



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR. LOPES DIAS

O Sono na Infância: Educar para Promover o Sono Saudável – Atuação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Carla Sofia Sobral Trindade

Orientação: Professora Doutora Ana Lúcia Caeiro Ramos

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*

Relatório de Estágio

Setúbal, 2019

Versão definitiva



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR. LOPES DIAS

O Sono na Infância: Educar para Promover o Sono Saudável – Atuação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Carla Sofia Sobral Trindade

**Orientação: Professora Doutora Ana Lúcia Caeiro
Ramos**

Mestrado em Enfermagem

**Área de especialização: *Enfermagem de Saúde Infantil e
Pediátrica***

Relatório de Estágio

Setúbal, 2019

Versão definitiva

“Só é útil o conhecimento que nos torna melhores.”

(Sócrates, como citado em Vilelas, 2009, p. 263)

Dedico a ti, filho. Foste tu que me mostraste o caminho, foste tu que, com a tua força de viver, me mostraste o verdadeiro significado do teu nome, “forte como um urso”, e me inspiraste, para que nos momentos mais difíceis não desistisse e nortearasse o meu pensamento para o objetivo final. Foste o motor de busca de conhecimento sobre o tema que escolhi, “O Sono infantil”, para ajudar outras crianças e as suas famílias. Espero que daqui a alguns anos façamos juntos esta reflexão e que te consiga dizer: “Sim, consegui nortear e levar a bom porto pessoas que passaram pelo mesmo que nós”.

AGRADECIMENTOS

A ti, Hugo, amigo, companheiro e marido, és tu a peça fundamental para conseguir fazer aquilo a que me proponho. Dás-me os alicerces para que isso aconteça.

A ti, mãe, foste mãe e avó para o Bernardo quando eu não pude estar, cuidando dele de forma exemplar.

A ti, André (mano), que compreendeste as minhas ausências na tua vida pessoal e académica neste período de tempo.

A vocês, Leila e Tiago, por serem padrinhos excecionais e atenuaram a minha ausência na vida do Bernardo.

A ti, Rita, que quando andava desnorteada dizias: “tu consegues, amiga, e sabes isso, foca-te”.

A vocês, Josefina, Paulo, Raquel e Marta, colegas de mestrado que me proporcionaram crescimento intelectual e partilha deste percurso.

À Sílvia, por ser uma inspiração, tanto no ser pessoal como no ser profissional.

À equipa da Unidade de Urgência Pediátrica, que me suporta há tantos anos, o meu berço de desenvolvimento pessoal e profissional. A destacar o Chefe Francisco, a Vanda, a Rute, a Ana Rita e a Flor, que me proporcionaram as trocas necessárias para poder realizar o mestrado.

Aos enfermeiros que me receberam nas várias equipas por onde passei, partilharam o seu conhecimento sobre o cuidar pediátrico especializado.

Às crianças e famílias de quem cuido, são por estas que procuro constantemente o melhor.

A todos que direta e indiretamente me apoiaram neste percurso de um ano e meio.

E, por fim, não menos importante, à professora Ana Lúcia Ramos, pelo exemplo que mostra ser na sua vida profissional, sendo dedicada, afetuosa e positiva. Obrigado por acreditar em mim, por estar no meu percurso tanto na licenciatura como no mestrado.

ETERNAMENTE GRATA

RESUMO

Este relatório de estágio documenta a trajetória realizada durante o estágio final, fundamentado e refletindo a aquisição e o desenvolvimento de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, bem como as competências de Mestre. Inerente ao processo de desenvolvimento de competências, demonstra-se as atividades realizadas nos diferentes contextos de estágio, no âmbito da metodologia de projeto, tendo em conta as necessidades e especificidades de cada contexto, e a temática central do projeto.

A temática do projeto, inscreve-se na linha de investigação **Segurança e Qualidade de Vida** e está relacionada com o Sono Infantil: Educar para Promover o Sono Saudável. Foram realizados estágios em diferentes contextos de assistência à criança e família, o que permitiu realizar diferentes atividades com vista à maximização da saúde da criança/jovem e família. O projeto foi desenvolvido com recurso à metodologia de projeto, metodologia essa reflexiva, baseada e suportada pela indagação participativa, desenvolvendo intervenções práticas.

O sono infantil saudável corresponde à quantidade e à qualidade de sono adequado à faixa etária, primordial para o desenvolvimento infantil. Atualmente, não se respeita os ritmos circadianos do ser humano e existe muitas vezes uma tentativa de reprogramação do ritmo interno, devido às exigências da sociedade, mostrando-se assim uma temática da atualidade, o enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, tem uma intervenção abrangente, logo poderá ser um elemento fundamental no evitamento da privação de sono nos lactentes/crianças e jovens.

Palavras-chave: sono infantil, promoção, enfermagem de saúde infantil e pediátrica.

ABSTRACT

This traineeship report documents the trajectory carried out during the final stage, grounded and reflecting the acquisition and development of common and specific competences of nurses specialized in child and pediatric health nursing, as well as Master's competences. Inherent in the competency development process, the activities carried out in the different internship contexts within the scope of the project methodology are shown, taking into account the needs and specificities of each context and the central theme of the project.

The theme of the project is in line with the research on **Safety and Quality of Life** and is related to the Infant Sleep: Educate to Promote Healthy Sleep. Internships were carried out in different contexts of child and family care, which allowed different activities to be carried out in order to maximize child / youth health and family health. The project was developed using the methodology of the project, a methodology that is reflexive, based and supported by the participatory inquiry, developing practical interventions.

Healthy infant sleep corresponds to the quantity and quality of sleep appropriate to the age group, which is primordial for child development. Currently, the circadian rhythms of the human being are not respected and there is often an attempt to reprogram the internal rhythm, due to the demands of society, thus showing a thematic of the present time. The nurse specialist in pediatric and child health nursing, has a comprehensive intervention, could thus be a key element in avoiding sleep deprivation in infants/children and young people.

Keywords: infant sleep, promotion, child and pediatric health nursing.

ÍNDICE DE APÊNDICES

Apêndice 1 - Cronograma Geral das etapas do projeto	CXXVII
Apêndice 2- Questionário “O Sono na Saúde Infantil e Pediátrica”	CXXIX
Apêndice 3- Caracterização da equipa do SPI	CXXXIII
Apêndice 4- Resultados da análise das perguntas fechadas do questionário, aplicados no SPI	CXXXV
Apêndice 5- Resultados da análise da pergunta aberta do questionário, aplicados no SPI.....	CXL
Apêndice 6- Folheto: Rotina para promoção do sono infantil noturno no Serviço de Pediatria Internamento	CXLIII
Apêndice 7- Procedimento de Enfermagem: Implementação de Rotina para promoção do sono infantil noturno no Serviço de Pediatria Internamento.....	CXLV
Apêndice 8- Caracterização da equipa da UCEN	CLIII
Apêndice 9- Resultados da análise das perguntas fechadas do questionário, aplicados na UCEN	CLV
Apêndice 10- Resultados da análise da pergunta aberta do questionário, aplicados na UCEN....	CLX
Apêndice 11- Folheto: Proteção do Sono e Repouso na Unidade de Cuidados Especiais Neonatais, Vamos protegê-lo juntos?	CLXIV
Apêndice 12- Folheto: O Sono Infantil saudável e seguro, como promovê-lo?	CLXVI
Apêndice 13- Póster: Promoção do Sono saudável na criança e no jovem.....	CLXVIII
Apêndice 14- Dinâmica de Grupo: “Verdadeiro ou Falso sobre o sono infantil”, incorporada numa sessão do curso	CLXX
Apêndice 15- Flyer: A rotina como medida de higiene do sono infantil/ O sono seguro no 1.ºano de vida do bebé, como promovê-lo?	CLXXV
Apêndice 16- Resumo do Artigo: “Programas de educação sobre o sono infantojuvenil: uma intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica”	CLXXVIII
Apêndice 17- Planeamento do Projeto nos diferentes contextos de estágio e cronograma de atividades	CLXXXI
Apêndice 18- Resumo dos Artigos em Prelo.....	CCII

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1- Autorização pelo GID	CCX
Anexo 2- Certificado do European Pediatric Advanc Life Support	CCXII
Anexo 3- V Curso de Transporte Neonatal e Pediátrico	CCXIV
Anexo 4- Declaração de participação na Rádio Regional de Setúbal	CCXVI
Anexo 5- Declarações.....	CCXVIII

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura nº 1- Consequências da privação do sono infantil.....	21
Figura nº 2- Fatores que influenciam o sono nas crianças	22
Figura nº 3- Fatores que intervêm no sono do lactente.....	23
Figura nº 4- Sono infantil sob uma perspetiva sistêmica: efeitos proximais e distais no desenvolvimento de padrões de sono-vigília e problemas de sono.....	24
Figura nº 5- Proteção do sono do RN numa unidade de neonatologia	70

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico nº 1- As alterações do sono infantil podem perturbar o crescimento e o desenvolvimento infantil saudável	CXXXVI
Gráfico nº 2- As alterações do sono infantil podem perturbar a dinâmica familiar.....	CXXXVI
Gráfico nº 3- No local onde exerce funções promove-se o sono infantil saudável.....	CXXXVII
Gráfico nº 4- Considera a promoção do sono infantil um ganho em saúde na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados ao recém-nascido, lactente, criança e jovem?	CXXXVII
Gráfico nº 5- A temática na prestação de cuidados	CXXXVIII
Gráfico nº 6- Necessidade de atualização de conhecimentos sobre o Sono Infantil	CXXXVIII
Gráfico nº 7- Elaboração de suporte bibliográfico para empoderar os enfermeiros, sobre o sono infantil (posters; folhetos; sessões de educação; normas orientadoras)	CXXXIX
Gráfico nº 8- Elaboração de suporte bibliográfico para empoderar os pais/cuidadores, sobre o sono infantil (posters; folhetos; sessão de educação; normas orientadoras)	CXXXIX
Gráfico nº 9- As alterações do sono infantil podem perturbar o crescimento e o desenvolvimento infantil saudável	CLVI

Gráfico nº 10- As alterações do sono infantil podem perturbar a dinâmica familiar.....	CLVI
Gráfico nº 11- No local onde exerce funções promove-se o sono infantil saudável.....	CLVII
Gráfico nº 12- Considera a promoção do sono infantil um ganho em saúde na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados ao recém-nascido, lactente, criança e jovem?	CLVII
Gráfico nº 13- A temática na prestação de cuidados	CLVIII
Gráfico nº 14- Necessidade de atualização de conhecimentos sobre o Sono Infantil	CLVIII
Gráfico nº 15- Elaboração de suporte bibliográfico para empoderar os enfermeiros, sobre o sono infantil (posters: folhetos; sessões de educação; normas orientadoras)	CLIX
Gráfico nº 16- Elaboração de suporte bibliográfico para empoderar os pais/cuidadores, sobre o sono infantil (posters; folhetos; sessões de educação; normas orientadoras)	CLIX

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela nº 1 - Caraterização da equipa do Serviço de Pediatria Internamento	CXXXIV
Tabela nº 2 - Análise da pergunta aberta do questionário "O Sono na Saúde Infantil e Pediátrica", no SPI.....	CXLI
Tabela nº 3 - Caraterização da equipa do Serviço da Unidade de Cuidados Especiais Neonatais	CLIV
Tabela nº 4 - Análise da pergunta aberta do questionário "O Sono na Saúde Infantil e Pediátrica", na UCEN.....	CLXI

ÍNDICE DE IMAGENS

Imagem 1- Fotografias das placas realizadas para a dinâmica de grupo.....	CLXXI
--	-------

ABREVIATURAS E SIGLAS

AASM	<i>American Academy of Sleep Medicine</i>
ACES	Agrupamentos de Centros de Saúde
APA	<i>American Psychological Association</i>
APS	Associação Portuguesa de Sono
ARS	Administração Regional de Saúde
CCEE	Competências Comuns do Enfermeiro Especialista
CEEESIP	Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica
CIPE	Classificação Internacional para a prática de Enfermagem
CME	Competências de Mestre em Enfermagem
CPCJ	Comissão de Proteção de crianças e jovens
DGS	Direção-Geral da Saúde
ECCI	Equipa de Cuidados Continuados Integrados
ECMO	<i>Extracorporeal membrane oxygenation</i>
ECTS	<i>European Credit Transfer System</i>
EEESIP	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
ELI	Equipa Local de Intervenção
EPALS	<i>European Paediatric Advanced Life Support</i>
GID	Gabinete de Investigação e Desenvolvimento
GNR	Guarda Nacional Republicana
ICN	International Council of Nurses
IPS	Instituto Politécnico de Setúbal
IPSS	Instituições Particulares de Solidariedade Social
NACJR	Núcleo de Apoio às Crianças e Jovens em Risco
PNSE	Programa Nacional Saúde Escolar
PNSIJ	Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil
RN	Recém-nascido
SD	Sem Data
SPI	Serviço de Pediatria Internamento
SPP	Sociedade Portuguesa de Pediatria
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
UCEN	Unidade de Cuidados Especiais Neonatais

UCSP	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
UNICEF	<i>United Nations Children's Fund</i>
URAP	Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados
USF	Unidade de Saúde Familiar
USP	Unidade de Saúde Pública
UUP	Unidade de Urgência Pediátrica

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	13
1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	18
1.1 O Sono Infantil.....	18
1.1.1 O sono na saúde infantil e pediátrica.....	25
1.2 Modelo de promoção da saúde de Nola Pender	28
1.3 Conceitos e Modelos do Cuidar em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica	31
2. ESTÁGIO FINAL: O CAMINHO PERCORRIDO	35
2.1 Metodologia de Projeto	36
2.2 Promoção do Sono Infantil num Serviço de Pediatria Internamento	42
2.2.1 Descrição do contexto de estágio	43
2.2.2. Objetivos da prestação de cuidados especializados, competências e aprendizagens do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica	46
2.2.3 Diagnóstico da situação, objetivos e atividades desenvolvidas no projeto de intervenção.....	52
2.3 Promoção de Sono Infantil numa Unidade de Cuidados Especiais Neonatais.....	57
2.3.1 Descrição do contexto de estágio	57
2.3.2 Objetivos da prestação de cuidados especializados, competências e aprendizagens do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica	59
2.3.3 Diagnóstico da situação, objetivos e atividades desenvolvidas no projeto de intervenção.....	65
2.4 Promoção de Sono Infantil nos Cuidados de Saúde Primários	73
2.4.1 Descrição do contexto de estágio	74
2.4.2 Objetivos da prestação de cuidados especializados, competências e aprendizagens do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica	76
2.4.3 Diagnóstico da situação, objetivos e atividades desenvolvidas no projeto de intervenção.....	85
3. ANÁLISE REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS	92
3.1 Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica	92
3.2 Competências de Mestre em Enfermagem	102
CONCLUSÃO	109
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	112

INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio final insere-se na unidade curricular de Relatório (6 *European Credit Transfer System* [ECTS]), do terceiro semestre, do segundo ano, do segundo Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, na área de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Esta associação contempla a Escola Superior de Saúde de Setúbal do Instituto Politécnico de Setúbal, a Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja, a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Castelo Branco e a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre, estabelecido pelo Aviso n.º 5622 (2016). Os objetivos gerais definidos para este ciclo de estudos são:

“1. Desenvolver conhecimentos e competências para a intervenção especializada num domínio de enfermagem, evidenciados em níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde; 2. Promover a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, com recurso à investigação, a uma prática baseada na evidência e aos referenciais éticos e deontológicos; 3. Capacitar para a governação clínica, a liderança de equipas e de projetos bem como para a supervisão e gestão dos cuidados, nos diferentes contextos da prática clínica; 4. Contribuir para o desenvolvimento da disciplina e da formação especializada” (Universidade de Évora, 2015, p. 27).

Este relatório destina-se a relatar e a refletir as competências adquiridas e desenvolvidas (competências comuns do enfermeiro especialista [CCEE] (Regulamento n.º 140, 2019) e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica [EEESIP] (Regulamento n.º 422, 2018), ao longo do estágio final que compreendeu vários contextos de estágio (desde cuidados de saúde primários a cuidados diferenciados). O estágio I foi creditado atendendo à nossa experiência profissional nos cuidados urgentes e emergentes ao lactente, criança e jovem e ao contato direto com vários EEESIP no nosso local de trabalho. Em paralelo, explicita-se o desenvolvimento do projeto que norteou a prestação de cuidados, permitindo a comunicação, a demonstração e a evolução do projeto realizado no âmbito da certificação das competências de mestre.

A metodologia de projeto “baseia-se numa investigação centrada num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes” (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010, p. 2), tem como objetivo resolver problemas, para a obtenção de competência na realização de projetos em situações reais, estabelecendo ligação da teoria à prática (aglutinando o conhecimento teórico existente e transportando-o para a prática) (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010).

Para o desenvolvimento do projeto, a linha de investigação que se inseriu o trajeto formativo foi a **Segurança e Qualidade de Vida** na criança/jovem e família, maximizando a promoção do mais elevado estado de saúde, prestando cuidados à criança saudável ou doente com base na educação para saúde. Isto demonstra que o enfermeiro especialista presta cuidados avançados com segurança e competência, satisfazendo as necessidades da criança e suas famílias (Regulamento n.º 422, 2018).

O percurso realizado foi através de “(...) estágio de natureza profissional objeto de relatório final, consoante os objetivos específicos visados, (...)” (Decreto-Lei n.º 63, 2016) e futuramente aprovação no ato público de defesa do relatório de estágio (Decreto-Lei n.º 63, 2016), para a concessão de grau de mestre.

Ao encontro do que foi referido anteriormente, o presente relatório incorpora uma análise reflexiva sobre o caminho concretizado, que proporcionou crescimento profissional, particularmente na área temática do projeto realizado ao longo dos contextos de estágio. O título do projeto é **“O Sono na Infância: Educar para Promover o Sono Saudável – Atuação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica”**, na vertente da educação, tanto dos profissionais de saúde como dos pais dos neonatais/lactentes/crianças e jovens. O interesse por uma ideia, tema ou problemática pode emergir de uma observação, da literatura, de uma inquietação, ou ainda de um conceito (Fortin, 2009). A nossa experiência profissional engloba uma década de cuidados prestados com elevada complexidade numa unidade de urgência pediátrica [UUP]. Neste contexto, muitas vezes existe confrontação com problemáticas que poderiam ser atenuadas com cuidados promotores de saúde. Sendo assim, nesta perspetiva, fez sentido que este projeto estivesse voltado para os cuidados promotores de saúde na população específica da especialidade: neonatal/lactente/criança/jovem e sua família, permitindo o desenvolvimento de conhecimento e aprendizagem neste segmento. Para além do interesse profissional, concomitantemente, esta temática suscita-nos interesse pessoal.

Os enfermeiros desempenham um papel fundamental enquanto agentes de educação para a saúde, interpretando e compreendendo as necessidades de saúde da população; educando e transmitindo conhecimentos pertinentes para a saúde do indivíduo/família; aconselhando e capacitando os indivíduos a tomar as suas próprias decisões (Bernardino, et al., 2009). São utilizadas estratégias que motivam a criança/jovem e família para a assunção dos seus papéis em saúde, promovendo o crescimento e desenvolvimento infantil, e transmitindo orientações antecipatórias às famílias, para a maximização do potencial de desenvolvimento infantojuvenil (Regulamento n.º 351, 2015).

Na nossa prática clínica, o sono não constitui uma prioridade nos cuidados de enfermagem, constituindo-se uma área com necessidade de desenvolvimento. O Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil [PNSIJ] realça o sono como um dos cuidados antecipatórios desde a faixa etária de lactentes (com um mês) até aos jovens (dezoito anos). Torna-se assim fundamental incentivar os profissionais de saúde na abordagem deste tema, de forma a prevenir potenciais situações de doença (Direção-Geral de Saúde, 2013).

Iniciando o trilha do caminho, o sono é uma necessidade humana básica (dormir e descansar), como descrito por Virginia Henderson a sua teoria insere-se na linha das necessidades humanas básicas, cujo foco principal são os princípios básicos de enfermagem, ou seja o cuidado para com o indivíduo, baseado em quatorze componentes de cuidados básicos de enfermagem (Neto & Nóbrega, 1999), que se inicia com as necessidades físicas e adianta para as componentes psicossociais (Tomey, 2004). Wanda Horta, em 1979, desenvolveu a teoria das necessidades humanas básicas, que “engloba os princípios que regem os fenómenos relacionados com as necessidades humanas e com o meio ambiente e a compreensão do ser humano como um ser composto de partes que compõem o seu todo” (Neto & Nóbrega, 1999, p. 239). Assim, a assistência ao indivíduo, família ou comunidade será concebida com o objetivo de torná-lo cada vez mais autónomo, por exemplo, pela promoção da saúde (Neto & Nóbrega, 1999). Assim, é perceptível enquadrar o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender neste projeto, pois a sua base foi norteadora para a promoção do sono saudável no neonatal/lactente/criança/jovem e família através da realização de intervenções de enfermagem para a mudança de comportamentos, em bases sólidas (Victor, Lopes, & Ximenes, 2005).

O projeto desenvolveu-se durante o estágio nos diferentes contextos, realizando uma atividade transversal, para sensibilizar a equipa de enfermagem relativamente a esta temática, para

percecionar o conhecimento das equipas relativamente à temática e para a demonstração de eventuais elementos a serem elaborados como atividades sobre a temática para cada contexto. Especificamente, em cada contexto foram realizadas atividades específicas inerentes ao sono infantil e à sua promoção. Para isso, seguiu-se os passos da metodologia de projeto, efetuando-se o diagnóstico de situação, definindo-se objetivos específicos e assim realizando-se atividades para a promoção do sono infantil com o intuito da melhoria da qualidade dos cuidados nesses contextos.

O estágio final decorreu em vários contextos como anteriormente referido. O primeiro período foi num Serviço de Pediatria Internamento [SPI] (de 17 de setembro de 2018 a 12 de outubro de 2018), o segundo período foi numa Unidade de Cuidados Especiais Neonatais [UCEN] (de 15 de outubro de 2018 a 9 de novembro de 2018) e o terceiro período foi numa Unidade de Cuidados na Comunidade [UCC] e numa Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados [UCSP] (de 12 de novembro de 2018 a 18 de janeiro de 2019). O estágio I, foi obtido equivalência por Processo de Reconhecimento e Validação de Competências (Despacho n.º 14879, 2013), como anteriormente referido.

De uma forma sintética e clara, o objetivo geral do estágio final foi adquirir competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, de forma a prestar cuidados especializados à criança em parceria com a família/cuidadores nos diferentes locais de estágio. Por sua vez, o objetivo geral do projeto foi integrar a promoção do sono infantil saudável nos cuidados de enfermagem como suporte à criança e sua família nos diferentes locais de estágio. Os objetivos deste relatório de estágio final são: descrever os contextos onde foi realizado o estágio; mostrar as atividades desenvolvidas inerentes ao projeto de intervenção; analisar o percurso efetuado a nível pessoal e profissional e descrever e refletir sobre as competências desenvolvidas, tanto as CCEE, como as competências do EEESIP, e as competências de mestre em enfermagem [CME].

O documento inicia-se com esta introdução, onde o mesmo foi contextualizado, salientado os conceitos gerais, bem como os objetivos do trabalho. Em seguida, é realizada a fundamentação teórica sobre o sono infantil, o sono na saúde infantil e pediátrica e o modelo de Nola Pender para enquadrar a promoção do sono na população-alvo. Em continuação, é abordado conceitos e modelos do cuidar em enfermagem de saúde infantil e pediátrica que dão sustento a todo o percurso realizado. Após o enquadramento teórico, inicia-se a descrição da metodologia de projeto em todos os contextos (Promoção do Sono infantil saudável num SPI; Promoção de Sono Infantil

Saudável numa UCEN e Promoção de Sono Infantil Saudável e Seguro na Assistência da Criança e Jovem, em Cuidados de Saúde Primários). Além disso, são apresentados as descrições dos contextos de estágio e o diagnóstico de situação de cada contexto, bem como os objetivos e atividades desenvolvidas, fazendo uma análise reflexiva e progressiva das aprendizagens e competências inerentes ao EEESIP. No capítulo seguinte, são esmossadas as CCEE, as CEEESIP e as CME. O trabalho culmina com a conclusão, onde é evidenciado o cumprimento dos objetivos propostos, limitações, aspetos facilitadores e sugestões, bem como a síntese das aprendizagens significativas. Por fim, são apresentadas as referências bibliográficas, apêndices e anexos necessários ao desenvolvimento do relatório.

Este relatório encontra-se redigido em conformidade com o novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa e cumpre as normas de citação e referenciação da sexta edição da *American Psychological Association* [APA].

1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Para a realização deste relatório de estágio é fundamental enquadrá-lo na temática escolhida por nós, bem como enquadrá-la na profissão de enfermagem, reunindo um conjunto de orientações associadas e norteadoras que sustentem de forma teórica a prática que se desenvolveu. Com esta fundamentação teórica, pretende-se analisar os documentos teóricos e empíricos relevantes, contextualizar a problemática do estudo, ou seja, a revisão da literatura sobre a temática possibilita circunscrever o nível atual dos conhecimentos relativamente ao problema de pesquisa em análise (Fortin, 2009).

Seguidamente, é apresentado o enquadramento da temática (o sono infantil e o sono na saúde infantil e pediátrica), desenvolvendo o enquadramento do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, de forma a promover o sono infantil saudável. Depois, são apresentados os conceitos norteadores que sustentam a prática de enfermagem e a prática de enfermagem pediátrica evidenciando o Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey e o Modelo de Cuidados Centrados na Família, modelos estes utilizados pelo EEESIP na prestação de cuidados.

1.1 O Sono Infantil

Iniciando conceptualmente o enquadramento da temática, o sono, segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem [CIPE], é um “processo corporal: diminuição recorrente da atividade corporal evidenciada pela diminuição de consciência; não acordado acompanhado de; não consciente; diminuição do metabolismo; postura imóvel; atividade corporal diminuída; sensibilidade a estímulos externos” (Internacional Council of Nurses [ICN], 2016, p. 85). 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” (Soares, 2010, p. 13). Um outro autor refere que o sono “é habitualmente definido como um estado comportamental caracterizado por posturas particulares, atividade motora reduzida e diminuição da percepção e resposta aos estímulos do meio ambiente. É um estado facilmente reversível, que alterna de forma cíclica com a vigília” (Silva F. M., 2014, p. 30).

Este é composto por ciclos de sono REM (*Rapid Eye Movements*), caracterizado por: movimentos rápidos dos olhos; atividade elétrica cortical dessincronizada; hipotonia muscular; e atividade onírica (sonhos) e por o sono não REM (*Rapid Eye Movements*) (Silva F. M., 2014). O sono REM divide características de sono profundo com características de sono leve, ocorrendo em ciclos de cerca de 90 minutos cada, sendo mais comum na segunda metade da noite (Salavessa & Vilariça, 2009). O sono não REM divide-se em 4 estádios, o estádio 1 e 2 que corresponde ao sono leve e o estádio 3 e 4 que são combinados, em que o sono mais profundo ocorre predominantemente na primeira metade da noite (Salavessa & Vilariça, 2009).

Durante o sono, “(...) o cérebro «aproveita» para trabalhar arduamente nas diferentes fases de registo, codificação, armazenamento e evocação da memória. Além da cooperação com o sistema imunitário, participa na recuperação de eventuais «lesões» orgânicas do cérebro ou na defesa contra agentes patogénicos” (Soares, 2010, p. 19). O sono tem funções de proteção e de reparação do organismo (Brazelton & Sparrow, 2009).

Relativamente ao número total de horas diárias de sono, as recomendações emanadas pela *American Academy of Sleep Medicine* [AASM] são as seguintes: um neonatal geralmente dorme em média 17 horas e é a fome que o desperta, mas, após o 1.º mês de vida, o sono vai-se consolidando em torno do período noturno; lactentes dos 4 aos 12 meses: 12 a 16 horas por 24 horas (incluindo sesta); crianças de 1 a 2 anos: 11 a 14 horas por 24 horas (incluindo sesta); crianças de 3 a 5 anos: 10 a 13 horas por 24 horas (incluindo sesta); crianças de 6 a 12 anos: 9 a 12 horas de sono noturno por 24 horas e adolescentes de 13 a 18 anos: 8 a 10 horas de sono noturno por 24 horas (American Academy of Sleep Medicine, 2016).

Os problemas do sono em Pediatria estão relacionados com hábitos, comportamentos e padrões de sono que são indesejáveis (Kryger, 2005, citado por Silva F. M., 2014). Na perspetiva dos pais, os problemas de sono das crianças e a sua importância tomam medidas diferentes, existe por parte destes, grande tolerância para comportamentos muito disfuncionais. Convém distinguir que o sono pode ser desadequado, “tanto pela alteração da sua duração (quantidade), como da sua estrutura neurofisiológica (qualidade)” (Silva F. M., 2014, p. 53). Como também refere a Direção-Geral da Saúde [DGS], as perturbações primárias do sono podem ser devidas a mudanças da “quantidade ou qualidade de sono (dissónias), ou a eventos comportamentais ou fisiológicos anormais associados ao sono (parassónias), como terrores noturnos, pesadelos, sonambulismo, entre outros” (Direção-Geral da Saúde, 2015, p. 28).

Os resultados da falta de repouso expressam-se a nível dos comportamentos, das aprendizagens e do desenvolvimento das crianças, influenciando também o desempenho parental (acabando em fadiga e perturbação do humor). As perturbações do sono têm consequências cognitivas e no equilíbrio metabólico de crianças e jovens (Direção-Geral da Saúde, 2015). Segundo Mendes, Fernandes e Garcia (2004), “os problemas do 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” (p. 342).

As perturbações do sono podem causar “morbilidade substancial na criança, nomeadamente consequências a nível do comportamento, da aprendizagem e mesmo perturbações de desenvolvimento como hiperatividade, défice de atenção, défice cognitivo e depressão” (Mendes, Fernandes, & Garcia, 2004, p. 342). Cordeiro (2015, p. 90) realça que

“(…) não dormir o suficiente conduz, mais cedo ou mais tarde, a uma diminuição da concentração e a irritabilidade, com aumento da ansiedade e risco de depressão”. Estes sintomas podem aparecer tanto em crianças como nos pais, com uma diferença, “as crianças, quanto menos dormem, mais excitadas ficam, como se a falta de dormir fosse uma verdadeira anfetamina – ou seja, no momento que os pais estão «*off*», os filhos aceleram o «*on*», estando criado o desfasamento” (Cordeiro, 2015, p. 90).

Os riscos relativos à privação do sono na criança podem ter efeitos negativos a curto e a longo prazo em diversos domínios (no desempenho cognitivo e aprendizagem, na regulação emocional e no comportamento, no risco de quedas, de obesidade e hipertensão arterial) (Sociedade Portuguesa de Pediatria, S.D).

As manifestações da privação de sono infantil são variadíssimas, como sinais de sonolência (esfregar os olhos ou deitar a cabeça sobre a mesa de trabalho), comportamentos externalizantes (aumento da impulsividade, agitação motora e agressividade, distração e incapacidade para concluir tarefas) (Sociedade Portuguesa de Pediatria, S.D).

A Sociedade Portuguesa de Pediatria [SPP] agrupou as repercussões da privação do sono na criança em consequências a curto e a longo prazo, que são apresentadas na Figura nº1 que estão agrupadas em quadro.

Figura nº 1- Consequências da privação do sono infantil

Consequências a curto prazo	
Distúrbios na modulação do humor e dos afetos	Irritabilidade/birras; Maior reatividade emocional; Humor variável; Perda do controlo emocional.
Perturbação da função neuro-cognitiva	Falta de atenção/distração; Incapacidade de concluir tarefas; Diminuição da flexibilidade do pensamento; Diminuição do raciocínio abstrato; Perturbação da memória.
Alteração do comportamento	Sonolência diurna; Agressividade; Impulsividade/hiperatividade.
Alteração motora	Diminuição da destreza motora; Aumento de lesões acidentais e quedas frequentes.
Consequências a Longo Curso	
Aprendizagem	Mau rendimento escolar.
Comportamento	Hiperatividade e défice de atenção.
Alterações orgânicas	Alteração da função endócrina; Alteração da função imunológica; Alteração do metabolismo do açúcar (glicose); Obesidade/excesso ponderal; Hipertensão arterial.
Perturbação da vida familiar	Aumento do risco de depressão materna; Aumento do risco de disfunção familiar.

Fonte: De “Recomendações SPP: Prática da sesta da criança nas creches e infantários, públicos ou privados” de Recomendações SPS-SPP: prática da sesta da criança, (S.D), Sociedade Portuguesa de Pediatria, p. 6.

O dormir com qualidade e no número de horas recomendado, numa base regular, está associado a melhores resultados na saúde (a nível da atenção, comportamento, aprendizagem, memória, regulação emocional, qualidade de vida e saúde mental e física) (Sociedade Portuguesa de Pediatria, S.D).

Silva (2014) pela sua revisão teórica agrupou **os fatores que influenciam o sono nas crianças**, em fatores da **criança**, fatores **da interação com o ambiente** e **fatores do ambiente**, na Figura nº2 está a representação em quadro dos fatores que influenciam o sono nas crianças.

Figura nº 2- Fatores que influenciam o sono nas crianças

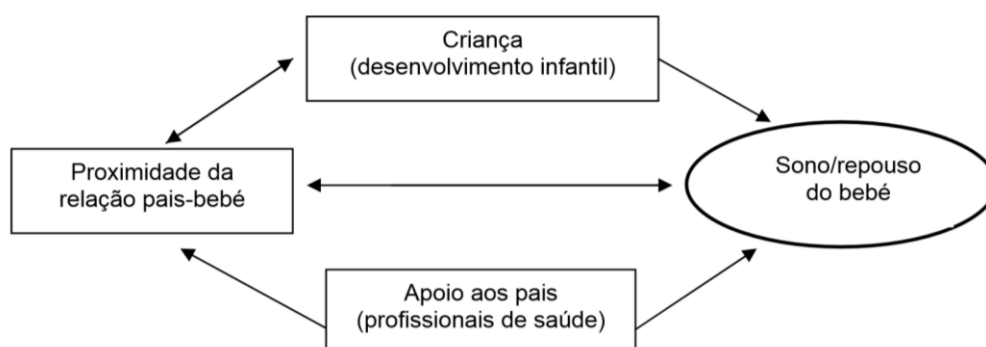
Fatores da criança	<i>Perfil neurogenético</i> (os sistemas neurais que regulam os comportamentos de sono e vigília estão intimamente ligados (Beebe, 2008 citado por Silva, 2014)); <i>O temperamento e estilo comportamental</i> (as crianças mais pequenas são mais propensas a mostrar uma desregulação comportamental (Beebe, 2008 citado por Silva, 2014)); <i>A idade e estágio do desenvolvimento;</i> <i>A existência de perturbações do desenvolvimento</i> (emocionais/pedopsiquiátricas); <i>Doenças médicas:</i> agudas e crónicas.
Fatores da interação com o ambiente	<i>As experiências prévias diurnas e da hora de dormir;</i> <i>A perceção de segurança e medos noturnos;</i> <i>Os hábitos, rotinas, horários, companhia no adormecer;</i> <i>A prática de exercício físico</i> (as alterações na arquitetura do sono e na continuidade do sono após o exercício dependem da intensidade do exercício, ou seja, exercício com elevada intensidade não é recomendado (Dwoeak et al., 2007 citado por Silva, 2014)); <i>O uso de medicamentos e outras substâncias que interferem com o sono.</i>
Fatores do ambiente	Relacionado com pais/família: <i>O nível educacional e socioeconómico</i> (famílias menos diferenciadas são grupos de risco para privação de sono (Crispim et al., 2011 citado por Silva, 2014)); <i>Os conhecimentos e crenças sobre o sono infantil;</i> <i>A saúde mental dos cuidadores;</i> <i>O estilo educativo</i> (regras parentais mais rígidas sobre o sono foram associadas a maior qualidade do sono, a juntar a isso o clima emocional familiar também é importante: as perceções de uma melhor atmosfera doméstica estão relacionadas a uma melhor qualidade de sono (Adam et al., 2007 citado por Silva, 2014)); <i>O estilo de vida (emprego, horários, prioridades),</i> (a prioridade dos pais tem que passar pelo desenvolvimento de rotinas reconfortantes na hora de dormir (Adam et al., 2007 citado por Silva, 2014)); <i>A composição da família</i> (número, idades, e estado de saúde de irmãos e de membros da família (Owens, 2008 citado por Silva, 2014)); <i>O stress familiar.</i> Relacionados com o ambiente físico: <i>o local do adormecer</i> (salienta-se o espaço físico, conforto e estímulos presentes).

Fonte: De “Hábitos e Problemas do Sono das Crianças dos 2 aos 10 anos” de Silva, 2014, Dissertação de doutoramento, p.39.

De uma forma mais simplificada, Gomes (2009) abordou os fatores que influenciam o sono, na tónica das relações da criança e dos pais. Esta refere que a relação pais-criança de proximidade

atinge o desenvolvimento da criança a nível fisiológico, psicológico, cognitivo e social, interferindo com os mecanismos fisiológicos e psicológicos do sono. Por sua vez, a relação pais-criança é afetada pelo próprio desenvolvimento da criança, pelas características do seu sono e pelo conhecimento que os pais têm acerca do seu filho, do seu nível de desenvolvimento e do seu padrão de sono (Gomes, 2009). Neste modelo, “os enfermeiros têm um papel crucial, pois intervêm diretamente na educação e formação dos pais sobre o sono do bebé, o desenvolvimento infantil e o papel dos pais neste processo de maturação e de aprendizagem” (Gomes, 2009, p. 74). Os enfermeiros, nas consultas de saúde infantil, podem apoiar os pais na compreensão do seu filho, deslindando dúvidas e preparando-os para questões comuns da infância. O objetivo é que os pais percebam a relevância da interação, do estímulo afetivo e do ambiente, desde o nascimento, desenvolvendo estratégias adaptadas ao seu filho, para ajudá-lo a compor o seu sono em diferentes estádios de desenvolvimento (Gomes, 2009). Em seguida é apresentado a Figura nº3 que resume o que anteriormente foi descrito.

Figura nº 3- Fatores que intervêm no sono do lactente

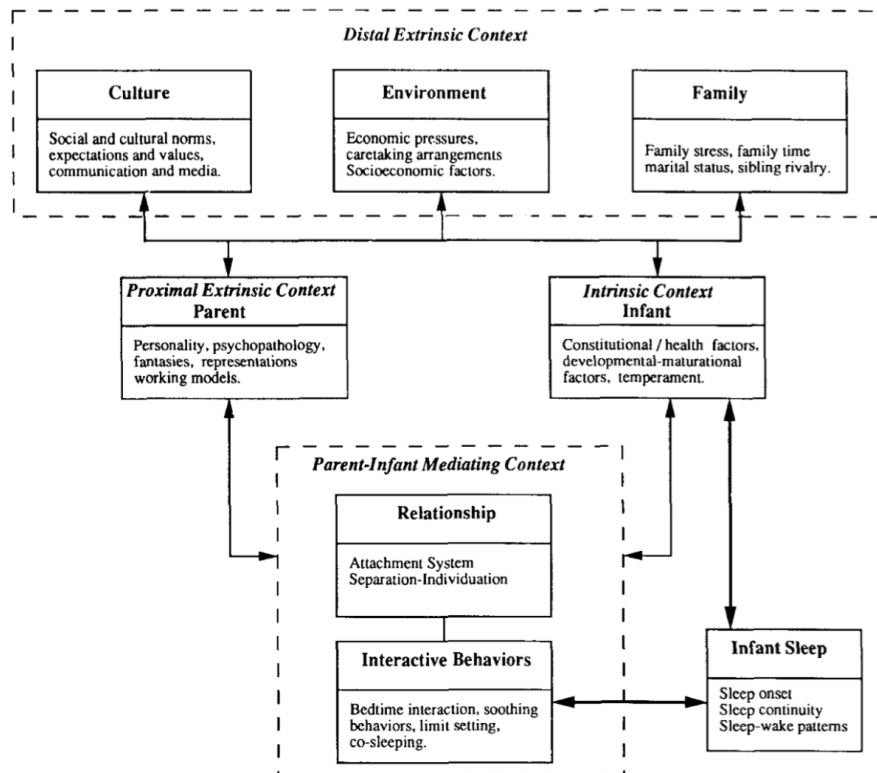


Fonte: De “Cuidar do Sono do bebé” de Gomes, 2009, Revista Referências (II série, n.º 9), p. 74.

A reforçar a ideia anterior, Sadeh e Anders (1993) propuseram o Modelo Transacional de regulação do sono-vigília, que foi revisto por Sadeh, Tikotzky & Scher (2010), e que descreve as interações e dinâmicas contínuas e as influências bidirecionais entre parentalidade e sono infantil. O foco está na regulação do sono-vigília da criança dentro do contexto da relação mãe-filho. Este modelo assume que tanto os participantes como o contexto interagem de maneira incessante, com fluxo bidirecional, intercedida particularmente pelos comportamentos interativos entre criança e pais, pois a parentalidade demonstra ter um papel importante na modelagem do sono infantil. Além disso, o sono infantil e os problemas de sono podem influenciar o humor parental e o seu bem-

estar, bem como modificar os comportamentos dos pais e reações. Em seguida é apresentado integralmente o Modelo Transacional do sono infantil sob uma perspectiva sistêmica (Figura nº4).

Figura nº 4- Sono infantil sob uma perspectiva sistêmica: efeitos proximais e distais no desenvolvimento de padrões de sono-vigília e problemas de sono



Fonte: De "Infant Sleep Problems: Origins, Assessment, Interventions" de Sadeh e Anders, 1993, Infant Mental Health Journal, 14 (1), p.20.

É de relevar a complexidade de interações dos fatores que podem influenciar o sono das crianças ao longo do seu desenvolvimento (Beebe, 2008, citado por Silva, 2014). Assim, Owens (2008, citado por Silva, 2014) atenta que o sono das crianças pode ser visto como "barômetro" do seu bem-estar físico e mental. Por vezes, a privação de sono demonstra-se com sintomatologia de impulsividade e pouca atenção, confundindo-se com a perturbação de défice de atenção e hiperatividade (Sociedade Portuguesa de Pediatria, S.D).

Com o descrito anteriormente, o sono é um denominador complexo, que engloba vários fatores, é perceptível as consequências que a falta deste exerce sobre as crianças e como os efeitos proximais e distais o influenciam. Face ao exposto, seguidamente é apresentando onde a educação

sobre a prática de sono saudável pode ser aplicado e os estudos que demonstram os problemas de sono na infância, bem como se existe privação de sono nas crianças portuguesas.

1.1.1 O sono na saúde infantil e pediátrica

Dar visibilidade aos cuidados antecipatórios como prática fundamental para promoção da saúde e à prevenção da doença nas crianças é primordial, deste modo, capacitar os pais com conhecimentos que poderão levar ao melhor desempenho da sua função parental é necessário. A importância da promoção de hábitos de sono saudáveis é demonstrada nos programas nacionais: no PNSIJ e no Programa Nacional Saúde Escolar [PNSE]. No PNSIJ, é promovido nas várias faixas etárias como cuidado antecipatório. Temáticas como o ritmo circadiano; o ritual de adormecimento proporcionado pelos cuidados; enurese noturna e encoprose; horas de sono adequados a cada faixa etária, sinais de alerta como dificuldade em adormecer e pesadelos frequentes são temáticas abordadas (Direção-Geral de Saúde, 2013). No PNSE, é referido que a saúde escolar “colabora com a escola na melhoria da literacia sobre hábitos de sono e repouso e promove a sua adequação ao longo da escolaridade” (Direção-Geral da Saúde, 2015, p. 28).

A maximização da saúde da criança e do jovem relativamente a esta temática constitui-se como elemento importante. De salientar que é necessário a “criação e aproveitamento de oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde”; “promoção do potencial de saúde através de uma intervenção nos programas de saúde escolar”; “fornecimento da informação orientadora dos cuidados antecipatórios, dirigida às famílias, para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil-juvenil” e “sensibilização dos pais, cuidadores e profissionais para situações de risco, consequências e sua prevenção (...)” (Ordem dos Enfermeiros, 2017, p. 20).

Maia e Pinto (2008) referem que o sono é uma necessidade biológica e que tem impacto no crescimento e desenvolvimento da criança, muitos são os pais que referem dificuldade no sono dos filhos. Perante esta constatação, estas autoras referem que apenas 14% dos pais referiram ter recebido algum esclarecimento sobre hábitos de sono pelos profissionais de saúde. Os problemas de sono são uma queixa frequente nas consultas de saúde e muitas vezes não são valorizados. Grande parte destes problemas deve-se à falta de ensino dos hábitos de sono (Maia & Pinto, 2008).

Crispim, Boto, Melo & Ferreira (2011) referem que o sono é fundamental para o crescimento e desenvolvimento físico e psicomotor da criança, sendo uma preocupação frequente dos pais. Estes autores levaram a cabo um estudo onde pretenderam caracterizar o padrão de sono de um grupo de crianças e identificar populações em risco de privação de sono. Salientaram que o número de horas de sono diárias identificadas nas crianças portuguesas foi inferior à de outras realidades internacionais, mostrando que as crianças portuguesas estão em risco de privação de sono, com todas as consequências que daí possam advir (Crispim, Boto, Melo, & Ferreira, 2011). A obtenção de ferramentas é fundamental, para desenvolver uma intervenção específica, efetiva e orientada na prevenção de privação de sono em crianças, sendo aplicadas pelos profissionais de saúde nos cuidados antecipatórios à criança (Crispim, Boto, Melo, & Ferreira, 2011).

Silva, Silva, Braga, & Neto (2013) referem que cada vez mais é reconhecida a importância do sono na criança, mas que existem poucos dados recentes sobre este assunto em Portugal. Salientam que o sono é um fator determinante de saúde em crianças e adolescentes, a privação do sono tem sido relacionada a efeitos negativos em diversos domínios, tais como o desempenho cognitivo e académico, a regulação emocional e do comportamento, o risco de quedas acidentais e de obesidade (Silva, Silva, Braga, & Neto, 2013). Estes autores realizaram um estudo onde avaliaram os hábitos e problemas do sono em crianças dos dois aos dez anos. Eles identificaram uma prevalência de “problemas do sono” reportadas pelos pais de 10,4% e, além disso, verificaram que 10% das crianças tinham uma duração do sono inferior à média dos valores de referência dos outros países. Esta menor duração do sono mostrou associação à sonolência diurna sentida pelas crianças.

Após uma análise sobre a temática, pode-se referir que os “distúrbios do sono constituem uma das principais perturbações do comportamento das crianças de todas as idades” (Monteiro, 2006), tendo uma elevada prevalência, causando perturbação no equilíbrio emocional das crianças e influenciando a dinâmica familiar. As alterações do padrão de sono poderão ser momentâneas, mas podem deixar cicatrizes na criança e na família. Os distúrbios relacionados com o sono podem levar a graves consequências, como desajustamentos familiares, maus-tratos, prejuízos sociais e económicos (Monteiro, 2006).

Connor & Meltzer (2006), citado por Salavessa & Vilariça (2009), referem que os problemas de sono são comuns na infância (cerca de 20-30%). Estas perturbações podem levar a deterioração na relação entre pais e filhos, influenciando negativamente sob o ponto vista social,

comportamental, emocional e académico (Salavessa & Vilariça, 2009). Estes autores referem que estes problemas são desvalorizados ou erradamente diagnosticados, devido à escassez de formação e informação dos profissionais de saúde, levando ao uso abusivo de fármacos em idade pediátrica (2009).

Os problemas comportamentais do sono e a privação de sono são prevalentes em Portugal, pelo que existe oportunidade de intervenção nesta área. Apesar de serem culturalmente aceites (alterações do sono infantil) por uma grande parte dos pais, estes ainda não perceberam que os problemas de sono têm consequências no comportamento dos seus filhos durante o dia, com real ressonância na regulação emocional e na aprendizagem (Silva, Silva, Braga, & Neto, 2013).

Outro aspeto a considerar é que em Portugal a maior parte das crianças não consegue completar o tempo de sono recomendado para a sua idade, pelo que existe uma elevada percentagem de crianças em privação crónica de sono (Sociedade Portuguesa de Pediatria, S.D). Nas instituições educativas pré-escolares a prática da sesta geralmente acontece até aos 3 anos, mas, a partir dessa idade, esta prática deixa de ser realizada (Sociedade Portuguesa de Pediatria, S.D). A sesta promove uma alteração qualitativa na memória que envolve a abstração. A abstração é importante para os lactentes em desenvolvimento, essencial no desenvolvimento cognitivo e da linguagem, possibilitando grande plasticidade na aprendizagem. Na idade pré-escolar, a sesta promove a consolidação da memória (Sociedade Portuguesa de Pediatria, S.D).

Além do que foi exposto, a promoção de um sono seguro e saudável logo no primeiro ano de vida (lactente) é essencial, como é evidenciado no estudo de Fernandes, Fernandes, Amador & Guimarães (2012). A maioria das mães tem diminutos conhecimentos sobre fatores de risco e medidas preventivas relativamente à prevenção de síndrome de morte súbita do lactente, existindo um predomínio de práticas incorretas utilizadas pelos pais, bem como a utilização de fontes não fidedignas sobre esta temática. Assim, o reforço do ensino aos pais é um passo a dar, promovendo um ambiente de sono seguro como forma de prevenção da Síndrome da Morte Súbita do Lactente (principal causa de morte pós-neonatal nos países desenvolvidos) (Azevedo, Mota, & Machado, 2015), em síntese, sendo a principal causa de morte pós-neonatal, a necessidade de uma intervenção direcionada de forma a promover um sono seguro no primeiro ano de vida da criança torna-se importante (Azevedo, Mota, & Machado, 2015).

