



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

**Cuidados Centrados na Criança e na Família:
Intervenção de Enfermagem na Promoção de Hábitos
de Sono Saudáveis**

Mariana Adriano de Sousa Nobre Gonçalves



**Lisboa
2022**



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

**Cuidados Centrados na Criança e na Família:
Intervenção de Enfermagem na Promoção de Hábitos
de Sono Saudáveis**

Mariana Adriano de Sousa Nobre Gonçalves

Orientadora: Prof.^a Doutora Joana Rita Guarda da Venda Rodrigues

**Lisboa
2022**

Não contempla as correcções resultantes da discussão pública

“Cuidar de crianças e jovens implica poder influenciar o futuro, constituindo-se os momentos de interação como uma oportunidade de desenvolvimento de todos os envolvidos.”

(Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020, p. 12)

AGRADECIMENTOS

À professora doutora Joana Rodrigues pelo apoio, disponibilidade e paciência constantes e ainda pela exigência, incentivo e todo o conhecimento que me transmitiu. Obrigada por acreditar em mim.

Aos meus pais, pelo apoio incondicional, por toda a ajuda e pela tolerância quer para com o meu cansaço, como para as minhas ausências. Obrigada.

Aos meus amigos que me acompanharam neste processo e sempre me ofereceram palavras de apoio, conforto e carinho, obrigada pela vossa amizade, disponibilidade e motivação.

Aos enfermeiros orientadores pela disponibilidade demonstrada, pelo tempo dispensado e pela partilha de conhecimentos. Obrigada por compartilharem comigo o vosso amor por esta profissão.

Aos enfermeiros que me receberam e acolheram nos vários locais de estágio por onde passei e partilharam comigo todo o seu conhecimento.

A todos os que direta ou indiretamente contribuíram para a construção deste relatório, os meus profundos e sinceros agradecimentos.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAP – Academia Americana de Pediatria

APA – *American Psychological Association*

CCH – Carta da Criança Hospitalizada

CCCF – Cuidados Centrados na Criança e na Família

CCF – Cuidado Centrado na Família

CVSIJ – Consulta de Vigilância de Saúde Infantil e Juvenil

DGS – Direção-Geral da Saúde

EE – Enfermeiro Especialista

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

IAC – Instituto de Apoio à Criança

IPFCC – *Institute for Patient and Family Centered Care*

NREM – *Non Rapid Eye Movements*

OE – Ordem dos Enfermeiros

PNSIJ – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

REM – *Rapid Eye Movements*

RN – Recém-nascido

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SUP – Serviço de Urgência Pediátrico

SMSL – Síndrome de Morte Súbita do Lactente

SPP – Sociedade Portuguesa de Pediatria

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

USF – Unidade de Saúde Familiar

RESUMO

O processo de cuidar em enfermagem pediátrica compreende a interação entre o enfermeiro, a criança e a família, caracterizando-se pela prestação de cuidados de enfermagem à díade criança-família, com o objetivo de maximizar a sua saúde e autonomia, em resposta às necessidades do ciclo de vida e desenvolvimento, no respeito pelos direitos humanos e com enfoque na melhoria contínua da qualidade.

O sono, constituindo-se enquanto necessidade humana fundamental, transversal a todo o ciclo de vida, quando adequado e reparador tem inúmeros benefícios, todavia quando insuficiente tem um impacto multifatorial a nível do bem-estar físico, emocional, mental e comportamental da díade criança-família.

Sustentado na filosofia de Cuidados Centrados na Criança e na Família, o enfermeiro assume como alvo dos seus cuidados a díade criança-família, promovendo a sua capacitação, o envolvimento e consequente participação no plano de cuidados e na tomada de decisão, viabilizando, assim, a verdadeira parceria de cuidados.

Este relatório evidencia o processo de desenvolvimento de competências comuns e competências específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica conducentes à atribuição do inerente título profissional, tendo como enfoque a Intervenção de Enfermagem na Promoção de Hábitos de Sono Saudáveis na criança.

A metodologia crítico-reflexiva adotada, sustentada em evidência e no pensamento teórico de enfermagem, foi essencial para clarificar a evolução pessoal e profissional ao longo do estágio, através das atividades realizadas.

Palavras-chave: Enfermagem Pediátrica; Criança; Família; Cuidados de Enfermagem; Hábitos do Sono.

ABSTRACT

The care process in pediatric nursing comprises the interaction among the nurse, the child and the child's family. It is based in providing nursing care to the child and their family, aiming their health maximizing and enhancing their autonomy, according to the lifecycle and development needs, in due respect to human rights and focusing on continuous quality improvement.

Sleep constitutes itself as a fundamental human need throughout the whole lifecycle. When appropriate and restful, sleep can bring numerous benefits. On the contrary, whenever sleep is considered insufficient, it can have a multifactorial health impact on the child and their family physical, emotional, mental as well as behavioural well-being.

The nurse assumes both child and family as the central objective of the nursing care, based in the Child and Family Centred Care philosophy, and promote their involvement and participation in the planning and the decision-making care processes, thus enabling true partnership care.

This report points out the course of common and specific skills development for Child Health and Pediatrics Nursing Specialist, leading to the achievement of the inherent professional title, focusing on nursing intervention in Promoting Child Healthy Sleeping Habits.

The critical and reflective methodology adopted was supported by evidence and theoretical nursing thinking and has shown to be essential to clarify the personal and professional evolution throughout the internship and the activities performed therein.

