o protóxido de azoto pode aumentar ainda mais a pressão no cérebro com riscos potenciais.
- Deficiência vitamínica: se lhe tiver sido diagnosticada e não tratada uma deficiência de vitamina B12 ou de ácido fólico, uma vez que o uso de protóxido de azoto pode agravar os sintomas provocados pela deficiência em vitamina B12 e ácido fólico.
- Ileus (dilatação do intestino): Se tiver um desconforto abdominal grave: sintomas que podem indicar ileus, em que o uso de Livopan pode aumentar ainda mais a dilatação do intestino.

Advertências e precauções

- Diminuição do nível de estado de consciência ou sinal persistente de confusão: Informe o seu médico se não se sentir bem ou sentir que, devido a um traumatismo ou doença, não está totalmente acordado. Isto é importante porque, devido aos efeitos sedativos do protóxido de azoto, que é um componente do Livopan, existe o risco de uma sedação aumentada, que pode afetar os seus reflexos de proteção naturais.

Informe também o seu médico se tiver algum dos seguintes sinais ou sintomas:

- Desconforto no ouvido: por exemplo, inflamação do ouvido, uma vez que Livopan pode aumentar a pressão no ouvido médio.
 - Deficiência vitamínica: se suspeita ter deficiência de vitamina B12 ou de ácido fólico, uma vez que uso do protóxido de azoto pode agravar os sintomas provocados pela deficiência em vitamina B12 e de ácido fólico.
- Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), uma vez que o uso de oxigénio pode causar depressão respiratória.

O seu médico irá decidir se é adequado o uso do Livopan.

Outros medicamentos e Livopan

Informe o seu médico ou farmacêutico se estiver a tomar ou tiver tomado recentemente, ou se vier a tomar outros medicamentos.

Se estiver a tomar outros medicamentos que afetem o cérebro ou a função cerebral, por exemplo, benzodiazepinas (calmantes) ou medicamentos derivados da morfina, deverá informar o seu médico desse facto. O Livopan pode aumentar os efeitos

destes medicamentos. Livopan em combinação com outros sedativos, ou outros medicamentos que afetam o sistema nervoso central, aumenta o risco de efeitos secundários. Também deve informar o seu médico se estiver a tomar medicamentos contendo metotrexato (por exemplo, na artrite reumatoide), bleomicina (para tratar o cancro), furendentina ou antibióticos similares (para tratar a infeção) ou amiodarona (para tratar doenças cardíacas). O Livopan aumenta os efeitos secundários destes medicamentos.

Gravidez, aleitamento e fertilidade

Se está grávida ou a amamentar, se pensa estar grávida ou planeia engravidar, consulte o seu médico ou enfermeiro antes de tomar este medicamento.

O componente protóxido de azoto do Livopan, tem um efeito sobre o metabolismo da Vitamina B12/ ácido fólico inibindo a enzima metionina sintetase. Este efeito pode ser um risco potencial para o feto durante os primeiros estágios da gravidez. Portanto, recomenda-se evitar o uso de Livopan durante os primeiros 6 meses de gravidez. O Livopan pode ser administrado durante os últimos três meses de gestação e durante o parto, mas quando usado próximo ao parto o seu bebé deve ser observado para despiste de quaisquer efeitos adversos.

Livopan pode ser utilizado durante o período de aleitamento materno, mas não durante o momento exato da amamentação.

Condução de veículos e utilização de máquinas

Esteja ciente de que, depois de ter recebido Livopan precisa de recuperar. O componente protóxido de azoto do Livopan desaparece rapidamente do organismo após uma inalação breve. Os efeitos sobre as capacidades cognitivas podem durar várias horas. Por questões de segurança, deve evitar conduzir, utilizar máquinas ou realizar tarefas complexas até que esteja totalmente recuperado (pelo menos 30 minutos).

Questione o profissional de saúde se está em condições de conduzir.