Está evidenciado que a privação do sono se demonstra muitas vezes em distúrbios de comportamento. Realizar educação sobre esta temática é essencial nos cuidados antecipatórios nas consultas, bem como na comunidade, sensibilizando a comunidade educativa sobre a importância da manutenção da sesta de forma a favorecer os ganhos académicos que as crianças futuramente possam ter.

1.2 Modelo de promoção da saúde de Nola Pender

Com as várias conferências internacionais realizadas como: Ottawa, Adelaide, Sundsvall, Bogotá, Jacarta, a promoção de saúde usufruiu de grande enfoque, estimulando-se atividades com recurso às habilidades e conhecimentos das pessoas. O termo promoção de saúde começou a ser utilizado por todos os profissionais de saúde, sendo progressiva a participação dos enfermeiros em atividades que orientassem para a promoção de saúde (Victor, Lopes, & Ximenes, 2005).

No PNSIJ, como referido anteriormente, é demonstrada a importância dos cuidados antecipatórios como forma de promoção da saúde e prevenção da doença, salientando a relevância que a vigilância em saúde infantil e pediátrica assume no incentivo à adoção de “(...) comportamentos promotores de saúde...” (Direção-Geral de Saúde, 2013, p. 9). A promoção de saúde é um “processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar” (1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde Ottawa, 1986, p. 1). A capacitação torna-se fundamental para atingir este objetivo; intervir na promoção de saúde pressupõe a construção de políticas saudáveis, a criação de ambientes favoráveis, o reforço da ação comunitária, o desenvolvimento de competências pessoais e a reorientação dos serviços de saúde (1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde Ottawa, 1986).

A promoção de saúde como parte integrante da vida da criança/jovem e família é primordial para se obter ganhos em saúde efetivos. Assim, considera-se criança todo o ser humano menor de 18 anos, exceto, nos termos da lei que lhe for aplicável, atingir a maioridade mais cedo (Assembleia Geral das Nações Unidas, 1959). Por sua vez, a Ordem dos Enfermeiros refere que o seu espaço de intervenção engloba as faixas etárias da criança e jovem “o período que medeia do nascimento até aos 18 anos de idade. Em casos especiais, como a doença crónica, a incapacidade

e a deficiência, pode ir além dos 18 anos e mesmo até aos 21 anos ou 25 anos, até que a transição apropriada para a vida adulta esteja conseguida com sucesso” (Regulamento n.º 422, 2018, p. 19192).

Ao refletir-se sobre a temática que se está a trabalhar – o sono infantil, enquadrá-lo nas teorias de enfermagem é fundamental. Ao pensar-se no sono como forma de promoção de saúde, faz sentido a utilização do Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender, como base teórica. Este modelo pode ser uma proposta para concretizar intervenções de enfermagem no sector da promoção da saúde, em relação à mudança de comportamento.

O Modelo de Promoção de Saúde foi desenvolvido na década de 80 por Nola J. Pender e recai sobre a conceção de promoção de saúde que é definida como “aquelas atividades voltadas para o desenvolvimento de recursos que mantenham ou intensifiquem o bem-estar da pessoa” (Victor, Lopes, & Ximenes, 2005, p. 237) e que identificam os fatores que influenciam comportamentos saudáveis. A base para a realização deste modelo foi a enfermagem holística, a psicologia social e a teoria de aprendizagem, englobando comportamentos para melhorar a saúde, aplicando-se ao longo do ciclo de vida (Sakraida, 2004).

Segundo o Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender, um comportamento de promoção de saúde tem como “fim ou resultado de ação orientado no sentido de obtenção de resultados de saúde positivos tais como o bem-estar ótimo” (Sakraida, 2004, p. 704). Esses benefícios são “resultados positivos antecipados que decorrerão do comportamento de saúde” (Sakraida, 2004, p. 704). De uma forma geral, os pressupostos deste modelo enfatizam “o papel ativo do doente na gestão dos comportamentos de saúde, alterando o contexto ambiental” (Sakraida, 2004, p. 705), ou seja, “existem processos bio-psico-sociais complexos que motivam os indivíduos a ter comportamentos orientados no sentido da melhoria da saúde” (Sakraida, 2004, p. 706). Um outro pressuposto do Modelo de Promoção de Saúde é: “as famílias, os pares e os prestadores de cuidados de saúde são importantes fontes de influência interpessoal que podem aumentar ou diminuir o compromisso e a adoção de comportamentos de promoção da saúde” (Sakraida, 2004, p. 706).

Conceitos como saúde, ambiente, pessoa, enfermagem estão contemplados neste modelo. O termo saúde engloba aspetos individuais, familiares e comunitários, dando-se realce à melhoria do bem-estar e ao desenvolvimento de capacidades tendo em apreciação a idade, raça e cultura,

numa perspetiva holística (Victor, Lopes, & Ximenes, 2005). O ambiente tem que ser entendido como efeito das relações entre indivíduo e o seu acesso aos recursos de saúde, sociais e económicos (esta relação cria e proporciona um ambiente saudável) (Victor, Lopes, & Ximenes, 2005). A pessoa é definida como aquele que é capaz de tomar decisões, tendo potencial para mudar comportamentos de saúde (Victor, Lopes, & Ximenes, 2005). A enfermagem é o conceito catalogado às intervenções e estratégias que o enfermeiro deve dispor para o comportamento de promoção de saúde (Victor, Lopes, & Ximenes, 2005).

Este modelo está sustentado numa estrutura simples e clara, em que o enfermeiro pode desenvolver um cuidado de forma individual, ou então em reunião com as pessoas em grupo, permitindo planeamento, intervenção e avaliação das suas intervenções (Victor, Lopes, & Ximenes, 2005).

O Modelo de Promoção de Saúde é composto por três componentes, a **componente 1. características e experiências individuais** (que inclui o *comportamento anterior*, *comportamento que deve ser mudado* e os *fatores pessoais* - biológicos; psicológicos e socioculturais). A **componente 2. sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento que se quer alcançar**, engloba várias variáveis (percebe benefícios para ação; percebe barreiras para ação; percebe autoeficácia; sentimentos em relação ao comportamento; influências interpessoais; influências situacionais). A **componente 3. resultado do comportamento** inclui o *compromisso com o plano de ação* (ações que proporcionem o indivíduo a conservar o comportamento de promoção da saúde esperado - as intervenções de enfermagem); *exigências imediatas e preferências* (as preferências pessoais exercitam um alto controlo sob as ações de mudança de comportamento) e o *comportamento de promoção da saúde* (efeito da implementação do Modelo de Promoção da Saúde (Victor, Lopes, & Ximenes, 2005).

Foi preferido o Modelo de Promoção de Saúde para o desenvolvimento de ações no projeto, por este ser norteador para o atingimento do objetivo do projeto, articulando a enfermagem à mudança positiva de comportamentos dos lactentes/crianças/jovens e suas famílias, para a obtenção de comportamentos promotores de saúde. A perceção das características das crianças e famílias, bem como as características das comunidades delineou o primeiro passo. A observação de comportamentos anteriores, e análise dos fatores pessoais foram o mote para o desenvolvimento de ações promotoras de saúde. A aplicação do Modelo de promoção de saúde, quando se cuida de uma criança e sua família inicia-se com a perceção do comportamento anterior,

relacionado com a temática do projeto por exemplo, o comportamento anterior poderá ser a criança que não dorme a sesta. Ao perceber-se esse comportamento segue-se a percepção dos fatores que podem influenciar o comportamento de não dormir a sesta. Esses fatores podem ser múltiplos, desde as automotivações dos pais para a eliminação da sesta da criança, o nível de educação e instrução, a idade da criança, entre outros. Após a percepção do comportamento que se quer mudar e a percepção dos fatores que influenciam esse comportamento, inicia-se as ações benéficas para a produção de comportamentos de saúde, para isso a transmissão dos benefícios da realização da ação (neste caso a implementação da sesta) é essencial. A percepção das barreiras para a ação, ou seja as influências situacionais (por exemplo a escola não promover a sesta durante a semana), a percepção dos sentimentos relativamente ao comportamento e as influências externas que podem exercer sobre as ações que se pretende realizar, são competentes que fazem parte deste modelo e que têm que ser tidas em conta para o sucesso da aplicação de ações favorecedoras e promotoras de saúde. O objetivo final da utilização do modelo de promoção de saúde é o resultado do comportamento, ou seja, que as crianças/jovens e a família mantenham comportamentos de promoção de saúde utilizando ações favorecedoras.

1.3 Conceitos e Modelos do Cuidar em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Iniciando o percurso de reflexão de conceitos, primariamente faz sentido perceber o que é o cuidar, pois este é a base da profissão de enfermagem. O **cuidar** existe desde que surge a vida, ou seja, existem cuidados “porque é preciso tomar conta da vida para que ela possa permanecer” (Collière, 1999, p. 27). O cuidar é “manter a vida garantindo a satisfação de um conjunto de necessidades indispensáveis à vida, mas que são diversificadas na sua manifestação” (Collière, 1999, p. 29). Já **os cuidados de enfermagem** “centram-se na relação para ajudar a pessoa a realizar o seu projeto de saúde” (Nunes L. , 2017, p. 12), ou seja, “satisfazer as necessidades humanas, realizar as atividades de vida, prevenir a doença, promover processos de readaptação, são objetivos planeados com as pessoas, procurando a sua adesão às respostas terapêuticas” (Nunes L. , 2017, p. 12).

A **profissão de enfermagem** envolve “o cuidado autónomo e em colaboração de indivíduos de todas as idades, famílias, grupos e comunidades, enfermos ou não, e em todos os ambientes. (...) inclui a promoção da saúde, prevenção da doença (...)” (Conselho Internacional de Enfermeiros,

2008, p. 8). É uma profissão que tem como objetivo “prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível” (Decreto-Lei n.º 161, 1996, p. 2960). Os **enfermeiros** são os que prestam cuidados “onde quer que as pessoas se encontrem: nas casas, escolas, locais de trabalho, (...), desempenham um papel crítico na formação e supervisão de outros profissionais (...)” (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2008, p. 8). É o profissional apto “com um curso de enfermagem legalmente reconhecido, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária” (Decreto-Lei n.º 161, 1996, p. 2960). O **enfermeiro especialista** é o enfermeiro

“habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade” (Decreto-Lei n.º 161, 1996, p. 2960).

O EEESIP cuida das **crianças** “como todo o ser humano com menos de dezoito anos, exceto se a lei nacional confere a maioridade mais cedo” (United Nations Children's Fund [UNICEF], 1989, p. 6) e interagem com a respetiva **família**. Esta é definida como “unidade social ou todo coletivo composto por pessoas ligadas através de relações de consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais, sendo a unidade ou o todo considerados como um sistema que é maior do que a soma das partes” (Internacional Council of Nurses [ICN], 2016, p. 143), ou seja, é o “elemento natural e fundamental da sociedade e meio natural para o crescimento e bem-estar de todos os seus membros, e em particular das crianças” (UNICEF, 1989, p. 3), e “deve receber a proteção e a assistência necessárias para desempenhar plenamente o seu papel na comunidade” (UNICEF, 1989, p. 3). Para que a criança tenha um “desenvolvimento harmonioso da sua personalidade, deve crescer num ambiente familiar, em clima de felicidade, amor e compreensão” (UNICEF, 1989, p. 3).

O processo de cuidar em Pediatria tem singularidades como o ato de cuidar da criança em parceria com os pais. Esta parceria enfatiza a relevância dos pais para o desenvolvimento integral da criança, mas também para o desenvolvimento do próprio cuidado. Assim, a enfermagem

pediátrica é sensível ao envolvimento dos pais na prática de cuidados à criança, de forma a existir uma interação absoluta com a família e assim proporcionar condições favorecedoras de desenvolvimento global da criança (Mendes & Martins, 2012).

O modelo conceptual implícito à prática da enfermagem pediátrica está centralizado nas respostas às necessidades da criança enquanto membro efetivo de um sistema familiar. Assim, o EEESIP tem como base nos seus cuidados de enfermagem modelos como o de **Parceria de Cuidados de Anne Casey** e a **filosofia de cuidados centrados na família**.

O **Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey** considera os pais como os melhores prestadores de cuidados na criança/jovem, no sentido em que estes são os potenciadores do seu crescimento e desenvolvimento, protegendo-o com afeto (Casey, 1993). Anne Casey primeiro concebeu a “parceria no cuidado”, ou seja, os cuidados de enfermagem podem ser prestados à criança pelos pais com apoio e educação do enfermeiro e os cuidados parentais podem ser prestados pelo enfermeiro se a família estiver ausente. Para garantir uma parceria de sucesso com os enfermeiros, a informação, a comunicação e a negociação são essenciais (Alsop-Shields, 2002). Esta parceria está relacionada com um processo ativo que solicita participação ativa e concordância de todos os parceiros na busca de objetivos comuns. Este trabalho de cuidar em parceria erguer-se como impulsionador da otimização da saúde no sentido da adaptação da gestão do regime e da parentalidade (Mendes & Martins, 2012). Este modelo tem como base cinco conceitos: a criança, a família, a saúde, o meio ambiente e o/a enfermeiro/a pediátrico/a. O papel da família, ou dos pais, é assumir o cuidado quotidiano da criança, e o papel da enfermeira pediátrica é ensinar, apoiar e, se necessário, encaminhar a família (Alsop-Shields, 2002).

A filosofia **de cuidados centrados na família** refere que a família é uma constante na vida da criança, e que esta identifica as necessidades de todos os membros da família relativamente aos cuidados com a criança. Além disto, esta filosofia identifica que existe várias estruturas e composições familiares (Hockenberry & Barrera, 2014). Esta filosofia engloba dois conceitos básicos: a capacitação e o empoderamento, ou seja, os enfermeiros capacitam as famílias criando oportunidades/meios para que estas considerem as necessidades da criança, revelando assim habilidades e competências atuais e adquirindo novas (Hockenberry & Barrera, 2014). O empoderamento traça a interação dos profissionais com a família para que estas obtenham controlo e o mantenham sobre as suas vidas e aceitem as mudanças positivas que advenham dos comportamentos de ajuda (Hockenberry & Barrera, 2014). Alguns princípios importantes na

efetivação do cuidado centrado na família é “reconhecer a família como algo constante na vida do indivíduo, já que o sistema de saúde se modifica periodicamente; compreender que a família possui crenças, conhecimentos e dispositivos pessoais que a possibilita agir, utilizando diferentes métodos para lidar com os problemas de saúde” (Pacheco, et al., 2013, p. 107).

A profissão de enfermagem envolve cuidados autónomos e o EEESIP cuida num processo singular com base em modelos e filosofias próprias da saúde infantil e pediátrica, são estas duas vertentes que orientam a forma de como cuidamos em pediatria. O modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey e a filosofia de cuidados centrados na família, foram a alavanca para o desenvolvimento do estágio final nos vários contextos, bem como o suporte para o desenvolvimento do projeto desenhado. Com este modelo e filosofia foram delineados os objetivos de estágio, os objetivos do projeto e as respetivas atividades para alcançar os objetivos propostos. Delinear um projeto com base em modelos de cuidados de enfermagem autónomos, tendo como parceiros os pais/cuidadores das crianças com a máxima que estes são os melhores cuidadores dos seus filhos, empoderando-os e capacitando-os de conhecimento de forma a promoverem o melhor estado de saúde para a criança e sua família, foi vital para a execução.

2. ESTÁGIO FINAL: O CAMINHO PERCORRIDO

Neste capítulo, é explicitado a metodologia empregue, indicando os objetivos para cada contexto de estágio, bem como as atividades desenvolvidas. Paralelamente, é descrito cada local de estágio e as aprendizagens desenvolvidas. Em síntese, é apresentado o percurso realizado no estágio final em paralelo com o projeto desenvolvido.

O projeto foi desenvolvido no estágio final que decorreu entre 17 de setembro de 2018 e 18 de janeiro de 2019. O estágio final decorreu em quatro locais diferentes, dois contextos de cuidados hospitalares: Serviço de Pediatria Internamento (17 de setembro de 2018 a 12 de outubro de 2018) e Unidade de Cuidados Especiais Neonatais (15 de outubro de 2018 a 9 de novembro de 2018), e dois contextos de cuidados de saúde primários: Unidade de Cuidados na Comunidade e Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (12 de novembro de 2018 a 18 de janeiro de 2019). A escolha destes locais prendeu-se com a possibilidade de perceber por nós a diversidade de cuidados prestados nos vários contextos de saúde infantil e pediátrica, obtendo assim uma experiência teórica e prática ampla.

De salientar que não foi realizado a unidade curricular de estágio I (14 de maio de 2018 a 22 de junho de 2018). Para este, foi obtida validação total, com a atribuição do número de ECTS correspondentes, através de um **Processo de Reconhecimento e Validação de Competências**, no cumprimento do Regulamento do Processo de Reconhecimento e Validação de Competências do Instituto Politécnico de Setúbal [IPS] (Despacho n.º 14879, 2013), tendo este processo reunido acreditação da unidade curricular. Este percurso iniciou-se numa primeira fase com um requerimento de candidatura dirigido ao Presidente do IPS, a realização de um portefólio de competências, uma ficha pessoal, uma carta de motivações e um curriculum vitae em modelo europeu (Despacho n.º 14879, 2013), como referido no Artigo 5.º. O Portefólio foi realizado com base no modelo do IPS e incluía os seguintes elementos: descrição de funções/atividades realizadas, explicitação das aprendizagens e competências adquiridas e a sua correspondência com a unidade curricular de estágio I, incluindo os comprovativos, declarações e certificados que comprovavam a realização das atividades (Despacho n.º 14879, 2013). Após a apreciação do portefólio pelo júri, foi realizada uma entrevista com o respetivo júri nomeado para o efeito, onde foram colocadas questões com base no referencial de competências da unidade curricular, como mencionado no Artigo 10.º do Despacho n.º 14879, 2013.

A execução da metodologia de projeto de intervenção pode enquadrar-se na competência que os “cuidados de enfermagem são as intervenções autónomas ou interdependentes a realizar pelo enfermeiro no âmbito das suas qualificações profissionais” (Decreto-Lei n.º 161, 1996, p. 2960), ou seja, as nossas intervenções autónomas podem resultar em projetos de intervenção efetivamente.

2.1 Metodologia de Projeto

A palavra metodologia vem do grego, *meta* que significa para além de; *odos*, caminho; *logos*, discurso ou estudo, acomodando um conjunto de procedimentos que ajudam na aquisição do conhecimento. A metodologia demonstra o caminho de pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade (Vilelas, 2009), é “um conjunto de técnicas e procedimentos utilizados para estudar qualquer aspeto da realidade social, que permite prever, orientar e preparar o caminho que os intervenientes irão fazer ao longo da realização do projeto” (Leite et al., 2001, citado por Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010, p. 4). A metodologia seguida para a elaboração de um projeto de intervenção inclui um “processo de investigação em espiral, interativo e focado num problema” (Vilelas, 2009, p. 194). Quando se desenvolve um projeto nos cuidados de saúde, tem que se ter como orientação a análise “integrada das necessidades da população, na perspetiva de desenvolver estratégias e ações, concentrando os esforços e aproveitando os recursos disponíveis” (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010, p. 10). Guerra (1994) salienta a metodologia de projeto como “um conjunto de operações explícitas que permitem produzir uma representação antecipada e finalizante de um processo de transformação do real” (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010, p. 3). Este é visto como “um plano de trabalho que se organiza fundamentalmente para resolver/estudar um problema e que preocupa os intervenientes que o irão realizar” (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010, p. 4). Esta metodologia obtém resultados em duas vertentes: ação (para obter mudança numa comunidade, organização ou programa) e investigação (no sentido de ampliar a apreensão por parte do investigador, do cliente e da comunidade) (Dick, 2000 citado por Vilelas, 2009), permitindo a melhoria das práticas e da aprendizagem a partir das consequências dessa mudança, tendo como objetivo major a ação transformadora da realidade.

A metodologia de projeto engloba as seguintes etapas: a elaboração do diagnóstico de situação; a elaboração dos objetivos; a planificação das atividades, meios e estratégias para

alcançar os objetivos delineados; a execução das atividades planeadas; a avaliação e a divulgação dos resultados obtidos (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010), o cronograma geral com as etapas do presente projeto encontra-se no Apêndice 1.

A primeira etapa, o **diagnóstico de situação**, aponta para a preparação de um “mapa cognitivo sobre a situação-problema identificada” (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010, p. 10). Este tem que corresponder às necessidades reais de saúde das populações (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010). O diagnóstico de situação tem como objetivo “a satisfação das necessidades identificadas, de forma a que, por um lado, o mesmo resolva ou minimize os problemas de saúde identificados, ou, por outro lado, otimize ou aumente a eficácia dos serviços prestados à população” (Tavares, 1990 citado por Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010, p. 10), ou seja, pretende-se atuar de forma a mudar determinada situação. Na realização do diagnóstico de situação a utilização de métodos como a entrevista, o questionário, ou até métodos de análise como SWOT, Cadeia de Valores e *Stream Analysis* poderão ser utilizados de forma a identificar a validade dos problemas que se pretende dar resposta (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010).

O âmbito temático deste projeto foi: “O Sono na Infância: Educar para Promover o Sono Saudável – Atuação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica”. Foi realizado um diagnóstico inicial com a revisão da literatura (antes do início do estágio). Após o início do estágio, em cada contexto, esse diagnóstico foi investigado através das interações com as equipas de enfermagem, bem como com a observação direta realizada, para desenvolver atividades específicas, segundo as necessidades dos locais. A premissa foi de intervir precocemente no sono infantil, promovendo hábitos de sono saudáveis e seguros para que o lactente, a criança, o jovem e família não desenvolvessem problemas relativos a esta temática, tornando-se o foco de atenção para a intervenção.

O diagnóstico da situação inicial foi realizado com base no que foi descrito anteriormente na fundamentação teórica, onde esteve patente a necessidade de investir numa intervenção na promoção de saúde na área do sono infantil. Sendo assim, após a realização da revisão da literatura, foi exequível a definição do problema. O problema é “o início da concretização de uma investigação ou elaboração de um projeto” (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010, p. 12), o problema tem como ponto de partida a prática clínica, e é feita através de um raciocínio indutivo, do qual se percebe que após a observação de vários fenómenos singulares se consegue relacioná-los (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010). Na sua formulação podem estar “teorias sobre o fenómeno em estudo, a observação direta

que permite verificar a regularidade e estabilidade (...), investigações anteriores e problemas anteriores” (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010, p. 12). Como estratégia para a identificação e elaboração do problema foram utilizadas bases de dados para verificar a sua pertinência (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010). Assim através da revisão e análises da literatura e da evidência científica realizada nesta área como apresentado anteriormente e pelo questionário aplicado (que será apresentado mais à frente), verificou-se que o problema central identificado neste projeto foi: a falta de conhecimento dos pais e cuidadores relativamente aos problemas de sono na criança, bem como não utilizarem estratégias para a promoção de um sono saudável e seguro, foi ainda verificado a necessidade dos profissionais relevarem a temática. Além destes problemas centrais, existem outros inerentes, como: o não realçamento de conhecimento dos profissionais de saúde sobre o sono infantil bem como sobre as estratégias promotoras do sono saudável infantil; déficit de conhecimento dos pais sobre a importância do sono no desenvolvimento infantil; déficit de conhecimento sobre problemas de sono devido aos fatores externos da criança (exemplo: falta de rotinas); o término precoce da sesta no pré-escolar e a falta de conhecimento sobre medidas protetoras durante o sono do lactente para prevenção da síndrome de morte súbita (sono seguro), problemas apreendidos pela revisão da literatura realizada.

Para complementar a informação obtida pela revisão da literatura, foi necessário a realização de uma atividade transversal realizada nos diferentes contextos, a aplicação de um questionário. Este método de colheita de dados permite obter informação junto dos participantes, analogamente factos, ideias, comportamentos, preferências, atitudes (Fortin, 2009). É um método que é preenchido pelos participantes, sem assistência, que permite controlo dos enviesamentos e obtém informação fatural sobre atitudes, situações e intenções através de perguntas fechadas, onde os participantes são sujeitos a escolhas de respostas possíveis e/ou perguntas abertas que são escritas por parte do participante (Fortin, 2009). Um questionário é um instrumento rigoroso tanto nas questões como na sua ordem (Ghiglione & Matalon, 2001).

Os objetivos gerais da realização desta atividade foram: perceção do conhecimento da temática pelas equipas de enfermagem, a sensibilização e a reflexão individual sobre a temática na prestação de cuidados de enfermagem, e perceção das intervenções de promoção do sono saudável utilizadas num internamento do recém-nascido, lactente, criança, jovem e família pelos enfermeiros. As perguntas contidas no questionário foram construídas com base em objetivos específicos. Os objetivos específicos de cada questão foram:

- Reconhecer o conhecimento da equipa de enfermagem relativamente à temática (questão 1 e 2);
- Perceber se a equipa de enfermagem promove o sono infantil no seu local de trabalho (questão 3);
- Nomear as intervenções de enfermagem realizadas pela equipa de enfermagem na promoção do sono infantil (questão 4);
- Compreender se a equipa de enfermagem considera a promoção do sono infantil como um ganho de saúde efetivo na melhoria dos cuidados prestados (questão 5);
- Refletir sobre a importância da temática na prestação de cuidados de enfermagem (questão 6.1);
- Reconhecer as necessidades de atualização de conhecimento sobre o sono infantil e as atividades a realizar emergentes, naquele contexto relativamente à temática (questão 6.2, 6.3 e 6.4).

Após a realização da introdução do questionário e a sua construção propriamente dita, foi submetido à docente orientadora para sua apreciação crítica, uma perita na arte da construção do método, o que permitiu a deteção de erros técnicos e gramaticais. Em seguida, foi realizado um pré-teste do questionário aos elementos do nosso contexto de trabalho (dois elementos), para aferir se as questões tinham algum tipo de redundância, ou seja, se as questões eram compreensíveis para os participantes independentemente da capacidade de leitura (perguntas claras para evitar o enviesamento) (Fortin, 2009). O pré-teste tem como objetivo principal avaliar a eficácia e a sua pertinência, percebendo se os termos utilizados estão perceptíveis, se as questões utilizadas permitem colher a informação pretendida e verificar se o questionário não é muito longo (Fortin, 2009). Em resumo, garante que as questões tenham o mesmo significado para todos, acreditando saber com exatidão o que procuramos (Ghiglione & Matalon, 2001). O questionário elaborado encontra-se no Apêndice 2.

Para a aplicação do questionário, foi realizado um resumo e um plano do projeto englobando o respetivo questionário a aplicar, que foi submetido ao gabinete de investigação e desenvolvimento [GID] da instituição, obtendo parecer favorável para a sua aplicação e para a realização do projeto (Anexo 1).

O preenchimento do questionário foi de forma voluntária, não existindo qualquer prejuízo para os participantes. Os participantes tiveram conhecimento do projeto em causa, bem como a

possibilidade em recusar na participação do projeto sem qualquer tipo de consequências, o anonimato e confidencialidade dos participantes foi garantido.

A informação obtida nos questionários destinou-se a ser apenas empregue neste projeto. Os dados obtidos na caracterização da equipa e nas questões fechadas foram sujeitos a tratamento estatístico descritivo com recurso ao programa Microsoft Office Excel®. Nestas questões fechadas, utilizou-se resposta de “Sim e Não”, e afirmações para se apurar o nível de concordância através da uma escala de Likert. As escalas de Likert permitem perceber a frequência da realização de determinada atividade e o nível de importância atribuída a uma atividade específica (Fortin, 2009). Habitualmente, utiliza-se itens com cinco alternativas de resposta e os seus resultados apresentam propriedades intercalares (Almeida J. M., 2004). Os resultados obtidos na questão aberta foram sujeitos a análise de conteúdo. A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações através de procedimentos e objetivos de descrição de conteúdo das mensagens, ou seja, lidar e compreender os significados imediatos das comunicações (Bardin, 2011). O seu interesse não está apenas na descrição dos conteúdos, mas no que poderá ensinar após serem tratados (Bardin, 2011). A análise escolhida para análise da pergunta aberta foi a análise categorial, que é uma espécie de “gavetas ou rubricas significativas que permitem a classificação dos elementos de significação constitutivos da mensagem” (Bardin, 2011, p. 39). Ou seja, é “uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo género” (Bardin, 2011, p. 145). As categorias são classes que reúnem um grupo de elementos (unidade de registo), agrupadas por características comuns (Bardin, 2011). A unidade de registo corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade de base, a unidade de contexto é a unidade de compreensão para codificar a unidade de registo (Bardin, 2011).

Assim, com a utilização no questionário de questões fechadas, os indivíduos limitaram-se a selecionar as alternativas propostas, facilitando o tratamento dos resultados, enquanto que a utilização de uma questão aberta ofereceu um espaço em branco para que o indivíduo elaborasse livremente a sua resposta, possibilitando que se exprimissem pelas suas próprias palavras (Almeida J. M., 2004).

A segunda etapa, a **planificação**, inicia-se com a **elaboração dos objetivos**, que representam exposições centradas na ação a realizar, demonstrando o que se pretende alcançar (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010). Os objetivos gerais referem-se às “indicações acerca daquilo que o

formando deverá ser capaz de fazer após o seu percurso formativo” (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010, p. 18) e aos “indicadores de conhecimento e aptidões que os formandos devem adquirir ao longo do seu processo formativo” (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010, p. 18). A construção dos objetivos específicos relaciona-se com o grau de complexidade dos objetivos gerais.

Com a elaboração dos objetivos, continua-se o desenrolar do projeto com o seu **planeamento**, projetando-se as atividades, as estratégias e os meios a utilizar. Nesta fase, calendariza-se as atividades com desenvolvimento de uma cronograma do projeto interativo, onde se demonstra as atividades a desenvolver ao longo do projeto (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010). As atividades são “o elemento de trabalho realizado no decurso de um projeto” (Miguel, 2006 citado por Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010, p. 20); as estratégias são os recursos “disponíveis que podem ser referentes à pesquisa (bases de dados eletrónicas, artigos ou livros) ou às capacidades individuais de cada membro da equipa (...), bem como os meios de suporte disponíveis” (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010, p. 21); os meios consistem “na determinação de quais os recursos – pessoa, equipamento, materiais-necessários, e em que quantidades para a realização das atividades do projeto” (Miguel, 2006 citado por Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010, p. 21).

A planificação do projeto foi fundamental, foi elaborado um objetivo geral do projeto **“Integrar a promoção do sono infantil saudável nos cuidados de enfermagem como suporte à criança e sua família nos diferentes locais de estágio”**, de forma a nortear os objetivos específicos para cada contexto de estágio. Para cada contexto de estágio foram delimitados objetivos específicos relacionados com o projeto.

No SPI, os objetivos específicos do projeto de intervenção foram: “sensibilizar a equipa de enfermagem sobre a promoção do sono saudável na infância; sensibilizar os pais para a promoção do sono saudável na infância e incorporar o sono reparador, no plano de recuperação do lactente, criança e jovem doente durante o internamento”.

Na UCEN, os objetivos específicos do projeto foram: “promover um sono saudável no RN pré-termo/RN; sensibilizar a equipa de enfermagem sobre a promoção do sono saudável na infância; sensibilizar os pais para a promoção do sono saudável na infância; incorporar o sono reparador, no plano de recuperação do recém-nascido durante o internamento”.

Nos cuidados de saúde primários, os objetivos específicos foram: “sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância da temática; desenvolver intervenção no âmbito da promoção do sono infantil saudável junto da família/cuidadores, ao nível dos cuidados de saúde primários, e desenvolver intervenções no âmbito da promoção do sono infantil saudável junto da comunidade”. Após a realização do diagnóstico e a elaboração dos objetivos específicos, iniciou-se o planeamento do projeto, projetando-se as atividades, as estratégias e os meios a utilizar, bem como a realização de um cronograma de atividades, de forma orientadora do projeto.

A etapa de **execução** corresponde à operacionalização do planeado/projetado, esperando-se “muitos resultados, nomeadamente em termos de aprendizagem, resolução de problemas e desenvolvimento de competências” (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010, p. 24). A execução do projeto será mostrada seguidamente, onde é exposto o que foi realizado em cada contexto.

A penúltima etapa corresponde à **avaliação**, esta é permanente e deve ser realizada ao longo do projeto, para que possa existir “retroação com vista a facilitar a redefinição da análise da situação, a reelaboração dos objetivos, ação e seleção dos meios, bem como a análise dos resultados” (Carvalho et al., 2001 citado por Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010, p. 24). A avaliação foi realizada durante todo o percurso formativo à medida que se foi elaborando as atividades, tanto pela docente orientadora, como pelos/as enfermeiros/as orientadores e os chefes/coordenadores de cada contexto.

A última etapa é a **divulgação dos resultados**, que corresponde à redação deste relatório final, após a implementação do projeto, dando “a conhecer à população em geral e outras entidades a pertinência do projeto e o caminho percorrido na resolução de determinado problema” (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010, p. 31). Esta etapa permite assegurar conhecimento externo sobre o projeto e possibilita a discussão de estratégias adotadas na resolução dos problemas.

2.2 Promoção do Sono Infantil num Serviço de Pediatria Internamento

Por si só, o internamento numa instituição hospitalar, principalmente de um lactente, criança ou jovem é uma situação de crise tanto para este como para a sua família. Muitas vezes decorrentes desse internamento, podem ser desenvolvidas alterações no seio familiar, tanto

financeiras, como psicológicas, relacionais e sociais (Antão, Rodrigues, Sousa, Anes, & Pereira, 2018). A hospitalização acarreta variadíssimos sentimentos, medo, tristeza, angústia, ansiedade, incertezas e mudanças (Antão, Rodrigues, Sousa, Anes, & Pereira, 2018), obrigando a adaptação a este ambiente estranho. O enfermeiro especialista é o principal ator no desenvolvimento de uma hospitalização, como experiência positiva no processo de doença, intervindo nas necessidades da criança e da família.

Em seguida, é apresentada a descrição do contexto de estágio, os objetivos para a prestação de cuidados especializados e as competências desenvolvidas do EEESIP. Em continuidade, é apresentado o diagnóstico de situação deste contexto, os objetivos e as atividades realizadas.

2.2.1 Descrição do contexto de estágio

O primeiro estágio que integra o estágio final decorreu no SPI durante 4 semanas, sobre orientação e tutoria de um/a EEESIP. A escolha deste local de estágio permitiu compreender o circuito da criança dentro de uma instituição hospitalar e a conceção de continuidade de cuidados, temporalmente, observando a evolução de cuidados, já que nós exercemos funções numa UUP. Seguidamente, irá ser apresentado a descrição deste contexto de estágio. Para isso, foi utilizado a observação direta deste local, bem como a consulta de documentos internos da instituição e perguntas realizadas diretamente à equipa.

O SPI situa-se numa instituição de saúde (hospital) a sul do Tejo, localizado no 5.º piso desse mesmo hospital. A sua população-alvo engloba utente pediátricos entre os zero e os dezassete anos e trezentos e sessenta e quatro dias. Este serviço articula-se diretamente com a UUP, com a Unidade de Internamento de Curta Duração, com a UCEN e com a consulta externa nas várias valências (Otorrinolaringologia, Estomatologia, Ortopedia e Cirurgia Pediátrica). Está dividido em três valências (com capacidade para 22 crianças): Hospital de Dia, Pediatria Cirúrgica e Pediatria Médica.

O Hospital de Dia funcionava entre as 09h e as 18h, de segunda a sexta-feira, tendo o objetivo de realizar um atendimento especializado em ambulatório, sem retirar os utentes pediátricos do seu ambiente, possibilitando uma melhoria da humanização no tratamento do

utente pediátrico. Além disso, de forma institucional, permite a redução de internamentos de longa duração e recorrências à UUP. Após marcação prévia em agenda, no Hospital de Dia, pode ser realizada observação médica, proceder a administração de terapêutica ambulatoria, a reavaliação de exames complementares de diagnóstico, tanto em utentes pediátricos em doença aguda, bem como com doença crónica. Estes utentes pediátricos são oriundos do SPI, da UUP ou então da consulta externa.

Relativamente à Pediatria Cirúrgica, esta tem capacidade para seis crianças, que poderão ficar em quartos individuais ou em quartos com duas camas. Aqui são acolhidos utentes pediátricos com patologia cirúrgica, desde Cirurgia Geral Pediátrica, Ortopedia Infantil, Otorrinolaringologia, Estomatologia, Oftalmologia e ainda Cirurgia de Ambulatório inserida no Sistema Informático de Gestão da Lista de Inscritos para Cirurgia, que tem como objetivos: reduzir o tempo de espera, garantir a equidade do acesso, promover a eficiência global do sistema através da otimização da gestão da Lista de Inscritos para Cirurgia e dos recursos afetos e garantir a qualidade e a transparência da informação (Administração Central do Sistema de Saúde, IP, (S.D)).

Relativamente à Pediatria Médica, esta tem capacidade para dezasseis crianças e jovens com patologia médica em quartos duplos e individuais. A distribuição das crianças é feita segundo a faixa etária, patologia do utente pediátrico e necessidade de isolamento. Além dos critérios de ordem clínica, o SPI pontualmente recebe internamentos de ordem social. Relativamente ao funcionamento do serviço, este permite o acompanhamento do utente pediátrico por parte dos pais ou pessoas significativas (duas) no período entre as 9h e as 22h, e um acompanhante após esse período. A visita ao utente pediátrico é permitida uma vez por dia no período das 17h às 18 horas, visitantes com idade superior aos doze anos e uma pessoa de cada vez. O período entre as 18h e as 20h é reservado para a visita dos irmãos do utente pediátrico.

A equipa do SPI é composta por vários profissionais de saúde que diretamente colaboram entre si. Fazem parte da equipa: pediatras, enfermeiros, assistentes operacionais, secretaria de piso, educadora infantil, professora e psicóloga que está disponível após contacto telefónico. A equipa de enfermagem é constituída por dezasseis elementos, englobando o enfermeiro/a chefe (dos dezasseis elementos, quatro são enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde infantil e pediátrica). O rácio de enfermeiros por turno são: quatro/três enfermeiros na manhã, três/dois enfermeiros na tarde e dois enfermeiros na noite, utilizando o método de trabalho individual.

Os enfermeiros elaboram os seus registos ao longo dos turnos através do sistema SClínico®, utilizando uma linguagem CIPE. Além disso, este sistema permite que programem os cuidados a realizar a cada utente pediátrico. Relativamente aos utentes pediátricos que foram submetidos a cirurgia de ambulatório, os registos de enfermagem são realizados no processo manual em formulário próprio.

O SPI é acedido através de uma porta com código, de forma a manter a segurança dos utentes pediátricos. O serviço compreende uma sala lúdica (que funciona de segunda a sexta-feira, das 9h às 17h); copa (alimentação dos utentes pediátricos e dos seus acompanhantes (se cumprirem critério) é fornecida pela cozinha do hospital (pequeno-almoço, almoço, lanche, jantar e ceia) após pedido de mapa de dietas realizado pela equipa de enfermagem diariamente); quartos dos utentes internados (individuais e duplos) com respetiva casa de banho; sala de registos de enfermagem; sala de trabalho de enfermagem; sala de tratamentos; sala de registos médicos; gabinete do/a enfermeiro/a chefe; sala de equipamentos; farmácia; sala de limpos; sala de sujos; WC dos funcionários e vestiário. Esta estrutura promove os princípios do cuidar em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, já que os quartos sendo individuais e duplos promovem a individualidade e por consequência a privacidade daquela criança e respetiva família, encarando a criança e a sua família como um ser único. O quarto é visto exclusivamente como o local de conforto e de segurança, guardado a sala de tratamentos como o local para a realização dos procedimentos invasivos. Além disso a alimentação ao ser fornecida pelo hospital de acordado com cada criança e patologia, faz com que a família não esteja preocupada com esta logística, dedicando-se exclusivamente à recuperação do seu/sua filho/a. Toda esta estrutura permite que a criança e sua família tentem manter toda a rotina estabelecida previamente em casa, fornecendo espaço e material para o brincar. No internamento é imperativo brincar, permitir que as crianças tenham um lugar no seu dia-a-dia dedicado ao lúdico, é visto como uma máxima para um desenvolvimento motor e psíquico saudável. O brincar é uma atividade e uma oportunidade de relação fundamental para o processo de construção do 'ser criança'. Ao brincar a criança vai conhecendo o mundo, conquistando novas experiências e conhecimentos, utilizando os vários sentidos cheirar, tocar, sentir, ver, provar, ouvir que são elementares para a sua relação com as outras crianças e com os adultos (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

2.2.2. Objetivos da prestação de cuidados especializados, competências e aprendizagens do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Dentro do objetivo geral para a prestação de cuidados especializados: **“Adquirir competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, de forma a prestar cuidados especializados à criança em parceria com a família/cuidadores nos diferentes locais de estágio”**, foram delimitados os seguintes objetivos específicos:

- Analisar a assistência prestada relativamente aos cuidados de saúde, ao lactente/criança/jovem e sua família;
- Prestar cuidados de enfermagem especializados ao lactente/criança/jovem e família em situação de doença.

Para concretização destes objetivos, foram planeadas as seguintes atividades: a) realização de reunião com enfermeiro/a chefe e enfermeiro/a especialista que irá realizar a orientação do estágio; b) perceção das instalações, recursos, equipa multidisciplinar e modo de funcionamento do contexto; c) perceção da população-alvo de cuidados de enfermagem do contexto; d) identificação da metodologia de trabalho da equipa de enfermagem, bem como modelo teórico que é utilizado na prestação de cuidados; e) identificação das várias valências englobadas no SPI; f) identificação do papel do enfermeiro especialista na equipa multidisciplinar; g) compreensão da articulação existente entre o serviço e os outros serviços de apoio à criança/jovem; h) prestação de cuidados diretos ao lactente/criança/jovem em situação de doença, neste contexto; i) realização de pesquisa bibliográfica na área da promoção da saúde adaptada aos cuidados prestados no internamento médico e cirúrgico.

A realização da reunião foi realizada com o/a enfermeiro/a chefe do contexto e com o/a enfermeiro/a especialista, onde foram apresentados os objetivos de estágio propostos pelos nós. A perceção das instalações, recursos, equipa multidisciplinar, modo de funcionamento do local de estágio, a população-alvo de cuidados de enfermagem do local de estágio, a identificação das várias valências englobadas no SPI e a compreensão da articulação existente entre o serviço e os outros serviços de apoio à criança/jovem foram descritos no subcapítulo anterior.

O método de trabalho utilizado neste contexto para a prestação de cuidados de enfermagem pela equipa é o método individual. Este método de cuidados remete-nos para a

prestação e cuidados globais, ou seja, a totalidade dos cuidados de um enfermeiro aos utentes pediátricos doentes distribuídos para si (Pinheiro, 1994). Este detém a responsabilidade pelos seus utentes e pelos cuidados que coordena, presta e delega (Kron & Gray, 1989). A organização dos cuidados face às necessidades depende da orientação do enfermeiro e a avaliação dos resultados depende dos objetivos apontados e do tempo disponível (Pinheiro, 1994). Quando existe poucos enfermeiros, este método é vantajoso, pois permite estabelecer uma relação e comunicação efetiva entre utentes pediátricos e enfermeiros que lhe prestam cuidados, permite uma visão holística do utente pediátrico e da sua família e favorece o planeamento anterior dos cuidados a prestar.

Relativamente ao modelo de prestação de cuidados, foi visível um cruzamento de vários modelos, principalmente pelos enfermeiros especialistas deste contexto. Foram percecionados a utilização do modelo de parceria de cuidados, o modelo de cuidados centrados na família e o modelo de cuidados não traumáticos, uma constante em todos os cuidados prestados.

O EEESIP, geralmente, é o chefe de equipa de turno, gerindo o serviço (recursos e profissionais), atribuindo os utentes pediátricos pela equipa escalada naquele turno, tendo em atenção grau de complexidade do utente pediátrico, bem como os cuidados prestados anteriormente, de forma a estabelecer-se uma continuidade de cuidados e de relação no binómio enfermeiro – utente pediátrico/pais/cuidadores. Além disso, supervisiona os cuidados prestados por elementos menos experientes da equipa, estimulando a implementação dos cuidados não traumáticos aos utentes pediátricos.

Foi-nos atribuído vários utentes pediátricos, com várias faixas etárias, bem como com patologias diferentes. Prestamos cuidados diretos ao lactente/criança/jovem, tanto com patologia médica como patologia cirurgia. Para isso, foi necessário realizar pesquisa bibliográfica, principalmente na área cirurgia para a promoção de saúde naquela condição.

O SPI é um contexto que permite grande fertilidade para o desenvolvimento de competências do EEESIP: “a) Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde; b) Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade; c) Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem” (Regulamento n.º 422, 2018, p. 19192).

a) **“Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde”** (Regulamento n.º 422, 2018, p. 19192).

Nesta competência, o foco de atenção foi o estabelecimento de parceria de cuidados promotores da otimização da saúde tendo em conta a inata dependência da criança e o binómio criança/família, sendo o centro dos cuidados do EEESIP. Para o estabelecimento desta parceria de cuidados no SPI, a realização de um plano de saúde promotor de parentalidade foi fundamental. Durante o estágio, em todas as crianças/jovens, foi negociada a participação da sua família no processo de cuidar, de forma a obter-se bem-estar tanto na criança como na sua família. Para isso, foi fundamental comunicar com a criança/jovem e a família usando habilidades adequadas à idade e estadio de desenvolvimento (competência adquirida durante os últimos anos na nossa prática profissional). Cuidamos de utentes pediátricos de diferentes idades e estádios de desenvolvimento, e tentou-se que cuidássemos dos mesmos, o que proporcionou o desenvolvimento efetivo de um plano de saúde promotor para a alta hospitalar.

Durante o internamento de uma criança/jovem, é necessária a aplicação de estratégias motivadoras para que a criança/jovem e família desenvolvam os seus papéis de saúde. A utilização do modelo de parceria de cuidados foi uma mais-valia. O EEESIP não substitui a família nos seus cuidados, mas, sim, realiza uma parceria para auxiliar o desenvolvimento dos seus papéis em saúde, empoderando-os de habilidades e conhecimentos para desenvolver o seu papel nos processos de saúde/doença. Nos cuidados ao jovem com o diagnóstico de Diabetes *Mellitus* I, a aplicação de estratégias foi fundamental para que estes iniciassem o processo de aceitação de doença, focando-se no papel de cuidar da sua própria saúde, empoderando-os. Geralmente, com o internamento destas crianças/jovens, é aplicado o método de trabalho que deveria ser aplicação num contexto de SPI, o método de trabalho de **enfermeiro de referência** (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Este modelo assenta na parceria e na negociação de cuidados, promovendo a sua participação em todo o processo. Este método é organizado através da atribuição de um grupo de crianças/jovens doentes a um enfermeiro, que realiza a avaliação inicial, o diagnóstico, o planeamento, a prescrição, implementação e avaliação final dos cuidados de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Percecionamos que a aplicação deste método de trabalho foi fundamental para o sucesso da evolução do processo de internamento destas crianças/jovens, diminuindo muitas vezes o número de dias de internamento. Ainda com a utilização deste caso, foi possível acionar ligação com os recursos comunitários para as crianças/jovens com estas necessidades de cuidados especiais, por exemplo, a articulação realizada com a escola da criança/jovem e com os cuidados de saúde primários a que pertencia, para que existisse uma continuidade de cuidados na comunidade.

Especificamente relacionado com o projeto, a indagação de oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde foi basilar. A promoção do sono infantil começou com a demonstração dos nossos comportamentos perante os cuidados a prestar, durante os turnos realizados por nós, estruturávamos os cuidados para existir um momento livre para a criança e jovem pudessem realizar a sesta ou então repousar/descansar. Com os pais das crianças, demonstrávamos a importância da sesta tanto na recuperação da saúde dos seus filhos, mas também a importância desta aplicada de forma regular e rotineira quando estivessem em casa. Com os jovens nesse período de abrandamento do dia, aproveitávamos para falar da importância do estabelecimento de horários, para que conseguissem dormir o número de horas recomendadas, foi incentivado o próprio treino de deixarem as tecnologias de informação e comunicação à hora de dormir. Existiu grande adesão por parte dos jovens no internamento, pois, após uma boa noite de sono, sentiam-se com mais energia que no dia anterior. Do uso recorrente da tecnologia pode advir consequências, como alterações no desenvolvimento físico, cognitivo e social da criança (Paiva & Costa, 2015; Dias & Brito, 2016). Estas consequências potenciam “(...) o isolamento social, (...) despersonalização, ansiedade e depressão...” (Paiva & Costa, 2015, p. 5). Na sociedade atual, é inevitável o contacto da criança com os dispositivos tecnológicos, seja em casa ou na escola. Contudo, há necessidade que esta utilização seja mediada, favorecendo a relação social da criança com o ambiente que a rodeia, foi o que se tentou realizar no SPI. Para a concretização destas intervenções, a avaliação da estrutura e do contexto do sistema familiar foi uma mais-valia.

Durante o internamento no SPI, o enfermeiro intervém nas doenças comuns de Pediatria e nas situações de risco. Para isso, o desenvolvimento de conhecimento sobre doenças comuns das várias idades foi necessário através de pesquisa bibliográfica, para se ter respostas apropriadas. Durante o internamento, conseguiu-se avaliar muitas vezes os conhecimentos relativos à saúde, potenciando esses conhecimentos. Para isso, o levantamento de diagnósticos e intervenções de acordo com cada criança/jovem foi realizado no sistema SClínico®. Para além disso, na segurança da criança, foi realizado muitos ensinamentos sobre os brinquedos adequados para cada faixa etária, utilizando os brinquedos existentes na “sala dos brinquedos” como forma de demonstração aos pais.

b) “Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade”

(Regulamento n.º 422, 2018, p. 19192).