Keywords: Pediatric Nursing; Child; Family; Nursing Care; Sleep Habits.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO-CIENTÍFICO	14
1.1 Cuidar em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica: Dos Cuidados Centrados na Criança e na Família à Promoção do Conforto.....	14
1.2 O Sono da Criança e Família	20
1.3 Intervenção de Enfermagem na Promoção de Hábitos de Sono Saudáveis...	27
2. PROBLEMÁTICA	31
3. PERCURSO METODOLÓGICO	33
4. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DO PERCURSO FORMATIVO: DOS OBJETIVOS PROPOSTOS AO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	35
4.1 Consulta de Desenvolvimento.....	37
4.2 Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais	40
4.3 Cuidados de Saúde Primários.....	45
4.4 Serviço de Urgência Pediátrica	50
4.5 Serviço de Internamento de Pediatria	56
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS E PROJETOS FUTUROS.....	59
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	

APÊNDICES

Apêndice I – Cronograma de Estágio

Apêndice II – Guia Orientador de Atividades de Estágio

Apêndice III – Descrição dos Contextos de Estágio

Apêndice IV – Jornal de Aprendizagem sobre a Importância do Brincar na Comunicação em Pediatria

Apêndice V – Dossier Temático: A Importância do Sono Saudável para o Crescimento e Desenvolvimento da Criança

Apêndice VI – Folheto “Como Cuidar do Sono do Seu Bebê”

Apêndice VII – Apresentação “Como Cuidar do Sono do Seu Bebê: Sessão de Sensibilização para Profissionais de Saúde”

Apêndice VIII – Diário de Campo: Elemento Estruturante na Avaliação do Crescimento e Desenvolvimento da Criança

Apêndice IX – Poster “Vamos Falar do Sono do Bebê”

Apêndice X – Folheto “Promoção de Hábitos de Sono Saudáveis no Lactente”

Apêndice XI – Folheto “Promoção de Hábitos de Sono Saudáveis na Criança/Jovem”

Apêndice XII – Portfólio Reflexivo “Estratégias para Minimizar o Impacto do Ambiente no Sono da Criança e Família”

Apêndice XIII – Norma Interna: Promoção de Hábitos de Sono Saudáveis na Criança: Registos de Enfermagem

Apêndice XIV – Sessão de Sensibilização “Priorizar o Sono da Criança”

ANEXOS

Anexo I – Diário de Sono

Anexo II – Declaração de Participação na 1ª Conferência Internacional do CIDNUR, *Nursing Trends: Research for a Better Health*

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Número de Horas de Sono Recomendado.....	23
Quadro 2 – Comportamentos a Adotar para Prevenir a SMSL	28

INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, integrada no 12º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL). Este relatório espelha os conhecimentos e as competências adquiridas ao longo dos cinco contextos de estágio, por sua vez orientados pelo interesse pessoal, profissional e pelos objetivos formativos.

A sua realização permitiu atingir os objetivos estabelecidos na fase de projeto e adquirir, consolidar e desenvolver competências técnicas, científicas e humanas, essenciais para a prestação de cuidados de enfermagem holísticos e humanizados à criança e sua família. Tais competências, aliadas à interação com a díade criança-família e com os pares, à reflexão inerente à prática profissional e apoiadas nas conceções teóricas e científicas, suportam o nível de intervenção inerente ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP).

O interesse pela temática do sono emerge da reflexão, secundária à prática profissional, realizada em contexto de internamento pediátrico, onde se verifica que o sono da criança e família é, por vezes, desrespeitado e interrompido, ainda que inconscientemente, na decorrência de intervenções de profissionais de saúde. As interrupções frequentes do sono impedem que se estabeleça um sono de qualidade e reparador, o que pode ter repercussões negativas no estado de saúde, no bem-estar e no crescimento e desenvolvimento da criança, bem como na sua família.

Estabelecida a importância do sono e reconhecido o seu carácter transversal a todo o ciclo de vida da pessoa, este foi sendo destacado no desenrolar de todos os estágios. Decorrente desta constatação, infere-se que a promoção de hábitos de sono saudáveis deve ser foco de atenção e de intervenção de enfermagem desde o nascimento da criança, uma vez que é mais simples instituir a adoção de novos hábitos e rotinas de sono nos estádios de crescimento e desenvolvimento iniciais.

O EEESIP deve aproveitar todos os momentos de interação com a díade criança-família para abordar, sempre que adequado, a temática do sono, capacitando e aumentando os conhecimentos e competências, através da criação de estratégias individualizadas que promovam hábitos de sono saudáveis. Ao incluir a criança e a família no plano de cuidados, o EEESIP sustenta a sua intervenção nos Cuidados Centrados na Criança e na Família (CCCF) - filosofia de cuidados que reconhece o

valor da comunicação, colaboração, participação parental, envolvimento e parceria de cuidados.

O presente relatório evidencia o processo de desenvolvimento de competências comuns e competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, definidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) nos Regulamento nº 140/2019 (2019) e Regulamento n.º 422/2018 (2018), através da reflexão crítico-reflexiva, sustentada em evidência e no pensamento teórico de enfermagem, de todo o trabalho realizado, analisando de forma criteriosa e fundamentada todos os pormenores e elementos de estágio realizados.

Para a concretização deste trabalho foram preponderantes as pesquisas sistematicamente realizadas através da plataforma *EBSCOHost*, do motor de busca *Google Académico*, bem como da leitura e consulta de livros técnicos sobre a temática proposta. No corpo do trabalho são, também, apresentados os referenciais mobilizados, dos quais se destacam: o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ), as normas e orientações técnicas da Direção-Geral da Saúde (DGS), o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), o Código Deontológico, o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, o Regulamento de Competências Comuns e Específicas de EEESIP, a filosofia de CCCF, os Cuidados Não Traumáticos e os Cuidados Antecipatórios. De referir que a Teoria do Conforto de Kolcaba e a Teoria das Necessidades Fundamentais de Henderson, iluminaram e sustentaram, também, todo o processo formativo.