3. Como utilizar Livopan

Livopan é sempre administrado na presença de pessoas familiarizadas com este tipo de medicamento. Durante todo o período de utilização de Livopan você, bem como a administração do medicamento, deverão ser monitorizados para garantir que é administrado da forma segura. Após o término da administração será monitorizado por pessoal habilitado até que tenha recuperado.

Utilize este medicamento exatamente como indicado pelo seu médico ou enfermeiro. Fale com o seu médico ou enfermeiro se tiver dúvidas. O seu médico ou enfermeiro deve explicar-lhe como utilizar o Livopan, como funciona o Livopan e os efeitos que decorrem da sua utilização.

O Livopan é normalmente inalado através de uma máscara facial, conectada a uma válvula especial, o que implica que você tem total controlo do fluxo de gás através da sua própria respiração. A válvula é aberta apenas durante a inspiração. O Livopan também pode ser administrado através das usualmente denominadas máscaras nasais.

Independentemente da máscara que utilize, deve respirar normalmente com respirações normais.

Utilização em crianças

Em crianças que não sejam capazes de entender e seguir as instruções, Livopan pode ser administrado sob a supervisão de médicos competentes que podem ajudá-los a manter a máscara no lugar, e monitorar ativamente a administração. Nestes casos, Livopan pode ser administrado com um fluxo de gás constante.

Quando parar a utilização de Livopan, deve descansar e recuperar até sentir que está mentalmente recuperado.

Precauções de segurança

- Fumar e chamas vivas são estritamente proibidos nos locais onde estejam a decorrer tratamentos com Livopan.
- Livopan é apenas para o uso medicinal.

Se usar mais Livopan do que devia

É muito improvável que receba gás em demasia, uma vez que é você que faz a gestão da administração do gás e a mistura gasosa é fixa, (contém 50% de protóxido de azoto e 50% de oxigénio).

Se respirar mais rápido do que o normal e assim receber mais protóxido de azoto que numa respiração normal, pode sentir-se visivelmente cansado e pode, em certa medida, sentir-se distante do ambiente envolvente. Em tais circunstâncias deve informar imediatamente os profissionais de saúde e parar a administração.

Caso ainda tenha dúvidas sobre a utilização deste medicamento, fale com o seu médico ou enfermeiro.

4. Efeitos secundários possíveis

Como todos os medicamentos, este medicamento pode causar efeitos secundários, embora estes não se manifestem em todas as pessoas.

Frequentes (podem afetar até 1 em cada 10 pessoas):

- Tonturas, sensação de desmaio, euforia, náuseas e vômitos.

Pouco frequentes (podem afetar até 1 em cada 100 pessoas):

- Cansaço extremo.
- Sensação de pressão no ouvido médio se utilizar Livopan durante um período prolongado. Isto ocorre porque Livopan aumenta a pressão no ouvido médio.
- Distensão abdominal, porque Livopan aumenta lentamente o volume de gás nos intestinos.

Muito raros (podem afetar até 1 em cada 10.000 pessoas)

Efeitos sobre a função nervosa, sensação de dormência e fraqueza, geralmente nas pernas. Isto é porque o protóxido de azoto afeta o metabolismo da vitamina B12 e do ácido fólico inibindo uma enzima: metionina sintetase.

Frequência Desconhecida: (a frequência não pode ser calculada a partir dos dados disponíveis):

ANEXO II

Certificado do Curso de Triagem de Manchester

**CURSO
DE
TRIAGEM DE PRIORIDADES NA URGÊNCIA**

CERTIFICADO

Sara Filipa Teixeira Fonseca

Frequentou com aproveitamento o Curso de Triagem de Prioridades na Urgência (*Manchester Triage Group Protocol*), realizado no Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, Hospital São Francisco Xavier, pelo Grupo Português de Triagem a 05 de dezembro de 2019, com a duração total de 7 horas.

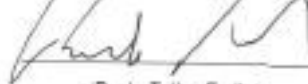
Amadora, 16 de dezembro de 2019

O Coordenador do Curso



Maria Rosário Carmo

Grupo Português de Triagem



Paulo Telles Freitas