Nesta competência, o foco foi a mobilização dos recursos oportunamente, em situações de particular exigência. Foram reconhecidas situações de instabilidade das funções vitais de crianças internadas e acionados os meios necessários para a sua estabilização. Esta competência foi de fácil execução num internamento pela experiência que temos na última década numa UUP, em que a nossa prática diária é viver com a instabilidade das funções vitais do lactente/criança e jovem. Para atualizar conhecimentos nesta vertente de cuidados emergentes foi realizado o suporte avançado de vida pediátrico (*EPALS- European Paediatric Advanced Life Support*), com sucesso, tanto na vertente prática como teórica, (Anexo 2).

Em todos os cuidados de intervenção, foi realizada uma avaliação e gestão da dor e de bem-estar do lactente/criança e jovem, utilizando as várias escalas disponíveis de acordo com cada faixa etária. Durante a punção venosa, eram realizadas medidas farmacológicas antes da realização da técnica e medidas não farmacológicas durante a técnica, de acordo com a faixa etária. Das técnicas realizadas, a que mais teve impacto nos pais foi a realização da punção venosa, utilizando ao mesmo tempo a sucção nutritiva e o colo da mãe ou do pai, a execução da técnica de distração com um filme, por exemplo, num telemóvel foi também muito eficaz e valorizada pelos pais. Os pais ficaram sensibilizados para este tipo de medidas não farmacológicas, referindo muitas vezes que iriam eles próprios adotar estas técnicas, por exemplo, quando fossem aos cuidados de saúde primários para a administração de vacina. Outras medidas não farmacológicas para alívio da dor foram utilizadas atendendo a faixa etária: ouvir histórias, fornecimento do brinquedo favorito, ouvir uma música familiar, massagem, entre outras (Ordem dos Enfermeiros, 2013), tendo como norteador uma intervenção a nível comportamental, a nível cognitivo, a nível cognitivo-comportamental, a nível físico, a nível de suporte emocional e a nível ambiental (Ordem dos Enfermeiros, 2013). De salientar que a dor na saúde infantil e pediátrica pode desencadear reações fisiológicas, emocionais e motoras. Logo, as intervenções não farmacológicas são um recurso de alívio da dor, e um recurso nas situações que se prevê serem dolorosas (Ordem dos Enfermeiros, 2013). Para o desenvolvimento desta competência, a utilização do guia orientador de boa prática sobre as estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança foi essencial. De salientar que foi possível neste contexto unir estratégias farmacológicas e não farmacológicas para obtenção dos melhores resultados. Na utilização de medidas farmacológicas, é necessário tempo para o início do seu efeito, o SPI proporciona esse tempo, organizando os cuidados nesse sentido, o que muitas

vezes não é possível no nosso contexto de trabalho, em que a intervenção imediata é fundamental, muitas vezes valorizando apenas as medidas não farmacológicas de alívio da dor.

O/a enfermeiro/a especialista no SPI foi fundamental na promoção e adaptação do jovem à doença crónica, por exemplo, na adaptação do jovem à Diabetes *Mellitus* e à sua família. Tiveram que ser utilizadas estratégias, como, por exemplo, o recurso a uma jovem com Diabetes *Mellitus* e seu familiar já diagnosticado há alguns anos, para a explicitação da adaptação da sua vida à doença. Para isso, foi pedido autorização de ambas as partes para que este encontro se realizasse durante o internamento. Esta estratégia foi uma mais-valia para a aceitação da doença por parte do/a jovem. Após esse encontro, todas as estratégias implementadas pela equipa de enfermagem foram captadas rapidamente. Nesta situação clínica, existiu necessidade de realizar preparação do regresso a casa do/a jovem. Para isso, o princípio da universalidade foi tido em conta, já que este refere que temos que ter respostas adequadas a cada criança e família independentemente da doença (Ordem dos Enfermeiros, 2011). Realizou-se e acordou-se um plano individual de alta, precocemente incluindo os pais e o/a jovem. Para isso, a negociação com o/a jovem permitiu o envolvimento dos pais nos cuidados, com vista a autonomia de toda aquela família, a utilização de comunicação, ensino, incentivo, apoio e a utilização do poder de decisão foi a chave para o desenvolvimento de um plano de alta de sucesso (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

c) “Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem” (Regulamento n.º 422, 2018, p. 19192).

Nesta competência, o foco neste contexto foi a promoção da maximização do potencial de desenvolvimento. Para isso, foram avaliados o crescimento e o desenvolvimento da criança, utilizando-se a escala de Mary Sheridan que está informatizada no Sclínico®, o que nos ajudou nessa avaliação, executando os exercícios e verificando os padrões de normalidade em resposta a esses exercícios. Muitos enfermeiros neste contexto não sabiam da existência desta escala no Sclínico® e, após o seu conhecimento, iniciaram a sua avaliação.

Neste contexto de estágio, a utilização de técnicas de comunicação foi essencial para o estabelecimento de uma relação terapêutica com a criança/jovem e família e, para isso, a adaptação das técnicas de comunicação ao estágio de desenvolvimento da criança e jovem foi

fundamental, de forma a negociar eficazmente um contrato de saúde com os jovens (por exemplo). A relação terapêutica com os jovens teve como foco a sua autonomia, permitindo a assunção de responsabilidade e tomada de decisão consciente. Para isso, o EEESIP cooperou na adoção de comportamentos saudáveis, utilizando uma comunicação adaptada ao estágio de desenvolvimento.

Para a prestação de cuidados específicos neste contexto, em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem, foi realizado o processo de enfermagem com a sua descrição e registo no sistema informático Sclínico®, para “assegurar a continuidade dos cuidados, registando com rigor as observações e as intervenções realizadas” (artigo 104.º do direito ao cuidado) (Lei n.º 156, 2015, p. 8079). Paralelamente, foram contempladas todas as etapas do processo de enfermagem, a colheita de dados, o exame físico, (realizado normalmente no momento da admissão), o levantamento de diagnósticos, o planeamento de intervenções de enfermagem, a sua implementação e, por fim, a sua avaliação, para criar as condições necessárias à execução do cuidado, documentando-os.

2.2.3 Diagnóstico da situação, objetivos e atividades desenvolvidas no projeto de intervenção

Para a realização do diagnóstico de situação deste contexto, os enfermeiros do SPI efetuaram o preenchimento do questionário elaborado por nós, e que permitiu perceber o panorama do estado da “arte” (sono infantil) naquele contexto. Dos 15 questionários entregues, foram devolvidos 10 questionários preenchidos (taxa de resposta de 66%), a caracterização geral da equipa encontra-se no Apêndice 3. Os enfermeiros inquiridos do SPI, cerca de 40% (n=4) são especialistas em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Têm como tempo de experiência profissional em média 19 anos e na área de saúde infantil e pediátrica em média 14 anos de experiência, dados expostos na Tabela nº1.

Em seguida, são apresentados os resultados dos questionários (graficamente, são apresentados em Apêndice 4).

Relativamente à afirmação 1 e 2, os resultados da opinião dos inquiridos, segundo o nível de concordância relativamente a cada afirmação, foram:

- Afirmação 1: “As alterações do sono infantil podem perturbar o crescimento e o desenvolvimento infantil saudável”, 100% dos enfermeiros inquiridos concordaram com esta afirmação (Gráfico nº1).
- Afirmação 2: “As alterações do sono infantil podem perturbar a dinâmica familiar”, 100% dos enfermeiros inquiridos concordaram com esta afirmação (Gráfico nº2).

Na questão 3, quando foi perguntado se “no local onde exerce funções promove-se o sono infantil saudável”, 80% dos inquiridos referem que promovem o sono às vezes; 10% promovem o sono frequentemente e 10% raramente promovem o sono infantil (Gráfico nº3).

Na questão 5, 100% dos inquiridos consideram a promoção do sono infantil um ganho em saúde na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados ao recém-nascido, lactente, criança e jovem (Gráfico nº4).

Na questão 6, relativamente à prestação de cuidados de enfermagem ao recém-nascido, lactente, criança e jovem, a opinião dos enfermeiros relativamente à temática na prestação de cuidados, 50% dos inquiridos referem ser muito importante; 40% referem ser significativamente importante e 10% referem ser importante (Gráfico nº5).

Relativamente às necessidades de atualização de conhecimentos sobre o sono infantil, 50% da equipa de enfermagem inquirida acha muito importante essa atualização e 50% acha significativamente importante a atualização de conhecimentos sobre o sono infantil (Gráfico nº6).

Relativamente à elaboração de suporte bibliográfico para empoderar os enfermeiros sobre o sono infantil (posters, folhetos, sessões de educação, normas orientadoras), 50% dos inquiridos consideram muito importante, 40% dos inquiridos consideram significativamente importante e 10% dos inquiridos consideram importante (Gráfico nº7). Relativamente à elaboração de suporte bibliográfico para empoderar os pais/cuidadores sobre o sono infantil (posters, folhetos, sessões de educação, normas orientadoras), 70% dos inquiridos consideram muito importante, 20% dos inquiridos consideram significativamente importante e 10% consideram importante (Gráfico nº8).

Podemos refletir que a equipa de enfermagem sabe a importância que o sono infantil tem sobre a saúde das crianças, sabe que as alterações do sono podem perturbar o crescimento e o desenvolvimento infantil saudável, que as alterações do sono infantil podem perturbar a dinâmica

familiar e que consideram a promoção do sono infantil um ganho em saúde na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados ao recém-nascido, lactente, criança e jovem, mas, apesar destes terem os conhecimentos teóricos, 80% dos inquiridos referem que promovem às vezes o sono, dado alarmante e que põe em evidência a fraca promoção do sono infantil neste SPI. Apesar deste achado, a equipa têm consciência que falta suporte bibliográfico sobre a temática tanto para os profissionais como para os pais/cuidadores, e que é necessária uma atualização de conhecimentos, já que a temática é importante na prestação de cuidados.

Sendo assim, perante o diagnóstico de situação realizado, foi elaborado os seguintes **objetivos do projeto de intervenção**:

- Sensibilizar a equipa de enfermagem sobre a promoção do sono saudável na infância;
- Sensibilizar os pais para a promoção do sono saudável na infância;
- Incorporar o sono reparador no plano de recuperação do lactente, criança e jovem doente durante o internamento.

Para a sua concretização, foram planeadas as seguintes atividades: a) reflexão da equipa sobre o sono infantil e a sua promoção nos cuidados, através do questionário; b) realização de reunião com enfermeiro/a chefe e enfermeiro/a orientador/a do contexto para completar o diagnóstico de situação; c) informação aos pais nos momentos de prestação de cuidados sobre a temática; d) realização de um folheto informativo para os pais/cuidadores, para os sensibilizar para o sono infantil noturno no SPI; e) realização de um procedimento normativo, de forma a promover o sono noturno no SPI. Todas estas atividades tiveram o aval do/a enfermeiro/a chefe do contexto e do/a enfermeiro/a orientador/a.

Para a reflexão da equipa sobre o sono infantil e a sua promoção nos cuidados, a aplicação do questionário anteriormente referido teve também o objetivo de sensibilizar a equipa para a temática. Na questão 4, relativamente às estratégias de promoção do sono e de higienização do sono que utilizam para promover um sono infantil saudável, a equipa referiu as seguintes intervenções: **“diminuir luminosidade, diminuir o ruído, organizar os procedimentos, favorecer rotina e conhecer o sono da criança”**, dados descritos na Tabela nº 2, (Apêndice 5). A equipa de enfermagem identifica estratégias importantes, encontradas na bibliografia sobre a promoção do sono infantil, a consciencialização de que existem intervenções coube da reflexão que o questionário os compulsionou a ter.

Durante a prestação de cuidados direta aos utentes atribuídos durante o estágio, proporcionámos informação aos pais/cuidadores sobre a importância de completar as horas de

sono necessárias a cada faixa etária (desde o lactente ao jovem), referindo especificamente o número de horas de sono que deveriam ser completadas diariamente. Foi ainda abordada a forma como se promove o sono, com a utilização de uma rotina noturna diariamente estabelecida pelos pais/cuidadores. Além disso, foi realizada por nós, por exemplo, a promoção da sesta de manhã e após a hora de almoço nos lactentes, promovida a sesta após a hora de almoço no *toddler* e pré-escolar. Deslocávamo-nos ao quarto, baixávamos as persianas, desligávamos a televisão e diminuíamos o número de brinquedos no leito, para que houvesse condições para a realização da sesta. Relativamente aos jovens, deixávamos que dormissem até mais tarde. Após a hora do almoço, fazíamos os recolher aos quartos para a realização de uma atividade tranquila, como ler um livro ou ouvir música relaxante.

Uma outra atividade desenvolvida foi a construção de um folheto informativo para ser fornecido no momento do acolhimento dos pais/cuidadores, para os sensibilizar na promoção do sono noturno no SPI (Apêndice 6). O folheto informativo contempla informação como o número de horas recomendadas que se deve dormir por faixa etária, a importância de dormir esse número de horas, orientações gerais para a promoção do sono infantil e as ações que devem ser realizadas por todos no SPI, tanto nos espaços comuns como nos quartos para ser estabelecida uma rotina no sono infantil noturno no SPI.

Para incorporar o sono reparador, no plano de recuperação do lactente, criança e jovem doente durante o internamento, foi realizada uma reunião com o enfermeiro chefe e enfermeiro/a orientador/a especialista do contexto de estágio e percebemos a falta de um procedimento orientador para os enfermeiros de forma a promover o sono noturno no SPI. O lactente/criança e jovem estão mais vulneráveis a alterações do seu sono num internamento hospitalar, provocada por vários motivos (a doença, os profissionais de saúde, o ambiente hospitalar). Por si só, o internamento perturba o sono da criança hospitalizada devido a fatores disruptores (alarmes dos monitores, luzes intensas), fatores externos (televisão, aparelhos eletrónicos (ex. telemóvel), bem como relacionados com a própria doença que levou a criança à hospitalização (Oliveira & Ferreira, 2014). Redeker (2000) relata que existem fatores que perturbam o sono dos utentes, estes incluem fatores ambientais (o ruído, iluminação) e os cuidados ao utente. No ruído, para além dos equipamentos e alarmes, a fala do pessoal que está nas enfermarias também é referido.

Oliveira & Ferreira (2014) referem que entram cerca de três a vinte e duas pessoas nos quartos (tanto profissionais e acompanhantes) durante um turno de 8 horas e que existe atividade durante toda a noite. Além disso, referiram que as crianças hospitalizadas, entre os 3 e os 8 anos,

desperdiçam 20% a 25% do seu tempo de sono, no aumento do período de latência do sono e na hora tardia ao deitar (Oliveira & Ferreira, 2014). Em continuação, neste estudo levado a cabo por Oliveira & Ferreira (2014), é referido que “são os enfermeiros que aparentemente adotam atitudes menos protetoras do sono, o que evidencia a necessidade permanente de ações de formação” (p. 88). Uma revisão integrativa de Redeker (2000) revelou que existe uma redução dos períodos de sono, bem como um aumento do número de despertares e da sonolência diurna num internamento. Em continuação, no estudo de Oliveira & Ferreira (2014), é demonstrado poucos cuidados com a preservação do sono em enfermarias pediátricas, pois as rotinas (ações) não são uniformes nem estão claramente estabelecidas.

Favorecer condições no SPI é primordial, para que a criança consiga manter a qualidade e quantidade de sono. Intervenções simples são fáceis de serem implementadas: como a hora do silêncio geral, a redução da intensidade da luz, a limitação dos cuidados durante o sono, promovendo assim condições para que o sono infantil possa acontecer em quantidade e qualidade (Oliveira & Ferreira, 2014). Além disso, reduzir a dor e a ansiedade e promover a resposta de relaxamento pode levar a melhorias no sono (Redeker, 2000).

O procedimento realizado contempla definições relacionadas com a temática e o procedimento propriamente dito onde é referido as ações de enfermagem a serem realizadas (Apêndice 7). Agregado à norma foi realizado um placar de sensibilização para a redução do ruído, na altura do toque à campainha quando se quer aceder ao SPI. Os procedimentos, ou seja, as normas são instrumentos que apoiam os profissionais de saúde nos cuidados a prestar ao utente em contextos definidos, permitindo o fácil acesso do profissional à informação, sintetizando a informação de uma determinada temática (Roque, Bugalho, & Carneiro, 2007). A elaboração de normas de procedimentos em enfermagem encontra-se inerente às boas práticas dos cuidados de enfermagem. Estas funcionam como linhas orientadoras para a prestação de cuidados de excelência, e devem ser consideradas instrumentos de qualidade. O objetivo central é permitir que os enfermeiros desempenhem as suas intervenções de enfermagem baseadas em práticas recomendadas, normatizando os cuidados. Ou seja, a elaboração de normas de procedimentos visa fomentar a boa prática e têm por objetivo alcançar respostas satisfatórias dos clientes e dos profissionais na resolução de problemas de saúde, empregando linhas orientadoras (Comissão de Formação da Ordem dos Enfermeiros, 2007). Sendo assim a sua realização torna-se uma atividade primordial para a uniformização dos cuidados de enfermagem, bem como a uniformização de

comportamentos da equipa multidisciplinar, aumentando por consequência a qualidade dos cuidados.

2.3 Promoção de Sono Infantil numa Unidade de Cuidados Especiais Neonatais

O internamento numa UCEN é algo marcante para os pais/cuidadores, pois o nascimento de um neonatal é estimado como um dos acontecimentos mais importantes na vida dos pais e da família, comumente vivido com grande satisfação, pela concretização pessoal, pelo novo sentido que concede à vida dos pais e pela aproximação que pode causar nos membros do casal e da família (Diaz, Fernandes, & Correira, 2014). O EEESIP tem este pensamento para nortear os cuidados prestados aquele neonatal e à sua família, para que o internamento numa UCEN seja apenas vivenciado como uma passagem necessária para crescimento/desenvolvimento do neonatal.

Em seguida, é apresentada a descrição do contexto de estágio, os objetivos para a prestação de cuidados especializados e as competências desenvolvidas do EEESIP. Em continuidade, é apresentado o diagnóstico de situação deste contexto, os objetivos e as atividades realizadas.

2.3.1 Descrição do contexto de estágio

O segundo estágio que integra o estágio final decorreu numa UCEN, durante 4 semanas, sobre orientação de um/a EEESIP. Seguidamente, irá ser procedido à descrição deste contexto, com recurso à observação direta deste local, bem como pela consulta de documentos internos da instituição e pelas perguntas realizadas diretamente à equipa.

A UCEN situa-se numa instituição de saúde (hospital) a sul do Tejo, a sua população-alvo engloba recém-nascidos [RN] de termo e RN pré-termo, transferidos do bloco de partos, do puerpério, da UUP, da consulta externa e do hospital de dia. São ainda recebidos RN com transferência inter-hospitalar de unidades hospitalares com unidade de cuidados intensivos neonatais, de forma à continuação de cuidados ao RN.

A UCEN está inserida num hospital de apoio perinatal, isso significa que tem

“(...) capacidade para reanimar pronta e adequadamente todos os RN; apetrechamento adequado dos pólos de reanimação neonatal; garantir estabilidade das funções vitais até concretizar o transporte (<4h); assistir os RN normais e continuidade de cuidados até à alta; possuir uma unidade de cuidados intermédios; tratar aos RN em fase de convalescença (ex. prematuros) após estadia nos hospitais de apoio perinatal diferenciados (...)” (Comissão Nacional de Saúde Materna e Neonatal, 2006, p. 25).

Tem uma lotação para oito RN, podendo ser acomodados em incubadoras ou berços, consoante as necessidades, munidas de equipamento de monitorização cardiorrespiratória e equipamento para administração de terapêutica ao RN com patologia, aparelhos de ventilação mecânica invasiva e não invasiva (CPAP), que permite a ventilação de curta duração até ao RN ser transferido para uma unidade de cuidados intensivos neonatais, que necessitem de cuidados intensivos e/ou de suporte ventilatório contínuo.

A unidade é acedida por uma porta fechada, dando passagem para os constituintes da unidade: sala dos pais, gabinete do/a enfermeiro/a chefe, gabinete médico, copa, sala dos arrumos, sala dos sujos, armazém, vestiário, copa de leites (unidades de apoio). A unidade interiormente está dividida em duas zonas (zona das incubadoras e zona dos berços), apresenta uma zona de trabalho de enfermagem e uma zona de prestação de cuidados de higiene e conforto.

A equipa é constituída por médicos (dois a tempo inteiro, um do qual é o/a coordenador/a da unidade) e médicos que estão de urgência, dezasseis enfermeiros, desde enfermeiros de cuidados de saúde gerais, como enfermeiros especialistas em: Saúde Materna e Obstétrica, Saúde Infantil e Pediatria e Médico – Cirúrgica, bem como ainda uma secretária da unidade (9h às 12h, de segunda a sexta-feira), um/a psicólogo/a e um/a assistente social.

Os RN podem ser acompanhados pelos pais/cuidadores entre as 09h e as 22h. Este horário restringido deve-se ao facto de o espaço físico da unidade não proporcionar condições de pernoita aos pais, o que faz com que não se incentive a sua permanência durante a noite, para que estes durmam em condições favoráveis a um sono reparador, para que no dia seguinte estejam com

capacidade plena para cuidar dos seus/suas filhos/as. O horário das visitas para os avós e para os irmãos é entre as 12h e as 17h.

2.3.2 Objetivos da prestação de cuidados especializados, competências e aprendizagens do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Dentro do objetivo geral para a prestação de cuidados especializados: **“Adquirir as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, de forma a prestar cuidados especializados à criança em parceria com a família/cuidadores nos diferentes locais de estágio”**, foram delimitados os seguintes objetivos específicos na UCEN:

- Analisar a assistência prestada relativamente aos cuidados de saúde, ao RN pré-termo e RN de termo e sua família;
- Prestar cuidados de enfermagem especializados ao RN pré-termo e RN de termo e sua família.

Para concretização destes objetivos, foram planeadas as seguintes atividades: a) realização de reunião com enfermeiro/a chefe e EEESIP que irá realizar a orientação do estágio; b) perceção das instalações, recursos, equipa multidisciplinar e o modo de funcionamento da unidade; c) consulta de normas e protocolos de funcionamento existentes na unidade; d) perceção da população-alvo de cuidados de enfermagem neste contexto; e) identificação da metodologia de trabalho da equipa de enfermagem e do modelo teórico utilizado para a prestação de cuidados; f) conhecimento do sistema informático utilizado para os registos de enfermagem na unidade; e) identificação do papel do enfermeiro especialista na equipa multidisciplinar; h) compreensão da articulação existente entre a unidade e outros serviços de apoio ao RN pré-termo e RN de termo e sua família; i) prestação de cuidados diretos ao RN pré-termo e RN de termo, em situação de doença atendendo ao processo de enfermagem implementado no contexto; j) promoção do envolvimento dos pais/cuidadores na prestação de cuidados ao RN pré-termo e RN de termo, para a autonomia; k) realização de pesquisa bibliográfica na área da neonatologia e l) realização do Curso de Transporte Neonatal e Pediátrico;

A realização da reunião foi concretizada com o/a enfermeiro/a chefe do contexto bem como o/a EEESIP orientador/a, onde foram apresentados os objetivos de estágio propostos por nós.

Numa primeira abordagem, foi percebido que os RN são distribuídos pelas incubadoras ou pelos berços de acordo com a patologia inerente ao seu internamento ou então pelo seu grau de imaturidade. São internados em UCEN, RN grande parte oriundos do bloco de partos e do serviço de puerpério, em seguida provenientes da UUP daquela unidade hospitalar. Os motivos de internamento mais notados foram: síndrome de dificuldade respiratória, asfixia neonatal, malformações congénitas, infeções neonatais precoces (vindos do bloco de partos e serviço de puerpério), onfalites e icterícia neonatal (vindos da UUP), prematuridade extrema para continuidade de cuidados (transferências inter-hospitalares de unidades de cuidados intensivos neonatais).

O método de trabalho utilizado neste contexto de estágio para a prestação de cuidados de enfermagem pela equipa é o método individual. Como anteriormente foi descrito, este método de cuidados remete-nos para a prestação e cuidados globais, indo de encontro às necessidades do RN e da sua família, observando os problemas de base existentes e desenvolvendo estratégias para a melhoria do estado global do RN e incorporando os pais/cuidadores nos cuidados, de forma a ganharem autonomia na adaptação ao papel parental. Estes articulam o modelo de parceria de cuidados, o modelo de cuidados centrados na família e o modelo de cuidados não traumáticos, como base na sua prestação de cuidados.

Foi-nos atribuído vários RN e realizado tentativa de prestar cuidados sempre aos mesmo RN, de forma a realizar-se um plano de cuidados a longo prazo, permitindo a observação de ganhos efetivos no decurso do internamento do RN.

A prestação de cuidados ao RN é holística e humanística, a planificação e a realização dos cuidados ao RN têm como base a adaptação da família ao RN. Sendo assim, a preparação da família inicia-se logo no momento do internamento na UCEN. Para isso, orientações sobre os cuidados como de higiene e orientações alimentares (amamentação) são fundamentais (Rabelo, Chaves, Cardoso, & Sherlock, 2007). Quando os pais estão presentes nos cuidados ao RN, repercute ocasiões de aprendizagem. Sendo assim, a envolvimento dos pais favorece a consolidação da segurança do cuidar durante o internamento, favorecendo o cuidar do seu RN no domicílio (Rabelo, Chaves, Cardoso, & Sherlock, 2007).

Como anteriormente referido, também uma UCEN é um contexto em que existe grande fertilidade para o desenvolvimento de competências do EEESIP: “a) Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde; b) Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade; c) Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem” (Regulamento n.º 422, 2018, p. 19192).

a) “Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde” (Regulamento n.º 422, 2018, p. 19192).

Para o desenvolvimento desta competência, o centro dos nossos cuidados foram os pais/cuidadores do RN pré-termo/termo. O desenvolvimento de intervenções para garantir a qualidade e humanização dos cuidados prestados ao RN e à sua família (Diaz, Fernandes, & Correia, 2014) é o foco dos cuidados especializados realizados pelo EEESIP.

O internamento numa UCEN é uma fonte de stress para os pais, pela exigência da prestação de cuidados que o RN necessita. Durante este estágio, foi possível negociar a participação da família em todo o processo de cuidar, para que no final do internamento do RN estivessem capacitados e independentes nos cuidados a prestar ao seu RN. Deve “ser facilitado e incentivado o envolvimento dos pais nos cuidados básicos do recém-nascido, de modo a que, o mais cedo possível, se sintam mais confiantes nas suas competências para cuidar” (Gaíva, Marquesi, & Rosa, 2010, p. 62). Foram utilizadas estratégias motivadoras na família para a assunção dos seus papéis na prestação de cuidados ao RN. Sentirem-se envolvidos na prestação de cuidados diretos ao seu/sua filho/a motivava-os a serem independentes ao longo do internamento. A estratégia de envolver os pais nos cuidados tinha um duplo sentido, pois facilitava também na gestão dos processos específicos de saúde/doença (Diaz, Fernandes, & Correia, 2014). Foi favorecedor destas estratégias a atribuição dos mesmos RN ao longo do estágio, existindo a identificação pelos pais do enfermeiro de referência no processo de internamento do seu RN.

Durante este estágio, foi possível articular com agentes da comunidade no sentido da melhoria da acessibilidade do RN aos cuidados de saúde. Para isso, realizamos a articulação para a consulta de enfermagem nos cuidados de saúde primários da sua residência. Existiu também a oportunidade de articulação com o/a assistente social, após a perceção da estrutura e do contexto

de uma determinada família a quem prestamos cuidados, o que permitiu na altura da alta do RN estarem reunidas as condições necessárias para o recebimento no domicílio do RN em plenitude.

Em continuação, a norma relativamente à alta para o domicílio instituída naquela unidade, foi possível facilitar aquisição de conhecimentos de segurança do RN, principalmente na forma como são transportados. Os RN só poderiam ser levados da UCEN num sistema de retenção, oportunidade para a transmissão de conhecimentos aos pais, relativamente a esta temática. A segurança integra um recurso básico ao progresso da pessoa, compreende o estado em que os riscos e as condições potenciadores de risco são verificadas (Ramos A. L., 2012), ou seja, “não concebemos ambientes livres de risco, assim como não concebemos ambientes totalmente seguros” (Ramos A. L., 2012, p. 59). É necessário a educação nesta matéria.

Relacionado com o projeto de intervenção, trabalhou-se com as famílias a temática do sono, explicitando a importância das rotinas e do ambiente de conforto, implementado precocemente num RN de forma a potenciá-lo, bem como explicitando como se processa o sono do RN e referindo que este evolui com o tempo.

b) “Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade”
(Regulamento n.º 422, 2018, p. 19192).

Em continuidade, como no outro contexto de estágio, a gestão de medidas farmacológicas e a aplicação de conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor foi uma constante na nossa prática diária de estágio. As medidas mais utilizadas neste estágio no RN foram a presença dos pais, a utilização de embalo fornecido pelos pais e carícias, a sucção não nutritiva, a redução do ruído e a utilização de música de embalar cantada pelos pais (Ordem dos Enfermeiros, 2013). Além destas intervenções não farmacológicas, as intervenções de enfermagem relacionadas com a dor foram: “vigiar a dor”, “monitorizar a dor”, “gerir ambiente físico”, “posicionar o recém-nascido” (Ordem dos Enfermeiros, 2013, p. 34).

Em continuação, neste contexto foi possível promover a relação dinâmica com as famílias, os enfermeiros são parte integrante das famílias na ajuda da adaptação dos novos papéis familiares. O internamento numa UCEN muitas vezes é prolongado, o que faz com que se tenha que adotar

estratégias promotoras de esperança nos pais, como disponibilização de informação de como lidar com a situação do RN e utilização de escuta ativa (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p. 11). A esperança é valorizada numa “situação de stress/*coping* e adaptação em contexto de incerteza relativa à doença do filho” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p. 11). Assistimos os pais “no estabelecimento de objetivos da prestação de cuidados”, facilitámos a “comunicação expressiva de emoções”, facilitamos “o envolvimento das famílias”, promovemos “o pensamento positivo”, elogiamos “o envolvimento dos pais nos cuidados” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p. 19), entre outros.

Durante o período da realização deste estágio, sentimos a necessidade de realização do curso **acreditado** pela Sociedade Portuguesa de Pediatria e reconhecido pela Sociedad Española de Cuidados Intensivos Pediátricos, de forma a abordar, praticar e aprofundar conhecimentos em: ventilação mecânica neonatal invasiva e não invasiva aplicada aos cuidados imediatos ao RN de termo e pré-termo; transporte em ECMO- *Extracorporeal membrane oxygenation*; compromisso respiratório no RN; assistência respiratória neonatal; acesso vascular e fármacos no RN; compromisso circulatório no RN; compromisso neurológico no RN e Transporte neonatal, pois este contexto estabiliza os RN gravemente doentes e transfere-os para unidades de cuidados intensivos neonatais. Além dos conhecimentos teóricos apreendidos, foi possível aplicá-los em bancas práticas de experimentação e treino, por exemplo, na abordagem de estabilização e preparação do RN de termo e pré-termo para o transporte de um hospital de apoio perinatal para um hospital de apoio perinatal diferenciado, os conhecimentos adquiridos neste curso foram trazidos para o contexto de estágio, já que existiu momentos de instabilidade do RN com necessidade de intervenção específica (utilização de acesso umbilical, utilização de assistência respiratória não invasiva). O curso foi realizado com aproveitamento (Anexo 3).

c) “Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem” (Regulamento n.º 422, 2018, p. 19192).

O foco do desenvolvimento desta competência, neste contexto, foi a promoção da vinculação, no caso do RN doente ou com necessidades especiais. Durante o internamento do RN, avaliamos o desenvolvimento da parentalidade de forma a sabermos onde poderíamos atuar para o seu desenvolvimento positivo. A parentalidade positiva durante os primeiros anos de vida da criança é fundamental, pois permite a vinculação e o sentimento de segurança da criança,

favorecendo posteriormente a sua saúde e a sua autoestima (Ordem dos Enfermeiros, 2015). As crianças precisam de se sentir amadas, em ambiente hospitalar cabe aos enfermeiros garantirem a presença dos pais juntos do seu RN durante o seu internamento, iniciando o processo de vinculação o mais cedo possível. Desenvolvemos “comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 13). A vinculação “pressupõe que a necessidade de construir vínculos emocionais (...), definida como um laço efetivo que, uma vez estabelecida, tende a perdurar (...)” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 20). Para o estabelecimento de vinculação, foi proporcionado o contacto físico pais/RN, bem como o envolvimento dos pais na prestação de cuidados ao RN, efetivando o toque entre pais e RN e incentivando a que isso acontecesse. Além destas estratégias, quando a mãe recolhia ao internamento de puerpério, incentivava-se a levar a fralda de pano do RN que continha o cheiro do seu filho, mantendo-a consigo, e vice-versa. Recordamos um pai que, com o nascimento prematuro do filho, não queria entrar na unidade para o ver. Iniciamos o processo com o pai. Primeiramente, iniciou a observação do seu filho pelo vidro da unidade, até que conseguimos ao longo dos turnos que este tocasse e pegasse no seu filho, sendo um momento sentido por nós de certificação da dedicação que tivemos para com aquele pai. Os enfermeiros são a chave para ajudar os pais a aproveitar o tempo que passam na unidade para conhecer o seu filho, “aprendendo a interpretar os sinais de stresse e os diferentes estados comportamentais; a conhecer as posições de contenção e consolo; a reforçar a descoberta das características únicas do filho, e dos pequenos progressos” (Gaíva, Marquesi, & Rosa, 2010, p. 92).

Tivemos a oportunidade de promover a amamentação neste contexto, existe as condições necessárias para que isso aconteça, com aparelhos que nos permite ajudar as mães, mas também com informação disponível, que podemos fornecer aos pais como forma de incentivar a amamentação. O estabelecimento eficaz da amamentação nos primeiros dias após o parto é difícil, a intervenção do EEESIP é fundamental para que esta resulte. Sabe-se que, desde o primeiro instante de vida, o RN por instinto busca a mama da mãe para se satisfazer; nesse instante, encontra, além de alimento, afeto e carinho (Gorgulho & Pacheco, 2008). A promoção da amamentação não é apenas encarada como um procedimento que envolve técnicas, mas, sim, algo que requer um combinado de habilidades e atitudes de empatia. Para isso, os princípios básicos utilizados por nós foram: a escuta ativa, na qual ouviu-se toda a informação e somente depois avaliou-se esse conhecimento; a linguagem corporal, mostrou-se através de gestos o respeito, a paciência e a ausência de barreiras entre a mulher e o enfermeiro; a atenção e empatia, tendo sempre em conta os sentimentos da mulher e do parceiro sem qualquer julgamento; a tomada de

decisão, identificando os conhecimentos, oferecendo-se novas opções e dando liberdade para que o casal selecione-se a melhor opção para si; seguimento, estando sempre disponível para apoiá-los quando fosse necessário (Gorgulho & Pacheco, 2008).

Houve também oportunidade para gerir o processo de resposta do RN com necessidades de intervenção precoce, por exemplo, quando algum RN era submetido a fototerapia. Aqui, além dos conhecimentos a aplicar sobre esta intervenção, tivemos que observar a resposta do RN quando precocemente era atendida a necessidade.

Neste contexto, houve também a necessidade do estudo intensivo sobre as particularidades do crescimento e desenvolvimento do RN pré-termo/termo, pois estes utentes têm particularidades. As aulas ministradas no primeiro ano do curso de mestrado sobre esta faixa etária facilitaram essa aquisição de conhecimento. A prestação de cuidados com conhecimentos específicos foi fundamental para o estabelecimento de confiança entre nós, enfermeiros, e os pais, já que reconheciam em nós o seu apoio de adaptação a este novo papel nas suas vidas.

2.3.3 Diagnóstico da situação, objetivos e atividades desenvolvidas no projeto de intervenção

Como no contexto anterior, foi aplicado o questionário, para nos ajudar a realizar o diagnóstico de situação. Dos 16 questionários entregues, foram devolvidos 10 questionários (cerca de 62,5%), a caracterização geral da equipa encontra-se no Apêndice 8. Os enfermeiros inquiridos da UCEN, cerca de 40% (n=4) são EEESIP. Tem como tempo médio de experiência profissional 22 anos, na área de saúde infantil e pediátrica em média 15 anos de experiência, dados expostos na Tabela nº3.

São apresentados em seguida os resultados dos questionários, (graficamente são apresentados em Apêndice 9).

Relativamente à afirmação 1 e 2, os resultados da opinião dos inquiridos, segundo o nível de concordância relativamente a cada afirmação, foram:

- Afirmação 1: “As alterações do sono infantil podem perturbar o crescimento e o desenvolvimento infantil saudável”, 100% dos enfermeiros inquiridos concordam com esta afirmação (Gráfico nº9).

- Afirmação 2: “As alterações do sono infantil podem perturbar a dinâmica familiar”, 100% dos enfermeiros inquiridos concordam com esta afirmação (Gráfico nº10).

Na questão 3, quando é perguntando se no local onde exerce funções se promove o sono infantil, 20% dos inquiridos afirmam que promovem sempre, 60% dos inquiridos referem que promovem frequentemente e 20% dos inquiridos referem que promovem o sono infantil às vezes (Gráfico nº11).

Na questão 5, 100% dos inquiridos consideram a promoção do sono infantil um ganho em saúde na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados ao recém-nascido, lactente, criança e jovem (Gráfico nº12).

Na questão 6, relativamente à prestação de cuidados de enfermagem ao recém-nascido, lactente, criança e jovem, os enfermeiros, no âmbito da temática do sono infantil, consideram ser muito importante na prestação de cuidados (100% dos inquiridos) (Gráfico nº13).

Relativamente às necessidades de atualização de conhecimentos sobre o sono infantil, 60% da equipa de enfermagem inquirida acha muito importante essa atualização, 30% acha significativamente importante a atualização de conhecimentos e 10% acha importante a atualização de conhecimento (Gráfico nº14).

Relativamente à elaboração de suporte bibliográfico para empoderar os enfermeiros, sobre o sono infantil (posters, folhetos, sessões de educação, normas orientadoras), 60% dos inquiridos consideram muito importante, 30% dos inquiridos consideram significativamente importante e 10% dos inquiridos consideram importante (Gráfico nº15). Analogamente à elaboração de suporte bibliográfico para empoderar os pais/cuidadores sobre o sono infantil (posters, folhetos, sessões de educação, normas orientadoras), 80% dos inquiridos consideram muito importante, 20% dos inquiridos consideram significativamente importante (Gráfico nº16).

Podemos refletir que a equipa de enfermagem inquirida na UCEN percebe a importância que o sono infantil tem sobre a saúde das crianças e considera que as alterações do sono podem influenciar o crescimento e o desenvolvimento infantil saudável, e perturbar a dinâmica familiar. Além disso, consideram a promoção do sono infantil um ganho em saúde na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados ao recém-nascido, lactente, criança e jovem, apresentando

conhecimentos teóricos. Paralelamente aos conhecimentos demonstrados pela equipa, esta afirma promover o sono infantil sempre e frequentemente, porque considera a promoção do sono infantil um ganho em saúde na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados ao recém-nascido, lactente, criança e jovem e afirmam que esta temática é muito importante na sua prestação de cuidados. Apesar destes achados positivos, metade da equipa inquirida refere ser muito importante a atualização de conhecimentos sobre a temática e que a elaboração de suporte bibliográfico para empoderar os enfermeiros e os pais/cuidadores é muito importante.

Relativamente aos **objetivos do projeto de intervenção**, foram delineados os seguintes objetivos:

- Promover o sono no RN pré-termo e de termo;
- Sensibilizar a equipa de enfermagem sobre a promoção do sono na infância;
- Sensibilizar os pais para a promoção do sono na infância;
- Incorporar o sono reparador, no plano de recuperação do recém-nascido durante o internamento.

Para concretização destes objetivos, foram planeadas as seguintes atividades: a) realização de reunião com o/a enfermeiro/a chefe e EEESIP do contexto para aprofundar o diagnóstico de situação; b) realização de pesquisa bibliográfica na área da promoção e proteção do sono adaptada à prestação de cuidados ao RN pré-termo e termo; c) reflexão da equipa sobre o sono infantil e a sua promoção nos cuidados, através do questionário; d) reflexão em equipa na passagem de turno sobre a proteção do sono na UCEN; e) informação aos pais nos momentos de prestação de cuidados sobre a temática; f) identificação das estratégias utilizadas pela equipa para a promoção do sono em ambiente hospitalar; g) descrição do sono do RN pré-termo e termo durante o internamento, bem como as estratégias utilizadas para a sua promoção na unidade, nos registos de enfermagem; h) realização de suporte informativo com as responsabilidades e as estratégias que os enfermeiros e os pais/cuidadores têm disponíveis para protegerem o sono do RN internado numa UCEN.

Para a reflexão da equipa sobre o sono infantil e a sua promoção nos cuidados, a aplicação do questionário foi fundamental. Na questão 4, relativamente a quais as estratégias de promoção do sono e de higienização do sono utilizam para promover o sono infantil, a equipa referiu as seguintes intervenções: “**diminuir luminosidade, diminuir ruído, criar ambiente relaxante, organizar os cuidados, favorecer bem-estar, favorecer rotina, ensinar os pais**”, dados descritos na

Tabela nº4, (Apêndice 10). A equipa de enfermagem identifica estratégias importantes encontradas na bibliografia sobre a promoção do sono infantil, tanto a nível da prestação de cuidados no seu contexto de cuidados, como intervenções no âmbito da educação aos pais sobre esta temática, para serem utilizadas por estes, empoderando-os.

Após reunião com o/a enfermeiro/a chefe daquele contexto, percebeu-se que existia uma lacuna sobre como realizar proteção do sono do RN na UCEN pelos enfermeiros e pelos pais/cuidadores. Assim, iniciou-se uma pesquisa nas bases de dados sobre esta temática, percebeu-se que existe evidência científica nesta área para sustentar os cuidados prestados.

O sono do RN compreende três estágios, o sono REM (*rapid eye movement*), o sono não REM e o sono transicional (Khan, Raya, & Nunes, 2009). O sono tem uma duração média diária de 16 a 18 horas, o que corresponde a aproximadamente 70% das 24 horas (Maki, et al., 2017). Relativamente ao sono REM ou sono ativo, este predomina no período neonatal (80-90% do ciclo no RN de pré-termo e 60% do ciclo do RN de termo) (Khan, Raya, & Nunes, 2009). O RN apresenta movimentos rápidos dos olhos, alta atividade fisiológica e irregularidade nos batimentos cardíacos e na respiração, é nesta fase que acontece a ativação cerebral essencial à maturação estrutural do sistema nervoso central (Maki, et al., 2017; Graven & Browne, 2008). No sono não REM ou sono quieto, acontece regeneração celular, síntese proteica e liberação de hormonas (como a insulina, melatonina e a hormona do crescimento), além disso favorece o reabastecimento das reservas energéticas promovendo a restauração (Maki, et al., 2017; Graven & Browne, 2008). O sono transicional ou indeterminado é a transição entre os dois tipos de sono (Graven & Browne, 2008).

Vários estudos mostram que a privação do sono dos RN na unidade de neonatologia pode levar a um agravamento do estado clínico e, por consequência, atrasar a alta hospitalar (Llaguno, et al., 2015). Nas unidades de neonatologia, a estrutura e a qualidade do sono do RN são interrompidos pela manipulação durante os cuidados diários, bem como pelos fatores ambientais (ruído e luz) (Allen, 2012). Um estudo efetuado numa unidade de neonatologia de um hospital escola da Nova Zelândia demonstrou que os RN são manipulados em média 234 vezes em 24 horas (Maki, et al., 2017).

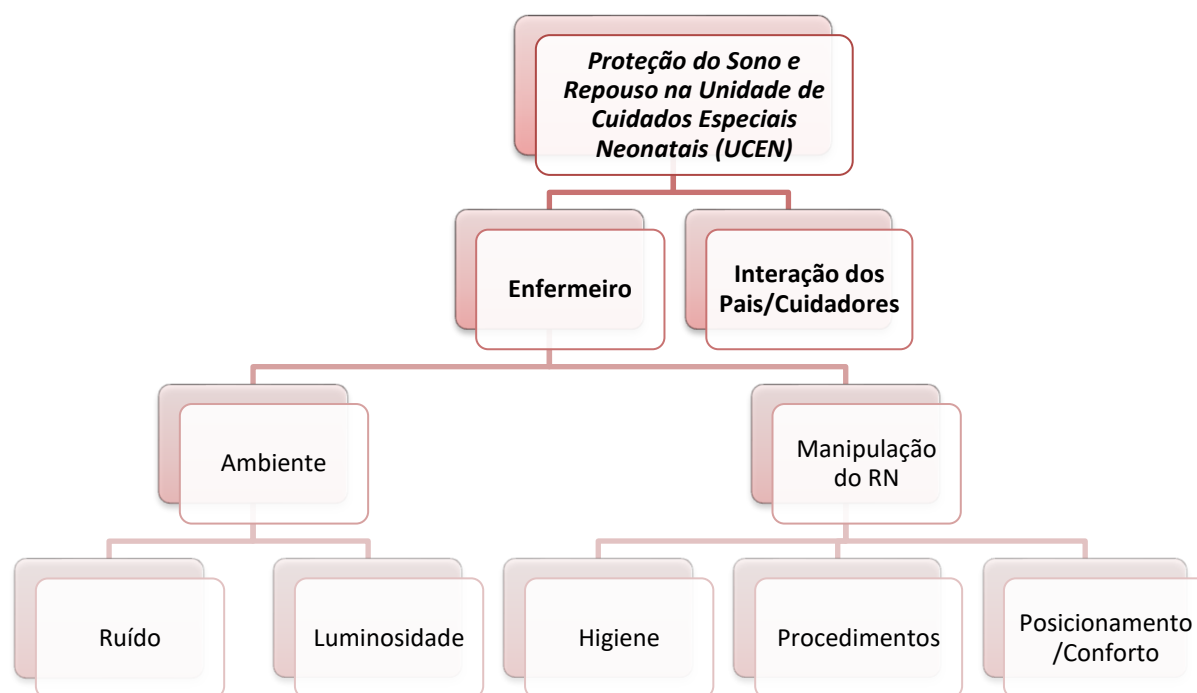
O ambiente da unidade é qualificado por deter ruído alto, luzes brilhantes e ritmos de prestações de cuidados próprios, que são desapropriados para um RN pré-termo, já que este não detém habilidades para se adaptar ao ambiente extrauterino (Lai & Bearer, 2008). Para proteger o

sono é importante modificar o ambiente, por exemplo, reduzindo os níveis de ruído, criando períodos de semi-luz e protegendo o rosto do RN da luz direta. Além disso, é fundamental estimular a presença dos pais, pois ajuda o RN a se sentir mais protegido e assim permitindo que relaxe (Colombo & Bon, 2011). A melhoria do ambiente, de forma a favorecer a proteção do sono do RN, é primordial, bem como a organização dos cuidados a serem prestados (estímulos sensoriais) e a implementação do envolvimento dos pais, os RN dormem proporcionalmente mais tempo quando o ambiente da unidade é favorável (Llaguno, et al., 2015). Um estudo levado a cabo por Llaguno, et al. (2015) permitiu depreender que o tempo total de sono foi menor na ausência da manipulação tanto a nível de estímulos ambientais como em estímulos sensoriais.

A promoção de intervenções melhora os resultados a longo prazo no que concerne ao apoio e proteção do sono em parceria com os pais/cuidadores numa unidade de neonatologia (Allen, 2012). Sabe-se que o sono das crianças altera-se ao longo do primeiro ano de vida e que este é influenciado pelos comportamentos parentais (Mindell, Telofski, Wiegand, & Kurtz, 2009), logo capacitá-los durante o internamento e demonstrando-lhes comportamentos promotores de proteção do sono do RN facilita a transição para casa na altura da alta hospitalar.

Face ao exposto, é da responsabilidade tanto dos enfermeiros como dos pais/cuidadores utilizarem medidas para protegerem o sono do RN pré-termo e de termo numa unidade de neonatologia. Os enfermeiros influenciam o ambiente e a manipulação do RN, estes estabelecem com os pais um plano de cuidados ao RN. A proteção do sono do RN na unidade é sustentando em três pilares: manutenção do ambiente da unidade, na manipulação do RN (manipulação sensorial) e na interação organizada e planeada dos pais/cuidados com o RN. Em seguida, é apresentado um diagrama para facilitar a compreensão de como se pode proteger o sono do RN na unidade, elaborado por nós.

Figura nº 5- Proteção do sono do RN numa unidade de neonatologia



Relativamente ao **ambiente**, é necessário a utilização de estratégias para diminuir a exposição do RN ao ruído e a intensidade excessiva de luz. O ruído pode ser um dos elementos mais desorientadores do ritmo de sono e repouso do RN na unidade, pois interfere no sono profundo, que executa um papel fundamental na maturação das funções cerebrais do RN, levando a alterações na termorregulação e comprometimento da imunidade do RN (Santos, et al., 2015).

O **ruído** na unidade deve ser mantido a um mínimo absoluto. Para isso, medidas como: ajustar alarmes de monitorares, ajustar os alarmes dos aparelhos de perfusão, ter cuidado na abertura e fecho das portas da incubadora, ter cuidado no abrir e fechar armários, bem como nos telefones e nas vozes da equipa, devem ser mantidos no volume mais baixo possível (Calciolari & Montiroso, 2011). Além disso, deve-se evitar o uso de rádio, manusear e mover equipamentos com cuidado, evitar o apoio de objetos ou bater com os dedos sobre a incubadora e remover a água do circuito do ventilador. São tudo medidas que poderão reduzir o ruído (Gaíva, Marquesi, & Rosa, 2010).