O presente relatório encontra-se estruturado em cinco capítulos.

No primeiro capítulo é apresentado um enquadramento teórico-científico. Este capítulo subdivide-se por sua vez em três capítulos, o primeiro denominado, *Cuidar em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica: Dos Cuidados Centrados na Criança e na Família à Promoção do Conforto*; o segundo capítulo denominado, *O Sono da Criança e Família*; e o terceiro, intitulado, *Intervenção de Enfermagem na Promoção de Hábitos de Sono Saudáveis*.

No segundo capítulo é descrita a problemática, explicitando-se o problema e o objeto em estudo. A que se segue o terceiro capítulo, onde é apresentada a metodologia utilizada na elaboração do presente relatório. No quarto capítulo é descrito e analisado reflexivamente o percurso formativo, nomeadamente os objetivos e as atividades realizadas com vista ao desenvolvimento de competências de EEESIP. Este quarto capítulo é composto por cinco subcapítulos, em que são

apresentadas critico-reflexivamente as atividades executadas pela ordem sequencial de realização dos estágios. Para finalizar, no quinto capítulo, é apresentado um balanço do percurso formativo realizado e exposto o quadro de ambições associado a iniciativas futuras, a que se seguem as referências bibliográficas. Nos apêndices constam os documentos produzidos ao longo do estágio considerados importantes na descrição do percurso formativo.

Este trabalho foi redigido cumprindo orientações do Regulamento do Mestrado (ESEL, 2021) e as normas definidas pela sétima edição da *American Psychological Association* (APA).

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO-CIENTÍFICO

O presente capítulo objetiva clarificar os referenciais teóricos e científicos que sustentaram o percurso formativo subjacente ao desenvolvimento de competências de EEESIP.

Acredita-se que a intervenção de enfermagem holística e de qualidade resulta da união entre as concepções teóricas e científicas que constituem a disciplina de enfermagem e a prática pessoal e profissional, o que, claramente, encontra consonância no descrito no Regulamento nº 140/2019, que indica que o Enfermeiro Especialista (EE) “baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica” (2019, p. 4749).

Na área da pediatria, o EEESIP presta cuidados de nível avançado à criança e à sua família nos diferentes contextos de prática de cuidados de enfermagem com o intuito de “promover o mais elevado estado de saúde possível (...) e proporciona educação para a saúde (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p. 19192).

Na convergência com o referido foi construído o presente capítulo que é constituído por três subcapítulos. O primeiro, denominado *Cuidar em enfermagem de saúde infantil e pediátrica: dos cuidados centrados na criança e família à promoção do conforto*, a que se segue o subcapítulo *O sono da criança e família* e, por fim, o subcapítulo *Intervenção de enfermagem na promoção de hábitos de sono saudáveis*.

1.1 Cuidar em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica: Dos Cuidados Centrados na Criança e na Família à Promoção do Conforto

Atualmente, para a promoção de um cuidar de qualidade, o enfermeiro deve adotar a perspetiva holística, que encara a pessoa como alvo da prestação de cuidados. O paradigma holístico defende a promoção do bem-estar físico, social, cultural, espiritual e emocional da pessoa independentemente da situação de saúde/doença que esta esteja a viver (McEvoy & Duffy, 2008).

Cuidar é um conceito central em enfermagem, caracterizado pela teórica Jean Watson (2002) como seu o ideal moral. O seu objetivo tem como enfoque a proteção, promoção e preservação da dignidade humana (Souza et al., 2005; Watson, 2012).

A arte de cuidar, em enfermagem, implica uma relação entre a pessoa que cuida (o enfermeiro) e a pessoa que recebe os cuidados (o cliente) sendo o enfermeiro

encarado como um participante ativo no processo de cuidar (Watson, 2002). Para tal, é imprescindível que exista envolvimento pessoal, social, moral e espiritual por parte do profissional que cuida (Watson, 2002).

Alinhado com o exposto, Apóstolo (2009) refere que os **cuidados de enfermagem** têm como principal objetivo ajudar o cliente a encontrar sentido para a sua existência, diminuindo o seu sofrimento e promovendo não só o seu bem-estar mas também “autocontrolo, autoestima e autodeterminação em relação à saúde, doença, tratamento, e decisões terapêuticas” (p. 65).

Os cuidados de enfermagem correspondem às intervenções implementadas pelo enfermeiro, defendendo a individualidade, liberdade e a dignidade do cliente. A **intervenção de enfermagem** pode ser autónoma ou interdependente, caso seja realizada individualmente, ou em conjunto com outros elementos da equipa multidisciplinar (OE, 2015).

Em pediatria, o processo de cuidar envolve a interação entre o enfermeiro, a criança e a sua família, sendo as emoções indissociáveis ao cuidar. O mesmo é afirmado por Diogo et al. (2021), quando referem que as emoções “dão sentido à intervenção do enfermeiro e ao próprio cuidar, preenchendo o vazio dos “cuidados técnicos”, orientando o relacionamento entre a criança e a família cuidadas e o enfermeiro que cuida” (p. 3).

A intervenção de enfermagem em pediatria visa a maximização da saúde da criança independentemente do estágio de desenvolvimento em que esta se encontre (OE, 2017).

Importa clarificar que o conceito de **criança** abrange todo os indivíduos com idade inferior a 18 anos, embora a OE (2017) ressalve que em casos específicos (de doença ou incapacidade), este limite possa ser alargado até aos 21 anos e/ou até que a transição para a vida adulta esteja assegurada.