Em relação à **luminosidade**, a exposição à luz ambiente deve ser considerada em relação à idade do RN. Nos RN de pré-termo, um ambiente “escuro” deve ser preferido, após as 32 semanas

a iluminação deve ser proporcionada por períodos (Calciolari & Montiroso, 2011). O consenso de 2008 descreve que manter o RN em meia-luz contínua priva-os da informação circadiana, que deveria ter sido recebida até à final da gestação, logo a luminosidade periódica de baixa intensidade ativa a evolução do relógio biológico (Jordão, Pinto, Machado, Costa, & Trajano, 2016). Sendo assim, a utilização de cobertas sobre incubadoras permite evitar a luz direta e as mudanças repentinas da intensidade da luz (Calciolari & Montiroso, 2011). A proteção dos olhos é obrigatória nos RN pré-termo de <30 semanas (pois ainda não têm maturação do reflexo pupilar) (Calciolari & Montiroso, 2011).

Relativamente à **manipulação do RN**, na **higiene** e nos **procedimentos**, o enfermeiro responsável pelo RN deverá planear e organizar os cuidados antes de manipular o RN, o cuidado sem planificação tende a demorar mais tempo. Um outro ponto é falar com o RN antes de manipulá-lo, tocando nele de maneira suave e gradual para que a passagem do sono à vigília seja o menos rude possível (Gaíva, Marquesi, & Rosa, 2010). Os procedimentos e exames devem ocorrer aproximadamente noventa minutos após a última manipulação; os procedimentos devem ter uma abordagem individualizada, baseada na observação comportamental tanto na incubadora como no berço e o cuidado canguru deve ser planeado para pelo menos 60 a 90 minutos (Calciolari & Montiroso, 2011). Antes de executar os procedimentos, é necessário melhorar o **posicionamento** e contenção do RN para proporcionar conforto. Para isso, evitar alterações repentinas de postura é essencial (Gaíva, Marquesi, & Rosa, 2010). Os posicionamentos e os cuidados posturais cooperam para a diminuição do gasto energético e do stress, então é necessário mantê-lo num local confortável, utilizando ninhos ou rolos, para que ele se sinta seguro e apoiado (Gaíva, Marquesi, & Rosa, 2010).

De uma forma concreta, o **estabelecimento de uma rotina** (muda da fralda, alimentação e posicionamento) é essencial para que os enfermeiros, pais/cuidadores consigam proporcionar ao RN um ciclo completo de sono (90 minutos), tendo em conta o padrão de sono do RN (este alterna ciclos de sono e de vigília, padrão polifásico) (Gaíva, Marquesi, & Rosa, 2010). Na alimentação do RN, tem que ser tido em conta que amamentação promove o sono. Sendo assim, o RN deve ser alimentado à noite pelo leite extraído pela mãe na noite antes, pois este contém elementos indutores do sono (Colombo & Bon, 2011).

Relativamente aos **pais**, estes são o **pilar** para a **proteção do sono do RN** na unidade de neonatologia, pois fazem parte da equipa de saúde e são envolvidos na prestação dos cuidados ao

RN. Para o estabelecimento de um plano efetivo de proteção do sono do RN na unidade, estes deverão participar com a equipa no controlo e modulação de luz e barulho na unidade; aprender a observar os padrões de sono do RN; estar disponível para perceber com a equipa o uso de contenção para apoiar o RN a dormir e como manter o sono; acalmar o RN nos períodos de vigília; compreender quando interagir e quando deixar o RN descansar, de forma a melhorar o período de sono não REM; perceber com a equipa quais os momentos que o RN deve ser mantido na incubadora/berço e quais os momentos que o RN desse ser manipulado (VandenBerg, 2007).

A **interação dos pais/cuidadores com o RN** deverá ser realizada, por exemplo, durante os procedimentos. Os pais/cuidadores poderão conter as extremidades em flexão e proporcionar sucção não nutritiva. Além disso, deverão, após o procedimento, continuar a favorecer a contenção de pelo menos 10 minutos, em seguida colocar o RN em posição e contenção adequada na incubadora/berço, ou então, nesta altura, será o momento certo para o favorecimento de colo tanto da mãe ou do pai (Gaíva, Marquesi, & Rosa, 2010). Em resumo, a interação e estimulação pelos pais/cuidadores deverá ser durante os cuidados a serem prestados, utilizando a manipulação “a quatro mãos e duas cabeças”, com a colaboração da mãe ou do pai (Gaíva, Marquesi, & Rosa, 2010), pois, além dos pais se sentirem parte integrante do plano de recuperação do seu filho, os enfermeiros estão a proporcionar àquela família a interação necessária para o desenvolvimento saudável do RN.

Em conclusão, um plano de cuidados planeado e organizado favorece a rotina que, por consequência, favorece a proteção do sono do RN na unidade, sem nunca esquecer a interação pais/cuidadores - RN. Em algumas unidades, foi desenvolvido o horário do silêncio (*quiet-time*) como parte do plano de recuperação do RN, esta estratégia consiste na redução da luminosidade, do ruído, e na manipulação mínima do RN, durante determinados períodos do dia, a fim de proporcionar melhores condições ambientais para o repouso do RN (Santos, et al., 2015). Nesse horário do silêncio, desligam-se as luzes centrais da unidade, utilizando-se apenas a luz natural durante o dia e a do corredor à noite. A equipa de enfermagem agrupa os cuidados antes do início da intervenção e, durante esse período, os profissionais procuram permanecer em silêncio e minimizar ações que ocasionem ruídos e incentivam a família/cuidadores a fazê-lo (Santos, et al., 2015).

Após a realização desta pesquisa bibliográfica, surgiu o folheto com as medidas de proteção do sono do RN na UCEN, foi apreciado pela professora orientadora, pelo/a enfermeiro/a chefe da

UCEN e EEESIP orientador/a, que procederam à sua correção (Apêndice 11). Após a sua correção, foi colocado em consideração dos enfermeiros da unidade o que serviu também como instrumento de reflexão para a melhoria de cuidados prestados pela aquela equipa.

O folheto pode ser considerado como uma forma de comunicação em saúde, ou seja, a comunicação em saúde diz respeito à “utilização de estratégias de comunicação para informar e para influenciar as decisões dos indivíduos e das comunidades no sentido de promoverem a sua saúde” (Teixeira, 2004, p. 615). Podem ter finalidades muito diferentes. Neste caso, o objetivo foi “sugerir e recomendar mudanças de comportamento” (Teixeira, 2004, p. 615). A comunicação é utilizada transversalmente em saúde, com pertinência em contextos muito diferentes, a construção da mensagem pode ser considerada como atividade de educação para a saúde, potenciando comportamentos saudáveis (Teixeira, 2004).

Durante todo o estágio, foi sensibilizado e fornecido educação aos pais, nos momentos de prestação de cuidados, sobre a temática e descritas as estratégias utilizadas na promoção do sono e sua proteção em registo de enfermagem em SClínico®, uma forma também de sensibilização da equipa, já que esta não registava estas informações.

2.4 Promoção de Sono Infantil nos Cuidados de Saúde Primários

A promoção do sono infantil está contemplada no PNSIJ, instrumento de apoio à saúde infantil e juvenil para que exista a possibilidade de fornecer igualdade no desenvolvimento das crianças e jovens. Na vertente dos cuidados antecipatórios, estes podem ser abordados individualmente ou em grupo (Direção-Geral de Saúde, 2013), são apresentados alguns temas a abordar sobre o sono nas diferentes faixas etárias, por exemplo, o ritmo circadiano, o ritual de adormecimento, horas de sono adequados à idade, quantidade, qualidade e higiene do sono (Direção-Geral de Saúde, 2013).

Em seguida, é apresentada a descrição do contexto de estágio, os objetivos para a prestação de cuidados especializados e as competências desenvolvidas do EEESIP. Em continuidade, é apresentado o diagnóstico de situação deste contexto, os objetivos e as atividades realizadas.

2.4.1 Descrição do contexto de estágio

Os cuidados de saúde primários compreendem vários agrupamentos de centros de saúde [ACES] no nosso país, delimitados por zona geográfica. Os ACES têm como missão “garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica” (Decreto-Lei n.º 28, 2008, p. 1183) realizando atividades como de “promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados” (Decreto-Lei n.º 28, 2008, p. 1183). Além disso, desenvolve também atividades “de vigilância epidemiológica, investigação em saúde, controlo e avaliação dos resultados e participam na formação de diversos grupos profissionais nas suas diferentes fases, pré-graduada, pós-graduada e contínua” (Decreto-Lei n.º 28, 2008, p. 1183). O ACES engloba as seguintes unidades funcionais: Unidade de Saúde Familiar [USF]; Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados [UCSP]; Unidade de Cuidados na Comunidade [UCC]; Unidade de Saúde Pública [USP]; Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados [URAP] e outras unidades ou serviços, propostos pela respetiva Administração Regional de Saúde [ARS] e têm autonomia organizativa (Decreto-Lei n.º 28, 2008).

Seguidamente, irá ser apresentada a descrição dos contextos em que realizamos estágio. Para isto, recorreu-se à observação direta destes contextos, bem como a consulta de documentos internos da instituição e a perguntas realizadas diretamente à equipa.

A **Unidade de Cuidados na Comunidade [UCC]** encontra-se na margem sul de Lisboa, logo pertence à ARS de Lisboa e Vale do Tejo e

“presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e atua ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção” (Decreto-Lei n.º 28, 2008, p. 1184).

Fazem parte desta unidade enfermeiros, assistentes sociais, médicos, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas da fala, higienista oral e assistentes técnicos.

Os parceiros da UCC são as entidades de poder local (câmara municipal e juntas de freguesia), entidades na área da educação, entidades da área da Segurança Social, instituições particulares de solidariedade social [IPSS], associações do concelho, comissões de utentes, banco alimentar, Guarda Nacional Republicana [GNR], corporação de bombeiros, centro hospitalar e a população deste concelho.

Os programas específicos desta UCC são: Equipa de Cuidados Continuados Integrados [ECCI]; Curso de Preparação para o Parto e para a Parentalidade (curso pré-parto e curso pós-parto); Programa de Formação Técnica Externa de Auxiliares de Ação Direta; Programa de Prevenção de Quedas da Pessoa Idosa; Programa de Massagem Infantil. Os programas em que a UCC participa são: Programa de Saúde Escolar; Projeto de Adolescentes do Concelho (consulta do adolescente); Projeto de Intervenção Comunitária no Âmbito da Cidadania em Saúde; Projeto da Equipa de Prevenção da Violência do Adulto; Comissão de Proteção de Crianças e Jovens [CPCJ]; Núcleo de Apoio às Crianças e Jovens em Risco [NACJR]; Serviço de Intervenção Precoce na Infância: Equipa Local de Intervenção [ELI]; Projeto de Erradicação da Mutilação Genital Feminina.

A UCC localiza-se no segundo piso de um edifício e engloba vários gabinetes que se repartem pelos vários profissionais englobados nos vários programas da UCC. Um gabinete serve para os assistentes técnicos; outro gabinete abarca a ELI e o NACJR; noutro gabinete encontra-se a ECCI; um outro gabinete é o espaço físico do programa de saúde escolar e do curso de preparação para o parto e parentalidade; um outro gabinete abarca os psicólogos, nutricionista e higienista oral; uma outra sala serve de arrumos; um gabinete pertencente ao enfermeiro/a coordenador/a da UUC e sala de reuniões, local comum a todos os profissionais.

A **Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados** (UCSP) divide-se em 2 pisos. O módulo de saúde infantil e o módulo da vacinação funciona no 2.º piso, de segunda a sexta-feira, entre as 8h e as 17h. A equipa de enfermagem é composta por três EEESIP, que realizam as consultas de desenvolvimento infantil e vacinação e um enfermeiro generalista. Os cuidados de enfermagem são prestados com base no PNSIJ e o PNV. Os registos realizados pela equipa de enfermagem é no sistema operativo SClínico®. O módulo compreende 3 gabinetes de enfermagem para realização de consulta de desenvolvimento infantil pelo enfermeiro, dois gabinetes médicos e um gabinete de vacinação.

Neste módulo, as consultas de saúde infantil e pediátrica funcionam por agendamento. Relativamente à vacinação, esta é feita diariamente sem necessidade de marcação prévia. Relativamente à população-alvo da UCSP, a consulta de saúde infantil e pediátrica engloba a população em idade pediátrica.

Os utentes pediátricos e as suas famílias chegam a UCSP geralmente pela receção do serviço ou pela notícia de nascimento (efetuam marcação de consulta para realização do teste de diagnóstico precoce nos primeiros dias de vida do RN), ou então a equipa de enfermagem contacta a família para agendamento. A partir desta primeira marcação, as outras consultas de vigilância são marcadas de acordo com o PNSIP, ou por necessidade.

As consultas de enfermagem funcionam em parceria com a consulta médica, são realizadas pelas idades padrão do PNSIJ. No primeiro mês de vida do RN, é marcado acompanhamento pela equipa de enfermagem semanalmente para avaliação ponderal do RN bem como para avaliação da adaptação do RN ao domicílio. A partir do primeiro mês, e se não existir nenhuma intercorrência, são marcadas consultas com as idades chave. Fora das idades chave, é possível marcar consultas sempre que existia necessidade da criança ou da família, ou então sempre que o enfermeiro observe necessidade.

2.4.2 Objetivos da prestação de cuidados especializados, competências e aprendizagens do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Dentro do objetivo geral para a prestação de cuidados especializados: **“Adquirir as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, de forma a prestar cuidados especializados à criança em parceria com a família/cuidadores nos diferentes locais de estágio”**, para este contexto de estágio, foram delimitados os seguintes objetivos específicos para os cuidados de saúde primários:

- Analisar a assistência prestada relativamente aos cuidados de saúde, à criança/jovem e sua família, neste local;
- Prestar cuidados de enfermagem especializados ao nível dos cuidados de saúde primários.

Para concretização destes objetivos, foram planeadas as seguintes atividades: a) realização de reunião com enfermeiro/a coordenador/a e EEESIP orientador/a do estágio; b) perceção das instalações, recursos, equipa multidisciplinar e modo de funcionamento contexto; c) perceção das características da população pediátrica e respetivas famílias, abrangidas pela UCC e UCSP e as suas principais necessidades; d) identificação da metodologia de trabalho de equipa de enfermagem utilizada; e) identificação do papel do enfermeiro/a especialista na consulta de saúde infantil e no seio da equipa multidisciplinar e nos vários programas da UCC; f) compreensão da articulação entre as várias unidades do ACES; g) observação da prestação de cuidados do/a EEESIP em contexto de cuidados de saúde primários; h) realização de pesquisa bibliográfica na área dos cuidados de saúde prestados, tendo por base os programas imanados pela DGS e i) colaboração nas atividades de vigilância da saúde infantil e juvenil.

A reunião foi realizada com o/a enfermeiro/a coordenador/a da UCC, bem como com EEESIP orientador/a, e foram apresentados os objetivos de estágio propostos por nós. Além desta reunião, foi realizada uma outra com o/a enfermeiro/a coordenador/a do módulo da Saúde Infantil e Pediátrica da UCSP.

O método de trabalho utilizado na UCSP para a prestação de cuidados de enfermagem pela equipa é o método individual. Na UCC, o método de trabalho observado é o método de equipa, em que a assistência é centrada no cliente e implementada por reuniões diárias de equipa. Trabalhar em equipa é:

“o respeito mútuo pelas dificuldades e um sentido de responsabilidade compartilhado para completar o trabalho que os juntou; desenvolver um caminho de cooperação que dê aos enfermeiros uma tarefa mais completa, com mais responsabilidades no seu trabalho, e torná-los mais aptos para interagir com os clientes” (Costa, (S.D), p. 237).

Também aqui, nestes contextos de estágio, o modelo utilizado é o modelo de parceria de cuidados, o modelo de cuidados centrados na família e o modelo de cuidados não traumáticos.

A escolha destes contextos de estágio permitiu amplamente percecionar os cuidados de saúde primários nos vários programas da DGS relacionados com a saúde infantil e pediátrica: Plano

Nacional de Saúde Infantil e Pediátrica, Plano Nacional de Vacinação, Programa de Saúde Escolar, Intervenção Precoce na Infância e Proteção de Crianças e Jovens em Risco.

Além disto, a experiência profissional que detemos na área da saúde infantil e pediátrica relaciona-se com as situações de doença instalada, pelo que existiu necessidade de aprofundar conhecimento relativo à promoção de saúde e relativo à prestação de cuidados, e perceber o papel do EEESIP nos vários programas da DGS ministrados nos cuidados de saúde primários. Estes conhecimentos contribuem para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados por nós, tendo por base uma visão holística dos cuidados à criança/jovem e família em qualquer contexto que o EEESIP preste cuidados.

Os cuidados de saúde primários são também contextos em que existe grande fertilidade para o desenvolvimento de competências do EEESIP: “a) Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde; b) Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade; c) Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem” (Regulamento n.º 422, 2018, p. 19192).

a) “Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde” (Regulamento n.º 422, 2018, p. 19192).

Para este contexto de estágio, o foco de atenção foi a implementação de parceria de um plano de saúde. Durante o estágio, neste contexto, foi possível participar na saúde escolar pertencente àquela UCC. A promoção da saúde em meio escolar assenta na metodologia de trabalho por projeto, tendo como base as necessidades reais da população escolar, para estabelecer processos de ensino e aprendizagem, ajudando a elevar o nível de literacia para a saúde e melhorar o estilo de vida da comunidade educacional, o programa nacional de saúde escolar é o instrumento orientador das políticas nacionais (Direção-Geral da Saúde, 2015). A intervenção em saúde escolar aponta para cooperar na obtenção de ganhos em saúde através da promoção de contextos escolares favoráveis à saúde (Direção-Geral da Saúde, 2015).

Durante o estágio, participamos num programa de saúde que está incluído na área de intervenção da saúde escolar: prevenção do consumo de tabaco realizado pela equipa de saúde

escolar da UCC. Este projeto contribui para a promoção de escolhas informadas na área da prevenção dos consumos (do tabaco), que levam à adoção de comportamentos responsáveis e promotores da saúde, evitando/adiando o início do seu consumo, nos alunos do 3.º ciclo de escolaridade. Para isso, está delineado a metodologia de intervenção junto das turmas, com um conjunto de atividades, apostando em dinâmicas lúdico-pedagógicas, trabalhos de grupo, numa avaliação reflexiva sobre os conhecimentos que unificam um modelo de desenvolvimento de competências, para instruir a lidarem com os riscos associados a estilos de vida não saudáveis e assim prevenindo-se os hábitos tabágicos. Foi uma mais-valia a participação por nós neste projeto com a equipa da UCC, pois percecionou a aplicação de um projeto de intervenção realizado na comunidade escolar, percebendo que é um “terreno” bastante fértil para a promoção de literacia em saúde de crianças e jovens. Foi também realizada com a equipa da saúde escolar formação aos alunos de 9.º ano sobre suporte básico de vida, outra experiência enriquecedora, já que a nossa prática profissional é num serviço de urgência. Aqui, o objetivo foi a capacitação, pois a saúde escolar contribui para elevar o nível de literacia, incentivando a comunidade a praticar numa cidadania responsável e consciente. Após cada sessão realizada em contexto de saúde escolar, foi efetuado registo em SClínico® como comunidade (uma valência que não conhecíamos neste sistema).

Ao longo do estágio, participamos em reuniões do NACJR, o que permitiu identificar situações de risco para a criança e jovem (exemplo: comportamentos de risco), estabelecendo um plano para a criança ou jovem referenciado para o NACJR. Nestas reuniões, além de se estabelecer um plano de intervenção, também se encaminha as crianças e jovens que necessitam de cuidados de outros profissionais. Como norteador, o artigo 102.º, dos valores humanos de “salvaguardar os direitos das crianças, protegendo-as de qualquer forma de abuso” (Lei n.º 156, 2015, p. 8079), foi fundamental. Os maus-tratos em crianças e jovens são percebidos, hoje, como um verdadeiro problema de saúde pública a nível mundial. Relativamente à assistência destas crianças, por exemplo, em contexto de consulta, é realizada sempre por dois profissionais da equipa do NACJR. Muitas vezes, com estas observações identifica-se evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar psíquico, com necessidade de encaminhamento, facilitado pela presença na equipa um/a psicólogo/a. O NACJR é uma equipa pluridisciplinar, que polariza motivações e saberes sobre maus-tratos em crianças e jovens, integrando uma interface na articulação e cooperação entre serviços e instituições. A equipa em que estávamos inseridos agrupa: um/a médico/a, um/a enfermeiro/a, um/a psicólogo/a e um/a assistente social. Além desta equipa central, estes estão munidos por recursos que cooperam com eles, desde a Guarda Nacional Republicana a instituições de

solidariedade social. Tivemos oportunidade de trabalhar com estes parceiros, relativamente a um caso, em que a intervenção dos parceiros foi essencial para uma intervenção eficaz na eliminação do risco.

O NACRJ tenta prevenir a ocorrência dos maus-tratos, detetar precocemente situações de risco e de perigo, acompanhar e prestar cuidados e sinalizar/encaminhar casos para outros serviços. O NACJR está no primeiro nível de intervenção, intervém na promoção dos direitos e na proteção das crianças e dos jovens, em geral, e das que se encontrem em situação de risco ou perigo. Existem mais dois níveis de intervenção, um num segundo nível, que quando o NACJR não consegue atuar de forma adequada e suficiente para remover o perigo toma lugar a ação das CPCJ, nas quais a Saúde participa também; no último nível de intervenção, o terceiro nível, é a intervenção judicial, que se pretende residual (Direção-Geral da Saúde, 2008). A intervenção para a promoção dos direitos e proteção da criança e do jovem em perigo cumpre os seguintes princípios: interesse superior da criança e do jovem, privacidade, intervenção precoce, intervenção mínima, proporcionalidade e atualidade, responsabilidade parental, primado da continuidade das relações psicológicas profundas, prevalência da família, obrigatoriedade da informação, audição obrigatória e participação e subsidiariedade (Lei n.º 142, 2015) (2.ª alteração à lei aprovada pela Lei n.º 147/99).

Além da participação no NACJR, foi realizado estágio nas reuniões da comissão restrita da CPCJ. Estas reuniões permitiram observar a assistência realizada à criança/jovem em situações de abuso, negligência e maus-tratos.

A CPCJ foi criada na sequência do Decreto-Lei n.º 189/91, de 17/5, foram reformuladas e criadas novas, de acordo com a Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo aprovada pela Lei n.º 147/99, de 1 de setembro. Esta lei teve três alterações (Lei n.º 31/2003, de 22 de agosto, Lei 142/2015, de 8 de setembro, e Lei 23/2017, de 23 de maio). As CPCJ 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 segurança, saúde, formação, educação ou desenvolvimento integral da criança/jovem. A comissão restritiva da CPCJ é composta por representantes de vários ministérios e instituições: Segurança Social, saúde, município, instituições particulares de solidariedade social/organizações não governamentais. Aqui, após a receção da sinalização de situações de perigo, é realizada a abertura de processo e, se existir consentimento dos pais/cuidadores, ocorre uma avaliação diagnóstica onde se pode ou não confirmar o perigo. Após a confirmação, é realizada a deliberação e aplicada medidas de promoção e proteção. Quando não existir consentimento por parte dos pais/cuidadores, o processo é encaminhado para o

Ministério Público. A CPCJ pode aplicar as seguintes medidas de promoção e proteção: meio natural de vida (apoio junto dos pais, apoio junto de outro familiar, confiança a pessoa idónea, apoio para a autonomia de vida) ou em meio de colocação (familiar, acolhimento residencial) (Comissão de Proteção de Crianças e Jovens, (S.D)). As reuniões da comissão restrita, geralmente, são compostas por informações, abertura de casos e reabertura de casos e deliberações. Relativamente à abertura de casos, estes desenvolvem-se em vários momentos: a sinalização propriamente dita dando a conhecer à equipa, em seguida qualifica-se a problemática em que a sinalização está inserida, depois é atribuído um gestor de caso da equipa restritiva e, por fim, faz-se deliberação com as medidas a aplicar de promoção e proteção. Foi por nós observado a aplicação de todo o processo, bem como a operacionalização do modelo preconizado para o funcionamento da reunião restrita.

b) “Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade”
(Regulamento n.º 422, 2018, p. 19192).

Nesta competência, foi possível adequar o suporte familiar e comunitário, referenciando crianças/jovens com incapacidades e doença crónica para instituições de suporte e para cuidados de especialidade. Isto foi realizado, por exemplo, na UCC nos vários programas em que o EEESIP está inserido. Foi necessário referenciar através do contacto direto com o médico de família de uma criança em que foi aplicado a Escala de Avaliação das Competências no Desenvolvimento Infantil *Schedule of Growing Skills* pelo/a psicólogo/a da equipa, percecionando-se alterações. Aqui, o EEESIP teve o papel de contactar diretamente com o médico de família, de forma a articular-se o mais rapidamente possível com a consulta hospitalar de desenvolvimento. A Escala de Avaliação das Competências no Desenvolvimento Infantil *Schedule of Growing Skills* é aplicada a crianças entre os zero e os cinco anos de idade e avalia nove áreas de desenvolvimento psicomotor: postura passiva e ativa, locomoção, capacidades manipulativas, capacidades visuais, audição e linguagem, fala e linguagem, interação social e autonomia pessoal. É de aplicação rápida e de fácil visualização através de um gráfico de resultados, é precisa e fiável (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Além disso, houve necessidade também de articular com a Psiquiatria Hospitalar de alguns jovens que estavam referenciados ao NACJR. Foi também realizada uma articulação com a consulta de Pediatria Hospitalar, de um jovem com uma patologia de base (asma), que por ter faltado às consultas da especialidade deixou de ser seguido pela especialidade. Aqui, o EEESIP foi fundamental

para que este jovem fosse de novo incluído na consulta de Pediatria do hospital de doenças respiratórias.

Foi realizado por nós o Curso de Massagem Infantil, o que proporcionou apreender cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem complementares, amplamente suportadas na evidência. Assim, o conhecimento e habilidades em diferentes tipos de terapias foi o que se ofereceu ao lactente (será abordada a temática mais à frente).

c) “Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem” (Regulamento n.º 422, 2018, p. 19192).

Neste contexto de estágio, o foco desta competência recaiu sobre a promoção do crescimento e o desenvolvimento infantil. A potenciação do crescimento e desenvolvimento da criança nas diferentes faixas etárias é importante para coadjuvária a adaptar-se às transições normais ou acidentais através da otimização do estado de bem-estar físico, psicológico, intelectual, social e espiritual, em associação com a sua família. Na UCSP, em todas as consultas realizadas, foi avaliado o crescimento e desenvolvimento de acordo com a faixa etária e em paralelo foi transmitido orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantojuvenil. Na prática clínica, a observação e avaliação são fundamentais para a vigilância da criança, através de um programa estruturado e implementado de forma a vigiar o desenvolvimento infantil (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

A vigilância da saúde infantil e juvenil compreende intervenções que permitem atingir vários objetivos com vista à obtenção de ganhos em saúde nesta população, como: avaliar o crescimento e o desenvolvimento; estimular a opção por comportamentos promotores de saúde; detetar precocemente e encaminhar; prevenir, identificar e saber como abordar as doenças comuns; sinalizar e proporcionar apoio continuado às crianças com doença crónica/deficiência e assegurar a realização de aconselhamento genético; identificar, apoiar e orientar a criança e família vítima de maus-tratos e de violência; promover o desenvolvimento e apoiar e estimular o exercício adequado das responsabilidades parentais (Direção-Geral de Saúde, 2013).

As consultas realizadas por nós, na sua maioria, foram consultas ao neonatal na sua primeira semana de vida e a lactentes nos primeiros meses de vida. A primeira consulta inicia-se com a realização da colheita de dados (anamnese) pelo/a enfermeiro/a, construindo também o

genograma familiar e exame objetivo. Nesta primeira consulta, também é realizado o rastreio neonatal que permite o diagnóstico precoce de determinadas doenças, como doenças hereditárias do metabolismo passíveis de tratamento específico. Este rastreio pertence ao Programa Nacional de Diagnóstico Precoce, um programa de saúde pública. Durante a punção para a realização do rastreio, é aproveitado para colocar o neonatal ao peito, de forma a aliviar a dor da punção (medida não farmacológica) e também para observar o neonatal ao peito. Inicia-se então uma nova fase da consulta, onde se promove a amamentação, verificando-se a pega e iniciando os ensinamentos relativos à amamentação. Sem dúvida, a amamentação nesta primeira consulta é o ponto principal, já que é manifestado pelos pais muitas dúvidas e dificuldades.

Uma outra faixa etária em que foi realizada consulta foi a dos 6 meses. Aqui, para além de todos os itens de avaliação realizada pela escala de avaliação de desenvolvimento de Mary Sheridan modificada, foi realizado ensino relativamente à introdução dos alimentos, disponibilizando, inclusive, suporte informativo aos pais. Nesta consulta dos 6 meses, foi também realizada vacinação ao lactente, de acordo com o esquema do PNV. Nesta técnica, também foram favorecidas medidas de alívio da dor não farmacológicas. Toda a avaliação do crescimento e desenvolvimento, inclusive os ensinamentos realizados nos cuidados antecipatórios, são registados em SClínico®, este programa contempla a escala de avaliação do desenvolvimento de Mary Sheridan, o que facilita o desenvolvimento da consulta. Além destes registos, regista-se as vacinas administradas através do eBoletim de vacinas, a consulta é finalizada com a marcação de nova consulta de avaliação.

Na UCC, o Curso de Massagem Infantil ministrado pelo/a EEESIP, que se destina a pais e lactentes com idades compreendidas entre os 28 dias e os 12 meses de idade, tem como objetivo: capacitar os pais na aprendizagem de várias técnicas que promovem um sono calmo, proporcionar o relaxamento e bem-estar, contribuir para o contacto afetivo, contribuir para o alívio das cólicas, favorecer o crescimento e o desenvolvimento, estimular o desenvolvimento motor e a coordenação, reforçar a libertação da hormona de crescimento, melhorar a circulação e a respiração, estimular o sistema imunitário e melhorar o estado geral do lactente. O curso é composto por 4 sessões, com uma periodicidade semanal. Cada sessão tem uma duração média de 60 minutos. Na primeira sessão, é realizada a apresentação do Curso de Massagem Infantil e o ensino e demonstração de técnicas de massagem das pernas e pés. Na segunda sessão, é realizada a repetição das técnicas anteriores, ensino e demonstração das técnicas de massagem da barriga e peito, e ensino e demonstração do protocolo de massagem para o alívio das cólicas. Na terceira sessão, realiza-se a repetição das técnicas anteriores, ensina-se e demonstra-se as técnicas de

massagem dos braços e mãos, e as técnicas de massagem da cara e costas, finalizando-se com a sequência abreviada da massagem. Na quarta sessão (última), repete-se as técnicas anteriores e realiza-se treino da sequência completa de relaxamento, ensina-se também e demonstra-se técnicas de ginástica para lactentes, baseados nos princípios do yoga. Em todas as sessões, no final, é abordada uma temática relativamente ao lactente (exemplo: alimentação, o choro, o sono infantil), é uma ocasião de partilha de ideias, momento de esclarecimento de dúvidas e transmissão de conhecimento relativamente à temática do dia. Este curso proporcionou-nos a apreensão das várias técnicas de massagem infantil, uma delas para o alívio de cólicas abdominais do lactente. Além disso, durante estas sessões, conseguíamos transmitir orientações antecipatórias de várias temáticas sensíveis às famílias, maximizando o potencial de desenvolvimento do lactente.

Além disto, na UCC, foi possível gerir o processo de resposta à criança com necessidades de intervenção precoce, já que um dos programas em que o/a enfermeiro/a orientador/a participa como consultoria é o Programa de Intervenção Precoce de Infância, na ELI. A equipa funciona com membros de vários ministérios: Trabalho e da Solidariedade Social, da Educação e da Saúde, conjuntamente com envolvimento das famílias e da comunidade. A equipa em que estávamos inseridos tem como elementos: enfermeiro, assistente social, terapeuta da fala, fisioterapeuta, professoras do primeiro ciclo e educadora. A missão da intervenção precoce na infância é a aplicação de um conjunto de medidas de apoio integrado centrado na criança e na família, incluindo ações de natureza preventiva e reabilitativa, no âmbito da educação, da saúde e da ação social, a crianças entre os 0 e os 6 anos, que apresentem critérios de elegibilidade, ou seja, crianças que apresentem alterações ou em risco de apresentar alterações nas funções ou estruturas do corpo que limitam o normal desenvolvimento e a participação nas atividades típicas, tendo em conta os referenciais de desenvolvimento próprios ou risco grave de atraso de desenvolvimento pela existência de condições biológicas, psicoafectivas ou ambientais, que implicam uma alta probabilidade de atraso relevante no desenvolvimento da criança (Direção-Geral da Saúde, (S.D)). Aqui, o/a enfermeiro/a serve de consultoria a toda a equipa sobre temáticas da saúde e aplica em conjunto com a equipa os critérios de elegibilidade, o/a enfermeiro/a nesta equipa não aplica intervenção direta com as crianças e famílias. Para nós, foi uma mais-valia integrar este programa, perceber o seu funcionamento e percebendo que é mais um recurso à comunidade disponível. As crianças avaliadas pela intervenção precoce podem ser referenciadas pelos hospitais, pelos cuidados de saúde primários, pelas escolas e pelos próprios pais.

A equipa reúne-se semanalmente para discussão de planos individuais de intervenção, para a receção de novos casos e atribuição de gestor de caso a cada situação. Esta reunião é muito importante, pois é nesta reunião que se verifica a importância do papel do EEESIP, pois a restante equipa nesta reunião coloca dúvidas muitas vezes relacionadas com a saúde ao enfermeiro/a.

2.4.3 Diagnóstico da situação, objetivos e atividades desenvolvidas no projeto de intervenção

A realização do diagnóstico de situação resultou da reunião com o/a enfermeiro/a orientador/a tanto da UCC e da UCSP, percebendo-se que seria pertinente a realização de atividades específicas enquadradas em cada contexto de prestação de cuidados e que pudessem dar resposta aos objetivos específicos delimitados por nós.

Neste contexto de estágio, não foi realizada a atividade transversal, por duas razões, uma delas é que as equipas solicitaram atividades específicas relacionado com a temática, e a outra razão é que, com a caracterização dos enfermeiros no preenchimento do questionário, corria-se o risco de identificar-se os locais em que se estaria a realizar o estágio final, quebrando o anonimato no seu preenchimento.

Relativamente aos **objetivos do projeto de intervenção**, foram delineados os seguintes:

- Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância da temática;
- Desenvolver intervenção no âmbito da promoção do sono infantil junto da família/cuidadores, ao nível dos cuidados de saúde primários;
- Desenvolver intervenções no âmbito da promoção do sono infantil junto da comunidade.

Assim, para concretização destes objetivos, foram planeadas as seguintes atividades: a) reflexão da equipa sobre o sono infantil nas reuniões de grupo; b) transmissão de informação sobre a promoção do sono infantil nas consultas de vigilância do lactente/criança/jovem individualmente, incorporado nos cuidados antecipatórios; c) realização de um cartaz intitulado “Promoção do sono saudável na criança e no jovem” com estratégias para a sua promoção, para colocação na sala de espera da UCSP; d) realização de um folheto sobre o sono infantil saudável e seguro, intitulado: “O sono infantil saudável e seguro, como promovê-lo?; e) elaboração de uma descrição de dinâmica

de grupo e respetivos materiais a serem utilizados, incorporada numa das sessões do Curso de Massagem Infantil, projeto realizado pelo/a enfermeiro/a orientador/a, que poderá ser replicado no futuro; f) realização de um *flyer* sobre o Sono Seguro no Primeiro ano de vida para Curso de Massagem Infantil; g) realização de uma revisão integrativa sobre “Os programas de educação sobre o sono infantil-juvenil”, para publicação numa revista científica; h) participação no programa “Encontro Marcado”, da rádio *Jornal de Setúbal*, para abordar a temática do sono infantil.

Em continuidade, para a elaboração das atividades propostas, iniciou-se uma pesquisa nas bases de dados sobre esta temática, percebeu-se que existe evidência científica nesta área, de forma a sustentar os cuidados prestados. O dormir com qualidade e no número de horas recomendado, numa base regular, está associado a melhores resultados na saúde (a nível da atenção, comportamento, aprendizagem, memória, regulação emocional, qualidade de vida e saúde mental e física) (Sociedade Portuguesa de Pediatria, S.D). Como na fundamentação teórica anteriormente realizada, não se pode viver sem dormir, sendo fundamental para o desenvolvimento e crescimento da criança. Grande parte das crianças não consegue completar o sono recomendado para cada faixa etária, existe evidência científica de que dormir com qualidade e no número de horas indicado, regularmente, está relacionado com melhores resultados na saúde (Sociedade Portuguesa de Pediatria, S.D).

Para isso, é fundamental e da responsabilidade das famílias cumprir regras essenciais para a higiene do sono infantil, e da responsabilidade dos profissionais de saúde educarmos as famílias nesse sentido.

As regras essenciais de higiene de sono são:

“1) promover um horário regular de deitar a criança à mesma hora todos os dias mantendo essa regularidade aos fins-de-semana, com uma diferença máxima de 30 minutos; 2) ter uma rotina de deitar estabelecida com um ritual que precede a ida para a cama sempre idêntico (vestir o pijama - lavar os dentes - contar história, a título de exemplo); 3) deitar a criança ainda acordada permitindo o uso de objeto de transição como uma fralda, chucha ou boneco; 4) evitar adormecer em local que não a própria cama; 5) evitar atividade estimulante antes de adormecer como exercício físico, ver filmes ou jogos e 6) não permitir o uso de aparelhos eletrónicos

no quarto como televisão, computador ou telemóvel nas crianças mais crescidas” (Sociedade Portuguesa de Pediatria, S.D, p. 2).

Além da promoção do sono infantil, tem que ser promovido o sono seguro no primeiro ano de vida da criança, por exemplo, a promoção de um ambiente de sono seguro poderá ser uma forma de prevenção de Síndrome da Morte Súbita do Lactente (principal causa de morte pós-neonatal nos países desenvolvidos) (Azevedo, Mota, & Machado, 2015). Sendo a principal causa de morte pós-neonatal, a necessidade de uma intervenção direcionada, de forma a promover um sono seguro no primeiro ano de vida da criança, torna-se importante (Azevedo, Mota, & Machado, 2015). Fernandes, Fernandes, Amador, & Guimarães (2012) referem que a maioria das mães menciona conhecimentos diminutos para a promoção do sono seguro no primeiro ano de vida. Em Portugal, existe recomendações emanadas pela SPP (Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2009), para a prevenção de síndrome de morte súbita do lactente e, assim, obter-se um sono seguro no primeiro ano de vida. Estes autores referem que é fundamental a implementação da divulgação de informação dirigida aos pais de lactentes e realização de reforço do ensino personalizado nas consultas de vigilância de saúde infantil ao longo do primeiro ano de vida, incluindo medidas de prevenção, pois a aplicação de medidas preventivas dos fatores ambientais é o mais importante, são estes os fatores que os pais e os cuidadores podem intervir (Fernandes, Fernandes, Amador, & Guimarães, 2012).

Estas duas vertentes, o sono saudável e seguro é demonstrado nos programas nacionais: no PNSIJ e no Programa Nacional Saúde Escolar [PNSE]. Dar visibilidade aos cuidados antecipatórios como prática fundamental para promoção da saúde e à prevenção da doença nas crianças, é primordial. Deste modo, capacitar os pais com conhecimentos que poderão levar ao melhor desempenho da sua função parental.

Para complementar esses cuidados antecipatórios, foi realizado um folheto como complemento para ser entregue na consulta de saúde infantil pelos enfermeiros sobre a promoção sono infantil saudável e seguro (Apêndice 12), e criado um póster com informação e estratégias para a sua promoção na criança e no jovem (Apêndice 13). O desenvolvimento destas atividades foi pedido pela equipa de enfermagem que realiza a consulta de saúde infantil e pediátrica na UCSP. A comunicação entre a equipa de saúde e os utentes, pais/cuidadores assume uma importância vital para a qualidade da assistência prestada, a comunicação verbal é “uma das maneiras de proporcionar o atendimento dessas demandas e, em alguns casos, pode ser acompanhada pelo

fornecimento de impressos em saúde” (Nascimento, et al., 2015, p. 436). As instituições de saúde empregam materiais educativos elaborados pelos seus profissionais para o estabelecimento dessa comunicação suplementar, os folhetos educativos são capazes de nortear ações de cuidados e de contribuir para o desenvolvimento da capacidade nos processos decisórios (Nascimento, et al., 2015). Na construção dos folhetos neste projeto, foi utilizada linguagem clara, objetiva, sem termos técnicos presentes, com explicações referentes a seu significado (Nascimento, et al., 2015), além disso, foi tido em conta a utilização de um layout apelativo de forma a cativar a leitura. A elaboração destes folhetos permitiu obter experiência na sua realização tendo em conta os públicos alvo e as temáticas desenvolvidas. Tivemos em perceção que os folhetos, organizam e normatizam a informação dada à população pelos vários enfermeiros da equipa, transformando-se numa continuidade da informação fornecida em consulta.

A elaboração de um póster resume-se na combinação de formatos gráficos, cores e conhecimentos que têm o desígnio de convidar a atenção por tempo suficiente para transmitir e fixar uma mensagem (Lorenzoni, et al., 2007). Na realização do nosso póster, a sua produção e a execução exigirão um planeamento cuidadoso, baseado em critérios bem definidos, que permitiram uma comunicação clara e efetiva dos resultados da pesquisa da literatura realizada, num formato que estimulasse a leitura das pessoas (Lorenzoni, et al., 2007).

A preparação destes meios de comunicação, materiais de divulgação (em forma de cartazes, póster, panfletos, entre outros) são chamados de “materiais educativos” nos serviços de saúde, pois constroem intervenção entre profissionais e população (Freitas & Filho, 2010). Em resumo, a sua realização teve a intenção de orientar comportamentos e promover a saúde, ou seja, os materiais usados na educação em saúde teve como objetivo divulgar conteúdos considerados importantes para a prevenção de situações potenciadoras de doença. Estes procuram “reforçar orientações transmitidas oralmente em consultas e contribuir na implementação, pelo próprio indivíduo, de cuidados necessários ao tratamento ou prevenção de doenças” (Freitas & Filho, 2010, p. 244)

Na UCC, foi pedida pelo/a enfermeiro/a orientador/a, de forma a se atingir o nosso objetivo, a projeção de uma dinâmica de grupo (Apêndice 14), a incorporar a temática do sono infantil numa das sessões do Curso de Massagem Infantil. Além da dinâmica de grupo desenhada, foi realizado um *flyer* sobre o sono seguro no primeiro ano de vida para ser entregue aos pais que realizassem o Curso da Massagem Infantil (Apêndice 15).

A dinâmica de grupo segundo Perpétuo & Gonçalves (2005) é um “instrumento educacional que pode ser utilizado para trabalhar o ensino-aprendizagem quando opta-se por uma concepção de educação que valoriza tanto a teoria quanto a prática e considera todos os envolvidos neste processo como sujeitos” (Alberti, Abegg, Costa, & Titton, 2014, p. 351). Segundo Tavares e Lira (2001), as dinâmicas de grupo são classificadas em:

“a) dinâmicas de apresentação: são aquelas que visam eliminar as tensões e proporcionar um ambiente de cordialidade e aceitação mútua; b) dinâmicas de descontração: são aquelas que têm o objetivo de descontrair, eliminando a monotonia e proporcionando o despertar do interesse do grupo por temas específicos com devida liberdade em seus comentários; c) dinâmicas de aplicação: são as que contribuem para a aquisição do conteúdo, potencializando a assimilação deste pelos participantes; d) dinâmicas de avaliação: é o tipo que contribui para que, após as atividades, os participantes avaliem o desenvolvimento do estudo, assim como a apresentação de sugestões para possíveis melhoramentos” (Alberti, Abegg, Costa, & Titton, 2014, p. 353).

A nossa dinâmica de grupo foi projetada com o intuito de uma dinâmica de aplicação, ou seja, para contribuir para a aquisição de conhecimentos sobre a temática do sono infantil saudável e seguro, através de um processo coletivo em que o encontro das pessoas do curso pudesse promover a construção do saber em conjunto (Alberti, Abegg, Costa, & Titton, 2014). Para que a dinâmica de grupo atingisse os objetivos delineados, foi necessário o seu planeamento, como apresentado anteriormente. A aprendizagem através de dinâmica de grupo pode efetivar-se não apenas no plano teórico mas também integrada na capacidade de atuar em situações conhecidas ou não previstas (Alberti, Abegg, Costa, & Titton, 2014).

No PNSE, é referido que a saúde escolar “colabora com a escola na melhoria da literacia sobre hábitos de sono e repouso e promove a sua adequação ao longo da escolaridade” (Direção-Geral da Saúde, 2015, p. 28). Para reforçar esta ideia, foi realizado uma revisão integrativa sobre os **“Programas de educação sobre o sono infantojuvenil: uma intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica”** (Apêndice 16). A prática baseada na evidência torna-se um instrumento fundamental para a tomada de decisão sobre os cuidados a prestar, fundamentando-se nos melhores resultados científicos provenientes da investigação

primária, conduzindo a uma ponderação crítica e construtiva da prática (Ferrito, 2007). As revisões integrativas são uma ferramenta na área da saúde, que resume o conhecimento científico das pesquisas disponíveis sobre uma temática definida (Souza, Silva, & Carvalho, 2010). Considerando a produção científica já realizada na área da saúde, este processo de investigação torna-se primordial para a rentabilização de conhecimento, tanto para a prática como para a investigação. Com a colaboração deste artigo científico, contribui-se para a valorização dos programas de educação do sono, como uma estratégia de promoção do sono saudável na criança e jovem. Face aos resultados dos estudos, os programas de educação poderão ser uma intervenção efetiva no sono das crianças e jovens, utilizada pelos EEESIP. A realização desta revisão integrativa permitiu-nos conhecer os programas de educação sobre o sono nos diferentes países e a sua eficácia, de forma a inspirar os profissionais de saúde portugueses a estimular a comunidade a realizá-los como medida potenciadora de promoção de um sono saudável no lactente/criança e jovem.

Para finalizar as atividades realizadas na comunidade, participamos no programa “Encontro Marcado”, da rádio *Jornal de Setúbal*, onde foi abordada a temática do sono infantil saudável. Foram realizadas questões em direto pelos ouvintes da rádio (Anexo 4). Foi uma experiência muito interessante, já que não tínhamos um guião pré-estabelecido sobre o que nos iriam perguntar. Aqui, tivemos que mobilizar todo o conhecimento desenvolvido e adquirido sobre a temática do sono infantil, à medida que iam realizando as perguntas tanto pelo locutor como pelos ouvintes, pondo-nos à prova sobre a apreensão destes conhecimentos efetivamente. A comunicação oral é mais antiga que a comunicação escrita, acessível a toda a população, os média, como a rádio, exercem um papel importante na difusão, orientação e informação de interesse comunitário na promoção de saúde e, além disto, detêm interesse particular sobre ciência e saúde (Janes & Marques, 2013). Logo, a utilização destes meios é uma mais valia para a difusão da mensagem sobre a importância da promoção do sono infantil. A rádio é um meio de “expressão da comunidade em relação aos seus problemas de saúde e de cidadania e também a perceção de atitudes de prevenção (...)”, o hábito de ouvir programação sobre saúde na rádio é “um dos fatores importantes para a mudança ou inclusão de atitudes positivas frente à manutenção da saúde” (Janes & Marques, 2013, p. 1214).

Com estas atividades, favoreceu-se a reflexão da equipa sobre o sono infantil e a sua promoção, pois foram mostradas nos contextos de reunião de grupo em que estivemos inseridos. A transmissão de informação sobre a promoção do sono infantil saudável nas consultas de vigilância do lactente/criança/jovem individualmente incorporados nos cuidados antecipatórios foi uma

constante em todas as consultas realizadas.

Em Apêndice 17, é apresentado todo o planeamento do projeto nos diferentes contextos de estágio com os respetivos cronogramas de atividades, bem como os objetivos de estágio e as atividades realizadas para a sua consecução.

3. ANÁLISE REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS

O enfermeiro especialista é aquele “a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (Regulamento n.º 140, 2019, p. 4744). Além disso, detém julgamento crítico e tomada de decisão. Segundo Benner (2001), o enfermeiro especialista detém saberes técnicos, é capaz de tomar decisões, comunica eficazmente, é flexível, responsável e criativo, sendo crítico e mostrando uma conduta ética e deontológica.

A prática reflexiva é um regulador da aprendizagem, ou seja, através da reflexão, a pessoa pode compreender e comentar os conhecimentos que se concebem em torno das experiências da prática especializada (Peixoto & Peixoto, 2016). Jarvis (1999) refere que a prática reflexiva começa quando se problematiza a prática e são apreendidos novos conhecimentos, habilidades e atitudes; além disso, segundo Schön (1983), é uma interlocução entre pensar e fazer, baseando-se na ciência da ação que envolve a reflexão na ação, a reflexão sobre a ação e a reflexão sobre a reflexão na ação (Peixoto & Peixoto, 2016).

Em seguida, é apresentada a terceira parte do relatório, onde é realizada uma análise/reflexão sobre as competências adquiridas e desenvolvidas ao longo do mestrado em Enfermagem, na especialidade de Saúde Infantil e Pediátrica, as Competências Comuns e Específicas do EEESIP e as Competências de Mestre em Enfermagem.

3.1 Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

As competências comuns do enfermeiro especialista são um conjunto de competências clínicas especializadas, que decorrem do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais. As competências comuns,

“são as competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através

de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (Regulamento n.º 140, 2019, p. 4745).

As CCEE estão divididas em quatro domínios: a **“responsabilidade profissional, ética e legal”**, a **“melhoria contínua da qualidade”**, a **“gestão dos cuidados”** e o **“desenvolvimento das aprendizagens profissionais”** (Regulamento n.º 140, 2019, p. 4745). A sua atuação pode ser em ambientes de cuidados de saúde primários, secundários e terciários. Além destes domínios, “envolve as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança e inclui a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante, que permita avançar e melhorar a prática da enfermagem” (Regulamento n.º 140, 2019, p. 4744), remetendo e fundamentando as competências de mestre.

A. “Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal” (Regulamento n.º 140, 2019, p. 4745).

Competências: (A1) Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional e (A2) Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Esta competência é inerente ao percurso formativo, os enfermeiros desenvolvem a sua prática em princípios e valores éticos. Ao longo do curso de mestrado, foi possível aprofundar e rever diplomas, normas e regras que balizam a nossa prática, principalmente na unidade curricular de Epistemologia, Ética e Direito em Enfermagem, ministrada por enfermeiros e por um advogado, com importante conhecimento nesta área. A tomada de decisão também andou paralelamente à nossa prestação de cuidados, suportando a tomada de decisão em juízo baseado no conhecimento e experiência. Isso era realizado em ligação com a equipa, selecionando as respostas mais apropriadas a partir de um amplo leque de opções. A tomada de decisão é parte das atividades dos enfermeiros que gerem os serviços, ser assertivo é primordial para o sucesso da tomada de decisão. As questões muitas vezes são complexas e envolvem um processo de decisão assente em experiências passadas, valores, crenças, habilidades e conhecimento técnico (Eduardo, Peres, Almeida, Roglio, & Bernardino, 2015).

A prestação direta de cuidados abarca condicionalidades relativamente a questões éticas, deontológicas, e o amadurecimento de competências profissionais com o avançar do tempo torna-se primordial para o desenvolvimento de um plano de cuidados particular. Relativamente à criança e à sua família, mostram-nos desafios éticos específicos inerentes à criança: com promover o interesse da criança, estabelecer uma relação terapêutica entre os profissionais e os cuidados, defender a privacidade da criança e da família (Nunes S. R., 2011). A criança assume um papel de vulnerabilidade por toda a sua conceção (desde física e psicológica), ou seja, ao pensar-se nos diferentes estádios de desenvolvimento da criança, o desenvolvimento da sua autonomia torna-se difícil, bem como a sua tomada de decisão individual. O enfermeiro tem que assumir um compromisso com a criança, de forma a certificar estas várias dimensões, tanto da autonomia como do agir. O compromisso “significa que a responsabilidade de um sujeito da ação é inseparável da ideia de missão, no sentido de que existe uma determinada tarefa a cumprir” (Nunes L. , 2006a, p. 5).

Desenvolver a prática profissional e ética, promovendo práticas que respeitem os direitos humanos, foi o enfoque dos cuidados prestados em estágio. Assim, “é a ética que qualifica o nosso agir no cuidar, é ela que nos convida a desempenhar o nosso trabalho e não nos determina necessariamente o que devemos fazer” (Mendes G. , 2009, p. 167). A deontologia surge como uma junção de deveres intrínsecos ao exercício das profissões de saúde (Nunes S. R., 2011).

Dois conceitos que nortearam a prática profissional e que foram debatidos e desenvolvidos foram a privacidade e a intimidade da criança e jovem. A privacidade constituiu um dos direitos fundamentais do Homem e tem subsistido cuidado em protegê-lo ao longo do tempo. A Convenção Europeia dos Direitos do Homem vem reafirmar este direito no artigo 8.º, em que “qualquer pessoa tem direito ao respeito da sua vida privada e familiar, do seu domicílio e da sua correspondência” (Lei n.º 65, 1978). Também na Carta da Criança Hospitalizada existe referência ao direito, à intimidade na criança: “A intimidade de cada criança deve ser respeitada. A criança deve ser tratada com cuidado e compreensão em todas as circunstâncias”, contemplado no direito n.º 10 (Instituto de Apoio à Criança, 1998). Ainda na Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo, confirmamos que a intervenção dos profissionais para promoção dos direitos e proteção da criança e do jovem em perigo deve ser “efetuada no respeito pela intimidade, direito à imagem e reserva da sua vida privada” (Lei n.º 147, 1999, p. 204), nomeado no princípio orientador da intervenção (artigo 4.º), tendo por base o artigo 99.º, “o respeito pelos direitos humanos na relação com os destinatários dos cuidados” (Lei n.º 156, 2015, p. 8078).

Os princípios éticos que nortearam o nosso percurso foram o da beneficência, o da não maleficência, da justiça (distribuição justa, equitativa e apropriada) e o respeito pela autonomia, em que o enfermeiro assenta o seu cuidado ao outro reverenciando as escolhas dos indivíduos (Mendes G. , 2009). Se pensarmos nos princípios éticos relacionados com a práxis profissional, ou seja, os cuidados de saúde, estes estão patentes no artigo 99.º, os Princípios Gerais da Deontologia Profissional do Enfermeiro, a liberdade, a dignidade, o respeito pela autonomia, a responsabilidade, o respeito pelos direitos humanos, a excelência do exercício, a igualdade, a equidade, a vulnerabilidade e capacitação humana (Lei n.º 156, 2015). O princípio da beneficência quer dizer fazer o bem, é associado à excelência profissional, ou seja, os profissionais têm a dever moral de agir para o benefício do outro (Loch, 2002). Este conceito utilizado na saúde expressa-se pelo fazer o que é melhor para o destinatário dos cuidados, não só do ponto de vista técnico-assistencial, mas também do ponto de vista ético, promovendo ações para prevenir e remover o mal (Loch, 2002). No princípio da não maleficência, existe “o dever de, intencionalmente, não causar mal e/ou danos” (Loch, 2002, p. 13), ou seja, poderá ser realizado determinado dano justificado porque o benefício que se espera com esse dano é superior.

Ao longo do estágio, foi necessário o desenvolvimento de estratégias de resolução de problemas em parceria com a criança/ jovem ou família e a tomada de decisão em equipa, com base nos princípios éticos. Segundo Gândara (2004), “o processo de decisão ética não se encontra padronizado em nenhum livro, protocolo ou norma, simplesmente, porque cada problema deve ser olhado e analisado segundo circunstâncias que o particularizam e o tornam único e singular” (Morgado, et al., 2014, p. 127). Assim, Queirós (2001) evidencia “que a competência ética exige que o enfermeiro confronte os valores humanos universais face aos valores dos atores em presença, privilegiando sempre o respeito pela Dignidade Humana” (Morgado, et al., 2014, p. 115).

Em resumo, a nossa prática foi regida pela nossa **responsabilidade profissional, ética e legal**, todas as nossas intervenções enquanto enfermeiros foram efetivadas após consentimento das crianças/ jovens e pais, explicando a sua importância, trabalhando sempre em parceria de cuidados e prestando cuidados centrados na família, com a consciência do interesse superior da criança. Assim, todas as decisões a respeito à criança foram plenamente tidas em conta, o seu interesse superior.

B. “Domínio da melhoria contínua da qualidade” (Regulamento n.º 140, 2019, p. 4745).

Competências: (B1) Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; (B2) Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua e (B3) Garante um ambiente terapêutico e seguro.

Nas várias instituições e organizações, existem conjuntos de normas e procedimentos que são reunidos e padronizados a nível institucional. Além disso, estes poderão resultar em Guias Orientadores da Boa Prática de Cuidados nos locais. As normas identificam uma ou múltiplas habilidades que, dada a sua eventual eficiência, objetivam que a sua aplicação melhore a saúde da população em que são aplicadas. Então, são uma reflexão do que se supõe ser a melhor prática com potencial para produzir ganhos em saúde (Roque, Bugalho, & Carneiro, 2007). As normas assentes em evidência científica permitem a melhoria de resultados, o aumento da eficiência, a minimização dos riscos, a diminuição das intervenções ineficazes e a diminuição da variabilidade da prática clínica (Coelho, (S.D)).

A qualidade e segurança dos cuidados são pilares para a sustentabilidade do serviço nacional de saúde, com uma melhoria da eficiência e da efetividade da prestação de cuidados de saúde (Despacho n.º 5613, 2015). Nos vários contextos de estágio, foi primordial, como primeiro contacto, conhecer as instituições através das suas políticas e normas gerais e sectoriais, de forma a enquadrá-los nas políticas já perçecionadas por nós.

Como a qualidade em saúde é um dever de todos os profissionais, onde se incluem os enfermeiros, é essencial que os cuidados de saúde respondam às necessidades das pessoas, que aperfeiçoem do ponto de vista da qualidade e que assumam uma cultura de eficiência relativa à escassez de recursos. Para isso, a governação clínica reflete isso mesmo, ou seja, esta prevê a prestação de cuidados de qualidade e excelência, assentando na saúde e no bem-estar da pessoa; requerendo um envolvimento de todos os profissionais de saúde, pois todos têm o dever de contribuir para a tomada de decisões; e um desenvolvimento de uma cultura orientada para os resultados, ou seja, para os ganhos em saúde (Santos & Sá, 2010).

Com desenvolvimento do nosso projeto, pode afirmar-se que foi um contributo para a melhoria contínua da qualidade, foram desenvolvidas várias atividades que resultaram em suporte

informativo a serem utilizados pelos profissionais (folhetos, pôsteres e, inclusivamente, uma norma de procedimento), demonstrando-se medidas promotoras de melhoria contínua com influência na qualidade dos cuidados prestados à criança e sua família.

Além do risco associado à prestação de cuidados, o risco inerente ao utente pediátrico foi tido em conta. Para isso, existiu por nossa parte a atenção acrescida na segurança infantil. Garantir um ambiente seguro e terapêutico foi uma constante na nossa prática diária, pelos desafios que a população de quem cuidamos nos conduz. Nos diferentes contextos, adequado a cada faixa etária, foi promovido um ambiente seguro em parceria com os pais, através da utilização de grades nos berços e camas, a utilização de brinquedos de acordo com a faixa, a identificação das crianças para prevenir o erro, e a identificação das visitas com autorização dos pais. Proporcionou-se, assim, a gestão de risco que “é encarada como um processo de atuação eficaz para responder a perigos e incertezas nos mais variados domínios da Sociedade” (Almeida A. B., 2014, p. 19), permitindo através da análise, avaliação e tratamento do risco, realizar uma governação adequada.

Os enfermeiros assumem uma enorme responsabilidade no que concerne à gestão de risco, prevenção de incidentes e promoção de segurança (Ramos & Trindade, 2011). A segurança dos utentes é definida como “(...) a redução dos riscos de danos desnecessários ocasionados pelo cuidado em saúde por meio de medidas que ofereçam melhores resultados” (Souza, Tomazoni, Rocha, Cabral, & Souza, 2015, p. 15), é um aspeto primordial a valorar na qualidade em saúde, sendo uma prioridade (Ramos & Trindade, 2011). A prestação de cuidados à pessoa acarreta riscos, definidos “(...) como o efeito da incerteza nos objetivos da organização, sendo o efeito um desvio em relação ao esperado, seja ele positivo ou negativo” (Rosa & Menezes, 2015, p. 56). Durante todo o estágio, a administração de toda a terapêutica pressupôs uma administração segura, evitando-se erros passíveis de prevenção e complicações para a criança/jovem. Para isso, os nove certos da administração de terapêutica conferiram essa segurança, servindo como *check list* aquando da preparação e administração de terapêutica, eles foram: 1) terapêutica certa; 2) dose certa; 3) via certa; 4) hora certa; 5) cliente certo; 6) documentação certa (assinar a medicação após a sua administração); 7) ação certa (terapêutica está prescrita pela razão certa); 8) forma de apresentação certa (verificar a forma de apresentação dos medicamentos e assegurar que atente às especificidades do cliente); 9) resposta certa (monitorizar a criança/jovem, de forma a avaliar a resposta da terapêutica e detetar possíveis eventos adversos relacionados com a terapêutica) (Abreu, 2015).

Cuidar da criança em segurança bem como desenvolver uma cultura de responsabilização é um dever ético do enfermeiro, que deve salvaguardar o direito de cuidar com excelência, “(...) reduzindo os riscos e prevenindo os eventos adversos” (Nunes L. , 2006b, p. 10). Num dos contextos, existiu a oportunidade de contacto direto com o sistema de relatos de incidente. Estes visam não só promover a comunicação sistemática dos incidentes como também a sua análise em busca dos fatores que contribuíram para a sua ocorrência, e assim traçar um plano de melhoria prevenindo a sua recorrência (Ramos & Trindade, 2011). Existiu esse contacto devido ao encontro de terapêutica no armazém de medicação do serviço, fora do prazo, esta terapêutica é fornecida diretamente pela farmácia.

Um programa em que se colaborou transversalmente nos vários contextos de estágio foi o do controlo de infeção, através da Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde: “cinco momentos” (Direcção-Geral de Saúde, 2010).

O sucesso terapêutico em todo o estágio final foi o reflexo da sensibilidade que o enfermeiro demonstra no respeito pelas características culturais, necessidades espirituais, crenças e necessidades individuais de cada sistema familiar, proporcionando cuidados centrados na família, possibilitando o envolvimento da família na resposta às necessidades das crianças e jovens, sendo visto como um todo.

C. “Domínio da gestão dos cuidados” (Regulamento n.º 140, 2019, p. 4745).

Competências: (C1) Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde e (C2) Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.

A gestão dos cuidados pode ser considerada como “a arte de fazer acontecer e obter resultados que podem ser definidos, previstos, analisados e avaliados” (Mororó, Enders, Lira, Silva, & Menezes, 2017, p. 324). A gestão dos cuidados de saúde tem que ter em conta as necessidades do utente, a segurança e a autonomia. Existem duas dimensões da gestão dos cuidados, uma que recai sobre a organização do trabalho e os recursos humanos de enfermagem, e outra que recai na intervenção para as necessidades de cuidado do utente (Mororó, Enders, Lira, Silva, & Menezes,

2017). Na organização do trabalho, o enfermeiro desenvolve ações voltadas para organização do trabalho e de recursos humanos, para proporcionar condições adaptadas aos cuidados do utente como para a atuação da equipa de enfermagem. Para isto, a liderança é uma competência fundamental para a sua efetivação, simplificando as interações pessoais e grupais para obter objetivos comuns (Mororó, Enders, Lira, Silva, & Menezes, 2017). A liderança na enfermagem tem que ser vista como liderança para o cuidado.

A oportunidade de realizar estágio em vários contextos fez-nos percebermos que a gestão de cuidados garante a segurança e qualidade dos cuidados, pois adequam os recursos às necessidades de cuidados. Além disso, os enfermeiros orientadores eram chefes de equipa, o que nos permitia efetivar essa gestão de cuidados. Ao estarmos a ser orientados por enfermeiros chefes de equipa, foi favorecido o desenvolvimento da competência da gestão dos cuidados, nos diferentes contextos, a perceção de todas as crianças internadas a nível de cuidados de saúde hospitalares. A nível dos cuidados de saúde primários, as consultas planeadas para aquele dia eram a premissa para o desenvolvimento daquele turno de forma fluente. Desde início, estabelecia-se prioridades e distribuíam-se os recursos humanos e materiais tendo em conta o panorama diário. Foi percebido em todos os locais a falta de enfermeiros, essa falta de recursos acionava a delegação de tarefas pelos elementos da equipa. Ao delegar-se, além de colmatar necessidades, demonstrava-se confiança na equipa. Além disso, demonstrava ser uma estratégia também de motivar a equipa, pois o delegar era feito em forma de elogio à eficiência da equipa quando o chefe de equipa não conseguia estar em todos os papéis que deveria estar.

Numa visão macro da perceção da gestão dos cuidados, estivemos uma manhã a observar ativamente como o/a chefe/coordenador/a de um dos contextos de estágio geria os recursos que tinha, tanto a nível material como humanos. Os pedidos que realiza, tanto em farmácia como em armazém de consumo clínico e não clínico, para que não houvesse rotura de stock dos bens utilizados pela sua equipa. Observou-se a existência de uma média diária de gastos de materiais existentes no serviço, o que facilita a realização dos pedidos. O controlo de stocks (medicação e consumos clínicos e não clínicos) é realizado através de uma aplicação de software e um apoio operacional eletrónico *Kanban*®. Além do controlo destes consumos, o enfermeiro enquanto gestor integra as comissões de escolha de materiais, dando o seu parecer técnico relativamente aos materiais e equipamentos a escolher.

Em resumo, a gestão de cuidados está implícita nos padrões de qualidade, em que um dos enunciados é “a organização dos cuidados de enfermagem: na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem” (Ordem dos Enfermeiros , 2001, p. 18), fundamental para o funcionamento dos contextos de cuidados diários.

D. “Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais” (Regulamento n.º 140, 2019, p. 4745).

Competências: (D1) Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade e (D2) Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.

Para o desenvolvimento do autoconhecimento, baseando a nossa praxis clínica da especialidade, tivemos que nos basear em padrões de conhecimento. Epistemologicamente, a enfermagem como ciência humana envolve vários padrões de conhecimento. É uma ciência que tem uma prática baseada em evidência, experiência, intuição e ponderação pessoal (Queirós P. , 2014), pois “o saber de enfermagem caracteriza-se epistemologicamente como um conhecimento prático que, por sua própria natureza é pessoal e tácito (...). Este saber prático reflexivo existe na ação profissional de maneira implícita e pessoal, desenvolvendo-se numa realidade complexa” (Queirós P. , 2014, p. 778). Ao refletirmos, percebemos que o conhecimento desenvolvido é limitado pela história, pelos recursos existentes, ou seja, relacionados com as condições socioculturais (Cestari, 2003). Os padrões de conhecimento utilizados pela enfermagem são: o empírico, o pessoal, o estético e o ético (Carper, 1978). O conhecimento empírico ou ciência da enfermagem está relacionado com factos e é descritivo. É objetivo e verificável baseado na investigação. Tem como finalidade o desenvolvimento de explicações teóricas e abstratas. É o responsável pela origem das teorias de enfermagem (Carper, 1978). O conhecimento estético ou arte da enfermagem está relacionado com as habilidades manuais e técnicas envolvidas na prática de enfermagem, o conhecimento tácito e a intuição (Carper, 1978). O conhecimento pessoal encontra-se centrado na autoconsciência e sabedoria pessoal. É um conhecimento subjetivo (Carper, 1978). O conhecimento ético encontra-se relacionado com o entendimento filosófico sobre o que é certo, e o que é desejável nos diferentes campos éticos desenvolvidos, de forma a lidar com os julgamentos morais e a sua complexidade (Carper, 1978).

Em contexto de sala de aula, foi aprofundando o saber teórico, enquanto que o saber fazer foi aprofundado nos diferentes contextos de estágio. Para esse desenvolvimento, o auto-conhecimento e assertividade foram relevantes em todo o processo de evolução. Foram vivenciadas experiências que foram alvo de reflexão constante, tanto individualmente, como com os enfermeiros/as orientadores/as e a professora orientadora, facilitadores do processo de autoconhecimento. Permitindo-nos desenvolver tanto pessoalmente como profissionalmente nas relações multidisciplinares e com as crianças/jovens e família com base na assertividade inerente aos processos de comunicação verbal e não verbal que caracteriza o enfermeiro.

Relativamente à nossa praxis clínica especializada, esta foi assente em evidência científica, em conhecimento válido, atual e pertinente. No âmbito do nosso projeto, atuamos como formadores nos diferentes contextos de trabalho, diagnosticamos as necessidades formativas que existiam relativamente à área do projeto, favorecemos a aprendizagem e o desenvolvimento de intervenções, o que possibilitou o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros. Nos diferentes contextos, identificamos lacunas do conhecimento e oportunidades relevantes de investigação, de forma a atuar como dinamizadores da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática de cuidados. Estas unidades de competências foram demonstradas ao longo de todo o projeto realizado nos diferentes contextos. A prestação direta de cuidados abarca o amadurecimento de competências profissionais com o avançar do tempo, isso é, patente no desenvolvimento de um plano de cuidados particular. A criança/jovem e a sua família cativam desafios éticos inerentes à sua condição/estatuto, a criança não é hábil para conseguir realizar o encontro per si dos desafios inerentes à sua condição. Esta instintivamente cogita naquilo que o outro lhe pode prover (proteção, carinho, afeto ou cuidados de saúde), está virada em si mesma (Renaud, 2010). As competências do EEESIP são primordiais para salvaguardar a criança, o jovem e a sua família, estas competências foram desenvolvidas e analisadas reflexivamente em cada contexto de estágio no capítulo anterior (capítulo 2.2.2, 2.3.2 e 2.4.2).

3.2 Competências de Mestre em Enfermagem

Para a realização deste percurso formativo, foi necessário o seu sustento na evidência científica recente e existente, tanto na temática escolhida para o desenvolvimento do projeto, como para a realização da especialização em Saúde Infantil e Pediatria. À medida que desenvolvíamos competências comuns e específicas do EEESIP, íamos alcançando o nível de Mestre, sustentado nessa verificação e produção de evidência científica.

Sendo assim, o grau de mestre é concedido a quem demonstre:

“a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que: i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde; ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação” (Decreto-Lei n.º 63, 2016, pág. 3174).

O Mestre em Enfermagem: “Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência; Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular” (Nunes L. , 2018, p. 7).

Iniciou-se um percurso no 1.º ciclo de estudos com a licenciatura em Enfermagem. Após vários anos de experiência profissional, foi necessário “voltar” à escola para aprofundar conhecimentos teóricos, percecionado o “estado de arte” e desenvolvendo conhecimento específico na área de estudos da saúde infantil e pediátrica, ocorrendo em sala de aula e em contexto de estágio. A metodologia de aplicação do conhecimento apreendido em sala de aula para o contexto de estágio já tinha ocorrido na licenciatura em Enfermagem, permitiu sedimentar o conhecimento e disponibilizou novas aprendizagens nos mais variados contextos com as diferentes equipas multidisciplinares, possibilitando efetivamente um ganho para a nossa vida profissional diária.

É reconhecido por nós que, pela investigação, conseguimos adquirir ferramentas que aumentam a nossa aprendizagem ao longo da vida, ampliando o nosso nível de competência na saúde infantil e pediátrica para aplicação na prática, garantindo uma prestação de cuidados com

base na informação correta e atualizada. A utilização da metodologia de trabalho de projeto inserido no estágio final possibilitou desenvolver conhecimento e atividades na linha de investigação seguida por nós: “Promoção da segurança e qualidade de vida da criança/jovem e família”.

Para a aplicação original em contexto de investigação, a reflexão que advém da integração das experiências vivenciadas permitiu desenhar e construir conhecimento (Nunes L. , 2017), “a fim de enfrentar, compreender e responder de forma mais congruente em situações futuras” (Nunes L. , 2017, p. 130). Com a reflexão, consegue-se “saber sobre si e o mundo” (Nunes L. , 2017, p. 130), sendo o motor para o querer perseguir a investigação. São muitas vezes temáticas que nos inquietam que carecem de atenção para o desenvolvimento de investigação.

“b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo” (Decreto-Lei n.º 63, 2016, pág. 3174).

O Mestre em Enfermagem: “Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada; evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade” (Nunes L. , 2018, p. 7).

Em todo o percurso de estágio final, como transcrito neste relatório, aplicar os conhecimentos de forma à resolução de problemas diretos foi essencial. Isso foi evidente no desenvolvimento do estágio fora da nossa experiência profissional, aí de forma direta, teve que se aplicar os conhecimentos adquiridos e amadurecidos. Para isso, a aplicação e aperfeiçoamento do processo de enfermagem, instrumento que nos acompanha desde o primeiro ciclo de estudos, foi fundamental.

A enfermagem envolve instrumentos que têm como o objetivo a resolução de problemas identificados, como o processo de enfermagem. Como referido anteriormente, a sua utilização possibilitou a tomada de decisão com base num pensamento clínico e crítico, tendo por base a evidência científica, ou seja, segundo Phaneuf (2001), “o processo de enfermagem é um processo

intelectual deliberado, estruturado segundo etapas logicamente ordenadas, utilizado para a planificação de cuidados personalizados, visando a melhoria do estado de saúde da pessoa/cliente” (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010, pp. 6-7). Assim, esta metodologia utilizada por nós identificou problemas e tentou resolvê-los, utilizando intervenções centradas no utente para promover qualidade de vida (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010). Relativamente à nossa especialidade, a população pediátrica é, por si só, uma população com características peculiares no que concerne à prestação de cuidados, isto porque existe uma “(...) abrangência de diferentes estágios de desenvolvimento e a dependência para o autocuidado” (Alves & Guirardello, 2016, p. 2). Assim, adotou-se uma atitude de organização dos cuidados de enfermagem, objetivando a criação de um ambiente que permitiu melhorar os cuidados do ponto de vista da qualidade com base nos conhecimentos apreendidos.

Aplicando os conhecimentos e a capacidade de compreensão de resolução de situações, assegurou-se a qualidade dos cuidados às crianças e jovens, tendo como foco as características específicas destes, o que se tornou um elemento promotor do desenvolvimento e da recuperação da saúde da criança/jovem em parceria com os seus cuidadores, implícito numa equipa multidisciplinar.

“c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem” (Decreto-Lei n.º 63, 2016, pág. 3174).

O Mestre em Enfermagem: “Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais” (Nunes L. , 2018, p. 7).

Ao longo do curso de mestrado, foi necessário incorporarmos todos os conhecimentos apreendidos nas várias unidades curriculares, tanto no contexto de sala de aula, como com os trabalhos académicos e de investigação realizada, para se conseguir lidar com as situações complexas, realizando pesquisa bibliográfica paralelamente, observando e partilhando diretamente nos contextos de estágio toda a ligação do conhecimento apreendido.

Integrar os conhecimentos e lidar com questões complexas teve como base a ética, que assenta na base da universalização dos benefícios, com o cruzamento dos interesses de todos os envolvidos, sem conjecturar a existência, conteúdo e justificação de vantagens definidas, ou seja, o interesse ético evidencia-se na tomada de posição numa determinada situação particular (Ferreira, 2005). Como norteador, foi sempre a dignidade da criança/jovem e a sua família, demonstrando que a ética foi a base para lidarmos com questões complexas, já que esta “qualifica o nosso agir no cuidar, é ela que nos convida a desempenhar o nosso trabalho e não nos determina necessariamente o que devemos fazer” (Mendes G. , 2009, p. 167). Os princípios éticos como beneficência, da não maleficência, da justiça (distribuição justa, equitativa e apropriada) e o respeito pela autonomia, em que o enfermeiro baseia o seu cuidado ao outro respeitando as opções das pessoas (Mendes G. , 2009), permitiram desenvolver soluções com base na reflexão.

Integrar conhecimentos, lidar com questões complexas ou desenvolver soluções remetem-nos para o artigo 99.º, sobre os Princípios Gerais da Deontologia Profissional do Enfermeiro, a liberdade, a dignidade, o respeito pela autonomia, a responsabilidade, o respeito pelos direitos humanos, a excelência do exercício, a igualdade, a equidade, a vulnerabilidade e capacitação humana, que demonstra a essência do enfermeiro, mestre na arte do cuidar (Lei n.º 156, 2015).

“d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades” (Decreto-Lei n.º 63, 2016, pág. 3174).

O Mestre em Enfermagem: “Participa de forma proativa em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais” (Nunes L. , 2018, p. 7).

Relativamente a esta premissa, toda a informação e conhecimento produzido foi sendo comunicado tanto à professora orientadora, ao especialista responsável pela orientação, ao enfermeiro/a ou coordenador/a de cada contexto e a toda a equipa não especialista nos vários contextos de estágio, pois aqui procurou-se ser um agente dinamizador no desenvolvimento do nosso conhecimento para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, mas também agente dinamizador nas equipas em que fomos inseridos, para juntamente obtermos ganhos efetivos na saúde de quem cuidamos. Todas as atividades desenvolvidas no âmbito do projeto foram sendo

divulgadas na passagem de turno dos diferentes contextos, permitindo uma oportunidade direta de mudança no que concerne à promoção/proteção do sono infantil, tendo em conta a prestação e cuidados holísticos e a filosofia de cuidados pediátricos.

Foram ainda comunicadas as conclusões de várias temáticas desenvolvidas ao longo do curso de mestrado, tanto na área de projeto trabalhada no estágio final, como em outros temas relacionados com a saúde infantil e pediátrica. Neste momento, está em curso a publicação de três artigos na revista indexada Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento (processo de publicação, *no prelo*), uma revisão integrativa sobre “Administrar por via intramuscular em Pediatria” e duas revisões da narrativa: “A criança e as tecnologias: intervenção do enfermeiro” e “A importância dos lanches saudáveis em idade pré-escolar” (Apêndice 18), desenvolvidas com base em trabalhos académicos das diferentes unidades curriculares. Além destes artigos, foi realizado uma revisão integrativa sobre “Programas de educação sobre o sono infantojuvenil: uma intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica”, no âmbito do projeto e elemento de avaliação pertencente à unidade curricular do estágio final, como referido anteriormente, e neste momento está a ser realizado a tentativa de publicação deste, numa revista indexada à SCOPUS. O estudo de investigação por meio de uma revisão integrativa engloba as pesquisas realizadas em diferentes áreas, demonstrando ser uma forma de seriação de conhecimento (Botelho, Cunha, & Macedo, 2011). É um recurso às evidências atualizadas agregando informação de um conjunto de estudos sobre determinada temática, obtendo um resumo dos estudos atuais realizados, dando uma maior visibilidade dos resultados (Vilelas, 2009). A qualidade metodológica da enfermagem baseada na evidência é uma forma de aplicar a melhor investigação clínica publicada (Ferrito, 2007). A prática baseada na evidência torna-se um instrumento para a tomada de decisão sobre os cuidados a prestar, fundamentando-se dos melhores resultados científicos provenientes da investigação primária, conduzindo a uma ponderação crítica e construtiva da prática (Ferrito, 2007). Foi demonstrado que não bastou a execução de trabalhos académicos, mas, sim, expor-se os resultados que surgiram nas unidades curriculares com diferentes temáticas. Ao realizar-se estes artigos, foi possível divulgar amplamente o conhecimento disponível a todos os interessados, e da mesma forma valorizar a enfermagem como disciplina e, efetivamente, com corpo de conhecimento próprio.

A redação deste relatório também foi uma forma de comunicar o conhecimento e informações desenvolvidas numa determinada temática da saúde infantil e pediátrica.

“e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo” (Decreto-Lei n.º 63, 2016, pág. 3174).

O Mestre em Enfermagem: “Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida” (Nunes L. , 2018, p. 7).

Ao longo da vida, é necessário termos como norteador que só a aprendizagem auto-orientada permite o nosso desenvolvimento pessoal e profissional. A “escola” dá-nos as ferramentas para evoluirmos no sentido da aprendizagem autónoma na nossa prática diária. Sendo assim, o enfermeiro mantém “a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” (Lei n.º 156, 2015, p. 8080). Esta linha de pensamento ao longo da vida profissional tem que ser mantida, tornamo-nos facilitadores da nossa própria aprendizagem na área da especialidade.

O nosso regulamento de competências do enfermeiro especialista refere isso mesmo, no domínio das aprendizagens profissionais, que “processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação” (Regulamento n.º 140, 2019, p. 4749).

Paralelamente ao curso de mestrado, como ferramenta para a evolução do conhecimento científico adquirido por nós especificamente, também existiu a necessidade de evoluir na aprendizagem específicas do nosso local de trabalho, UUP, paralelamente com busca de aprendizagem fora do percurso académico. Para isso, a participação no dia 17 de maio de 2018 no XV Encontro da UCF de Setúbal: Saúde da Mulher e Neonatal e Saúde da Criança e do Adolescente, no dia 8 de junho de 2018, na formação de Infeciologia Pediátrica em 2018 – Que desafios?, no dia 7 e 8 de novembro de 2018, no seminário Cuidar em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica: Batalhas & Conquistas no séc. XXI e, no dia 27 de novembro de 2018, nas I Jornadas de Enfermagem – ACES Arco Ribeirinho. Plano local de Saúde (Anexo 5), como é evidenciado pelo artigo 99.º, Princípios Gerais, “a competência e o aperfeiçoamento profissional” (Lei n.º 156, 2015, p. 8078), e no artigo 109.º, “Manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” (Lei n.º 156, 2015, p. 8080).

Em conclusão, para a obtenção do grau de mestre, é necessário a aprovação de todas as unidades curriculares do plano de estudos do curso do mestrado e a aprovação do ato público do trabalho de projeto/relatório de estágio (Decreto-Lei n.º 63, 2016), fase antecedida por este relatório. O grau de mestre quando atribuído refere que o enfermeiro é possuidor de instrumentos e conhecimentos válidos para o desenvolvimento da enfermagem enquanto disciplina, e capaz de utilizar a evidência científica na prática, ou seja, consegue envolver uma equipa de forma a conduzir e efetivar benefícios na prática com base em conhecimentos aprofundados e sólidos na sua área de estudo e especialização.

CONCLUSÃO

O relatório de estágio final redigido surgiu como resposta avaliativa à unidade curricular de Relatório, refletindo o percurso realizado no estágio final, e articulando com as competências comuns do enfermeiro especialista, competências do EEESIP, competências de mestre, norteador o percurso a área temática do projeto desenvolvido: O Sono na Infância: Educar para Promover o Sono Saudável – Atuação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Além disso, a sua elaboração é mandatória para a obtenção do grau de mestre.

Para isto, a metodologia de projeto foi fundamental, permitindo detetar um problema/necessidade de determinado contexto, realizando um diagnóstico de situação, um planeamento e intervenção efetiva para obtenção de ganhos efetivos relativamente à temática do sono infantil, favorecendo a perceção que esta é uma necessidade humana básica, como comer e respirar (não se pode viver sem dormir, como não se pode viver sem respirar e sem comer). É uma necessidade biológica vital para promover o crescimento e o desenvolvimento de saúde na criança, além disso promover condições de sono e repouso às crianças, irá favorecer o seu crescimento e o seu desenvolvimento, obtendo níveis de saúde apropriados. Os hábitos de sono, como outros hábitos (alimentares, por exemplo) criam-se e modificam-se, existindo uma influência dos fatores internos e externos. Educar os pais e os profissionais de saúde relativamente aos fatores externos, com a demonstração da importância de higienização do sono desde cedo, é basilar. O sono saudável exige duração/tempo adequado, boa qualidade, regularidade e ausência de distúrbios ou perturbações.

Os cuidados de enfermagem prestados à criança e família são cuidados que tiveram por base uma filosofia de cuidados centrados na família, com realce nas interações e processos comunicacionais, demonstrando intervenções nos domínios de maturação: envolvimento, participação e parceria de cuidados, capacitação e negociação dos cuidados. O desenvolvimento de promoção de saúde nesta temática alicerça-se na capacitação dos pais e cuidadores.

Este relatório incorporou a metodologia de projeto, demonstrando as etapas seguidas para desenvolvimento das intervenções de cada contexto. O desenvolvimento de atividades tendo em conta o diagnóstico de situação de cada contexto de estágio, permitiu que se fomentasse nas equipas o interesse por esta temática. Foi demonstrada a importância desta temática, realizando-se ferramentas para serem utilizadas pelas equipas para educar os pais e cuidadores, tendo como

norteador a promoção da literacia em saúde sobre esta temática, tanto nos enfermeiros como nos pais/cuidadores. Admitimos que a realização destas atividades foi positiva, demonstrando-se os resultados obtidos e verificando-se o contributo do trabalho desenvolvido. Estas atividades foram suportadas na evidência científica atual, amadurecidas pelo pensamento crítico e reflexivo, o que enfatizou o papel do enfermeiro especialista e mestre, cooperando assim para a humanização dos cuidados (artigo 110.º), pois “Contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa” (Lei n.º 156, 2015, p. 8080) foi a conceção.

Como base na estruturação de uma fundamentação teórica, foi possível investigar conhecimentos na área de interesse, apresentando-se novas aprendizagens e alicerçando o caminho a percorrer. Pressupomos que atingimos os objetivos preconizados para a execução deste relatório, evidenciamos reflexão crítica sobre a prática clínica, fundamentamos as escolhas com base na teorização e na evidência científica, descrevemos o desenho e a implementação de projeto e, por fim, apresentamos um relatório para provas públicas. O aspeto facilitador para isso e para o desenvolvimento deste relatório foi o fornecimento do guia orientador da unidade curricular atempadamente, favorecendo a análise prática de cada etapa da metodologia de projeto.

Este trajeto permitiu fornecer às equipas conhecimentos e instrumentos para promover o sono infantil e seguro. Talvez em próximas etapas do nosso percurso académico se possa perceber os ganhos efetivos em saúde após a aplicação pelos enfermeiros de programas de promoção do sono infantil. O curso de mestrado proporcionou-nos uma componente teórica rica em conhecimento atual, o que favoreceu a melhoria da experiência por nós detida na nossa prática.

Não foram sentidas limitações no desenvolvimento do projeto, pois sentimos exatamente o contrário, os contextos envolviam-se efetivamente na temática apresentada e procuravam fazer connosco um percurso de desenvolvimento de conhecimento para colocar em prática no contexto em que prestavam cuidados.

No futuro, perspetivamos dar continuidade ao projeto iniciado, divulgando-o, e levando todos os ganhos que surgiram do projeto para o nosso contexto de trabalho. Consideramos que existe potencial para dar resposta a uma área pouco desenvolvida, com forte influência na melhoria dos cuidados de saúde à criança/jovem e família, garantindo cuidados de enfermagem seguros e de qualidade. Para isto, já se percebe a realização de um artigo informativo sobre o sono infantil para o Guia de Saúde de Setúbal, a realização de formação em serviço sobre o sono infantil como

cuidado potenciador de saúde num serviço de Pediatria e numa UUP. Em resumo, a curto prazo, pretende-se: realizar sessões de formação no âmbito da formação em serviço à UPP e ao SPI; pretende-se elaborar um vídeo educativo sobre a temática para ser colocado na televisão, que serve de educação para a saúde no átrio da subespera da UUP; pretende-se desenvolver contributos de comunicação sobre o assunto (posters, artigos informativos); a médio prazo, pretende-se realizar um estudo sobre o sono infantil em Portugal no âmbito de estudos avançados (doutoramento); e a longo prazo pretende-se desenvolver a consulta do sono infantil num ACES com base nos achados decorrentes do estudo primário, a criação de uma consulta de sono infantil, um recurso para os profissionais poderem referenciar lactentes, crianças e jovens e suas famílias.

Como alguém disse, “o caminho faz-se caminhando”, e é isso que se percebe com o final do curso de mestrado. Dá-se início à aplicação de todo o conhecimento adquirido e desenvolvido na área do sono infantil, que poderá influenciar positivamente a nossa prestação de cuidados. E, como “o sonho comanda a vida”, sonha-se que um dia se consiga trazer para o nosso contexto de trabalho o projeto “Nuvem Vitória”, que tem como incumbência ajudar a melhorar o sono das crianças, particularmente em hospitais que, por motivos de saúde, provisoriamente, estejam fora dos seus ambientes familiares.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde Ottawa. (1986). Carta de Ottawa para a promoção da saúde. *A promoção da Saúde. A Carta de Ottawa*, (pp. 1-6). Canadá. Obtido de http://www.iasaude.pt/attachments/article/152/Carta_de_Otawa_Nov_1986.pdf
- Abreu, A. P. (2015). *Erro Associado à Gestão da Terapêutica pelo Enfermeiro: Percepção dos Enfermeiros de um Hospital da Sub-Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgico, Coimbra. Obtido de <https://www.rcaap.pt/detail.jsp?locale=pt&id=oai:repositorio.esenfc.pt:5361>
- Administração Central do Sistema de Saúde, IP. ((S.D)). SIGIC. Obtido de <http://www2.acss.min-saude.pt/DepartamentoseUnidades/UnidadeAcessoeContratualização/SIGIC/tabid/262/language/pt-PT/Default.aspx>
- Alberti, T. F., Abegg, I., Costa, M. R., & Titton, M. (2014). Dinâmicas de grupo orientadas pelas atividades de estudo: desenvolvimento de habilidades e competências na educação profissional. *Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos*, 95(240), pp. 346-362. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S2176-66812014000200006>
- Allen, K. (2012). Promoting and Protecting Infant Sleep. *Advances in Neonatal Care*, 12(5), pp. 288-291. doi:10.1097/ANC.0b013e3182653899
- Almeida, A. B. (2014). Gestão do risco e da incerteza: conceitos e filosofia subjacente. Em N. d. Coimbra, & I. d. Coimbra (Ed.), *Realidades e Desafios na Gestão dos Riscos* (pp. 19-29). Coimbra. doi:http://dx.doi.org/10.14195/978-972-8330-23-1_2
- Almeida, J. M. (2004). *Questionários: Teoria e Prática*. Coimbra: Almedina.
- Alsop-Shields, L. (dezembro de 2002). The Parent-Staff Interaction Model of Pediatric Care. *Journal of Pediatric Nursing*, 17(6), 442-449. doi:<https://doi.org/10.1053/jpdn.2002.123526>
- Alves, D., & Guirardello, E. (jun de 2016). Ambiente de trabalho da enfermagem, segurança do paciente e qualidade do cuidado em hospital pediátrico. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 37(2), pp. 1-7. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/19831447.2016.02.58817>
- American Academy of Sleep Medicine. (2016). Consensus Statement: Recommended Amount of Sleep for Pediatric Populations: A Consensus Statement of the American Academy of Sleep

Medicine. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 12(6), pp. 785-786.
doi:<http://dx.doi.org/10.5664/jcsm.5866>

Antão, C., Rodrigues, N., Sousa, F., Anes, E., & Pereira, A. (abril de 2018). Hospitalização da Criança: sentimento e opiniões dos pais. *Revista INFAD de Psicología*, 2(1), pp. 125-132. Obtido de <http://www.infad.eu/RevistaINFAD/OJS/index.php/IJODAEP/article/view/1201/1044>

Assembleia Geral das Nações Unidas. (Novembro de 1959). Declaração dos Direitos da Criança. Obtido de <https://www.unric.org/html/portuguese/humanrights/Crianca.pdf>

Aviso n.º 5622. (02 de maio de 2016). Universidade de Évora: Curso de 2.º Ciclo em Enfermagem . 13881-13888. Diário da República, 2.ª série - N.º 84. Obtido de <https://dre.pt/application/conteudo/74313811>

Azevedo, L., Mota, L., & Machado, A. I. (2015). Ambiente de sono seguro no primeiro ano de vida. *Nascer e Crescer: Revista de Pediatria do Centro Hospitalar do Porto*, XXIV(1), pp. 18-23. Obtido de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/nas/v24n1/v24n1a04.pdf>

Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo* (4ª ed.). Lisboa: Edições 70, Lda.

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.

Bernardino, A., Machado, C., Alves, E., Rebouço, H., Pedro, R., & Gaspar, P. (Agosto de 2009). *Os Enfermeiros enquanto agentes de educação para a saúde: validação da Escala de Práticas e Comportamentos de Educação para a Saúde*. Obtido de IC-Online/ IPL/Trabalhos académicos: <http://hdl.handle.net/10400.8/113>

Botelho, L., Cunha, C., & Macedo, M. (maio-ago de 2011). O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. *Revista eletrónica Gestão e Sociedade*, 5(3), pp. 121-136. Obtido de <https://www.gestaoesociedade.org/gestaoesociedade/article/view/1220/906>

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

Calciolari, G., & Montiroso, R. (2011). The sleep protection in the preterm infants. *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*(24), pp. 12-14. doi:10.3109/14767058.2011.607563

Carper, B. (1978). *Fundamental Patterns of Knowing in Nursing*. Obtido de http://samples.jbpub.com/9780763765705/65705_CH03_V1xx.pdf

- Casey, A. (1993). Development and use of the partnership model of nursing care. Em Glasper, & Tucker, *Advances in Child Health Nursing*. Lodon: Scutari Press.
- Cestari, M. E. (abril de 2003). Padrões de conhecimento da Enfermagem e suas implicações no ensino. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 24(1), pp. 34-42. Obtido de <https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/4435/2361>
- Coelho, A. ((S.D)). Qualidade- Clínica Organizacional e Inovação. Departamento da Qualidade na Saúde. Obtido de <https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/.../anabela-coelho-pdf.aspx>
- Collière, M.-F. (1999). *Promover a vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem* (3ª ed.). Lisboa: Lidel - edições técnicas, lda.
- Colombo, G., & Bon, G. D. (setembro de 2011). Strategies to protect sleep. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*(24), pp. 30-31. doi:10.3109/14767058.2011.607571
- Comissão de Formação da Ordem dos Enfermeiros. (Julho de 2007). Recomendações para a elaboração de guias orientadores da boa prática de cuidados. 1-12. (O. d. Enfermeiros, Ed.) Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/Recomend_Manuais_BP praticas.pdf
- Comissão de Proteção de Crianças e Jovens. ((S.D)). Esquema de Intervenção das CPCJ no sistema de promoção e proteção. Obtido de <https://www.cnpdpcj.gov.pt/cpcj/intervencao-das-cpcj-no-sistema-de-promocao-e-protecao.aspx>
- Comissão Nacional de Saúde Materna e Neonatal. (2006). *Organização Perinatal Nacional: Programa Nacional de Saúde Materna e Neonatal*. Lisboa: Ministério da Saúde. Obtido de <http://www.arscentro.min-saude.pt/Institucional/projectos/crsmca/Documents/Legislação%20referente%20a%20Assistencia%20Materno-Infantil/9%20Comissão%20Nacional%20da%20Saúde%20Materna%20e%20Neonatal,%20%20Março%20de%202006.pdf>
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (12 de Maio de 2008). Servir a comunidade e garantir qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados de saúde primários. *ICN - International*

Council of Nurses, 1-41. Genebra, Suíça. Obtido de http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/kit_die_2008.pdf

Cordeiro, M. (2015). *Dormir Tranquilo*. Lisboa: A esfera dos livros.