Por outro lado, importa sublinhar que todas as crianças estão inseridas numa **família**, sendo esta considerada como o seu contexto e fonte de suporte. Nessa perspetiva, a família pode ser definida como o “conjunto de indivíduos que possui a responsabilidade de prestar cuidados à criança/jovem, exercendo uma forte influência no seu crescimento e desenvolvimento” (OE, 2017, p. 4). A família é uma constante na vida da criança, sendo um conceito pessoal que não se limita aos laços sanguíneos, implicando um conjunto de indivíduos interligados e co-dependentes, que proporcionam suporte emocional, físico, psicológico, afetivo e económico (Coyne et al., 2016). Na literatura, a utilização é diversificada, pelo que, todos os que cuidam e

estão referenciados à criança serão, ao longo do presente trabalho, denominados família.

Dessa forma, uma criança não deve ser encarada de forma isolada, mas sim integrando o chamado binómio, ou díade, criança-família. Urge ressaltar que cada criança e cada família são diferentes, devendo o EE adaptar e direcionar as suas intervenções de maneira a respeitar e valorizar essa individualidade.

Conforme está descrito nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, documento redigido pela OE, em 2001, para cuidar da díade criança-família é preponderante que o EEESIP integre na sua prestação de cuidados os **conceitos metaparadigmáticos** de enfermagem: saúde, pessoa, ambiente e cuidados de enfermagem.

De acordo com o supracitado, o conceito de saúde é definido como um estado subjetivo, abrangendo as transições que permitem o crescimento e o desenvolvimento da criança e potenciam o seu bem-estar (nas dimensões física, psicológica, intelectual, social e espiritual), o controlo do sofrimento e o conforto. O conceito de pessoa engloba o cliente pediátrico (criança e família) como alvo dos cuidados. O ambiente é composto pelos fatores que influenciam o desenvolvimento da criança, devendo o EEESIP considerar os vários fatores protetores, bem como os fatores stressores, presentes no quotidiano da díade criança-família. O conceito de cuidados de enfermagem ancora-se na comunicação e na relação entre a tríade enfermeiro-criança-família.

Nessa linha, o estabelecimento de uma **relação terapêutica** com a díade criança-família possibilita o seu envolvimento, a sua capacitação, a negociação, a participação e ainda a parceria de cuidados (OE, 2017). As intervenções de enfermagem descritas, aliadas ao respeito pelo outro e pela sua individualidade e, ainda, à intencionalidade de proporcionar conforto e bem-estar, integram o conceito de cuidar (Watson, 2002).

A **Teoria do Conforto de Kolcaba** é uma teoria de médio alcance sendo que, para a autora, o conforto como conceito complicado, individual e holístico, representa um estado relaxado, pacífico e individualizado (Kolcaba, 2003). Kolcaba defende que existem três formas de conforto – o alívio, a tranquilidade e a transcendência – os quais podem ser experienciados em quatro contextos distintos: físico, psico-espiritual, ambiental e social.

O conforto como alívio tem um resultado imediato e ocorre quando uma necessidade específica é satisfeita através do controlo ou atenuação dos fatores adversos (Dowd, 2004). O conforto como tranquilidade reflete-se num nível de calma,

satisfação e/ou contentamento que ocorre após a satisfação das necessidades que provocam e/ou interferem com o desconforto. Quando adquirido, este nível de conforto traduz-se por um estado de bem-estar com maior durabilidade (Lima et al., 2016). Quanto ao conforto como transcendência, este é experienciado quando o desconforto não pode ser erradicado ou evitado, mas em que a pessoa ultrapassa os seus problemas, uma determinada dor ou sofrimento, atingindo um nível máximo de plenitude (Dowd, 2004; Kolcaba, 2005; Lima et al., 2016).

O conforto é considerado: 1) físico, quando diz respeito às sensações corporais; 2) psico-espiritual, quando está em causa a consciência interna, por via, nomeadamente de autoconceito, autoestima, sexualidade ou relação com o divino/espiritualidade; 3) ambiental, quando é influenciado pelas condições externas; e 4) social, na medida em que compreende as relações interpessoais, quer de ordem familiar, quer com a sociedade (Dowd, 2004).

Na ótica de Kolcaba, o conforto é a experiência imediata e holística, fortalecida através da satisfação dos três tipos de conforto nos quatro contextos supracitados (Bice & Kolcaba, 2020). Para a teórica, os quatro metaparadigmas da enfermagem encontram-se presentes, respetivamente: saúde (plenitude e bem-estar do outro); pessoa (cliente alvo de cuidados); ambiente (todos os aspetos relacionados com o cliente e com a sua família que podem ser alterados e melhorados pelo enfermeiro com vista à promoção do conforto); e cuidados de enfermagem (avaliação das necessidades de conforto, criação de modos de atuação, implementação das medidas e reavaliação do nível de conforto) (Lima et al., 2016).

Segundo os achados da teórica, as intervenções de enfermagem que são promotoras de conforto podem agrupar-se em intervenções-padrão, cujo intuito é manter a homeostase e controlar a dor e na capacitação que, através da partilha de informação, possibilita o empoderamento, a confiança, a esperança, os cuidados com afeto e a diminuição da ansiedade nos cuidados extra, que levam a díade criança-família a sentir-se acarinhada e fortalecida (Kolcaba, 2005).

A intervenção de enfermagem corresponde à ação de confortar, esta visa o conforto e deve ser ajustada de acordo com as necessidades do cliente (Apóstolo, 2009). O nível de conforto sentido pelo cliente demonstra a eficiência dos cuidados de enfermagem (Dowd, 2004; Kolcaba, 1995).