Costa, J. d. ((S.D)). Método de prestação de cuidados. (E. S. Viseu, Ed.) pp. 234-251. Obtido de <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/560/1/Métodos%20de%20prestação%20de%20cuidados.pdf>

Crispim, J. N., Boto, L. R., Melo, I. S., & Ferreira, R. (Maio/Junho de 2011). Padrão de sono e factores de risco para privação de sono numa população pediátrica portuguesa. *Acta Pediátrica Portuguesa. Revista de Medicina da Criança e Jovem*, pp. 93-98. Obtido de http://www.spp.pt/userfiles/file/app/artigos/28/20111031155014_acta_ped_vol_42_n3.pdf

Decreto-Lei n.º 161. (04 de setembro de 1996). Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Diário da República, I série - A, N.º 205. Obtido de <https://dre.pt/application/file/a/241564>

Decreto-Lei n.º 28. (22 de fevereiro de 2008). Regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde. Diário da República, 1.ª série - N.º38. Obtido de <https://dre.pt/application/file/a/247597>

Decreto-Lei n.º 63. (13 de setembro de 2016). Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. 3159-3191. Obtido de <https://dre.pt/application/conteudo/75319452>

Despacho n.º 14879. (15 de novembro de 2013). Regulamento do Processo de Reconhecimento. Diário da República, 2.ª série - N.º 222. Obtido de https://www.estsetubal.ips.pt/files/Regulamento_Processo_Reconhecimento_Validacao_Competicencias_IPS.pdf

Despacho n.º 5613. (27 de Maio de 2015). Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015 - 2020. 13550-13553. Diário da República, 2.ª série - N.º102. Obtido de http://sanchoeassociados.com/DireitoMedicina/Omlegissum/legislacao2015/Maio/Desp_5613_2015.pdf

Dias, P., & Brito, R. (2016). Crianças (0 aos 8 anos) e tecnologias digitais. Lisboa: Centro de Estudos de Comunicação e Cultura. Obtido de <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/19160/1/BOOK%20Crianças%20e%20Tecnologias%20Digitais.pdf>

- Diaz, Z., Fernandes, S., & Correia, S. (nov./dez de 2014). Dificuldades dos pais com bebés internados numa Unidade de Neonatologia. *Revista de Enfermagem Referências*, IV(3), pp. 85-93. doi:<http://dx.doi.org/10.12707/RIII12134>
- Direção-Geral da Saúde. ((S.D)). Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância. Obtido de <https://www.dgs.pt/sistema-nacional-de-intervencao-precoce-na-infancia/criterios-de-elegibilidade.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (20 de novembro de 2008). Acção de Saúde para Crianças e Jovens em Risco: Documento Técnico. Obtido de <https://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/a-accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/documentos.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (12 de Agosto de 2015). Programa Nacional de Saúde Escolar. Obtido de <https://observatorio-lisboa.eapn.pt/ficheiro/Programa-Nacional-de-Saude-Escolar-2015.pdf>
- Direção-Geral de Saúde. (1 de junho de 2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Obtido de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil.aspx>
- Direcção-Geral de Saúde. (2010). Circular Normativa: Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde. 1-37. Obtido de <https://www.dgs.pt/programa-nacional-de-controlo-da-infeccao/documentos/orientacoes--recomendacoes/orientacao-de-boia-pratica-para-a-higiene-das-maos-nas-unidades-de-saude.aspx>
- Eduardo, E. A., Peres, A. M., Almeida, M. d., Roglio, K. d., & Bernardino, E. (2015). Análise de modelo de tomada de decisão de enfermeiros gerentes: uma reflexão coletiva. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 68(4), pp. 668-675. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680414i>
- Fernandes, A., Fernandes, C., Amador, A., & Guimarães, F. (2012). Síndrome da morte súbita do lactente: o que sabem os pais? *Acta Pediátrica Portuguesa*(43 (2)), pp. 59-62. Obtido de http://www.academia.edu/26901654/Síndrome_da_morte_súbita_do_lactente_o_que_sabem_os_pais
- Ferreira, M. J. (2005). O Interesse da Ética. *XIX Encontro de Filosofia*, (pp. 1-10). Coimbra. Obtido em 08 de Novembro de 2017, de http://apfilosofia.org/wp-content/uploads/2017/06/CarmoFerreira_Interesse_da_Etica.pdf

- Ferrito, C. (Janeiro de 2007). Enfermagem baseada na evidência: estudo piloto sobre necessidades de informação científica para a prática de enfermagem. *Percursos nº3*, pp. 36-40. Obtido de <http://hdl.handle.net/10400.26/9019>
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Freitas, F. V., & Filho, L. A. (2010). Modelos de comunicação e uso de impressos na educação em saúde: uma pesquisa bibliográfica. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 15(36), pp. 243-256. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832010005000044>
- Gaíva, M. A., Marquesi, M. C., & Rosa, M. K. (jul/set de 2010). O Sono do recém-nascido internado em unidade de terapia intensiva: cuidados de enfermagem. *Cienc Cuid Saude*(9 (3)), pp. 602-609. doi:10.4025/cienccuidsaude.v9i3.12561
- Ghiglione, R., & Matalon, B. (2001). *O Inquérito: Teoria e Prática* (4ª ed.). Oeiras: Celta.
- Gomes, C. G. (mar de 2009). Cuidar do Sono do bebé. *Revista Referência*, II(9), 69-77. Obtido de https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2134&id_revista=4&id_edicao=26
- Gorgulho, F., & Pacheco, S. (março de 2008). Amamentação de prematuros em uma unidade neonatal: a vivência materna. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 12(1), pp. 19-24. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452008000100003>
- Graven, S., & Browne, J. (2008). Sleep and Brain Development: The Critical Role of Sleep in Fetal and Early Neonatal Brain Development. *Newborn and Infant Nursing Reviews*(8 (4)), pp. 173-179. doi:<https://doi.org/10.1053/j.nainr.2008.10.008>
- Hockenberry, M., & Barrera, P. (2014). Perspetivas de Enfermagem Pediátrica. Em M. Hockenberry, & D. Wilson, *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., Vol. I, pp. 1-20). Loures: Lusociência.
- Instituto de Apoio à Criança. (1998). *Carta da Criança Hospitalizada*. Obtido de Portal do Instituto de Apoio à criança: <http://www.iacrianca.pt/index.php/setores-iac/carta-da-crianca-hospitalizada>
- Internacional Council of Nurses [ICN]. (2016). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) - versão 2015*. Ordem dos Enfermeiros. Obtido de <https://www.flipsnack.com/ordemenfermeiros/catalogo-ciper-2015.html>

- Janes, M. W., & Marques, M. C. (2013). A contribuição da comunicação para a saúde: estudo de comunicação de risco via rádio na grande São Paulo. *Saúde e Sociedade*, 22(4), pp. 1205-1215. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902013000400021>
- Jordão, K. R., Pinto, L. d., Machado, L. R., Costa, L. B., & Trajano, E. T. (2016). Possíveis fatores estressantes na unidade de terapia intensiva neonatal em hospital universitário. *Revista Brasileira Terapia Intensiva*(28 (3)), pp. 310-314. doi:10.5935/0103-507X.20160041
- Khan, R. L., Raya, J. d., & Nunes, M. L. (2009). Avaliação do Estado Comportamental durante o Sono em Recém-Nascidos. *Journal of Epilepsy and Clinical Neurophysiology*(15(1)), pp. 25-29. Obtido de <http://www.scielo.br/pdf/jecn/v15n1/a06v15n1.pdf>
- Kron, T., & Gray, A. (1989). *Administração dos cuidados de enfermagem ao paciente: colocando em acção as habilidades de liderança* (6ª ed.). Rio de Janeiro: Interlivro.
- Lai, T., & Bearer, C. (2008). Iatrogenic Environmental Hazards in the Neonatal intensive Care Unit. *Clin Perinatol*, IX(35), pp. 161-81. doi:10.1016/j.clp.2007.11.003.
- Lei n.º 142. (8 de setembro de 2015). Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo. Obtido de http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=2426&tabela=leis&so_miolo=
- Lei n.º 147. (1 de setembro de 1999). Lei de protecção de crianças e jovens em perigo. 6115 - 6132. Diário da República, Série I-A, n.º204. Obtido em 6 de novembro de 2017, de <https://dre.pt/pesquisa/-/search/581619/details/normal?l=1>
- Lei n.º 156. (16 de Setembro de 2015). Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. 8059-8105. Diário da República, 1.ª série — N.º 181. Obtido de <https://dre.pt/application/file/a/70309872>
- Lei n.º 65. (13 de outubro de 1978). Convenção Europeia dos Direitos do Homem. Diário da República, Série I, n.º 236. Obtido de <https://dre.tretas.org/dre/33358/lei-65-78-de-13-de-outubro>
- Llaguno, K. C., Avelar, A. F., Tsunemi, M. H., Pedreira, M. d., Sato, M. H., & Pinheiro, E. M. (2015). Efeito da redução de estímulos sensoriais e ambientais no sono de recém-nascidos pré-termo hospitalizados. *Revista da Escola de Enfermagem da USF*(49 (4)), pp. 550-555. doi:10.1590/S0080-623420150000400003
- Loch, J. A. (2002). Princípios da Bioética. (Kipper, Ed.) *Temas de Pediatria*, pp. 12-18. Obtido de <http://www.pucrs.br/bioetica/cont/joao/principiosdebioetica.pdf>

- Lorenzoni, P. J., Souza, R. C., Kohara, S. K., França, J. C., Rodrigues, G. A., & Carvalho, J. G. (2007). O Pôster em Encontros Científicos. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 31(3), pp. 304-309. Obtido de <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v31n3/14.pdf>
- Maia, Í., & Pinto, F. (2008). Hábitos de Sono. *Nascer e Crescer. Revista do Hospital de crianças Maria Pia*, XVII, n.º1, pp. 9-12. Obtido de http://repositorio.chporto.pt/bitstream/10400.16/1132/1/HabitosDeSono_NeC_17-1_WEB.pdf
- Maki, M. T., Orsi, K. C., Tsunemi, M. H., Hallinan, M. P., Pinheiro, E. M., & Avelar, A. F. (2017). O efeito da manipulação sobre o sono do recém-nascido prematuro. *Acta Paulista Enfermagem*(30 (5)), pp. 489-96. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/19820194201700071>
- Mendes, G. (Jan-Mar de 2009). A dimensão ética do agir e as questões da qualidade colocadas face aos cuidados de enfermagem. *Texto e Contexto- Enfermagem*, 18 (1), pp. 165-169. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072009000100020>
- Mendes, L. R., Fernandes, A., & Garcia, F. T. (2004). Hábitos e Perturbações do Sono na Criança em Idade Escolar. *Acta Pediátrica Portuguesa: Revista Oficial da Sociedade Portuguesa de Pediatria*, 35 (nº4), pp. 341-347. Obtido de <http://actapediatrica.spp.pt/article/view/4983/3771>
- Mendes, M. G., & Martins, M. M. (mar de 2012). Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referências*, III(6), 113-121. doi:<http://dx.doi.org/10.12707/RIII1144>.
- Mindell, J., Telofski, L., Wiegand, B., & Kurtz, E. (2009). A Nightly Bedtime Routine: Impact on Sleep in Young Children and Maternal Mood. *Sleep*(32(5)), pp. 599-606. Obtido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2675894/>
- Monteiro, T. (2006). Perturbações do sono na criança. Perspectivas do Pediatria. *Nascer e Crescer: Revista do Hospital de crianças Maria Pia*, XV, n.º3, pp. 180-183. Obtido de http://repositorio.chporto.pt/bitstream/10400.16/1187/1/PerturbacoesDoSono_15-3_Web.pdf
- Morgado, T. M., Seabra, S. R., Ferreira, F., Mendes, A. T., Mateus, F. F., Pereira, F. M., & Morais, M. E. (Junho de 2014). A tomada de decisão ético-deontológico dos enfermeiros. *Revista Portuguesa de Bioética*, 20, pp. 113-129. Obtido de <http://rihuc.huc.min->

saude.pt/bitstream/10400.4/1756/1/tomada%20de%20decisao%20etico-deontologica_2014.pdf

- Mororó, D., Enders, B., Lira, A. L., Silva, C. B., & Menezes, R. P. (2017). Análise conceitual da gestão do cuidado em enfermagem no âmbito hospitalar. *Acta Paulista Enfermagem*, 30(3), pp. 323-332. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/19820194201700043>
- Nascimento, É. A., Tarcia, R. M., Magalhães, L. P., Soares, M. A., Suriano, M. L., & Domenico, E. B. (2015). Folhetos educativos em saúde: estudo de recepção. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 49(3), pp. 434-442. doi:10.1590/S0080-623420150000300011
- Neto, D. L., & Nóbrega, M. (abre./jun. de 1999). Holismo nos modelos teóricos de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 52(2), 233-242. Obtido de <http://www.scielo.br/pdf/reben/v52n2/v52n2a10.pdf>
- Nunes, L. (2006a). Autonomia e responsabilidade na tomada de decisão clínica em enfermagem. // *Congresso da Ordem dos Enfermeiros*, (pp. 1-12). Obtido de http://www.ordemenfermeiros.pt/eventos/Documents/II%20Congresso%202006/IICong_Co mLN.pdf
- Nunes, L. (2006b). Obtido de Tomada de Posição sobre a Segurança do Cliente - Ordem dos Enfermeiros: http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_2Maio2006.pdf
- Nunes, L. (2017). *Para uma Epistemologia de Enfermagem* (1ª ed.). Loures, Portugal: Lusodidacta.
- Nunes, L. (18 de setembro de 2018). Relatório. setúbal. Obtido de http://moodle.ips.pt/1819/pluginfile.php/456010/mod_resource/content/0/ME_Relatorio_18%20set%202018.pdf
- Nunes, S. R. (2011). Privacidade e sigilo em deontologia profissional: uma perspectiva no cuidar pediátrico. *Nascer e Crescer*, XX, pp. 40-44. Obtido de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/nas/v20n1/v20n1a10.pdf>
- Oliveira, L., & Ferreira, R. (2014). Ambiente das enfermarias Pediátricas favorece o sono das crianças? *Acta Pediátrica de Pediatria: Revista Oficial da Sociedade Portuguesa de Pediatria*(45 (2)), pp. 82-89. doi:<https://doi.org/10.25754/pjp.2014.2706>

Ordem dos Enfermeiros . (Dezembro de 2001). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem.

Enquadramento conceptual. Enunciado descritivo. Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2010). Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátria: Entrevista ao adolescente/Promover o desenvolvimento infantil na criança.

1. Ordem dos Enfermeiros. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8911/guiasorientadores_boapratica_saudeinfantil_pediatria_volume1.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (fevereiro de 2011). Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica: Preparação do regresso a casa da criança/ Promoção da

Esperança. 3(3). Ordem dos Enfermeiros. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8909/cadernosoe_guiasorientadoresboapraticeesip_vol_iii.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (setembro de 2013). Guia orientador de boa prática: Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança. 1(6). Ordem dos Enfermeiros. Obtido de

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8899/gobp_estrategiasnaofarmacologicascontrolodorcrianca.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (dezembro de 2015). Guia orientador de boa prática - Adaptação à parentalidade durante a hospitalização. (8). Ordem dos Enfermeiros. Obtido de

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8886/gobp_parentalidadepositiva_vf.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (25 de Novembro de 2017). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Assembleia Extraordinária do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Obtido de

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto-2_padroesqualidcuidesip.pdf

Pacheco, S., Rodrigues, B., Dionísio, M., Machado, A., Coutinho, K., & Gomes, A. (jan/mar de 2013).

Cuidado Centrado na Família: Enfermagem no contexto da criança hospitalizada. *Revista de Enfermagem UERJ*, 21(1), 106-112. Obtido de <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/6443/4584>

Paiva, N., & Costa, J. (2015). A influência da tecnologia na infância: desenvolvimento ou ameaça?

Brasil. Obtido de <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0839.pdf>

- Peixoto, N., & Peixoto, T. (out./nov./dez. de 2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Revista de Enfermagem Referencias*, IV(11), pp. 121-132. doi:<http://dx.doi.org/10.12707/RIV16030>
- Pinheiro, M. (Nov-Dez de 1994). Organizar a prestação de cuidados: Uma função/desafio para o enfermeiro chefe. *Servir*(42 (6)), pp. 319-331. Obtido em 2018
- Queirós, A. A. (2001). *Ética e Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Queirós, P. (julho/setembro de 2014). Reflexões para uma Epistemologia da Enfermagem. Florianópolis. Obtido de <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014002930013>
- Rabelo, M. Z., Chaves, E. M., Cardoso, M. V., & Sherlock, M. d. (2007). Sentimentos e expectativas das mães na alta hospitalar do recém-nascido prematuro. *Acta Paulista Enfermagem*(20 (3)), pp. 333-7. Obtido de http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n3/pt_a15v20n3.pdf
- Ramos, A. L. (2012). *Construção e adequação de um instrumento de medição de risco de lesão não intencional em ambiente doméstico/familiar, em crianças até aos quatro anos*. Tese para obtenção do grau de doutor em Enfermagem, Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde. Obtido de <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/12033>
- Ramos, S., & Trindade, L. (novembro/dezembro de 2011). Gestão do Risco: Segurança do doente em ambiente hospitalar. *Tecno Hospitalar*, pp. 16-20. Obtido de <http://repositorio.chlc.min-saude.pt/bitstream/10400.17/1597/1/SusanaRamos.pdf>
- Redeker, N. (2000). Sleep in Acute Care Settings: An Integrative Review. *Journal of Nursing Scholarship*(32 (1)). doi:<https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2000.00031.x>
- Regulamento n.º 140. (6 de fevereiro de 2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. 4744-4750. Diário da República, 2.ª série - N.º26. Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Regulamento n.º 351. (22 de junho de 2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. 16660-16665. Diário da República, 2.ª série - N.º 119. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoPadQualidadeCuidEspecializEnfSauCriancaJovem_DRJun2015.pdf
- Regulamento n.º 422. (12 de julho de 2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. 19192-19194. Diário

da República, 2.ª série - N.º 133. Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8733/infantil.pdf>

Renaud, I. C. (2010). O Cuidado em Enfermagem. *Pensar em Enfermagem*, XIV, pp. 02-08. Obtido de [http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2010_14_1_2-8\(1\).pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2010_14_1_2-8(1).pdf)

Roque, A., Bugalho, A., & Carneiro, A. V. (Março de 2007). Manual de Normas de Orientação Clínica - CEMBE da FML. Lisboa: Linha Editorial, Lda. Obtido de <http://cembe.org/avc/docs/Manual%20de%20NOCs%20CEMBE%202007.pdf>

Rosa, C., & Menezes, M. (2015). Avaliação da Influência da Estrutura Física das Unidades de Internação de Clínica Médica e Cirúrgica de um Hospital Público: Proposta para o Gerenciamento de Risco de Quedas. São Paulo, Brasil. Obtido de <http://www.revistargss.org.br/ojs/index.php/rgss/article/view/177>

Ruivo, M. A., Ferrito, C., & Nunes, L. (Janeiro-Março de 2010). Metodologia de Projeto: Colectânea descritiva de etapas. (A. Freitas, Ed.) *Percursos*, nº15. Obtido de http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf

Sadeh, A., & Anders, T. (1993). Infant Sleep Problems: Origins, Assessment, Interventions. *Infant Mental Health Journal*, 14(1), pp. 17-34. Obtido de <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.708.2868&rep=rep1&type=pdf>

Sadeh, A., Tikotzky, L., & Scher, A. (2010). Parent and infant sleep. *Sleep Medicine Reviews*, 14, pp. 89-96. doi:doi:10.1016/j.smrv.2009.05.003

Sakraida, T. (2004). Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender. Em A. M. Tomey, & M. R. Alligood, *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (Vol. 33, pp. 699-715). Loures: Lusociência.

Salavessa, M., & Vilarica, P. (2009). Problemas de sono em idade pediátrica. *Revista Portuguesa Clinica Geral*, 25, pp. 584-591. Obtido de http://repositorio.chlc.min-saude.pt/bitstream/10400.17/1582/1/Rev%20Port%20Clin%20Geral%202009_25_584.pdf

Santos, B. R., Orsi, K. C., Baleiro, M. M., Sato, M. H., Kakehashi, T., & Pinheiro, E. (2015). Efeito do "horário do soninho" para redução de ruído na unidade de terapia intensiva neonatal. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*(19 (1)), pp. 102-106. doi:10.5935/1414-8145.20150014

- Santos, I., & Sá, E. (2010). Estratégias de governação clínica. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*(26), pp. 606-12. Obtido de <http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/viewFile/10803/10539>
- Silva, F. G., Silva, C. R., Braga, L. B., & Neto, A. S. (2013). Hábitos e problemas do sono dos dois aos dez anos: estudo populacional. *Acta Pediátrica Portuguesa. Revista de Medicina da Criança e Jovem*, 44 (5), pp. 196-202. Obtido de <http://actapediatrica.spp.pt/article/viewFile/2898/2728>
- Silva, F. M. (2014). *Hábitos e Problemas do Sono das Crianças dos 2 aos 10 anos*. Dissertação de candidatura ao grau de Doutor em Medicina, especialidade de Pediatria, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa, Lisboa. Obtido de <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, Edições Técnicas, Lda.
- Sociedade Portuguesa de Pediatria. (2009). Como reduzir o risco de Síndrome da Morte súbita do Lactente (SMSL). Obtido de http://criancaefamilia.spp.pt/media/116370/Folheto_SMSL.pdf
- Sociedade Portuguesa de Pediatria. (S.D). Recomendações SPS-SPP: Prática da Sesta nas creches e infantários, públicos ou privados. *Recomendações SPS-SPP: prática da sesta da criança*, 1-8. Obtido de http://www.spp.pt/UserFiles/file/Noticias_2017/VERSAO%20PROFISSIONAIS%20DE%20SAUDE_RECOMENDACOES%20SPS-SPP%20SESTA%20NA%20CRIANCA.pdf
- Souza, M. T., Silva, M. D., & Carvalho, R. d. (2010). Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*, 8, pp. 102-106. Obtido de http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf
- Souza, S., Tomazoni, A., Rocha, P., Cabral, P., & Souza, A. (jan./mar. de 2015). Identificação da Criança na Pediatria: Percepções Profissionais de Enfermagem. *Revista Baiana de Enfermagem*, 29, nº1, p. 5.11. doi:<http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v29i1.11529>
- Teixeira, J. C. (setembro de 2004). Comunicação em Saúde: Relação Técnicos de Saúde-Utente. *Análise Psicológica*, 22(3), pp. 615-620. Obtido de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v22n3/v22n3a21.pdf>

- Tomey, A. M. (2004). Virginia Henderson. Definição de Enfermagem. Em A. M. Tomey, & M. R. Alligood, *Teóricas de Enfermagem e sua obra (Modelos e Teorias de Enfermagem* (pp. 111-125). Loures: Lusociência.
- United Nations Children's Fund [UNICEF]. (20 de novembro de 1989). A Convenção sobre os Direitos da Criança. Obtido de https://www.unicef.pt/media/1206/0-convencao_direitos_crianca2004.pdf
- Universidade de Évora. (2015). Ciclo de Estudos. Obtido de <https://www.ess.ips.pt/files/Apresentação%20do%20pedido%20corrigido%20-%20Novo%20ciclo%20de%20estudos.pdf>
- VandenBerg, K. (2007). State Systems Development in High-risk Newborns in the Neonatal Intensive Care Unit: Identification and Management of Sleep, Alertness, and Crying. *Journal Perinatal Neonatal Nursing*, 21(2), pp. 130-139. doi:10.1097/01.JPN.0000270630.96864.9a
- Victor, J. F., Lopes, M. V., & Ximenes, L. B. (2005). Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender. *Acta Paulista de Enfermagem*, 18 (3), pp. 235-240. Obtido de <http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n3/a02v18n3.pdf>
- Vilelas, J. (2009). *Investigação: O Processo de Construção do Conhecimento*. Lisboa: Edições Sílabo, LDA.

APÊNDICES

Apêndice 1 - Cronograma Geral das etapas do projeto

		2018						2019					
Mês		Junho	Julho	Agosto	Set.	Out.	Nov.	Dez.	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.
Etapa do projeto													
Diagnóstico da situação													
Objetivos													
Planeamento: atividades													
Execução													
Avaliação													
Divulgação dos resultados	Escrita do relatório												
	Discussão pública												

Apêndice 2- Questionário “O Sono na Saúde Infantil e Pediátrica”

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Escola Superior de Saúde
IP Portalegre



IPS
Instituto Politécnico de Setúbal
Escola Superior de Saúde



Instituto Politécnico de Castelo Branco
Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

Questionário

“O Sono na Saúde Infantil e Pediátrica”

Carla Sofia Sobral Trindade, Enfermeira, Mestranda em Enfermagem na área de Especialização de Saúde Infantil e Pediatria, do Mestrado em Associação, das Escolas Superiores de Saúde de Enfermagem: Évora, Beja, Portalegre, Setúbal e Castelo Branco, encontra-se a realizar um projeto sobre **“O Sono na infância: Educar para Promover o Sono saudável – Atuação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica”**.

A elaboração deste questionário tem como objetivo identificar o conhecimento da equipa de enfermagem, sobre o Sono Infantil, a sua importância e as estratégias utilizadas para promoção deste nos utentes pediátricos de quem cuidam, nos vários locais que irá ser realizado o estágio final.

A confidencialidade dos dados, a sua utilização para fins de investigação, o rigor no seu uso e tratamento e o anonimato são assegurados pelos investigadores do estudo.

A participação no preenchimento do presente questionário é voluntária, não existindo qualquer prejuízo para os participantes. Os participantes têm conhecimento do estudo em causa, informação da temática e da necessidade do estudo, bem como da possibilidade em recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências.

Desta forma, o preenchimento deste questionário assume o consentimento informado livre e esclarecido do participante em participar no estudo, participar e permitir a utilização dos dados, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato dadas pelo investigador.

Agradeço a disponibilidade de preenchimento.

A Estudante

Carla Sofia Sobral Trindade

A Docente Orientadora

Prof. Doutora Ana Lúcia Ramos

Caracterização:

Habilitações literárias	Bacharelato ☐
	Licenciatura em Enfermagem ☐
	Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica ☐
	Mestrado ☐
	Doutoramento ☐
Tempo de experiência profissional	
Tempo de exercício profissional em Saúde Infantil e Pediátrica	

Coloque uma cruz apenas numa opção:

1. As alterações do sono infantil podem perturbar o crescimento e o desenvolvimento infantil saudável.

☐ — ☐ — ☐ — ☐ — ☐

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo/ Nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

2. As alterações do sono infantil podem perturbar a dinâmica familiar.

☐ — ☐ — ☐ — ☐ — ☐

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo/ Nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

3. No local onde exerce funções promove-se o sono infantil saudável.

☐ — ☐ — ☐ — ☐ — ☐

Nunca Raramente Às vezes Frequentemente Sempre

4. Quais as estratégias, de promoção do sono e de higienização do sono, que utiliza para promover um sono infantil saudável?

5. Considera a promoção do sono infantil um ganho em saúde na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados ao recém-nascido, lactente, criança e jovem?

SIM☐

NÃO☐

6. Na sua prestação de cuidados de enfermagem ao Recém-nascido, Lactente, Criança e Jovem, qual a sua opinião relativamente a (assinale com uma cruz):

	Nada Importante	Pouco Importante	Importante	Significativamente importante	Muito Importante
6.1A temática na prestação de cuidados.					
6.2 Necessidade de atualização de conhecimentos sobre o Sono Infantil.					
6.3 Elaboração de suporte bibliográfico para empoderar os enfermeiros, sobre o sono infantil (posters; folhetos; sessões de educação; normas orientadoras).					
6.4 Elaboração de suporte bibliográfico para empoderar os pais/cuidadores, sobre o sono infantil (posters; folhetos; sessões de educação; normas orientadoras).					

Terminou o preenchimento do questionário

Obrigado

Apêndice 3- Caracterização da equipa do SPI

Tabela nº 1 - Caraterização da equipa do Serviço de Pediatria Internamento

Questionário: “O Sono na Saúde Infantil e Pediátrica”											
Caracterização da equipa do Serviço de Pediatria Internamento		Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10
Habilitações Literárias	Bacharelato			X							
	Licenciatura	X			X			X	X		X
	Especialidade		ESIP			ESIP	ESIP			ESIP	
	Mestrado										
	Doutoramento										
Tempo de experiência profissional		20	33	27	9	13	13	7	26	26	15
Tempo de exercício profissional em Saúde Infantil e Pediátrica		5	19	27	6	13	13	5	22	26	6

Apêndice 4- Resultados da análise das perguntas fechadas do questionário, aplicados no SPI

Gráfico nº 1- As alterações do sono infantil podem perturbar o crescimento e o desenvolvimento infantil saudável

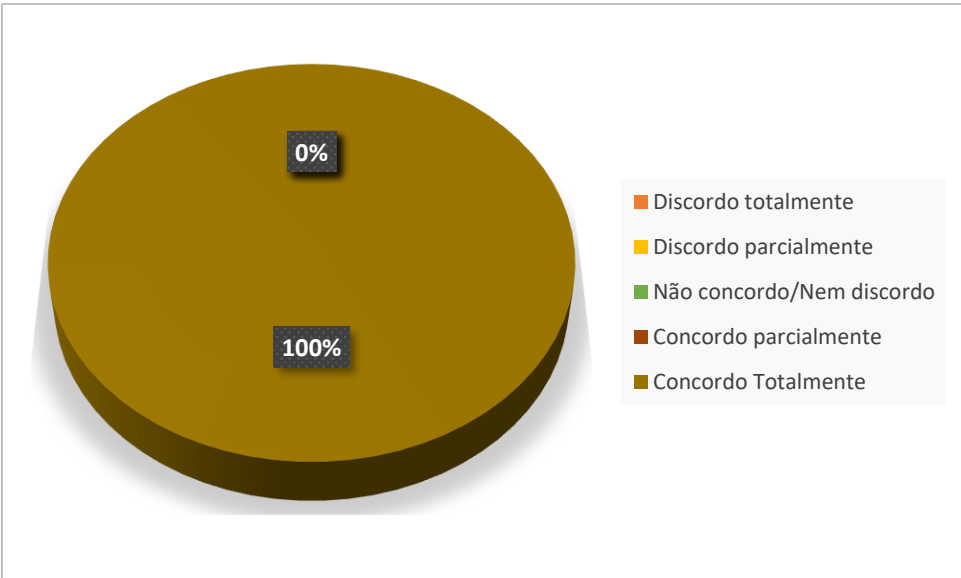


Gráfico nº 2- As alterações do sono infantil podem perturbar a dinâmica familiar

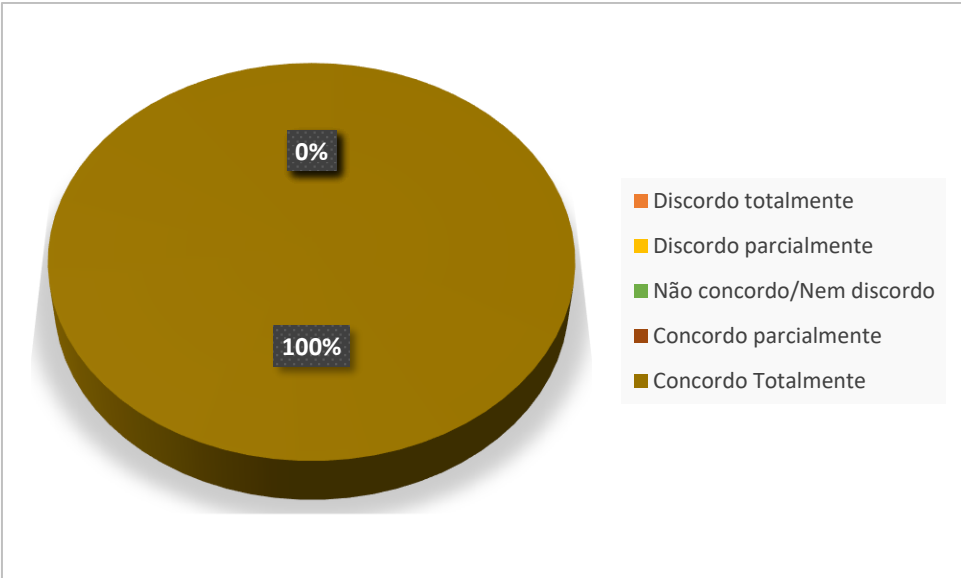


Gráfico nº 3- No local onde exerce funções promove-se o sono infantil saudável

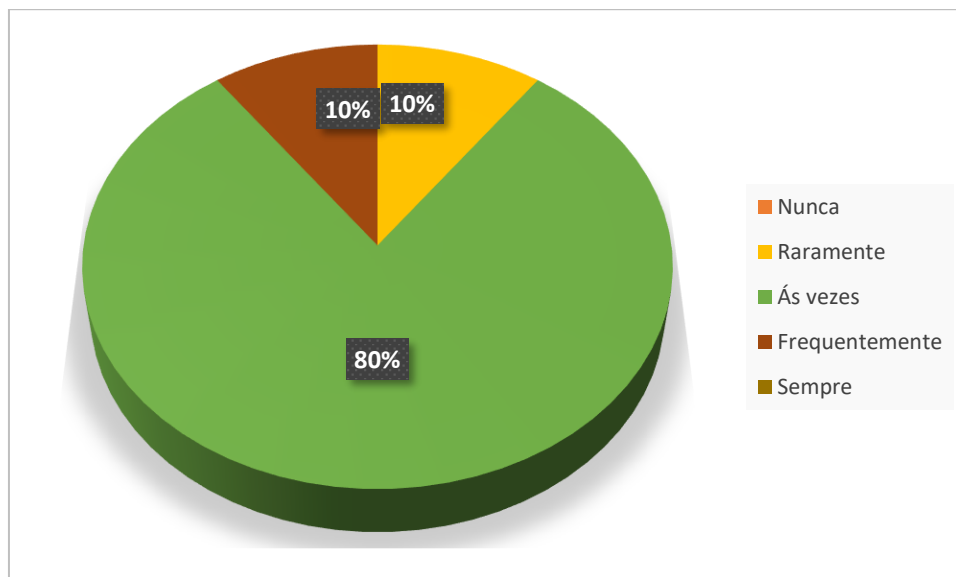


Gráfico nº 4- Considera a promoção do sono infantil um ganho em saúde na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados ao recém-nascido, lactente, criança e jovem?

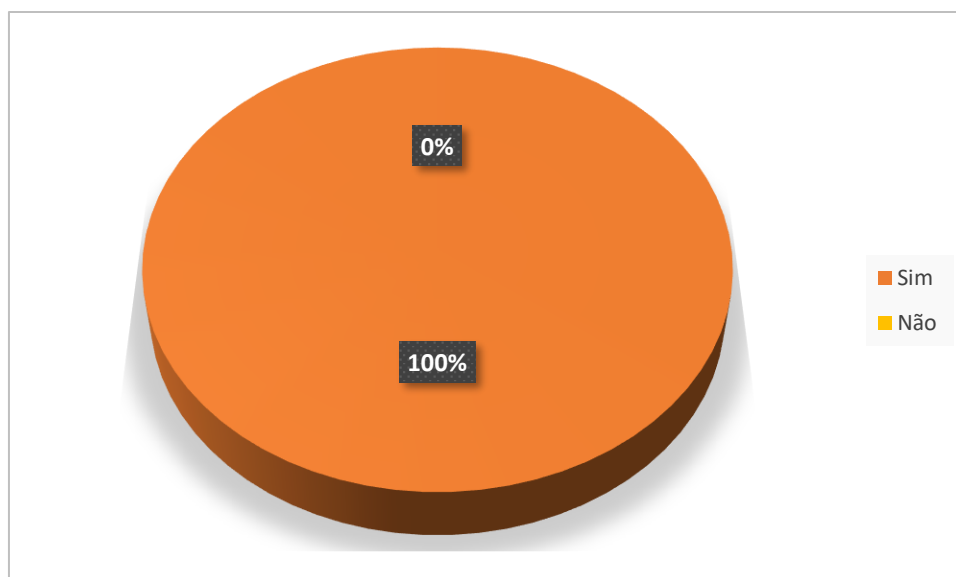


Gráfico nº 5- A temática na prestação de cuidados

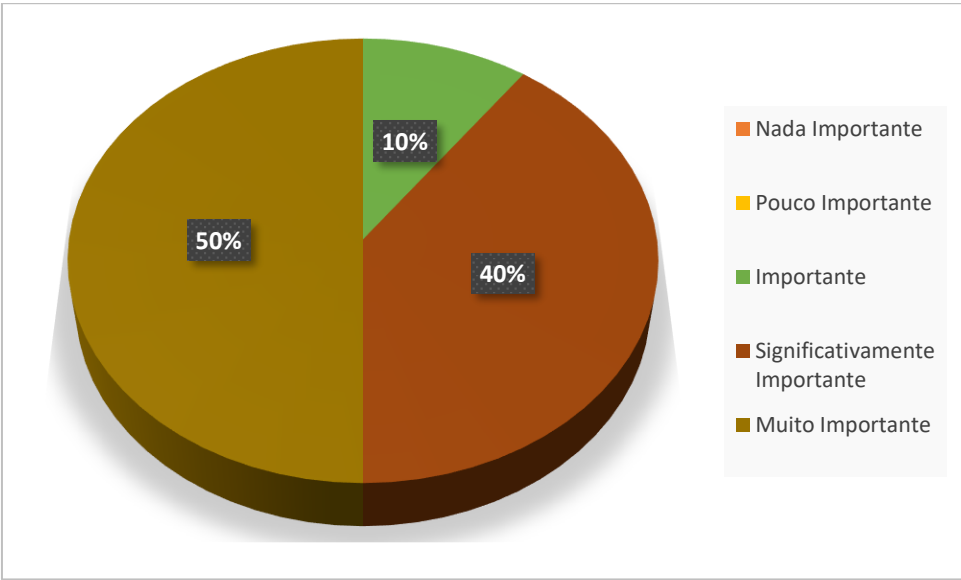


Gráfico nº 6- Necessidade de atualização de conhecimentos sobre o Sono Infantil

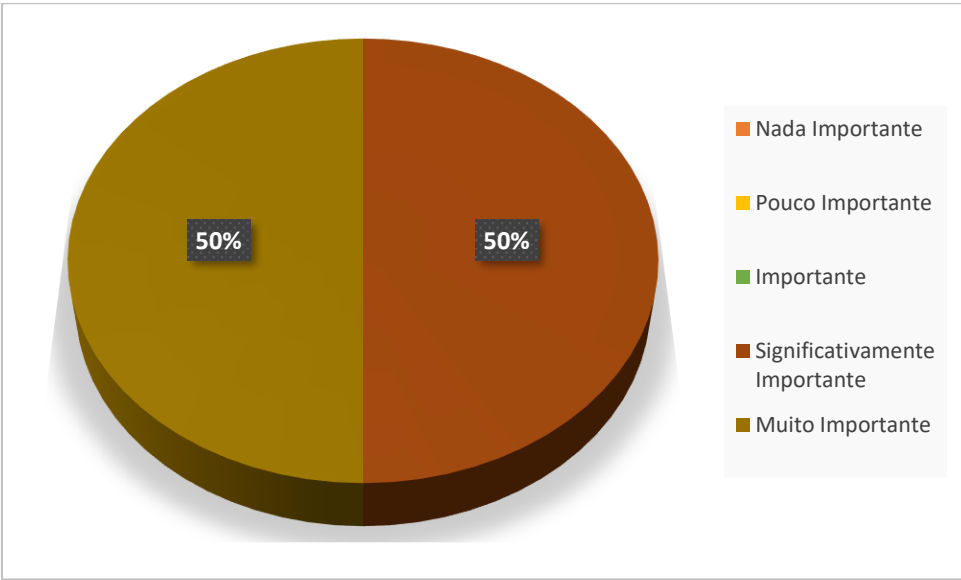


Gráfico nº 7- Elaboração de suporte bibliográfico para empoderar os enfermeiros, sobre o sono infantil (posters; folhetos; sessões de educação; normas orientadoras)

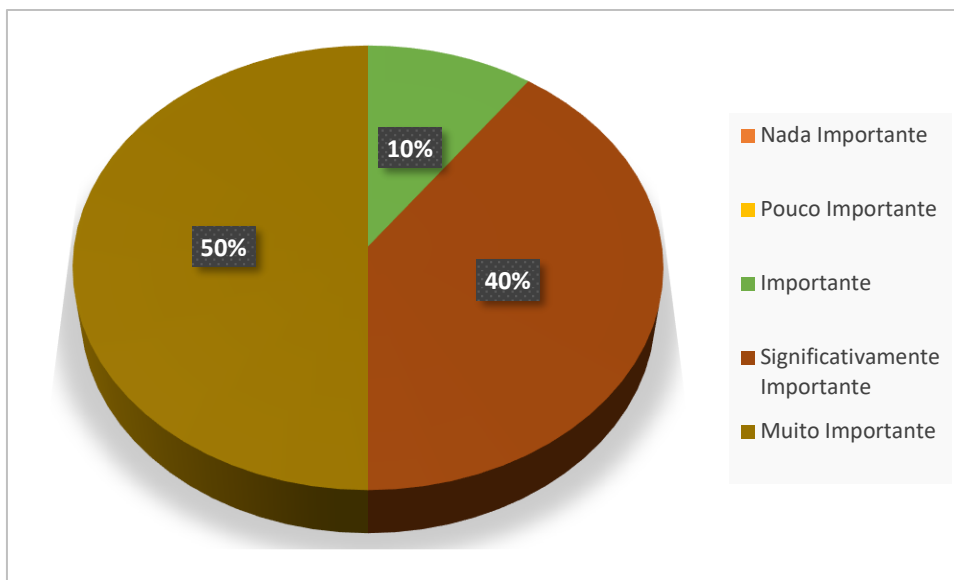
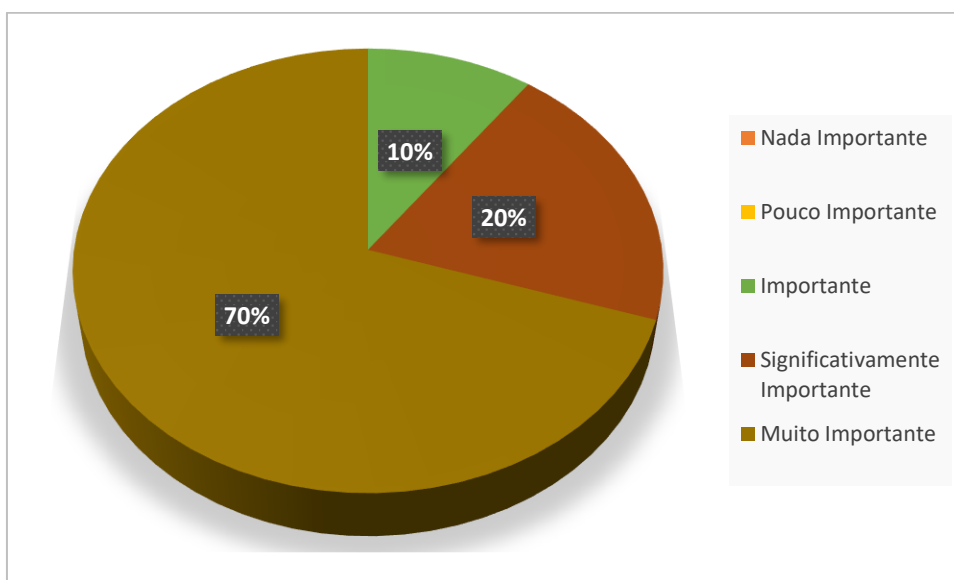


Gráfico nº 8- Elaboração de suporte bibliográfico para empoderar os pais/cuidadores, sobre o sono infantil (posters; folhetos; sessão de educação; normas orientadoras)



**Apêndice 5- Resultados da análise da pergunta aberta do questionário,
aplicados no SPI**

Tabela nº 2 - Análise da pergunta aberta do questionário "O Sono na Saúde Infantil e Pediátrica", no SPI

Resultados obtidos no Serviço de Pediatria Internamento

Tema	Categoria	Unidade de Contexto	Unidade de registo
Questão 4 Sono Infantil	Estratégias de promoção e higienização	Diminuir luminosidade	“Não acender a luz do quarto, utilizando a luz do w.c” (Q1: 1) “Desligar as luzes do quarto/enfermaria (...) Fechar precianas ... do quarto” (Q2: 1-5) “Escurecer o quarto” (Q3:1) “apagar as luzes” (Q4:1) “redução da luz” (Q5:1) “Não acender a luz quando possível nos procedimentos nocturnos” (Q6:1-6) “Reduzir intensidade das luzes” (Q7:3) “Diminuição da luminosidade do quarto” (Q8:2) “Otimizar o ambiente do quarto a nível de luz” (Q9:1-2) “gerir ambiente físico” (Q10:1)
		Diminuir do ruído	“encostar a porta do quarto (...) baixar volume dos alarmes (...) Tentar falar em tom baixo” (Q1: 3-5) “Desligar aparelhos electrónicos (...) Solicitar o silencio da equipa” (Q2:2-4) “Diminuir som dos monitores” (Q3:2)

			“desligar televisão, fechar/encostar porta do quarto, diminuir volume dos alarmes” (Q4:2-3) “redução do som da televisão, fechar a porta da unidade (...) redução do tom de voz no período noturno” (Q5:2-5) “Fechar porta dos quartos (...) falar baixo” (Q6:3-4) “Reduzir ruído (tom de voz)” (Q7:4) “Diminuição do volume dos monitores (...) ausência de ruídos exteriores” (Q8:3-4) “Otimizar o ambiente do quarto a nível do som” (Q9:1-2) “gerir ambiente físico” (Q10:1)
		Organizar os procedimentos	“executar procedimentos estreitamente necessários” (Q1:2) “evitar perturbar o sono sempre que possível” (Q3:4) “Não prestar procedimentos que possam ser adiados nos períodos de sono” (Q6:1-2) “Programar procedimentos para evitar alterar o padrão habitual do sono” (Q9:3-4)
		Favorecer Rotina	“conhecer as rotinas da criança” (Q5:4) “Manter as rotinas da criança e família tanto quanto possível” (Q7:1)
		Conhecer o sono da criança	“conhecer (...) padrão do sono” (Q5:4)

**Apêndice 6- Folheto: Rotina para promoção do sono infantil noturno no
Serviço de Pediatria Internamento**

O Sono

É uma atividade fisiológica normal, essencial e indispensável à vida, fundamental para o bem-estar físico e mental, influenciado por fatores internos e externos.

É durante o sono que existe grande atividade hormonal essencial nas crianças, para o seu crescimento e desenvolvimento.

As suas **funções** são de **proteção** e **reparação** do organismo.

Quantas horas deverá uma criança dormir?

Idade	Horas de sono
Lactentes 4 aos 12 meses	12 a 16 horas (incluindo sesta)
Crianças 1 a 2 anos:	11 a 14 horas (incluindo sesta)
Crianças 3 a 5 anos:	10 a 13 horas (incluindo sesta)
Crianças 6 a 12 anos	9 a 12 horas (sono noturno)
Adolescentes 13 a 18 anos	8 a 10 horas (sono noturno)

Orientações Gerais para a promoção do sono infantil:

- Aproveite o dia para brincar com a criança, se a condição e a doença permitir vá com ela à sala das brincadeiras;
- Não realize atividades intensas com a criança duas horas antes de dormir;
- Mantenha a rotina da hora de deitar, na sequência habitual de atitudes, utilizada em casa (ex: cuidados de higiene; troca de roupa para pijama; atividade lúdica tranquila; leitura de uma história, fornecimento do objeto de transição habitual, entre outras);
- Deite a criança sempre no mesmo horário;
- Respeite o número total de horas, que a criança deve dormir tendo em conta a faixa etária;
- Não se esqueça está a partilhar o quarto com outra família, respeite a sua rotina de sono.



Prof. Doutora Ana Lúcia Ramos
Enf. EESIP [nome redigido]
Enf. Carla Trindade



Rotina para promoção do sono infantil noturno no Serviço de Pediatria Internamento

Rotina para promoção do sono infantil noturno no Serviço de Pediatria Internamento

A **promoção** de condições favoráveis ao estabelecimento de um sono reparador são fundamentais como parte do plano de recuperação da criança/jovem doente.

O sono é essencial para a recuperação da saúde, as **crianças/jovens hospitalizados** estão mais **vulneráveis** a problemas do sono por várias razões:

- a própria doença;
- cuidados a serem prestados durante o internamento;
- ambiente hospitalar.



Ações no internamento

Nas áreas comuns:

- As **portas** dos quartos são **encostadas** por volta das **21:00**;
- A **luminosidade** dos corredores é **reduzida** às **21:00**;
- **Diminuição** de **entradas e saídas** pelos pais/cuidadores ao serviço, **após a hora de jantar** das crianças/jovens;

Nos quartos:

- Manter a temperatura amena do local (21-23°);
- A criança e jovem deve permanecer no seu quarto a partir das **20:00**;
- Reduzir o número de brinquedos na cama ao final do dia;
- Cerca das **21:00**, feche os estores do quarto, bem como **desligue as luzes** de teto, privilegiando as luzes de cabeceira;

- **Desligue a televisão** e reduza ou desligue aparelhos eletrónicos (telemóvel, computador, *ipad*) cerca das **21:30**;
- Cerca das **22:00** a **luz de presença** de cada quarto é ligada, por altura da última administração de terapêutica daquele dia, **marcando assim o início geral de silêncio do Serviço Internamento de Pediatria**;
- **Se jovem internado:** diminuir a utilização dos aparelhos eletrónicos e o respetivo som, e diminuir a luz geral do quarto.



**Apêndice 7- Procedimento de Enfermagem: Implementação de Rotina
para promoção do sono infantil noturno no Serviço de Pediatria Internamento**

	Procedimento de Enfermagem: Implementação de Rotina para promoção do sono infantil noturno no Serviço de Pediatria Internamento	Data de entrada em vigor:	--/--
		Versão X	--/--
		Próxima revisão:	--/--
		Cód. Documento:	PS,PEDL.00.YYYY.00

1. Objetivo do Procedimento:

Uniformizar a atuação dos profissionais de saúde para a implementação de uma rotina uniforme e para promoção do sono infantil noturno no Serviço de Pediatria Internamento.

2. Campo de aplicação:

Equipa de enfermagem do Serviço de Pediatria Internamento do Hospital [REDACTED]

3. Siglas, abreviaturas e definições

Sono – “processo corporal: diminuição recorrente da atividade corporal evidenciada pela diminuição de consciência; não acordado acompanhado de; não consciente; diminuição do metabolismo; postura imóvel; atividade corporal diminuída; sensibilidade a estímulos externos” (International Council of Nurses [ICN], 2016, p. 85), ou estado de “não acordado” fisiológico, resultado de ações dos neurotransmissores, ajustados pelo relógio biológico central que se regula ao ritmo circadiano (período de aproximadamente 24 horas), influenciado pelos fatores internos e externos (Soares, 2010). O Sono é uma atividade fisiológica normal, essencial e indispensável à vida, fundamental para o bem-estar físico e mental (Soares, 2010).

É durante o sono que existe grande atividade hormonal, essencial nas crianças, para o seu crescimento (secreção da hormona de crescimento) bem como ao fortalecimento da imunidade (Cordeiro, 2015).

Funções do sono - Proteção e reparação do organismo (Brazelton, 2003); ajuda o sistema imunitário, tanto na recuperação de lesões orgânicas do cérebro (função reparadora) como na defesa contra agentes patogénicos (função protetora) (Brazelton & Sparrow, 2009; Soares, 2010).

Higiene do sono – Conjunto de hábitos e rituais que permitem facilitar o início e a continuidade do sono, a sua consistência e regularidade oferece uma maior sensação de segurança (APS, s.d), além disto pode ser considerada como a prática de vários comportamentos que originem e promovam um sono de qualidade e um bom funcionamento durante a vigília (Noland et al, 2009).

Rotina- Prática constante.

Fatores disruptores/elementos exógenos inerentes ao ambiente hospitalar – som dos dispositivos médicos (monitores, bombas infusoras), luminosidade intensas, ruído (provocado pelos profissionais), interrupção para cuidados (Oliveira & Ferreira, 2014), temperatura e odores (Afonso, 2013).

	Procedimento de Enfermagem: Implementação de Rotina para promoção do sono infantil noturno no Serviço de Pediatria Internamento	Data de entrada em vigor:	--/--
		Versão X	--/--
		Próxima revisão:	--/--
		Cód. Documento:	PS,PEDL.00.YYYY.00

4. Referências

Afonso S. (2013). O Conforto e o Cuidar em Enfermagem. (Dissertação de mestrado, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, Portugal). Obtido de <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/16667/1/O%20CONFORTO%20E%20O%20CUIDAR%20EM%20ENFERMAGEM.pdf>

American Academy of Sleep Medicine (AASM) (2016). Recharge with sleep: Pediatric sleep recommendations promoting optimal health. Obtido de: <https://aasm.org/recharge-with-sleep-pediatric-sleep-recommendations-promoting-optimal-health/>

Associação Portuguesa de Sono (APS) & Sociedade Portuguesa de Pediatria (SPP). (S.D). Higiene do Sono da Criança e do Adolescente. Obtido de <https://www.apsono.com/index.php/pt/centro-de-documentacao/centro-de-doc/52-higiene-do-sono-da-crianca-e-do-adolescente>

Brazelton, T. B. (2003). O Grande Livro da Criança: O Desenvolvimento Emocional e do Comportamento Durante os Primeiros Anos (6ª ed.). Lisboa: Editorial Presença.

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

Cerqueira A., Cardoso M., Viana T., Lopes Márcia. (2018). Revisão integrativa da literatura: sono em lactentes que frequentam creche. Revista Brasileira de Enfermagem, 71 (2), pp 424-39. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0480>

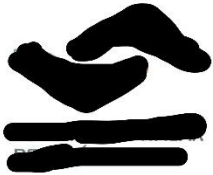
International Council of Nurses [ICN]. (2016). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) - versão 2015. Ordem dos Enfermeiros. Obtido de <https://www.flipsnack.com/ordemenfermeiros/catalogo-ciper-2015.html>

Noland, H., Price, J., Dake, J., & Telljohann, S. (2009). Adolescent's sleep behaviors and perceptions of sleep. Journal of School Health, 79 (5), pp 224-230. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1746-1561.2009.00402.x>

Oliveira, L. & Ferreira, R. (2014). Ambiente das enfermarias Pediátricas favorece o sono das crianças?. Acta Pediátrica Portuguesa: Revista Oficial da Sociedade Portuguesa de Pediatria, 45 (nº2), pp 82-89. Obtido de <https://actapediatrica.spp.pt/article/view/2706>.

Redeker, N. (2000). Sleep in Acute Care Settings: An Integrative Review. Journal of Nursing Scholarship, 32 (1), pp.31-38. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2000.00031.x>

Soares, Â. (2010). O Sono: Efeitos da sua privação sobre as defesas orgânicas. Lisboa: Lidel, Edições Técnicas, Lda.

	Procedimento de Enfermagem: Implementação de Rotina para promoção do sono infantil noturno no Serviço de Pediatria Internamento	Data de entrada em vigor:	--/--
		Versão X	--/--
		Próxima revisão:	--/--
		Cód. Documento:	PS,PEDL.00.YYYY.00

Sociedade Portuguesa de Pediatria (SPP). (2017). Recomendações SPS-SPP: Prática da sesta da criança nas creches e infantários, públicos ou privados. Obtido de:
http://www.spp.pt/UserFiles/file/Noticias_2017/VERSAO%20PROFISSIONAIS%20DE%20SAUDE_RECOMENDA_COES%20SPS-SPP%20SESTA%20NA%20CRIANCA.pdf

5. Responsabilidades

Ao Diretor de Serviço e Enfermeiro Chefe compete garantir a divulgação e concretização do procedimento.
À equipa multidisciplinar do Serviço de Pediatria Internamento compete o conhecimento e aplicação do procedimento diariamente.
À equipa de enfermagem do Serviço de Pediatria Internamento compete a sua implementação e execução, bem como a informação à família das crianças/jovem internadas no serviço relativamente a esta temática.

6. Procedimento

6.1 Consideração geral da temática:

A primeira infância é uma altura essencial para os pais/cuidadores para começarem e implantarem a rotina de sono em lactentes e/ou crianças, uma vez que dormir bem proporciona o crescimento e desenvolvimento adequado, além disso oferece, segurança e confiança no ambiente em que esta está inserida (Cerqueira et al, 2017).

A promoção de condições favoráveis ao estabelecimento de um sono reparador são fundamentais como parte do plano de recuperação da criança doente. As crianças internadas, por várias razões estão mais vulneráveis a problemas do sono, razões tais como: a própria doença, a manipulação por parte dos profissionais de saúde e o ambiente hospitalar (Oliveira & Ferreira, 2014). Por si só, o internamento determina, uma alteração do ambiente que é perturbadora do sono, além disso a dor, a ansiedade e a manipulação da criança hospitalizada, promovem uma maior dificuldade no início e da manutenção do seu sono (Oliveira & Ferreira, 2014).

Pode-se ter em consideração que a promoção do sono, inicia-se logo pela escolha do quarto em que a criança irá permanecer durante o internamento. Estas devem ser distribuídas de acordo com a idade e com a situação clínica (Oliveira & Ferreira, 2014). Ter em conta a idade (crianças com a mesma faixa etária têm hábitos e necessidades de sono semelhantes, pois as necessidades de sono variam com a faixa etária) e a situação clínica da criança (permitindo níveis semelhantes de monitorização minimizando a interrupção do sono por cuidados alheios) é fundamental nessa escolha (Oliveira & Ferreira, 2014).

	Procedimento de Enfermagem: Implementação de Rotina para promoção do sono infantil noturno no Serviço de Pediatria Internamento	Data de entrada em vigor:	--/--
		Versão X	--/--
		Próxima revisão:	--/--
		Cód. Documento:	PS,PEDL.00.YYYY.00

De salientar que padrões circadianos de atividade e repouso estão associados a melhor estado funcional e por consequência a um menor tempo de internamento hospitalar (Redeker, 2000).

6.2 Orientações Gerais para a promoção do sono infantil:

A rotina da hora de deitar deverá iniciar-se 30 minutos antes da hora de deitar normal do lactente/criança e jovem, essa rotina inclui rituais na sequência habitual de atitudes, utilizada em casa (exemplo: cuidados de higiene; troca de roupa para pijama; atividade lúdica tranquila; leitura de uma história, fornecimento do objeto de transição habitual, entre outras). É necessário não esquecer que a hora de deitar deverá ser sempre a mesma, deitando-a no leito ainda acordada, além disso uma vez a criança deitada não se deverá ficar demasiado tempo com ela (Cordeiro, 2015); atividades ao fim do dia e as condições do quarto em que a criança adormece pode influenciar o número de acordares noturnos bem como a duração do tempo de sono (APS & SPP, S.D).

Incentivar as rotinas de sono ao deitar promovendo o convívio dos pais; incentivar a não realização de atividades intensas 2 horas antes de dormir; os contactos a meio da noite deverão ser breves; respeitar o número total de horas, que a criança deve dormir tendo em conta a faixa etária*; (APS & SPP, S.D), são pontos chave orientadores para o estabelecimento de promoção de sono infantil com os pais/cuidadores.

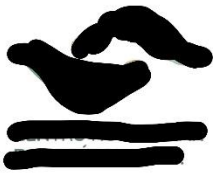
*Idade	Horas de sono
Lactentes 4 aos 12 meses	12 a 16 horas (incluindo sesta)
Crianças 1 a 2 anos:	11 a 14 horas (incluindo sesta)
Crianças 3 a 5 anos:	10 a 13 horas (incluindo sesta)
Crianças 6 a 12 anos	9 a 12 horas (sono noturno)
Adolescentes 13 a 18 anos	8 a 10 horas (sono noturno)

6.3 Ações de Enfermagem:

- Informar as crianças/jovens e família, no momento da admissão e sempre que considere necessário, acerca da implementação da rotina de sono no internamento de pediatria;
- Planear os cuidados previamente concentrando-os, evitando entradas e saídas desnecessárias, para que se promova períodos de sono e repouso tranquilos e ininterruptos.

Nas áreas comuns:

- Reduzir o **ruido** pelas **21:00** (fechar as portas dos quartos; encostar a porta da sala de enfermagem e sala de trabalho (locais esses de maior movimento por parte dos profissionais de saúde); falar em tom baixo de forma tranquila); desligar o rádio do corredor;

	Procedimento de Enfermagem: Implementação de Rotina para promoção do sono infantil noturno no Serviço de Pediatria Internamento	Data de entrada em vigor:	--/--
		Versão X	--/--
		Próxima revisão:	--/--
		Cód. Documento:	PS,PEDL.00.YYYY.00

- Reduzir a **luminosidade** cerca das **21:00**;
- Incentivar a diminuição de entradas e saídas pelos pais/cuidadores do serviço, após a hora de jantar das crianças/jovens;

Nos quartos:

- Manter a temperatura amena do local (20-21°);
- Incentivar o fechar dos estores do quarto, bem como o desligar das luzes de teto, privilegiando as luzes de cada unidade);
- Reduzir o ruído nos quartos (diminuir o volume de aparelhos de monitorização contínua e diminuir o volume de bombas infusoras);

Lactente/criança:

- Incentivar a **permanência do lactente/criança** no seu quarto a partir das **20:00**, altura essa que deve iniciar a rotina da hora de deitar na sequência habitual de atitudes para a preparação do sono, utilizada em casa pelos pais/cuidadores (cuidados de higiene; troca de roupa para pijama; atividade lúdica tranquila; leitura de uma história, fornecimento do objeto de transição habitual, entre outras);
- Incentivar a redução do número de brinquedos na cama da criança;
- Incentivar os pais a **desligar a televisão** cerca das **21:30**, bem como reduzirem ou desligarem nessa altura a utilização de **aparelhos eletrónicos** (telemóveis, computadores, entre outros);
- Ligar **luz de presença** de cada quarto às **22:00**, altura essa correspondente à última administração de terapêutica daquele dia.

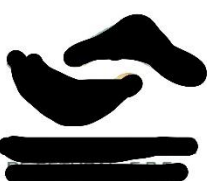
Jovem:

- Incentivar a **permanência do jovem** no seu quarto a partir das **20:00**;
- Incentivar o jovem a diminuir a utilização os aparelhos eletrónicos e a baixar o som da televisão;
- Desligar a luz de teto, incentivar o adolescente a diminuir a luz geral do quarto, utilizando a luz da unidade.

7. Anexos

7.1 Folheto para fornecer aos pais/cuidadores no acolhimento ao Serviço de Pediatria Internamento

7.2 Placar de sensibilização para a redução do ruído, na altura do toque à campainha

	Procedimento de Enfermagem: Implementação de Rotina para promoção do sono infantil noturno no Serviço de Pediatria Internamento	Data de entrada em vigor:	--/--
		Versão X	--/--
		Próxima revisão:	--/--
		Cód. Documento:	PS,PEDI.00.YYYY.00

7.1 Folheto para fornecer aos pais/cuidadores no acolhimento ao Serviço de Pediatria Internamento

O Sono

É uma atividade fisiológica normal, essencial e indispensável à vida, fundamental para o bem-estar físico e mental, influenciado por fatores internos e externos.

É durante o sono que existe grande atividade hormonal essencial nas crianças, para o seu crescimento e desenvolvimento.

As suas funções são de proteção e reparação do organismo.

Quantas horas deverá uma criança dormir?

Idade	Horas de sono
Lactentes 4 aos 12 meses	12 a 16 horas (incluindo sesta)
Crianças 1 a 2 anos:	11 a 14 horas (incluindo sesta)
Crianças 3 a 5 anos:	10 a 13 horas (incluindo sesta)
Crianças 6 a 12 anos	9 a 12 horas (sono noturno)
Adolescentes 13 a 18 anos	8 a 10 horas (sono noturno)

Orientações Gerais para a promoção do sono infantil:

- Aproveite o dia para brincar com a criança, se a condição e a doença permitir vá com ela a sala das brincadeiras;
- Não realize atividades intensas com a criança duas horas antes de dormir;
- Mantenha a rotina da hora de deitar, na sequência habitual de atitudes, utilizada em casa (ex: cuidados de higiene, troca de roupa para pijama; atividade lúdica tranquila; leitura de uma história; fornecimento do objeto de transição habitual, entre outras);
- Deite a criança sempre no mesmo horário;
- Respeite o número total de horas, que a criança deve dormir tendo em conta a faixa etária;
- Não se esqueça está a partilhar o quarto com outra família, respeite a sua rotina de sono.



SERVIÇO DE PEDIATRIA INTERNAMENTO

Prof. Doutora Ana Lucia Ramos
Enf. EESP
Enf. Celia Trindade



*Rotina para
promoção do
sono infantil
noturno no
Serviço de
Pediatria
Internamento*

Rotina para promoção do sono infantil noturno no Serviço de Pediatria Internamento

A promoção de condições favoráveis ao estabelecimento de um sono reparador são fundamentais como parte do plano de recuperação da criança/jovem doente.

O sono é essencial para a recuperação da saúde, as crianças/jovens hospitalizados estão mais vulneráveis a problemas do sono por várias razões:

- a própria doença;
- cuidados a serem prestados durante o internamento;
- ambiente hospitalar.



Ações no internamento

Nas áreas comuns:

- As portas dos quartos são encostadas por volta das 21:00;
- A luminosidade dos corredores é reduzida às 21:00;
- Diminuição de entradas e saídas pelos pais/cuidadores ao serviço, após a hora de jantar das crianças/jovens;

Nos quartos:

- Manter a temperatura amena do local (21-23°);
- A criança e jovem deve permanecer no seu quarto a partir das 20:00;
- Reduzir o número de brinquedos na cama ao final do dia;
- Cerca das 21:00, feche os estores do quarto, bem como desligue as luzes de teto, privilegiando as luzes de cabeceira;

- Desligue a televisão e reduza ou desligue aparelhos eletrónicos (telemóvel, computador, ipad) cerca das 21:30;
- Cerca das 22:00 a luz de presença de cada quarto é ligada, por altura da última administração da terapêutica do quele dia, marcando assim o início geral de silêncio do Serviço Internamento de Pediatria;
- Se jovem internado: diminuir a utilização dos aparelhos eletrónicos e o respetivo som, e diminuir a luz geral do quarto.



	Procedimento de Enfermagem: Implementação de Rotina para promoção do sono infantil noturno no Serviço de Pediatria Internamento	Data de entrada em vigor:	--/--
		Versão X	--/--
		Próxima revisão:	--/--
		Cód. Documento:	PS.PEDL.00.YYYY.00

7.2 Placar de sensibilização para a redução do ruído, na altura do toque à campainha




Toque apenas uma vez à campainha durante a noite...as nossas crianças estão dormir.

Abriremos a porta assim que possamos.

Versão, Revisão, Aprovação/Ratificação:					
Versão:					
Versão	Data	A rever em	Descrição das Modificações	Autor(es)	
01	Outubro de 2018	2021	Versão original	Enf. Carla Trindade e Enf. [REDACTED]	
Revisão:					
A rever por:		Enfermeiro Chefe [REDACTED]		Data da próxima revisão:	
				outubro de 2021	
Aprovação/Ratificação:					
Aprovado por:		- De acordo com a Estrutura hierárquica/organizacional do Serviço/Unidade Funcional Nas Descrições de Funções deve estar de acordo com o ponto 4. "Dependência Hierárquica e Funcional" - Órgão/Comissão da Área (quando aplicável)		Data:	
				Data:	
Ratificado por:		Conselho de Administração/Diretor do Serviço/Unidade Funcional Autônoma		Data:	

Apêndice 8- Caracterização da equipa da UCEN

Tabela nº 3 - Caracterização da equipa do Serviço da Unidade de Cuidados Especiais Neonatais

Questionário: “O Sono na Saúde Infantil e Pediátrica”											
Caracterização da equipa do Serviço da Unidade de Cuidados Especiais Neonatais		Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10
Habilitações Literárias	Bacharelato										
	Licenciatura	X	X				X				X
	Especialidade			ESIP	ESIP	ESIP		ESIP	ESIP	ESIP	
	Mestrado									X	
	Doutoramento										
Tempo de experiência profissional		15	26	37	9	22	20	26	20	13	30
Tempo de exercício profissional em Saúde Infantil e Pediátrica		7	3	25	7	22	10	26	20	13	Sem resposta

**Apêndice 9- Resultados da análise das perguntas fechadas do
questionário, aplicados na UCEN**

Gráfico nº 9- As alterações do sono infantil podem perturbar o crescimento e o desenvolvimento infantil saudável

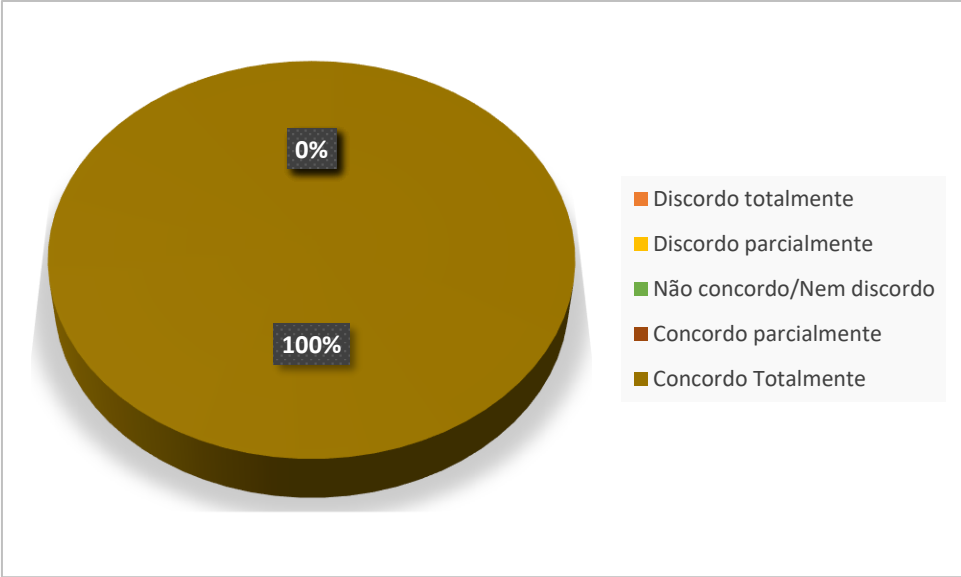


Gráfico nº 10- As alterações do sono infantil podem perturbar a dinâmica familiar

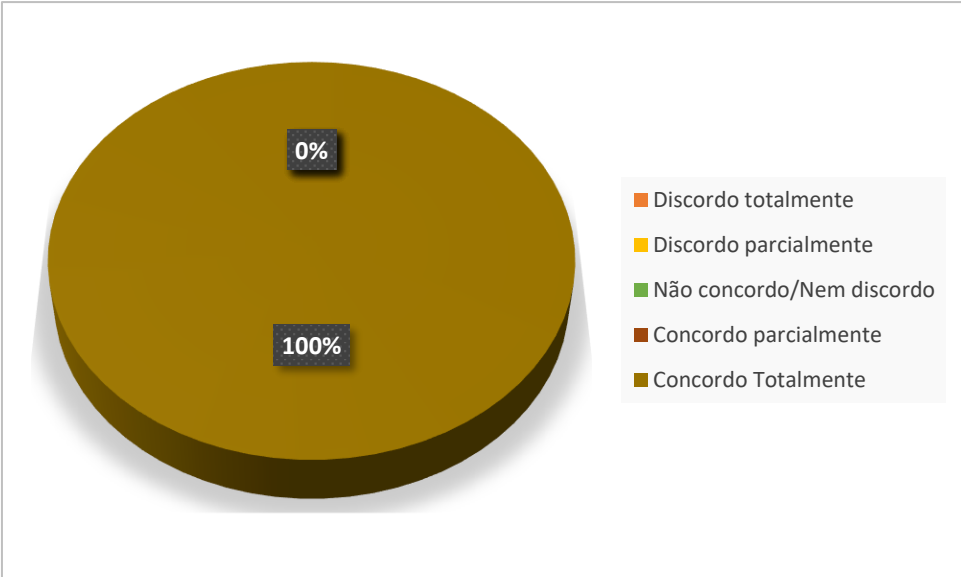


Gráfico nº 11- No local onde exerce funções promove-se o sono infantil saudável

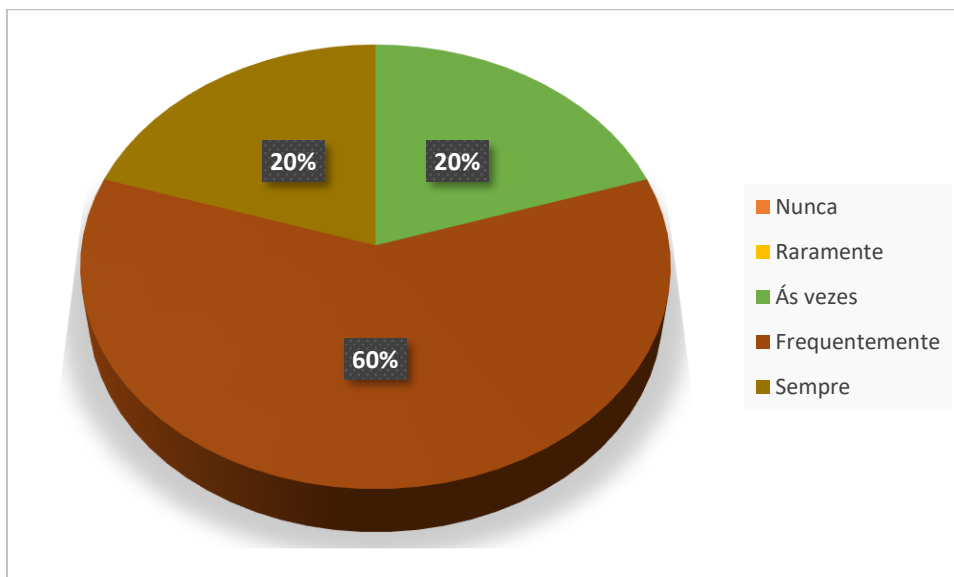


Gráfico nº 12- Considera a promoção do sono infantil um ganho em saúde na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados ao recém-nascido, lactente, criança e jovem?

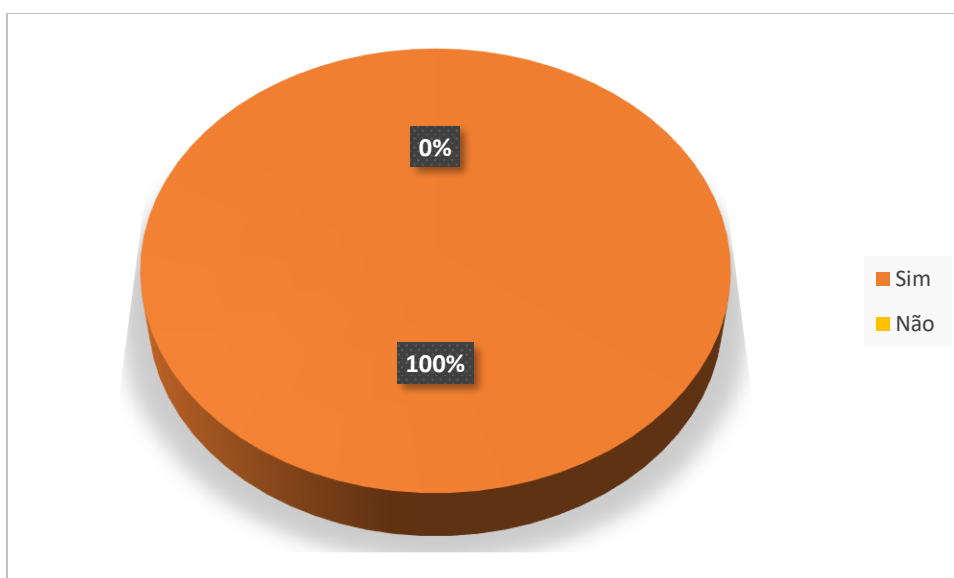


Gráfico nº 13- A temática na prestação de cuidados

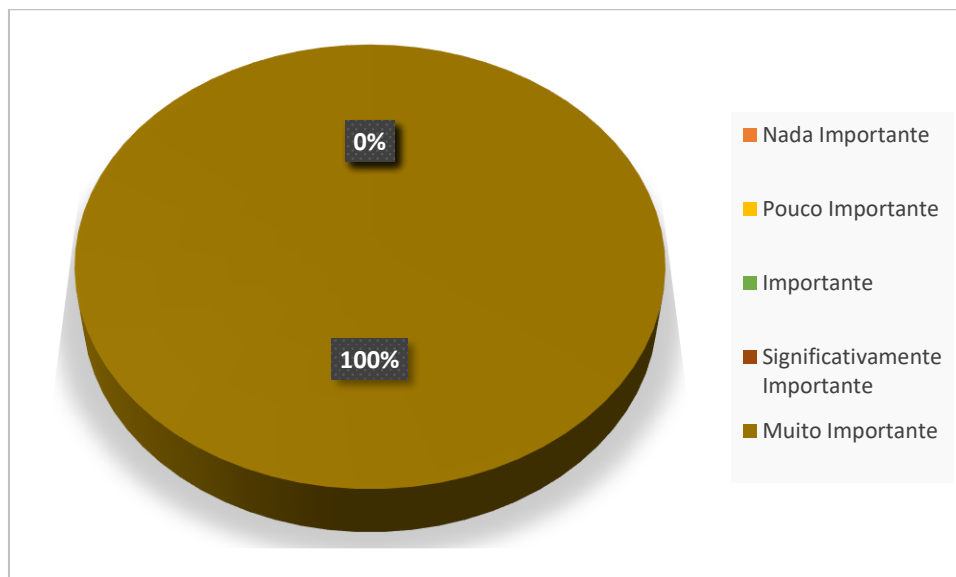


Gráfico nº 14- Necessidade de atualização de conhecimentos sobre o Sono Infantil

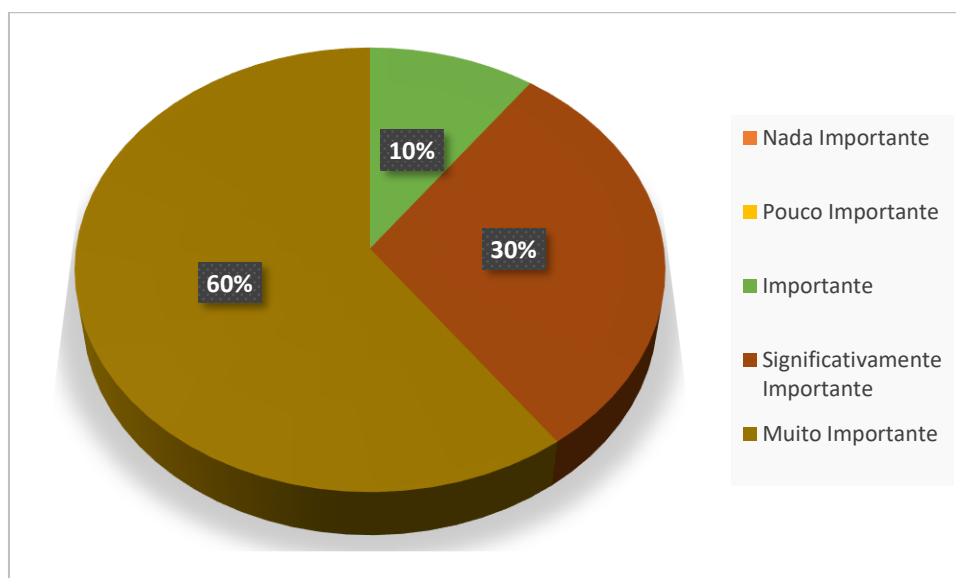


Gráfico nº 15- Elaboração de suporte bibliográfico para empoderar os enfermeiros, sobre o sono infantil (posters: folhetos; sessões de educação; normas orientadoras)

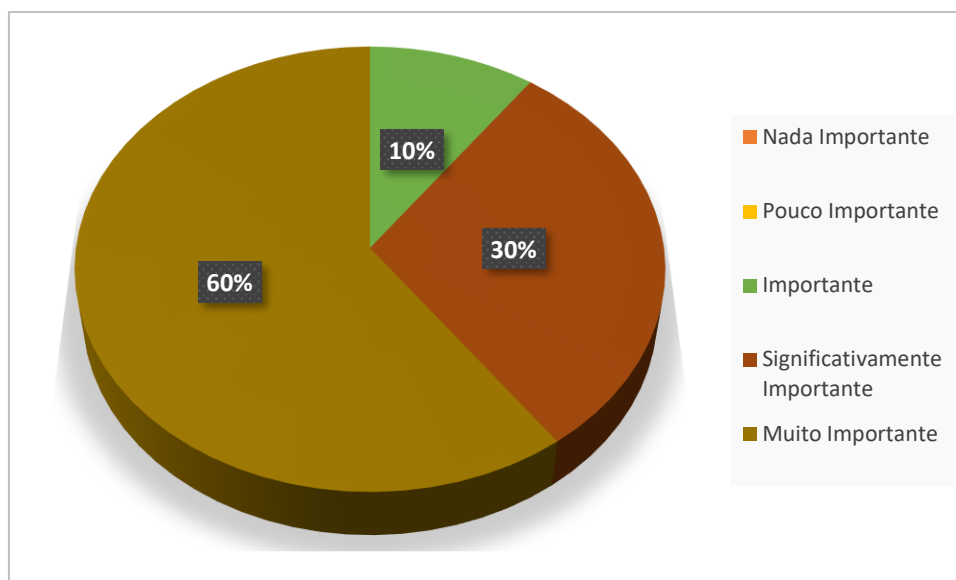
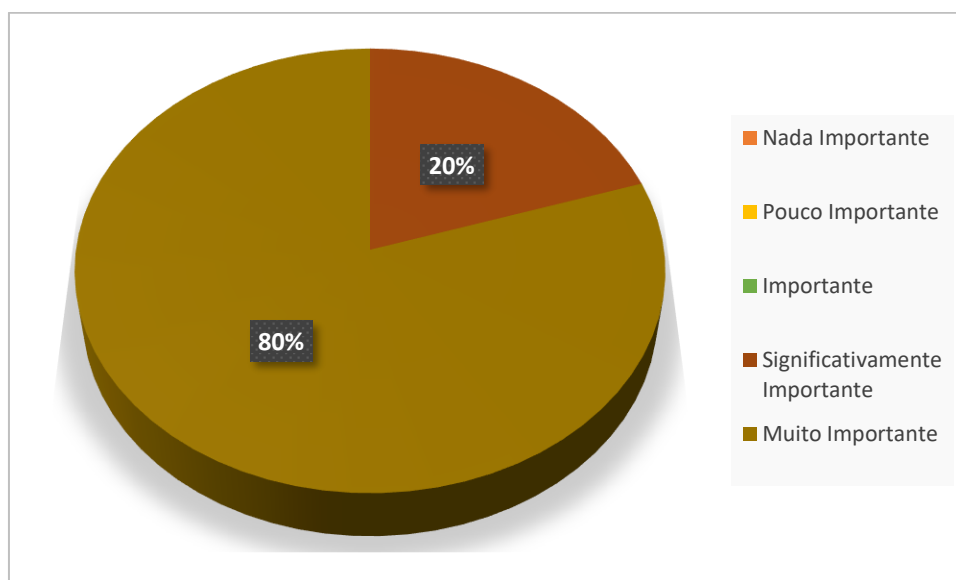


Gráfico nº 16- Elaboração de suporte bibliográfico para empoderar os pais/cuidadores, sobre o sono infantil (posters; folhetos; sessões de educação; normas orientadoras)



**Apêndice 10- Resultados da análise da pergunta aberta do questionário,
aplicados na UCEN**

Tabela nº 4 - Análise da pergunta aberta do questionário "O Sono na Saúde Infantil e Pediátrica", na UCEN

Resultados obtidos na Unidade de Cuidados Especiais Neonatais			
Tema	Categoria	Unidade de Contexto	Unidade de registo
Questão 4 Sono Infantil	Estratégias de promoção e higienização	Diminuir luminosidade	“Diminuir as luzes sempre que possível” (Q1:1) “Redução das luzes” (Q2:3) “Adequar a luminosidade” (Q4:4) “durante um período da tarde e durante a noite reduzir-se a luminosidade” (Q5:3-4) “Reduzo a intensidade da luz quando possível” (Q6:7-8) “Durante o turno da noite no intervalo das mamadas manter só ligadas as çuzes de presença” (Q7:3-4) “Diminuição (...) e da luminosidade” (Q8:1-2) “Controlo do macroambiente da unidade (luz ...)” (Q9:1) “(...) apagar as luzes (...)” (Q10:1)
		Diminuir ruído	“Redução dos ruídos ambientais; especificamente no período noturno” (Q2:1-2) “Reduzir o ruido dos monitores” (Q4:3) “durante um período da tarde e durante a noite reduzir-se (...), barulho” (Q5:3-4) “reduzo o volume dos alarmes dos monitores” (Q6:9)

			“Minimizar o ruído” (Q7:4) “Diminuição do ruído (...). Redução do volume dos alarmes monitores” (Q8:1-3) “Controlo do macroambiente da unidade (... , ruído, ...)” (Q9:1) “Baixar os sons dos monitores (...)” (Q10:1)
		Criar ambiente relaxante	“musicoterapia” (Q3:1) “Proporcionar um ambiente calmo e confortável” (Q7:1)
		Organizar os cuidados	“Diminuir o manuseamento dos RN entre as mamadas” (Q1:2-3) “Respeitar os períodos de repouso da criança” (Q2:4) “Agrupar intervenções para minimizar o tempo de manipulação do bebé” (Q4:1-2) “manipulação evitando o estímulo” (Q5:5) “evito manipulações excessivas” (Q6:6) “(…) manipulações do RN” (Q9:2)
		Favorecer Bem-estar	“sucção não nutritiva (...) colocar o bebé ao colo (...) promover a ligação mãe filho (...) colocar o bebé à mamã” (Q3:2-4) “Fornecer objetos de segurança ao RN (chucha, fraldam peluche)” (Q6:1-2) “por vezes banhos com massagens” (Q10:2)
		Favorecer Rotina	“Adotar rotinas e horários para as atividades das crianças” (Q2:5) “banho no inicio do turno da noite” (Q8:3-5) “Massagem.” (Q8:5)
		Ensinar os pais	“Instruir os pais” (Q4:5)

			“Ensino aos pais sobre a importância do sono no desenvolvimento infantil” (Q4:1-2) “Ensinar os pais para não manipularem a criança desnecessariamente quando se encontra a dormir” (Q6:3-5) “Educação para a saúde aos pais do RN internados sobre sono/conforto do RN” (Q9:3-4)
--	--	--	---

Apêndice 11- Folheto: Proteção do Sono e Repouso na Unidade de Cuidados Especiais Neonatais, Vamos protegê-lo juntos?

Os PAIS/CUIDADORES E FAMILIARES PROMOVEM o sono do RN na UCEN, quando:

- Aprendem a observar os padrões de sono do RN;
- Estão disponíveis para perceber com a equipa, como usam a contenção para apoiar o RN a dormir;
- Acalmam o RN nos períodos de vigília;
- Percebem com a equipa quais os momentos que o RN deve ser mantido na incubadora/berço (para deixá-lo descansar) e quais os momentos que o RN deve ser manipulado;
- Ajudam nos procedimentos, proporcionando sucção não nutritiva (chucha) e fornecem colo após os procedimentos;
- Amamenta ou extrai leite, para o seu RN ser alimentado à noite. O leite extraído na noite antes, contém elementos indutores do sono.

Quantas horas deverá um recém-nascido dormir?

Idade	Horas de sono
Recém-Nascido (O padrão do sono alterna ciclos de sono e de vigília)	Duração média de 16 a 18 horas, o que corresponde a aproximadamente 70% das 24 horas

UNIDADE DE CUIDADOS ESPECIAIS
NEONATAIS (UCEN)



Enf. Chefe [Redacted]
Prof. Doutora Ana Lúcia Ramos
Enf. EESIP Orientador [Redacted]
Enf. Carla Trindade



Proteção do Sono e Repouso na Unidade de Cuidados Especiais Neonatais

Vamos protegê-lo juntos?

O Sono

A promoção de condições favoráveis ao estabelecimento de um sono reparador são fundamentais como parte do plano de recuperação do recém-nascido [RN] pré-termo e de termo internado na Unidade de Cuidados Especiais Neonatais [UCEN].

A privação do sono do RN na UCEN pode levar a um agravamento do estado clínico e por consequência um atraso na alta hospitalar. O RN está mais vulnerável tanto pela sua condição clínica, como pelos profissionais de saúde e pelo ambiente hospitalar.

O ruído e a luz excessiva interfere no sono do RN, leva a alterações na termorregulação (controlo da temperatura corporal) e compromete a imunidade do RN.

As funções do sono são de proteção e reparação do organismo.

Os ENFERMEIROS PROTEGEM o sono do RN na UCEN, quando:

- Diminuem a exposição do RN ao ruído (ajustam os alarmes dos aparelhos do RN; removem a água do circuito dos ventiladores);
- Diminuem a exposição do RN à intensidade excessiva de luz (colocam cobertas sobre as incubadoras para evitar a luz direta e as mudanças repentinas da intensidade da luz sobre o RN);
- Estabelecem uma rotina com cuidados planeados e organizados (proporcionando ao RN um ciclo completo de sono, 90 minutos);
- Promovem o conforto com os posicionamentos e os cuidados posturais, utilizando ninhos ou rolos;
- Promovem o horário do silêncio (*quiet-time*), durante determinados períodos do dia. Para isso desligam-se as luzes centrais da unidade, utilizam apenas a luz natural durante o dia, permanecem em silêncio, minimizam as ações que ocasionem ruídos e manipulam o mínimo possível o RN.

Os PAIS/CUIDADORES E FAMILIARES PROTEGEM o sono do RN na UCEN, quando:

- Têm cuidado na abertura e fecho das portas da incubadora;
- Não usam os telemóveis na unidade;
- Mantêm as vozes no volume mais baixo possível;
- Evitam o apoio de objetos em cima da incubadora;
- Não batem com os dedos sobre a incubadora;
- Participam com a equipa no controle e modulação de luz e barulho na unidade.



Apêndice 12- Folheto: O Sono Infantil saudável e seguro, como promovê-lo?

Exemplo de uma rotina de sono noturno:



Importante:

- Realizar sempre a mesma rotina, não alterando os passos conhecidos pelo lactente;
- Iniciar a rotina sempre à mesma hora todos os dias, mesmo aos fins-de-semana;
- Sestas bem implementadas durante o dia, favorecem o sono noturno antecedido pela rotina de sono;
- O sono saudável exige duração adequada, qualidade e ausência de perturbações do sono.

Quantas horas deverá um lactente, uma criança e um jovem dormir?

Idade	Horas de sono
Recém-Nascido	Duração média de 16 a 18 horas, o que corresponde a aproximadamente 70% das 24 horas
Lactentes 4 aos 12 meses	12 a 16 horas (incluindo 2 a 3 sesta)
Crianças 1 a 2 anos	11 a 14 horas (incluindo 2 sesta: 1 de manhã e outra à tarde) (entre ano e meio e os 2 anos e meio apenas 1 sesta à tarde)
Crianças 3 a 5 anos	10 a 13 horas (pode incluir 1 sesta de tarde)
Crianças 6 a 12 anos	9 a 12 horas (sono noturno)
Jovens 13 a 18 anos	8 a 10 horas (sono noturno)



O Sono Infantil saudável e seguro, como promovê-lo?



Prof. Doutora Ana Lúcia Ramos
Enf. EESIP [nome redigido]
Enf. Carla Trindade



Sono Seguro

No primeiro ano de vida, o lactente deve:

- **Dormir de costas**, sem sistemas de contenção (rolos ou faixas);
- **Dormir numa cama apropriada** (cama de grades, com colchão firme, sem espaço entre o colchão e as grades);
- **Dormir com os pés a tocar o fundo da cama** (para não escorregar debaixo dos lençóis);
- **Dormir sem almofadas, gorros, fraldas, babetes** (a roupa da cama não deve ultrapassar os ombros);
- **Dormir e estar numa ambiente isento de fumo do tabaco** (quarto, casa e carro), ou seja, não permitir que fumem no seu espaço;
- **Dormir num quarto com uma temperatura entre os 18°-21°C**, prevenir o sobreaquecimento adequando a temperatura do quarto, da roupa do bebé e da roupa da cama, consoante a estação e a região onde habita;

Sono Seguro

No primeiro ano de vida, o lactente deve: (cont.)

- **Dormir com a chupeta** (sem a fita que agarra-a à roupa), o seu uso pode potenciar o sono protetor;
- **Não dormir na cama dos pais**, aumenta o risco de asfixia. Durante os 1ºs 6 meses a cama deverá ser colocada ao lado da cama dos pais;
- **Quando acordado**, colocá-lo de barriga para baixo para brincar, de forma a fortalecer a musculatura do pescoço e das costas, ou seja ensine-o a dormir de barriga para cima e a brincar de barriga para baixo.



Sono Saudável

Orientações para a promoção do sono saudável no lactente

- Estabeleça uma **rotina** diária de sono **consistente** na hora de dormir desde cedo;
- Aproveite o dia para brincar com o lactente, passeando-o ao ar livre, para aproveitar a luz solar da manhã;
- Não realize atividades intensas com o lactente no final do dia, promova um ambiente calmo, e promova no quarto onde dorme, ambiente a meia luz;
- O lactente deve ser deitado ainda sonolento na sua cama;
- Nos despertares noturnos deve acalmá-lo no seu espaço;
- Promova sesta diárias adaptadas à sua faixa etária. Para isso, observe e reconheça os sinais de "sono": esfregar os olhos, aumento do pestanejar, bocejar, irritabilidade, agitação motora, para que o consiga por a dormir de forma tranquila, sem que este esteja em exaustão.



Apêndice 13- Póster: Promoção do Sono saudável na criança e no jovem



Promoção do Sono saudável na criança e no jovem

O **Sono** é uma atividade fisiológica normal indispensável à vida, fundamental para o bem-estar físico e mental. É durante o sono que existe grande atividade hormonal essencial nas crianças, para o seu crescimento e desenvolvimento.

Quantas horas devem dormir?

Idade	Horas de sono
Lactentes 4 aos 12 meses	12 a 16 horas (incluindo 2 a 3 sestas)
Crianças 1 a 2 anos	11 a 14 horas (incluindo 2 sestas: uma de manhã e outra à tarde, entre 1 ano e meio e os 2 anos e meio apenas 1 sesta à tarde)
Crianças 3 a 5 anos	10 a 13 horas (pode incluir 1 sesta de tarde)
Crianças 6 a 12 anos	9 a 12 horas (sono noturno)
Jovens 13 a 18 anos	8 a 10 horas (sono noturno)

Orientações para a promoção do sono saudável no jovem:

- O nº total de horas de sono à noite deve ser mantido, adaptado ao horário escolar e às atividades sociais. Pode haver compensação ao fim-de-semana;
- O jovem deve envolver-se num ambiente claro durante o dia e evitá-lo ao final do dia;
- Deve moderar o uso de tecnologias à noite, o equipamento deve ficar fora do quarto na hora de dormir. Enquanto pais limite o seu uso a partir da hora negociada com o jovem;
- Não consumir álcool, tabaco ou bebidas estimulantes, pois além de serem hábitos não saudáveis, perturbam o sono;
- Evitar atividades físicas vigorosas 2 horas antes de deitar.



Orientações para a promoção do sono saudável na criança:

- Aproveite o dia para brincar com a criança;
- Permita que esta brinque ao ar livre, aproveitando a luz solar da manhã;
- Não realize atividades intensas com a criança, duas horas antes de dormir, evitando a utilização de tecnologias por parte das crianças;
- Mantenha uma rotina diária consistente à hora de deitar (exemplo: banho; vestir o pijama; atividade lúdica tranquila; leitura de uma história, fornecimento do objeto de transição habitual);
- Utilização de objeto de transição (boneco), para que a criança se sinta segura na ausência dos pais no seu quarto;
- A criança deve ser deitada ainda sonolenta na sua cama;
- Nos despertares noturnos, não deve retirar a criança da sua cama, deve acalmá-la no seu espaço.
- O horário de levantar e deitar da criança deve ser o mesmo, não variando mais que uma hora ao fim-de-semana;
- Promova um ambiente calmo, a meia luz e com temperatura adequada, no quarto da criança;
- Promover a sesta diária da criança adaptada à sua faixa etária.

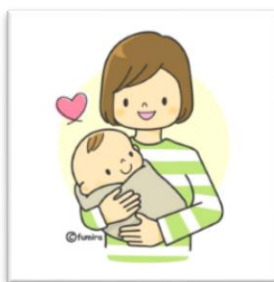
Referências Bibliográficas:

American Academy of Sleep Medicine. 2016. *Pediatric sleep recommendations promoting optimal health*, de <https://aasm.org/recharge-with-sleep-pediatric-sleep-recommendations-promoting-optimal-health/>
Associação Portuguesa do Sono. (S.D). *Higiene do Sono da criança e do adolescente*, de <https://www.apsono.com/index.php/pt/centro-de-documentacao/centro-de-doc/52-higiene-do-sono-da-crianca-e-do-adolescente>
Brazelton, T. B. (2003). *O Grande Livro da Criança: O Desenvolvimento Emocional e do Comportamento Durante os Primeiros Anos* (6ª ed.). Lisboa: Editorial Presença.
Soares, Á. (2010). *O Sono: Efeitos da sua privação sobre as defesas orgânicas*. Lisboa: Lidel, Edições Técnicas, Lda.
Sociedade Portuguesa de Pediatria. (S.D). *Recomendações SPS- SPP: Prática da Sesta nas creches e infantários, públicos ou privados. Recomendações SPS-SPP: prática da sesta da criança, 1-8*, de http://www.spp.pt/UserFiles/file/Noticias_2017/VERSAO%20PROFISSIONAIS%20DE%20SAUDE_RECOMENDACOES%20SPS-SPP%20SESTA%20NA%20CRIANCA.pdf

Prof. Doutora Ana Lúcia Ramos; Enf.ª EESIP [REDACTED]; Enf.ª Carla Trindade



Apêndice 14- Dinâmica de Grupo: “Verdadeiro ou Falso sobre o sono infantil”, incorporada numa sessão do curso



Curso de Massagem Infantil

Dinâmica de Grupo: “Verdadeiro ou Falso sobre o sono infantil”, incorporada numa sessão do curso.

“Só pensamos a sério no assunto do sono quando temos filhos.”

(Cordeiro, 2015, p. 15)

“Uma das maiores recompensas de ser pai ou mãe é poder entrar no quarto do bebé e ver o ar calmo e doce de uma criança que dorme bem.”

(Brazelton & Sparrow, 2009, p. 15)

Dinamizadoras: [REDACTED] e Enf. Carla Trindade.

Objetivo: Sensibilizar o/as formando/as do curso de Massagem Infantil para a promoção do sono saudável e seguro na infância.

Material: 6 placas com afirmações verdadeiras ou falsas. E *flyer's* abordando a temática da dinâmica de grupo.

Imagem 1- Fotografias das placas realizadas para a dinâmica de grupo



Atividade:

1. Leitura por parte de cada casal de uma afirmação;
2. Em seguida, a afirmação é qualificada de “Verdadeiro ou Falso” por parte do/as formando/as, se a afirmação é verdadeira ou falsa;
3. Discutido por parte do grupo, o porquê de determinada resposta;
4. Demonstrado pelas enfermeiras a resposta certa, e explicado por estas a resposta com base em evidência científica;
5. Após explicação e compreensão pelo grupo, passa-se para a frase seguinte, e assim sucessivamente (num total de 6 afirmações).

Avaliação: Expressa verbalmente pelas formandas no final da sessão.

Afirmações e respetivas respostas (respostas adaptadas ao grupo):

1. O sono manifesta-se apenas no “descanso” físico do corpo do bebé.

Falso. É durante o sono que existe grande atividade hormonal essencial nos bebés, para o seu crescimento e desenvolvimento. No sono existe uma grande atividade cerebral, seja através dos sonhos, como no “arrumar” da informação recebida durante os períodos em que está acordado (Cordeiro, 2015). As suas **funções** são de **proteção** e **reparação** do organismo. O sono favorece no bebé, o desenvolvimento de processos de autorregulação essenciais para o seu desenvolvimento emocional (Salavessa & Vilariça, 2009) devido à separação que existe entre os pais e o bebé na hora de dormir.

2. Os despertares noturnos no bebé, são um sinal de algum tipo de problema de sono.

Falso. Os despertares noturnos ocorrem com frequência na infância e o número de acordares varia com a idade (Nunes & Bruni, 2015). O sono não é um estado uniforme, existindo uma alternância entre ciclos de sono, interrompidos por breves momentos de despertares. A maioria das crianças desenvolve processos autorregulatórios que lhes permite adormecer novamente após estes períodos de despertar. O bebé ao entrar no ciclo de sono leve pode acordar devido a estímulos desagradáveis (frio, dor, fome barulhos) (Cordeiro, 2015). Cada ciclo de sono demora cerca de 50-60 minutos no recém-nascido, gradualmente aumentando para 90 minutos na adolescência (Salavessa & Vilariça, 2009).

3. As necessidades de sono do bebé diminuem ao longo dos primeiros meses de vida.

Verdadeiro. As necessidades diárias de sono decrescem lentamente nos primeiros meses de vida do bebé, revelando-se sobretudo no decréscimo do sono diurno, com aumento da vigília diurna e diminuição do número de sestas (Salavessa & Vilariça, 2009).

4. Não é necessário adormecer o bebé da mesma forma todos os dias, ele tem que se habituar à vida dos pais.

Falso. A “higiene do sono” promove no bebé uma maior sensação de segurança (Associação Portuguesa de Sono & Sociedade Portuguesa de Pediatria [APS & SPP], (S.D)). A “higiene do sono” são o conjunto de hábitos e rituais que permitem facilitar o início e a continuidade do sono. Engloba as atividades ao fim do dia, as condições do quarto que vão influenciar na rapidez com que o bebé adormece, o número de acordares noturnos e a duração do tempo de sono (APS & SPS, (S.D)). Algumas práticas mais utilizadas são: horário consistente ao deitar e ao despertar tanto no sono diurno como noturno; utilização de local próprio para iniciar o sono (Halal & Nunes, 2014); na hora que antecede o deitar, o bebé iniciar um período de “desaceleração” (APS & SPS, (S.D)). O sono tem que ser encarado como se encara os vários treinos do bebé (alimentar, esfínteres, vestir); os hábitos de sono são hábitos que têm de ser estabelecidos através do treino diário (Cordeiro, 2015). Um bebé deve adquirir hábitos de sono desde que nasce (Paiva T. , 2015), pois um padrão de um bom sono aprendido na infância vai ser mantido até à vida adulta (APS & SPS, (S.D)).