O EEESIP deve ancorar a sua ação em conceções teóricas e nas filosofias de cuidados. Estas são fundamentais para a implementação da relação terapêutica com base na confiança mútua. O **Cuidado Centrado na Família** (CCF) é uma das pedras

basilares da enfermagem pediátrica, que assenta na premissa de que se a criança se encontra inserida numa família, é o cliente pediátrico que deve ser encarado como alvo dos cuidados. Para tal, o enfermeiro deve personalizar e adequar o plano de cuidados a cada criança e à sua família, considerando-os como seres únicos, com as suas próprias necessidades, gostos, crenças, valores, cultura, reações, medos, preferências e expectativas (Smith, 2018). É importante destacar que as necessidades identificadas podem divergir entre a criança e a sua família, devendo o enfermeiro compreender o que cada um dos intervenientes da relação terapêutica considera indispensável (Coyne et al., 2016).

De acordo com Coyne et al. (2018), o CCF assenta em quatro pressupostos – colaboração, comunicação, negociação e apoio – que se interrelacionam entre si. A colaboração permite a capacitação e o empoderamento e é conseguida por meio de uma parceria de cuidados entre o enfermeiro e a díade criança-família. A comunicação deve ser estabelecida através da partilha de informação e possibilita a participação e a colaboração de todos os intervenientes na tomada de decisão. Na negociação, o enfermeiro transmite confiança e possibilita o reconhecimento e a conquista das responsabilidades do cliente pediátrico. O apoio pode ser formal e informal, dependendo das necessidades da díade criança-família, sendo de salientar que no apoio está incluída a aceitação dos valores culturais, socioeconómicos, étnicos e religiosos prevendo-se, inclusivamente, a existência de apoio na comunidade (Coyne et al., 2018).

Numa abordagem de CCF, os cuidados devem orientar-se segundo quatro princípios: 1) respeito e dignidade (relativamente à escuta e ao respeito pelas diferentes perspetivas e escolhas, assim como pelos valores, crenças e cultura); 2) partilha de informação, (assente no dever de ser transmitida a informação de forma completa e imparcial promotora do envolvimento e da colaboração da família na tomada de decisão); 3) participação nos cuidados (sob a premissa de que a família é incentivada e apoiada a participar nos cuidados); e 4) ajuda e colaboração (na medida em que entre o enfermeiro, a criança e a sua família na prestação de cuidados, na implementação e avaliação de políticas e na melhoria de infraestruturas que possibilitem os CCF) (Institute for Patient and Family Centered Care [IPFCC], 2017).

Na aplicação dos CCF importa ter em atenção que a família, por vezes, decide esconder e/ou limitar informações da criança, numa tentativa de a proteger e preservar a sua inocência, remetendo a criança para um papel passivo. Quando a criança não

é incluída no plano de cuidados e na tomada de decisão, a sua voz não é considerada, perdendo-se, assim, a essência do CCF (Coyne et al., 2016; Ford et al., 2018).

A Carta da Criança Hospitalizada (CCH) defende que todas “as crianças e os pais têm o direito de receber uma informação sobre a doença e os tratamentos, adequada à idade e à compreensão, a fim de poderem participar nas decisões que lhes dizem respeito” (Instituto de Apoio à Criança [IAC], 2009, p.1). De modo a respeitar-se o postulado na CCH e devolver à criança um papel ativo no plano de cuidados e na tomada de decisão, emerge o conceito de **Cuidados Centrados na Criança e na Família**, cujo enfoque é a devolução à criança de um papel de destaque. Neste âmbito, pressupõe-se a construção de um espaço onde a criança possa expressar as suas dúvidas, questões, angústias e perspetivas, permitindo-se, assim, o seu envolvimento no plano de cuidados e na tomada de decisão (Coyne et al., 2018).

O CCCF advoga que a criança, tal como a família, permaneça no centro, enquanto pessoa ativa, e como o centro dos cuidados (Coyne et al., 2018). Nesta linha de pensamento, importa sublinhar que o EEESIP tem o dever de reger a sua prática defendendo os direitos da criança, protegendo a sua vulnerabilidade e dignidade e cuidando da criança e da sua família, de acordo com os princípios éticos e com a deontologia profissional. Os elementos centrais do CCCF defendem a disponibilização da informação existente à criança, incluindo-a no processo de negociação, discussão e no plano de cuidados, fomentando a verbalização das suas preferências e o seu envolvimento na tomada de decisão (Coyne et al., 2016).

Na literatura identificada é claro como a filosofia de cuidados dos CCCF está fortemente associada aos conceitos de participação parental, parceria de cuidados e capacitação. A **participação parental** implica o envolvimento e a inclusão da família nos cuidados prestados à criança, uma vez que esta se preocupa com o bem-estar da criança, anseia pela sua recuperação e deseja participar nos cuidados (Coyne et al., 2018; Coyne & Cowley, 2007).

A **parceria de cuidados** e o envolvimento da família devem ser promovidos em todos os contactos entre o enfermeiro e a criança e sua família, pois permitem que estes obtenham autonomia, confiança e independência na prestação de cuidados. Neste sentido, cabe ao EEESIP estimular a família a assumir o seu papel e intervir como acompanhante ativo durante todo o processo de cuidados. A parceria de cuidados integra um processo explícito que engloba uma explicação de expectativa, uma negociação prévia de papéis e, ainda, uma definição de limites de participação (Sousa et al., 2013).

De acordo com Hockenberry e Barrera (2014), a capacitação e o empoderamento da família são dois conceitos fundamentais. Segundo os autores, o enfermeiro deve promover a **capacitação** da família, aproveitando todos os momentos em que se relaciona com a mesma para facilitar a aquisição de novas competências e/ou o aperfeiçoamento das anteriormente adquiridas. Quanto ao **empoderamento**, este é visível nos momentos de interação entre o enfermeiro e a família, através da promoção da facilitação das ferramentas necessárias para que esta se sinta, progressivamente, no controlo da situação.

Face ao exposto, o EEESIP deve aproveitar os momentos de interação com a família para transmitir e partilhar orientações antecipatórias que facilitem a superação de períodos em que seja expectável ocorrerem desorganizações e, consequentemente, eventuais regressões do comportamento da criança, com subsequentes picos no desenvolvimento. Os momentos de educação para a saúde, designados **cuidados antecipatórios** viabilizam a relação terapêutica entre o EEESIP e a família e fortalecem a competência parental, antecipando e/ou evitando momentos de stress, angústia e ansiedade familiar, nos quais a família sente que perdeu o controlo e se culpabiliza (Gomes, 2009).

O **modelo Touchpoints**, concebido por Brazelton, centra-se na criança, mas intervém na família e defende uma abordagem desenvolvimental – que compreende que o crescimento e o desenvolvimento infantil não são lineares e que existem regressões, pausas e progressos – e relacional defendendo o potencial de intervenção e capacitação parental (Brito, 2018; Gomes, 2009).

1.2 O Sono da Criança e Família

De acordo com Almeida (2017), o sono é uma necessidade natural, básica, comum a todos os seres vivos e deve ser encarada como um dos acontecimentos mais importantes do dia. É uma necessidade fisiológica e um processo evolutivo, ativo e dinâmico que se define por ser um estado temporário de inatividade a nível motor e comportamental, no qual se regista uma diminuição da consciência, apesar de continuar a verificar-se uma enorme atividade cerebral (OE, 2011; Torres et al., 2021; Walker, 2019; Winter, 2017). Este caracteriza-se por ser um estado facilmente reversível, em que ocorre uma diminuição temporária da consciência e da interação com o meio (Marinho et al., 2022; OE, 2011).

De acordo com a produção científica consultada, o sono tem um impacto multifatorial que se verifica no bem-estar físico, emocional, cerebral e comportamental (Torres et al., 2021). As suas principais funções centram-se na promoção do repouso e restauro de energia, o que permite incrementar a imunidade, potenciar a maturação cerebral e a neuroplasticidade, criar e/ou consolidar memórias, estimular o desenvolvimento da linguagem e ainda manter o estado de vigília e de alerta (Silva, Simões et al., 2018; Tham, et al., 2017). O sono, sendo responsável por aumentar as defesas do sistema imunitário, torna-se essencial na recuperação em caso de doença, tem um papel importante na prevenção de infeções e é um grande aliado no combate de processos malignos (Walker, 2019).

Em pediatria, sendo uma atividade de vida diária, o sono desde que adequado, promove o crescimento e o desenvolvimento da criança, nomeadamente o desenvolvimento cognitivo e comportamental, a maturação do sistema nervoso central e a renovação de energias, possuindo assim um papel de destaque no seu quotidiano (Rafihi-Ferreira et al., 2020; Tham, et al., 2017). Nesta linha de pensamento, já Salavessa e Vilariça, em 2009, explanavam que o sono permite que a criança gira os processos de autorregulação, essenciais para o seu desenvolvimento emocional e relacional, ao aperfeiçoar a capacidade de se auto-confortar e de readormecer sozinha, sem a presença da família.

Almeida (2017), afirma que cerca de 70% das crianças com idade inferior a quatro anos apresentam despertares noturnos, precisando de ajuda para voltar a adormecer. Facto que tem impacto no sono da criança e influencia o bem-estar da sua família, podendo, consequentemente, vir a afetar a estabilidade familiar, as relações entre a família ou, ainda, as relações entre a família e a própria criança (Silva, Simões et al., 2018; Torres et al., 2021). Manifestando-se comumente na família através de fadiga, frustração, alterações de humor e privação do sono (Rangel et al., 2015).

Brazelton e Sparrow (2003) defendem que a família deve estimular a criança, promovendo ligações seguras, ricas em apego e vinculação e, ainda, relações fortes que transmitam segurança e satisfaçam as necessidades da criança.

Neste ponto, importa clarificar que a **vinculação** compreende um sistema comportamental e relacional, estabelecido entre a criança e a sua família, que começa a ser formado durante a gravidez. A vinculação segura permite que a criança desenvolva sentimentos de segurança e confiança na família (Mannel et al., 2011). Tal resultará numa criança segura, confortável, autónoma e independente (Brazelton & Sparrow, 2003). Paralelamente, uma criança que se sinta segura do amor e

presença constante da família, quando desperta durante a noite tem maior facilidade em se auto-confortar e readormecer sem ajuda, pois sabe que esta está próxima, mesmo quando não se encontra no seu campo de visão.

O sono pode ser influenciado por diversos fatores, nomeadamente por características biológicas, pelo temperamento e expectativas pessoais, por hábitos, por aspetos socioculturais, familiares ou psicológicos, pela manipulação e/ou pelas condições ambientais e ainda pela situação de saúde-doença que se esteja a experienciar (Rangel et al., 2015; Silva, Simões et al., 2018).

Quanto ao ambiente, é imprescindível que este seja calmo e tranquilo, silencioso, escuro e/ou com iluminação suave, limpo e com temperatura amena – entre 18º a 21ºC (Moon et al., 2022; Salavessa & Vilariça, 2009; Silva, Simões et al., 2018; Sociedade Portuguesa de Pediatria [SPP], 2021; Torres et al., 2021). Tal transmite conforto e segurança à criança, promove o seu relaxamento e permite que esta baixe o seu estado de alerta e repouse (Torres, et al., 2021). Neste contexto, o conforto, referido por Kolcaba, é também, fundamental para um sono tranquilo e reparador.