5. O bebé deve ser colocado a dormir na cama na posição que ele mais gostar.

Falso. Vários estudos, demonstram que a posição mais segura para dormir é em decúbito dorsal (de costas) (Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2009). O hábito dos bebés dormirem de costas, tem que ser um hábito começado muito cedo (Brazelton & Sparrow, 2009). O bebé deve dormir numa cama adequada, podendo ser colocada na cama dos pais para alimentação ou para conforto (Azevedo, Mota, & Machado, 2015). Durante os primeiros seis meses a cama do bebé deve estar colocada ao lado da cama dos pais (Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2009).

6. No inverno deve colocar o bebé a dormir o mais agasalhado possível, utilizando gorro na cabeça de forma a evitar o frio.

Falso. A cabeça deve estar sempre descoberta. Vista-o com o mesmo tipo de roupa que está a usar, de forma a que ele se sinta confortável (não quente). A roupa da cama não deve ultrapassar os

ombros e os cobertores não devem ser pesados. Colocar a temperatura do quarto entre os 18-21°C, para evitar sobreaquecimento. Para verificar se o seu bebé está demasiado aquecido, coloque o dorso da sua mão na nuca ou no tronco do bebé (Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2009). Para verificar se o bebé tem frio, toque no nariz, geralmente quando o bebé tem frio o nariz está frio (Paiva T. , 2015).

Bibliografia que fundamenta as respostas dadas nas afirmações:

Associação Portuguesa de Sono & Sociedade Portuguesa de Pediatria. ((S.D)). Higiene do Sono da criança e adolescente. Obtido em 01 de dezembro de 2018, de <https://www.apsono.com/index.php/pt/centro-de-documentacao/centro-de-doc/52-higiene-do-sono-da-crianca-e-do-adolescente>

Azevedo, L., Mota, L., & Machado, A. I. (2015). Ambiente de sono seguro no primeiro ano de vida. Nascer e Crescer: Revista de Pediatria do Centro Hospitalar do Porto, XXIV(1), pp. 18-23. Obtido em 01 de dezembro de 2018, de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/nas/v24n1/v24n1a04.pdf>

Brazelton, T. B., & Sparrow, J. D. (2009). A criança e o Sono: O método Brazelton. Lisboa: Editorial Presença.

Cordeiro, M. (2015). Dormir Tranquilo. Lisboa: A esfera dos livros.

Halal, C., & Nunes, M. (2014). Educação em higiene do sono na infância: quais abordagens são efetivas? Uma revisão sistemática da literatura. Jornal de Pediatria, 90(5), pp. 449-456. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jped.2014.05.001>

Nunes, M., & Bruni, O. (2015). Insônia na infância e adolescência: aspectos clínicos, diagnóstico e abordagem terapêutica. Jornal de Pediatria, 6 (suppl 1)(91), pp. 26-35. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jpedp.2015.08.008>

Paiva, T. (2015). Bom sono, boa vida: Um guia para dormir melhor em todas as idades. Alfragide: Oficina do Livro.

Salavessa, M., & Vilariça, P. (2009). Problemas de Sono em idade pediátrica: dossier saúde mental infantil. Revista Portuguesa de Clínica Geral, 25(5), pp. 584-91. Obtido em 01 de dezembro de 2018, de <http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10676/10412>

Sociedade Portuguesa de Pediatria. (2009). A Síndrome de Morte Súbita do Lactente. Portugal . Obtido em 01 de dezembro de 2018, de <http://criancaefamilia.spp.pt/gravidez-e-primeiro-ano-de-vida/prevencao-da-morte-subita.aspx>

Apêndice 15- Flyer: A rotina como medida de higiene do sono infantil/ O sono seguro no 1.º ano de vida do bebé, como promovê-lo?



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

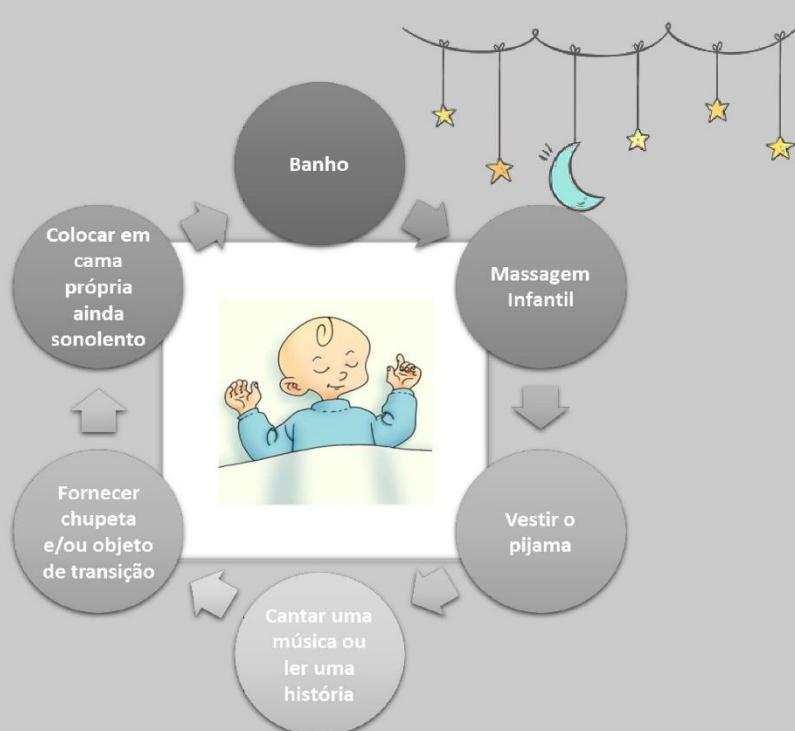


UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DE [REDACTED]

Curso de Massagem Infantil para Pais e Bebés - [REDACTED]

A ROTINA COMO UMA MEDIDA DE HIGIENE DO SONO INFANTIL

Estabeleça uma **rotina** diária de sono **consistente**. Exemplo:



Lembre-se:

- Realizar sempre a mesma rotina, não alterando os passos conhecidos pelo bebé;
- Iniciar a rotina sempre à mesma hora todos os dias, mesmo aos fins-de-semana;
- Sestas bem implementadas durante o dia, favorecem o sono noturno principalmente se antecedido pela rotina de sono ;
- O sono saudável exige duração adequada, qualidade e ausência de perturbações do sono.

Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2017)



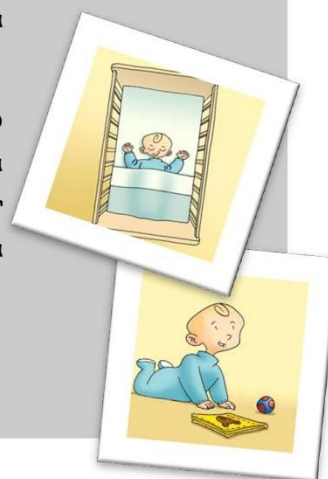
UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DE [REDACTED]
Curso de Massagem Infantil para Pais e Bebés - [REDACTED]

**O SONO SEGURO NO 1º ANO DE VIDA DO BEBÉ,
COMO PROMOVÊ-LO?**

O BEBÉ DEVE:

- **Dormir de costas;**
- **Dormir numa cama apropriada** (cama de grades, com colchão firme, sem espaço entre o colchão e as grades);
- **Dormir sem almofadas, gorros, fraldas, babetes** (a roupa da cama não deve ultrapassar os ombros);
- **Dormir e estar numa ambiente isento de fumo do tabaco** (quarto, casa e carro), ou seja, não permitir que fumem no seu espaço;
- **Dormir num quarto com uma temperatura entre os 18°-21°C**, prevenir o sobreaquecimento adequando a temperatura do quarto, da roupa do bebé e da roupa da cama, consoante a estação e a região onde habita;
- **Dormir com a chupeta** (sem a fita que a agarra), após o estabelecimento do aleitamento materno;
- **Não dormir na cama dos pais**, aumenta o risco de asfixia. Durante os 1ºs 6 meses a cama deverá ser colocada ao lado da cama dos pais;
- **Quando acordado**, colocá-lo de barriga para baixo para brincar, de forma a fortalecer a musculatura do pescoço e das costas, ou seja ensine-o a dormir de barriga para cima e a brincar de barriga para baixo.

(Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2009)



**Apêndice 16- Resumo do Artigo: “Programas de educação sobre o sono
infantojuvenil: uma intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de
saúde infantil e pediátrica”**

**PROGRAMAS DE EDUCAÇÃO SOBRE O SONO
INFANTOJUVENIL: UMA INTERVENÇÃO DO
ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE
SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA
- REVISÃO INTEGRATIVA –**

**YOUTH SLEEP EDUCATION PROGRAMS: AN INTERVENTION
OF SPECIALIST NURSERY IN CHILD AND PEDIATRIC HEALTH
NURSING
- INTEGRATION REVIEW –**

**PROGRAMAS DE EDUCACIÓN SOBRE EL SUEÑO INFANTO-
JUVENIL: UNA INTERVENCIÓN DEL ENFERMERO
ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA PEDIÁTRICA.
- REVISIÓN INTEGRATIVA –**

Ana Lúcia Caeiro Ramos – Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, Doutora em Enfermagem, Mestre em Saúde Pública, Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Carla Sofia Sobral Trindade - Enfermeira de Cuidados Gerais na Unidade de Urgência Pediátrica do Centro Hospitalar de Setúbal, EPE – Hospital São Bernardo, Pós-Graduada em Saúde Sexual e Reprodutiva- Mutilação Genital Feminina, mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação com especialização em Saúde Infantil e Pediátrica.

Resumo

Introdução: A privação do sono das crianças e jovens é um problema real da atualidade, problemática diária encontrada pelos enfermeiros nos diferentes contextos de intervenção. Esta privação tem sido relacionada a efeitos negativos na saúde, designadamente afetando o desempenho cognitivo/académico, a regulação emocional e o comportamento da criança e jovem.

Objetivos: Verificar a influência de programas educativos de sono, no sono dos lactentes, crianças e jovens.

Método: Realizou-se uma revisão integrativa, com base no protocolo de Joanna Briggs Institute, através de pesquisa na base de dados Pubmed® e no agregador de base de dados EBSCOHost®.

Resultados: Foram seguidos os passos do modelo PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses), onde foram selecionados 8 artigos de natureza quantitativa, após análise da sua qualidade metodológica. Os estudos sugerem que existe uma influência positiva no sono quando aplicados programas de educação sobre o sono.

Conclusões: Evidencia-se pelos resultados extraídos que os programas de educação sobre o sono, influenciam o mesmo em todas as faixas etárias. Foram descritas vantagens na sua aplicação em articulação com outros métodos, para a melhoria do sono das crianças e jovens. O enfermeiro poderá ter um papel relevante na implementação e no desenvolvimento efetivo de programas de educação relativamente a esta problemática nos vários contextos em que está inserido, como por exemplo, no âmbito de saúde escolar ou nos cuidados antecipatórios realizados na consulta de enfermagem de saúde infantil e pediátrica.

Palavras-Chave: Criança; jovem; sono; educação; saúde; enfermagem de saúde infantil e pediátrica.

Apêndice 17- Planeamento do Projeto nos diferentes contextos de estágio e cronograma de atividades

Planeamento do Estágio e do Projeto nos diferentes contextos de estágio e Cronograma de atividades	
Estudante: Carla Sofia Sobral Trindade	Professor(a) Orientador(a): Prof. Doutora Ana Lúcia Ramos
Proposta de Título do Projeto: “O Sono na infância: Educar para Promover o Sono saudável – Atuação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica”	
<u>OBJETIVO GERAL DO ESTÁGIO FINAL</u> - Adquirir competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, de forma a prestar cuidados especializados à criança em parceria com a família/cuidadores nos diferentes locais de estágio. <u>Serviço de Pediatria Internamento</u> (Objetivos específicos): - Analisar a assistência prestada relativamente aos cuidados de saúde, ao lactente/criança/jovem e sua família; - Prestar cuidados de enfermagem especializados ao lactente/criança/jovem e família em situação de doença. <u>Unidade de Cuidados Especiais Neonatais</u> (Objetivos específicos): - Analisar a assistência prestada relativamente aos cuidados de saúde, ao Recém-nascido [RN] pré-termo/RN e sua família; - Prestar cuidados de enfermagem especializados ao RN pré-termo /RN e sua família.	<u>OBJETIVO GERAL DO PROJETO DE INTERVENÇÃO</u> - Integrar a promoção do sono infantil saudável nos cuidados de enfermagem como suporte prestados à criança e sua família nos diferentes locais de estágio. <u>Serviço de Pediatria Internamento</u> (Objetivos específicos): - Sensibilizar a equipa de enfermagem sobre a promoção do sono saudável na infância; - Sensibilizar os pais para a promoção do sono saudável na infância; - Incorporar o sono reparador, no plano de recuperação do lactente, criança e jovem doente durante o internamento. <u>Unidade de Cuidados Especiais Neonatais</u> (Objetivos específicos): - Promover um sono saudável no RN pré-termo/RN; - Sensibilizar a equipa de enfermagem sobre a promoção do sono saudável na infância; - Sensibilizar os pais para a promoção do sono saudável na infância;

<u>Cuidados de Saúde Primários: Unidade de Cuidados na Comunidade e Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (Objetivos específicos):</u> • Analisar a assistência prestada relativamente aos cuidados de saúde, à criança/jovem e sua família; • Prestar cuidados de enfermagem especializados ao nível dos cuidados de saúde primários.	• Incorporar o sono reparador, no plano de recuperação do recém-nascido durante o internamento. <u>Cuidados de Saúde Primários (Objetivos específicos):</u> • Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância da temática; • Desenvolver intervenção no âmbito da promoção do sono infantil saudável junto da família/cuidadores, ao nível dos cuidados de saúde primários; • Desenvolver intervenções no âmbito da promoção do sono infantil saudável junto da comunidade.
Identificação dos profissionais do serviço com quem vai articular a intervenção Chefia direta dos locais, coordenadores/as dos locais, Enfermeiro/a Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica orientador/a e equipa de enfermagem.	

Objetivos Específicos	Atividades/Estratégias a desenvolver	Recursos			Indicadores de Avaliação
		Humanos	Materiais	Tempo	
Serviço de Pediatria Internamento					
<u>Do Estágio final:</u> Analisar a assistência prestada relativamente aos cuidados de saúde, ao lactente/criança/jovem e sua família. Prestar cuidados de enfermagem especializados ao lactente/criança/jovem	a) realização de reunião com enfermeiro/a chefe e enfermeiro/a especialista que irá realizar a orientação do estágio; b) perceção das instalações, recursos, equipa multidisciplinar e modo de funcionamento do contexto; c) perceção da população-alvo de cuidados de enfermagem do contexto; d) identificação da metodologia de trabalho da equipa de enfermagem, bem como modelo teórico que é utilizado na prestação de cuidados; e) identificação das várias valências englobadas no SPI; f) identificação do papel do enfermeiro especialista na equipa multidisciplinar;	Enfermeiro/a Chefe do contexto de estágio; Enfermeiro/a especialista orientador/a do contexto de estágio; Equipa multidisciplinar (médicos, enfermeiros e assistentes operacionais).	Normas gerais e sectoriais implementadas no contexto daquele local de estágio; Espaço Físico do Serviço de Pediatria Internamento Base de dados eletrónicas e livros Computador e internet; Questionário;	4 semanas	Descrição de caracterização sumária acerca da estrutura e modo de funcionamento do Serviço de Pediatria Internamento; Realização de reflexão acerca do papel do enfermeiro especialista na equipe de saúde, no S. Pediatria Internamento, ao longo do relatório;

e família em situação de doença. <u>Do Projeto:</u> Sensibilizar a equipa de enfermagem sobre a promoção do sono saudável na infância. Sensibilizar os pais para a promoção do sono saudável na infância. Incorporar o sono reparador, no plano de recuperação do	g) compreensão da articulação existente entre o serviço e os outros serviços de apoio à criança/jovem; h) prestação de cuidados diretos ao lactente/criança/jovem em situação de doença, neste contexto; i) realização de pesquisa bibliográfica na área da promoção da saúde adaptada aos cuidados prestados no internamento médico e cirúrgico. a) reflexão da equipa sobre o sono infantil e a sua promoção nos cuidados, através do questionário; b) realização de reunião com enfermeiro/a chefe e enfermeiro/a orientador/a do contexto para completar o diagnóstico de situação; c) informação aos pais nos momentos de prestação de cuidados, sobre a temática;		Layout da instituição.		Prestação de cuidados gerais e especializados a todos os utentes pediátricos da Enfermeira orientadora, por turno e respetivos registos no processo de enfermagem; Demonstração das estratégias utilizadas pela equipa na promoção do sono infantil saudável, no internamento; Realização de promoção do sono infantil sempre em
---	---	--	------------------------	--	---

lactente, criança e jovem doente durante o internamento.	d) realização de um folheto informativo para os pais/cuidadores, para os sensibilizar para o sono infantil noturno no SPI; e) realização de um procedimento normativo, de forma a promover o sono noturno no SPI.				cada acolhimento realizado no serviço; Registo no processo de enfermagem os hábitos de sono de cada utente pediátrico, a que se prestou cuidados; Construção de um procedimento de enfermagem que promova o sono noturno no serviço de Pediatria internamento.
--	---	--	--	--	---

Cronograma:

Objetivo específico: Analisar a assistência prestada relativamente aos cuidados de saúde, ao lactente/criança/jovem e sua família.	Semana			
	1ªSem.	2ªSem.	3ªSem.	4ªSem.
Atividades				
Realização de reunião com enfermeiro/a chefe e enfermeiro/a especialista que irá realizar a orientação do estágio				
Perceção das instalações, recursos, equipa multidisciplinar e modo de funcionamento do contexto				
Perceção da população-alvo de cuidados de enfermagem do contexto				
Identificação da metodologia de trabalho da equipa de enfermagem, bem como modelo teórico que é utilizado na prestação de cuidados.				
Identificação das várias valências englobadas no SPI.				
Identificação do papel do enfermeiro especialista na equipa multidisciplinar.				
Compreensão da articulação existente entre o serviço e os outros serviços de apoio à criança/jovem.				
Objetivo específico: Prestar cuidados de enfermagem especializados ao lactente/criança/jovem e família em situação de doença.	Semana			
	1ªSem.	2ªSem.	3ªSem.	4ªSem.
Atividades				
Prestação de cuidados diretos ao lactente/criança/jovem em situação de doença, neste contexto.				

Realização de pesquisa bibliográfica na área da promoção da saúde adaptada aos cuidados prestados no internamento médico e cirúrgico.				
---	--	--	--	--

<u>Objetivo específico:</u> Sensibilizar a equipa de enfermagem sobre a promoção do sono saudável na infância.	Semana			
Atividade	1ªSem.	2ªSem.	3ªSem.	4ªSem.
Reflexão da equipa sobre o sono infantil e a sua promoção nos cuidados, através do questionário.				
Realização de reunião com enfermeiro/a chefe e enfermeiro/a orientador/a do contexto para completar o diagnóstico de situação.				
<u>Objetivo específico:</u> Sensibilizar os pais para a promoção do sono saudável na infância.	Semana			
Atividade	1ªSem.	2ªSem.	3ªSem.	4ªSem.
Informação aos pais nos momentos de prestação de cuidados, sobre a temática.				
Realização de um folheto informativo para os pais/cuidadores, para os sensibilizar para o sono infantil noturno no SPI.				
<u>Objetivo específico:</u> Incorporar o sono reparador no plano de recuperação do lactente/criança e adolescente doente durante o internamento.	Semana			
Atividade	1ªSem.	2ªSem.	3ªSem.	4ªSem.
Realização de um procedimento normativo, de forma a promover o sono noturno no SPI.				

Objetivos Específicos	Atividades/Estratégias a desenvolver	Recursos			Indicadores de Avaliação
		Humanos	Materiais	Tempo	
Unidade de Cuidados Especiais Neonatais (UCEN)					
<u>Do Estágio Final:</u> Analisar a assistência prestada relativamente aos cuidados de saúde, ao RN pré-termo e RN de termo e sua família;	a) realização de reunião com enfermeiro/a chefe e EEESIP que irá realizar a orientação do estágio; b) perceção das instalações, recursos, equipa multidisciplinar e o modo de funcionamento da unidade; c) consulta de normas e protocolos de funcionamento existentes na unidade; d) perceção da população-alvo de cuidados de enfermagem neste contexto; e) identificação da metodologia de trabalho da equipa de enfermagem e do modelo teórico utilizado para a prestação de cuidados; f) conhecimento do sistema informático utilizado para os registos de enfermagem na unidade; g) identificação do papel do enfermeiro especialista na equipa multidisciplinar;	Enfermeiro/a Chefe do contexto de estágio; Enfermeiro/a especialista orientador/a do contexto de estágio; Equipa multidisciplinar (médicos, enfermeiros e assistentes operacionais).	Normas gerais e sectoriais implementadas no contexto daquele local de estágio; Espaço Físico da UCEN Base de dados eletrónicas e livros Computador e internet; Questionário; Layout da instituição;	1+3 semanas	Descrição de caracterização sumária acerca da estrutura e modo de funcionamento da UCEN Realização de reflexão critica acerca do papel do enfermeiro especialista na equipe de saúde, na UCEN; Realização de reflexão acerca das estratégias utilizadas pela equipa

Prestar cuidados de enfermagem especializados ao RN pré-termo e RN de termo e sua família.	h) compreensão da articulação existente entre a unidade e outros serviços de apoio ao RN pré-termo e RN de termo e sua família; i) prestação de cuidados diretos ao RN pré-termo e RN de termo, em situação de doença atendendo ao processo de enfermagem implementado no contexto; j) promoção do envolvimento dos pais/cuidadores na prestação de cuidados ao RN pré-termo e RN de termo, para a autonomia; k) realização de pesquisa bibliográfica na área da neonatologia l) realização do curso de transporte Neonatal e Pediátrico, Acreditado pela Sociedade Portuguesa de Pediatria e reconhecido pela Sociedad Española de Cuidados Intensivos Pediátricos (SECIP), pela Sociedad Española de Neonatologia (SENeo) e pela Societat Catalana de Pediatria. Acreditado pela Agencia Española de Acreditación de la Formación Médica (Sistema de Salud) e através do Consell Català de Formació Continuada de les Professions Sanitàries. Com abordagem de: Ventilação mecânica pediátrica e neonatal aplicada ao transporte; Transporte em ECMO; Compromisso respiratório no RN; Assistência respiratória		Materials Pedagógicos do CTNP.		na promoção do sono infantil saudável; Prestação de cuidados gerais e especializados a todos os prematuros/RN da Enfermeira orientadora, por turno e respetivos registos no processo de enfermagem; Obter aprovação no CTNP Realização promoção do sono infantil saudável e seguro aos
--	--	--	---------------------------------------	--	--

<u>Do Projeto:</u> Promover o sono no RN pré-termo e de termo; Sensibilizar a equipa de enfermagem sobre a promoção do sono na infância; Sensibilizar os pais para a promoção do sono na infância;	neonatal; Acesso vascular e fármacos; Compromisso circulatório no RN; Compromisso neurológico no RN; Transporte neonatal. a) realização de reunião com o/a enfermeiro/a chefe e EEESIP do contexto para aprofundar o diagnóstico de situação; b) realização de pesquisa bibliográfica na área da promoção e proteção do sono adaptada à prestação de cuidados ao RN pré-termo e termo; c) reflexão da equipa sobre o sono infantil e a sua promoção nos cuidados, através do questionário; d) reflexão em equipa na passagem de turno, sobre a proteção do sono na UCEN; e) informação aos pais nos momentos de prestação de cuidados, sobre a temática; f) identificação das estratégias utilizadas pela equipa, para a promoção do sono em ambiente hospitalar;				cuidadores do prematuro/RN; Registo no processo de enfermagem de cada prematuro/RN as ações promotoras de sono realizadas.
--	--	--	--	--	--

Incorporar o sono reparador, no plano de recuperação do recém-nascido durante o internamento.	g) descrição do sono do RN pré-termo e termo durante o internamento, bem como as estratégias utilizadas para a sua promoção na unidade, nos registos de enfermagem; h) realização de suporte informativo com as responsabilidades e as estratégias que os enfermeiros e os pais/cuidadores têm disponíveis, para protegerem o sono do RN internado numa UCEN.				
---	---	--	--	--	--

Cronograma:

Objetivo específico: Analisar a assistência prestada relativamente aos cuidados de saúde, ao RN pré-termo e RN de termo e sua família.	Semana			
	5ªSem.	6ªSem.	7ªSem.	8ªSem.
Atividades				
Realização de reunião com enfermeiro/a chefe e EEESIP que irá realizar a orientação do estágio.				
Perceção das instalações, recursos, equipa multidisciplinar e o modo de funcionamento da unidade.				
Consulta de normas e protocolos de funcionamento existentes na unidade.				
Perceção da população-alvo de cuidados de enfermagem neste contexto.				
Identificação da metodologia de trabalho da equipa de enfermagem e do modelo teórico utilizado para a prestação de cuidados.				
Conhecimento do sistema informático utilizado para os registos de enfermagem na unidade.				
Identificação do papel do enfermeiro especialista na equipa multidisciplinar.				
Compreensão da articulação existente entre a unidade e outros serviços de apoio ao RN pré-termo e RN de termo e sua família.				
Objetivo específico: Prestar cuidados de enfermagem especializados ao RN pré-termo e RN de termo e sua família.	Semana			
	5ªSem.	6ªSem.	7ªSem.	8ªSem.
Atividades				

Prestação de cuidados diretos ao RN pré-termo e RN de termo, em situação de doença atendendo ao processo de enfermagem implementado no contexto.				
Promoção do envolvimento dos pais/cuidadores na prestação de cuidados ao RN pré-termo e RN de termo, para a autonomia.				
Realização de pesquisa bibliográfica na área da neonatologia.				
Realização do curso de transporte Neonatal e Pediátrico.				

<u>Objetivo específico:</u> Promover o sono no RN pré-termo e de termo.	Semana			
Atividades	5ªSem.	6ªSem.	7ªSem.	8ªSem.
Realização de reunião com o/a enfermeiro/a chefe e EEESIP do contexto para aprofundar o diagnóstico de situação.				
Realização de pesquisa bibliográfica na área da promoção e proteção do sono adaptada à prestação de cuidados ao RN pré-termo e termo.				
<u>Objetivo específico:</u> Sensibilizar a equipa de enfermagem sobre a promoção do sono na infância.	Semana			
Atividade	5ªSem	6ªSem.	7ªSem.	8ªSem.
Reflexão da equipa sobre o sono infantil e a sua promoção nos cuidados, através do questionário.				
Reflexão em equipa na passagem de turno, sobre a proteção do sono na UCEN.				
<u>Objetivo específico:</u> Sensibilizar os pais para a promoção do sono na infância.	Semana			
Atividade	5ªSem	6ªSem.	7ªSem.	8ªSem.
Informação aos pais nos momentos de prestação de cuidados, sobre a temática.				

Objetivo específico: Incorporar o sono reparador, no plano de recuperação do recém-nascido durante o internamento.	Semana			
	5ªSem	6ªSem.	7ªSem.	8ªSem.
Identificação das estratégias utilizadas pela equipa, para a promoção do sono em ambiente hospitalar.				
Descrição do sono do RN pré-termo e termo durante o internamento, bem como as estratégias utilizadas para a sua promoção na unidade, nos registos de enfermagem.				
Realização de suporte informativo com as responsabilidades e as estratégias que os enfermeiros e os pais/cuidadores têm disponíveis, para protegerem o sono do RN internado numa UCEN.				

Objetivos Específicos	Atividades/Estratégias a desenvolver	Recursos			Indicadores de Avaliação
		Humanos	Materiais	Tempo	
<u>Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) e Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP)</u>					
<u>Do Estágio Final:</u>		Enfermeiro/a	Normas e	8	Descrição de
Analisar a assistência prestada relativamente aos cuidados de saúde, à criança/jovem e sua família, neste local;	a) realização de reunião com enfermeiro/a coordenador/a e EEESIP orientador/a do estágio;	Chefe do contexto de estágio;	programas implementados no contexto	semanas	caracterização sumária acerca da estrutura e modo de funcionamento da UCC e da UCSP;
	b) perceção das instalações, recursos, equipa multidisciplinar e modo de funcionamento contexto;	Enfermeiro/a especialista orientador/a do contexto de estágio;	daquele local de estágio;		
	c) perceção das características da população pediátrica e respetivas famílias, abrangidas pela UCC e UCSP e as suas principais necessidades;	Equipa multidisciplinar (médicos, enfermeiros e assistentes operacionais);	Espaço Físico da UCC/UCSP;		
	d) identificação da metodologia de trabalho de equipa de enfermagem utilizada;		Base de dados eletrónicas e livros;		
Prestar cuidados de enfermagem especializados ao	e) identificação do papel do enfermeiro/a especialista na consulta de saúde infantil e no seio da equipa multidisciplinar e nos vários programas da UCC;		Computador e internet;		Reflexão sobre os programas realizados pelo enfermeiro/a especialista na UCC;
	f) compreensão da articulação entre as várias unidades do ACES;				

nível dos cuidados de saúde primários. <u>Do Projeto:</u> Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância da temática; Desenvolver intervenção no âmbito da promoção do sono infantil junto da família/cuidadores,	g) observação da prestação de cuidados do/a EEESIP em contexto de cuidados de saúde primários; h) Realização de pesquisa bibliográfica na área dos cuidados de saúde prestados, tendo por base os programas imanados pela DGS; i) colaboração nas atividades de vigilância da saúde infantil e juvenil. a) reflexão da equipa sobre o sono infantil nas reuniões de grupo; b) transmissão de informação sobre a promoção do sono infantil nas consultas de vigilância do lactente/criança/ jovem individualmente, incorporado nos cuidados antecipatórios; c) realização de um cartaz intitulado “Promoção do Sono saudável na criança e no jovem” com estratégias para a sua promoção, para colocação na sala de espera da UCSP;	Equipa a Rádio Regional de Setúbal	Layout da instituição.		Colaboração nas consultas de vigilância de saúde com base no programa nacional de saúde infantil e juvenil.
---	---	---	-------------------------------	--	--

ao nível dos cuidados de saúde primários; Desenvolver intervenções no âmbito da promoção do sono infantil junto da comunidade.	d) Realização de um folheto, sobre o sono infantil saudável e seguro, intitulado: “O Sono Infantil saudável e seguro, como promovê-lo?; e) elaboração de uma descrição de dinâmica de grupo e respetivos materiais a serem utilizados, incorporada numa das sessões do Curso de Massagem Infantil, projeto realizado pelo/a enfermeiro/a orientador/a, que poderá ser replicada no futuro; f) realização de um <i>flyer</i> sobre o Sono Seguro no Primeiro ano de vida para Curso de Massagem Infantil; g) realização de uma revisão integrativa sobre “Os programas de educação sobre o sono Infantil-Juvenil”, para publicação numa revista científica; h) participação no programa “Encontro Marcado” da Rádio Jornal de Setúbal para abordar a temática do sono infantil.				
--	---	--	--	--	--

Cronograma:

Objetivo específico: Analisar a assistência prestada relativamente aos cuidados de saúde, à criança/jovem e sua família, neste local.	Semana							
	9^a	10^a	11^a	12^a	13^a	14^a	15^a	16^a
Atividades								
Realização de reunião com enfermeiro/a coordenador/a e EEESIP orientador/a do estágio.								
Perceção das instalações, recursos, equipa multidisciplinar e modo de funcionamento contexto.								
Perceção das características da população pediátrica e respetivas famílias, abrangidas pela UCC e UCSP e as suas principais necessidades.								
Identificação da metodologia de trabalho de equipa de enfermagem utilizada.								
Identificação do papel do enfermeiro/a especialista na consulta de saúde infantil e no seio da equipa multidisciplinar e nos vários programas da UCC.								
Compreensão da articulação entre as várias unidades do ACES.								

<u>Objetivo específico:</u> Prestar cuidados de enfermagem especializados ao nível dos cuidados de saúde primários.	Semana							
Atividades	9ª	10ª	11ª	12ª	13ª	14ª	15ª	16ª
Observação da prestação de cuidados do/a EEESIP em contexto de cuidados de saúde primários.								
Realização de pesquisa bibliográfica na área dos cuidados de saúde prestados, tendo por base os programas imanados pela DGS.								
Colaboração nas atividades de vigilância da saúde infantil e juvenil.								
<u>Objetivo específico:</u> Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância da temática.	Semana							
Atividades	9ª	10ª	11ª	12ª	13ª	14ª	15ª	16ª
Reflexão da equipa sobre o sono infantil nas reuniões de grupo.								
Transmissão de informação sobre a promoção do sono infantil nas consultas de vigilância do lactente/criança/ jovem individualmente, incorporado nos cuidados antecipatórios.								
<u>Objetivo específico:</u> Desenvolver intervenção no âmbito da promoção do sono infantil junto da família/cuidadores, ao nível dos cuidados de saúde primários.	Semana							
Atividades	9ª	10ª	11ª	12ª	13ª	14ª	15ª	16ª
Realização de um cartaz intitulado “Promoção do Sono saudável na criança e no jovem” com estratégias para a sua promoção, para colocação na sala de espera da UCSP.								

Realização de um folheto, sobre o sono infantil saudável e seguro, intitulado: “O Sono Infantil saudável e seguro, como promovê-lo?.								
Elaboração de uma descrição de dinâmica de grupo e respetivos materiais a serem utilizados, incorporada numa das sessões do Curso de Massagem Infantil, projeto realizado pelo/a enfermeiro/a orientador/a, que poderá ser replicada no futuro.								
Realização de um <i>flyer</i> sobre o Sono Seguro no Primeiro ano de vida para Curso de Massagem Infantil.								
Objetivo específico: Desenvolver intervenções no âmbito da promoção do sono infantil junto da comunidade.	Semana							
Atividades	9ª	10ª	11ª	12ª	13ª	14ª	15ª	16ª
Realização de uma revisão integrativa sobre “Os programas de educação sobre o sono Infantil-Juvenil”, para publicação numa revista científica.								
Participação no programa “Encontro Marcado” da Rádio Jornal de Setúbal para abordar a temática do sono infantil.								

Orçamento:

Recursos Humanos: não aplicável. Recursos Materiais: 550€ (curso do TIP) + 20€ matérias da dinâmica de grupo

Previsão dos constrangimentos e forma de os ultrapassar: A aplicação de questionário para a realização do diagnóstico de situação só poderá ser realizar após consentimento do Gabinete de Investigação e Desenvolvimento.

Apêndice 18- Resumo dos Artigos em *Prelo*

ADMINISTRAR TERAPÊUTICA POR VIA INTRAMUSCULAR EM PEDIATRIA

ADMINISTER INTRAMUSCULAR THERAPY IN PEDIATRICS

ADMINISTRAR TERAPIA POR VÍA INTRAMUSCULAR EN PEDIATRÍA

Ana Lúcia Caeiro Ramos – Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, Doutora em Enfermagem, Mestre em Saúde Pública, Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Carla Sofia Sobral Trindade - Pós-Graduada em Saúde Sexual e Reprodutiva, Licenciada em Enfermagem pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, Enfermeira na Unidade de Urgência Pediátrica do Centro Hospitalar de Setúbal EPE, Hospital São Bernardo.

Josefina Maria Letras Lopes - Licenciada em Enfermagem pela Escola Superior de Enfermagem de Calouste Gulbenkian, Enfermeira na Unidade de Urgência Pediátrica do Centro Hospitalar de Setúbal EPE, Hospital São Bernardo.

Marta Isabel de Sousa e Castro Jesus - Pós-Graduada em Acidente Vascular e Cerebral, Licenciada em Enfermagem pela Escola Superior de Enfermagem S. Francisco das Misericórdias, Enfermeira no Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar de Setúbal EPE, Hospital São Bernardo.

RESUMO

Enquadramento: A administração de terapêutica por via Intramuscular remonta desde há muito tempo, sendo uma das técnicas estudadas e praticadas pelos enfermeiros.

Objetivo: Identificar as melhores práticas de enfermagem aquando da administração de terapêutica por via Intramuscular em idade pediátrica.

Metodologia: Revisão integrativa da literatura de artigos das bases de dados eletrónicas, B-on e ResearchGate®.

Resultados: Após um paralelo com a evidência teórica que orienta as boas práticas na administração de terapêutica por via Intramuscular, e que regula a intervenção de enfermagem uniformizando os cuidados, verificaram-se várias divergências, particularmente no tamanho e calibre da agulha adequadas a cada faixa etária. Em relação ao local de administração, assim como ao volume máximo a administrar em cada músculo e em cada faixa etária, as diferenças são mínimas.

Conclusão: A técnica da administração de terapêutica por via intramuscular é realizada diariamente pelos enfermeiros, mas ainda levanta questões relativamente à aplicação da melhor prática.

Palavras-chave: Injeção Intramuscular; Criança; Administração Terapêutica.

A CRIANÇA E AS TECNOLOGIAS: INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO

CHILD AND TECHNOLOGIES: NURSE INTERVENTION

EL NIÑO Y LAS TECNOLOGÍAS: INTERVENCIÓN DEL ENFERMERO

Carla Sofia Sobral Trindade - Pós-Graduada em Saúde Sexual e Reprodutiva, Licenciada em Enfermagem pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, Enfermeira na Unidade de Urgência Pediátrica do Centro Hospitalar de Setúbal EPE, Hospital São Bernardo.

Josefina Maria Letras Lopes - Licenciada em Enfermagem pela Escola Superior de Enfermagem de Calouste Gulbenkian, Enfermeira na Unidade de Urgência Pediátrica do Centro Hospitalar de Setúbal EPE, Hospital São Bernardo.

Maria Antónia Fernandes Caeiro Chora – Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem, na Universidade de Évora, Doutora em Sociologia, Mestre em Ecologia Humana, Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Marta Isabel de Sousa e Castro Jesus - Pós-Graduada em Acidente Vascular e Cerebral, Licenciada em Enfermagem pela Escola Superior de Enfermagem S. Francisco das Misericórdias, Enfermeira no Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar de Setúbal EPE, Hospital São Bernardo.

Resumo

A problemática da utilização excessiva por parte das crianças das Tecnologias da Informação e Comunicação [TIC] está em voga. É imperativo que o brincar seja novamente reconquistado e que assuma um lugar de destaque no quotidiano da criança, com momentos alusivos ao lúdico e ao desenvolvimento da criatividade individual, como elemento essencial ao desenvolvimento motor e psíquico saudável. Não obstante, a utilização regrada das TIC torna-se primordial como forma promotora do desenvolvimento infantil adequado.

Objetivos: Refletir sobre a utilização das TIC na idade pré-escolar, benefícios e malefícios no desenvolvimento infantil.

Métodos: Revisão narrativa.

Resultados: Percecionou-se que a tecnologia é um instrumento da atualidade, e não sendo possível impedi-la, há que reconhecer que a sua utilização pode acarretar consequências para o desenvolvimento das crianças, mas, também, benefícios, desde que bem utilizada.

Conclusões: O enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica [EEESIP] assume um papel preponderante na gestão da problemática das TIC versus o brincar, pois tem competências específicas que lhe permitem estar despertos às novas problemáticas que influenciam a saúde das crianças e família, e pode desenvolver ações para intervir na promoção da saúde.

Palavras-Chave: tecnologias da informação e comunicação; promoção; saúde; enfermeiro; criança.

A IMPORTÂNCIA DOS LANCHES SAUDÁVEIS EM IDADE PRÉ-ESCOLAR

THE IMPORTANCE OF HEALTHY SNACKS IN PRE-SCHOOL AGE

LA IMPORTANCIA DE LAS MERIENDAS SALUDABLES EN EDAD PREESCOLAR

Carla Sofia Sobral Trindade - Pós-Graduada em Saúde Sexual e Reprodutiva, Licenciada em Enfermagem pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, Enfermeira na Unidade de Urgência Pediátrica do Centro Hospitalar de Setúbal EPE, Hospital São Bernardo.

Josefina Maria Letras Lopes - Licenciada em Enfermagem pela Escola Superior de Enfermagem de Calouste Gulbenkian, Enfermeira na Unidade de Urgência Pediátrica do Centro Hospitalar de Setúbal EPE, Hospital São Bernardo.

Maria Antónia Fernandes Caeiro Chora – Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem, na Universidade de Évora, Doutora em Sociologia, Mestre em Ecologia Humana, Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Marta Isabel de Sousa e Castro Jesus - Pós-Graduada em Acidente Vascular e Cerebral, Licenciada em Enfermagem pela Escola Superior de Enfermagem S. Francisco das Misericórdias, Enfermeira no Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar de Setúbal EPE, Hospital São Bernardo.

Resumo

A obesidade infantil, considerada uma doença multifatorial, relaciona-se com estilos de vida não saudáveis, como a alimentação inadequada e a inatividade física. A sua prevenção é essencial e necessita de uma atuação multidisciplinar e multissetorial que circunde indústria, políticas públicas, escola e família.

A idade pré-escolar é um período de desenvolvimento físico e psíquico que exige um reforço nutricional adequado, pelo que a prevenção nesta faixa etária torna-se primordial. Os lanches, considerados pequenas refeições e, na maioria das vezes, desprovidos de valor nutricional e descuidados na alimentação, são refeições importantes que devem conter alimentos saudáveis, como fator promotor de uma alimentação saudável.

Objetivos: Elucidar sobre a importância da adesão aos lanches saudáveis na idade pré-escolar.

Métodos: Revisão Narrativa.

Resultados: Para a promoção de hábitos salubres é indispensável investir no aumento da literacia relativa à alimentação saudável nas crianças.

Conclusões: Os lanches influenciam o estado nutricional da criança. É possível uma oferta apelativa, diversificada e saudável. O enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica [EEESIP] aplica estratégias com vista à promoção da saúde através da alimentação saudável, tanto nas instituições de saúde como na comunidade.

Palavras-Chave: Promoção da saúde; lanche saudável; pré-escolar.

ANEXOS

Anexo 1- Autorização pelo GID



DELIBERAÇÃO:

Autoriz. 4

2018.12.06

NOTA DE SERVIÇO

PARA: Exma. Sra. [Redacted], Gestora do Gabinete de Desenvolvimento
DE: Sr. [Redacted], [Redacted]

27-11-2018

ASSUNTO: Autorização à realização do Estudo "O Sono na Infância: Educar para promover o Sono saudável – Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica", a realizar no Serviço de Internamento Pediátrico e Unidade de Cuidados Especiais Neonatais [Redacted]

Trata-se de um Estudo conferidor de grau académico – Mestrado, cujo a Investigadora Principal é a Exma. Sra. Enf. Carla Sofia Trindade, a realizar no Serviço de Internamento Pediátrico e Unidade de Cuidados Especiais Neonatais do [Redacted]

Tratando-se de um questionário anónimo a não doentes, não necessita de revisão/parecer da CES.

A realização deste estudo/questionário tem como objectivo identificar o conhecimento da equipa de enfermagem, sobre o sono infantil, a sua importância e as estratégias utilizadas para a promoção deste nos utentes pediátricos de quem cuidam, nos vários locais que irá ser realizado o estágio final.

À consideração superior,

[Redacted signature]

Ao Sec. do GD
Para informarmos o
IP e intervenientes
do estudo

ACTA Nº 49/18

Contactos GID: [Redacted]

DESPACHO

Tomei conhecimento.

A Exma. Sra. [Redacted] solicita-se a autorização para a realização deste estudo, que é do interesse do S. de pediatria, bem como para a UCEU

28-11-2018

Tor dada parecer positivo das Sns. Enf. Chefes dos serviços envolvidos. Ratifico o interesse do estudo pelo que aprovo a sua realização P/CA: [Redacted]

Anexo 2- Certificado do European Pediatric Advanc Life Support



European Resuscitation Council vzw
Emile Vanderveldelaan 35
BE-2845 Niel - Belgium

Carla Sofia Trindade

27/05/1985

Received the ERC qualification

European Paediatric Advanced Life Support (EPALS)

In Setúbal, Portugal

Miguel Santos FÉLIX
Course Director



Date last course: 25/01/2019

This certificate is valid from 25/01/2019 to 25/01/2024

To verify the validity of this certificate please visit <https://cosy.erc.edu/en/verify-certificate> and enter ERC-839-162748

Anexo 3- V Curso de Transporte Neonatal e Pediátrico

CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE

HOSPITAL DE SANTAMARIA

Hospital PulidoValente

emergências médicas

Vall d'Hebron SEM Pediátric

CENTRO DE FORMAÇÃO
DO CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE

Acreditado pela ACSS processo de renovação n.º 015/19-10-2000 e despacho ministerial de 26-01-2001
Entidade equiparada a certificada pela DGERI, de acordo com o artigo 4º da Portaria n.º 851/2010 de 6-09-2010
Entidade Certificada pela SGS cumprindo os requisitos da Norma 4512:2012

CERTIFICADO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Certifica-se que, **Carla Sofia Sobral Trindade**, natural de São Sebastião, nascida a 27-05-1985, nacionalidade portuguesa, do sexo feminino, portadora do Cartão de Cidadão n.º 12809042-1ZY4, válido até 18-03-2020, concluiu com aproveitamento o Curso de Formação Profissional realizado nos dias 17, 18 e 19 de outubro de 2018, com a duração de 26 horas e designado

V Curso de Transporte Neonatal e Pediátrico

El curso ha sido avalado, en Espanha, por la *Sociedad Española de Cuidados Intensivos Pediátricos* (SECIP) e la *Sociedad Española de Neonatología* (SENeo), y reconocido por la *Societat Catalana de Pediatria* (SCP)

Lisboa, 19 de outubro de 2018

O Responsável pela Entidade Formadora

Alexandra Costa
Dra. Alexandra Costa

O Diretor do Curso

Francisco Abecasis
Dr. Francisco Abecasis

O Codiretor do Curso

Pedro Dominguez
Dr. Pedro Dominguez

Certificado n.º 474/2018

Centro Hospitalar Lisboa Norte – NIPC 508481287
Av. Prof. Egas Moniz – 1649-035 Lisboa
Telef: 21 780 51 08 - Fax: 21 780 56 03
Mod.055b/003/CF-CHLN

Curso reconhecido por **SPP** SOCIEDADE PORTUGUESA DE PEDIATRIA

Atividade acreditada por el Consejo Català de Formació Continuada de les Professions Sanitàries - Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud.
Número de créditos: 5,0 (24 horas)

Programa do Curso:

- Introdução ao curso
- Unidades de transporte pediátrico SEMP-VH / TIP-CHLN
- Metodologia do transporte. Equipa e equipamento
- Particularidades do transporte em helicóptero
- Particularidades do transporte neonatal. Transporte do prematuro
- Ventilação mecânica pediátrica e neonatal aplicada ao transporte
- Transporte em ECMO
- Compromisso respiratório no recém-nascido
- Compromisso respiratório na criança

PRÁTICAS DE MATERIAL

- Prática I: Ambulância e equipamento
- Prática II: Assistência respiratória neonatal
- Prática III: Assistência respiratória pediátrica
- Prática IV: Acesso vascular e fármacos
- Recapitulação
- Sedação-Analgesia-Curarização
- Compromisso circulatório no recém-nascido
- Compromisso circulatório na criança
- Compromisso neurológico no recém-nascido
- Compromisso neurológico na criança
- Criança com trauma grave
- Trabalho em equipa

PRÁTICAS DE METODOLOGIA

- Prática I: Transporte neonatal
- Prática II: Transporte pediátrico
- Prática III: Transfer
- Prática IV: Transporte em ambulância
- SESION INTERACTIVA: Incidentes no transporte

Anexo 4- Declaração de participação na Rádio Regional de Setúbal



Declaração

Carla Sofia Sobral Trindade, professora do Departamento de Ciências da Linguagem e Comunicação da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal ESS-IPS, participou no programa radiofónico **ENCONTRO MARCADO COM...** no âmbito do protocolo estabelecido entre a ESS-IPS e a Rádio Jornal de Setúbal (88,6), com a apresentação da temática “O Sono na Infância: Educar para Promover o Sono Saudável – Atuação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica”, no dia 24 de outubro de 2018.



Prof. Fernanda Gomes da Costa T Marques
Prof. Adjunta
Coordenadora do Projeto pela ESS-IPS

IPS Instituto Politécnico de Setúbal
Escola Superior de Saúde

Anexo 5- Declarações



12º CURSO DE PÓS LICENCIATURA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA

SEMINÁRIO

CUIDAR EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA: BATALHAS & CONQUISTAS NO SÉC. XXI

CERTIFICA-SE QUE
Carla Trindade

FREQUENTOU O SEMINÁRIO "CUIDAR EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA" REALIZADO NOS DIAS 7 E 8 DE NOVEMBRO DE 2018 ENTRE AS 09H00 E AS 17H00, NO AUDITÓRIO DA ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DA CRUZ VERMELHA PORTUGUESA, ORGANIZADO PELO 12º CURSO DE PÓS-LICENCIATURA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA.

A COMISSÃO CIENTÍFICA

A COMISSÃO ORGANIZADORA

Ara da Aldeia

LISBOA, 8 DE NOVEMBRO DE 2018



CERTIFICADO

Certifica-se que Carla Sofia Sobral Trindade participou nas *I Jornadas de Enfermagem do Agrupamento de Centros de Saúde do Arco Ribeirinho*, subordinadas ao tema “**Plano Local de Saúde – Contributos de Enfermagem**” que decorreram no dia 27 de Novembro de 2018, no Auditório Municipal Augusto Cabrita, no Barreiro.

Pela Comissão Organizadora,



Organização



Parceiros