A duração, a qualidade e o tipo de sono modificam-se consoante o estágio de desenvolvimento da criança (Silva, Simões et al., 2018). Nos primeiros meses de vida verifica-se uma maior necessidade de sono distribuídas em sono diurno e noturno. Contudo, com o crescimento e desenvolvimento da criança, as suas necessidades vão sendo alteradas, verificando-se uma diminuição progressiva do número de horas de sono, nomeadamente diurno (OE, 2010).

O período de sono diurno, comumente designado por “sesta”, pode ter uma duração variável e é um momento essencial, pois permite que a criança complete a sua necessidade de sono diária sem, contudo, prejudicar o sono noturno (Silva, Simões et al., 2018; SPP, 2017). A existência de vários períodos de sono distribuídos ao longo do dia, observada nos primeiros meses de vida da criança, pode associar-se à falta de estabelecimento do ritmo circadiano (Tham et al., 2017).

O sono é regulado por vários fatores, o mais importante dos quais é o seu alinhamento com o ritmo circadiano (Walker, 2019); este, controla o “relógio biológico” interno do corpo de acordo com a exposição à luz solar (ou a falta dela), sendo o principal responsável pelo ciclo diário de sono e vigília, e também, por alguns dos processos biológicos que ocorrem no corpo (Almeida, 2017; Neves, 2021).

As células nervosas do núcleo supraquiasmático (que atinge a maturidade pelo quarto mês de vida), responsável por processos internos, aumentam a sua atividade perante a luz e diminuem na falta desta. Mesmo na ausência de exposição à

luz/escuridão, as células nervosas continuam a aumentar e diminuir, desta vez devido a um ritmo endógeno, do próprio organismo. O núcleo supraquiasmático situa-se na parte anterior do hipotálamo, recebendo, por isso, informação direta da retina sobre a alternância da luminosidade do ambiente (Walker, 2019; Winter, 2017).

É de referir que, atualmente, para além da exposição à luz solar, verifica-se uma crescente exposição a várias fontes de luz artificiais, tais como lâmpadas (fluorescentes, de incandescência ou LEDs) e écrans (telemóvel, *tablet*, computador, televisão) (Walker, 2019). A exposição à luz artificial por longos períodos, é prejudicial à regulação do ritmo biológico, sendo uma das principais razões do atraso no surgimento do sono (Li et al., 2020).

É importante reforçar que as necessidades de sono variam de indivíduo para indivíduo, havendo apenas indicadores de orientação geral. A *Sleep Foundation* (2022) agrupou o número de horas de sono diário recomendado, consoante as diferentes idades:

Quadro 1. Número de Horas de Sono Recomendado

Idade da Criança	Número de Horas de Sono
0 – 3 meses	14 a 17 horas
4 – 11 meses	12 a 15 horas
12 – 24 meses	11 a 14 horas
3 – 5 anos	10 a 13 horas
6 – 13 anos	9 a 11 horas
14 – 17 anos	8 a 10 horas
18 – 25 anos	7 a 9 horas

Sempre que o período de sono da criança é inferior ao recomendado (quer por ter sido interrompido, quer por se ter deitado tarde ou por ter acordado cedo), o mesmo é considerado insuficiente (Winter, 2017). Se tal não for um acontecimento único, mas pelo contrário se tornar numa situação repetitiva e/ou regular, pode levar à privação do sono, cujas consequências podem ser inicialmente subtis, embora possam vir a ter efeitos negativos a curto ou longo prazo (SPP, 2020).

As consequências da privação do sono são abordadas por vários autores e agrupadas em problemas comportamentais (agressividade, impulsividade, e baixa tolerância à frustração); problemas fisiológicos (fadiga e aumento da sonolência diurna); alterações cognitivas (distração, défice de atenção e de concentração, falta

de foco, incapacidade de concluir tarefas, dificuldade de tomar decisões, diminuição do pensamento abstrato, da memória e do desempenho cognitivo); alterações motoras (diminuição da destreza, aumento de lesões acidentais e quedas frequentes); alterações humorais (ansiedade, labilidade emocional, birras e maior irritabilidade); alterações de aprendizagem (mau rendimento escolar, dificuldade de memorização) e alterações orgânicas (alterações da função endócrina, imunológica, metabólica, obesidade e hipertensão arterial) (Cardoso et al., 2014; Rafihi-Ferreira et al., 2020; SPP, 2017; Torres et al., 2021).

Salavessa e Vilariça (2009) acrescentam, também, que o sono insuficiente pode resultar de alterações no padrão de sono-vigília, de alterações na qualidade do sono, mas também da ausência de uma higiene de sono. A higiene do sono na criança é realizada pela família e baseia-se no controlo dos comportamentos e ambientes associados ao sono, numa tentativa de o otimizar e promover (Winter, 2017). Esta torna-se possível através da implementação de hábitos e de rotinas de sono consistentes, que permitem a estabilização do ritmo circadiano bem como a formação de uma boa relação com o sono e, conseqüentemente, uma menor resistência na hora de deitar (Almeida, 2017; Brazelton & Sparrow, 2003).

A criação de hábitos de sono saudáveis inicia-se com uma regra primordial – o estabelecimento de uma hora de deitar. A mesma deve ser adaptada e alterada consoante, as necessidades da criança e o seu estágio de desenvolvimento, podendo ser ajustada em ocasiões especiais (um casamento, um aniversário, ou a visita de um familiar/amigo que não tenha um carácter frequente) (Webster-Stratton, 2010). Nas situações em que a hora de deitar definida não seja cumprida, a família deve informar a criança de que se trata de um acontecimento especial (Webster-Stratton, 2010). É também destacado, na literatura científica, o uso de objetos de transição (como peluches, fralda ou chucha), que transmitam um sentimento de conforto e segurança, facilitando assim o adormecer (Rangel et al., 2015).

Importa realçar que cerca de uma hora antes da hora de deitar estabelecida, devem ser evitadas brincadeiras/jogos estimulantes e/ou agressivas, o consumo de bebidas energéticas, ou que contenham cafeína e limitada a exposição a ecrãs, suspendendo o uso da televisão, telemóveis e tablets, atividades estas associadas ao atraso do início do sono (Rangel et al., 2015; Silva, Simões et al., 2018).

As rotinas de sono abrangem todas as atividades que antecedem a hora de deitar e permitem que a criança se prepare e antecipe esse momento. As rotinas devem ser tranquilas e passíveis de ser repetidas diariamente de forma sequencial (Rafihi-

Ferreira et al., 2020). No início da rotina de sono deve ser diminuída a luminosidade da casa, devendo ser preferencialmente utilizada uma luz de tonalidade amarela, laranja ou avermelhada. Segundo Webster-Stratton (2010), a existência de rituais que antecedem a hora de deitar tem uma função reconfortante e tranquilizadora para a criança e “reduzem a resistência ao sono, além de acalmarem os receios da separação dos pais” (p. 258). Sabendo que as crianças crescem, se desenvolvem e aprendem pela imitação, a aquisição de uma rotina de sono consistente inicia-se no seio familiar. Por isso, a hora de deitar da criança deve ir ao encontro da rotina da própria família (Silva, Simões et al., 2018).

Decorre, também, dos padrões de quantidade e qualidade do sono, a possibilidade de ser afetada a produção de diversas hormonas, nomeadamente, a melatonina, o cortisol, a hormona do crescimento, a grelina e a leptina (Tham et al., 2017).

A melatonina é considerada como a hormona do sono pelo seu papel na indução do mesmo e pela função importante que exerce na regulação do ritmo circadiano (SPP, 2020). Esta hormona sinaliza a chegada do sono e regula o tempo de repouso, mas não participa nele. A sua produção é diretamente influenciada pela diminuição da luminosidade, com o entardecer e com a redução da intensidade da luz artificial, atingindo o seu pico pouco depois do sono estar instituído e diminuindo ao longo da noite (Santos, 2022).

O cortisol (hormona do stress) tem o papel inverso, caracterizado por despertar o corpo aos primeiros sinais de luz (Almeida, 2017). Importa notar que o cortisol, quando produzido em excesso, pode atrasar e/ou anular a produção de melatonina, devendo ambas as hormonas encontrar-se na proporção correta, de modo a assegurar um sono saudável e reparador (Walker, 2019).

A hormona do crescimento é produzida não só durante o período diurno mas também no período noturno, em sono profundo, e é essencial para o aumento da progressão ponderal da criança (Silva, Simões et al., 2018). Esta hormona favorece o desenvolvimento cognitivo, o crescimento físico, a regeneração celular dos tecidos e contribui para a manutenção da saúde.

A grelina e a leptina são as hormonas responsáveis pelo controlo, respetivamente, da fome e da saciedade (Porfírio et al., 2022). Quando ocorre uma diminuição do número de horas de sono, a produção da grelina aumenta, verificando-se um incremento do apetite, e a produção da leptina diminui, o que se traduz num menor nível de saciedade (Walker, 2019; Winter, 2017).

Assim, embora o sono seja “um período de descanso mental e físico é também um estado de funcionamento do cérebro em que ocorrem complexos processos fisiológicos e comportamentais” (Pereira & Oliveira, 2021, p. 57). O sono não é uniforme, nem na criança, nem no adulto, encontrando-se atualmente reconhecidas duas fases distintas: a de sono profundo – sono REM (*Rapid Eye Movements*) – e a de sono superficial – sono NREM (*Non Rapid Eye Movements*). Ambas as fases evoluem, alternam-se e repetem-se ao longo do período de sono (Almeida, 2017; Walker, 2019).

O sono REM está associado à presença de ondas elétricas correspondentes a uma atividade cerebral semelhante à que se verifica na vigília, embora se constate uma total ausência de tonicidade muscular, sendo por isso designado como sono paradoxal ou ativo (Walker, 2019). É nesta fase que se dá o processamento das emoções, que são analisados os acontecimentos que sucederam durante o dia e que ocorrem os sonhos mais dramáticos, atendendo às experiências vividas (Reis & Rebocho, 2021).

Por sua vez, o sono NREM, subdivide-se em três fases, N1, N2 e N3, que vão aumentando gradualmente em termos de profundidade do sono, de acordo com o nível de relaxamento (Winter, 2017). As fases N1 e N2 são chamadas de sono leve e a N3 de sono profundo.

A fase N1 é um estágio de transição da vigília para o sono, que ocorre quando se atinge um estado de relaxamento que possibilita o sono e caracteriza-se por ser facilmente reversível (Paiva, 2015; Winter, 2017). A fase N2 é uma fase intermédia, representando um estágio mais profundo do sono leve, que ocupa cerca de metade de uma noite de sono (Winter, 2017). Na fase N3 (sono profundo), ocorre uma diminuição da temperatura corporal, da frequência cardíaca e da frequência respiratória. Esta fase é crucial, pois é nela que ocorre a produção da hormona do crescimento (Paiva, 2015). A fase N3 é ainda responsável pela criação e consolidação de memórias de longo prazo, pela eliminação de informações consideradas desnecessárias, acumuladas durante o estado de vigília, bem como pelo restauro de energia (Reis & Rebocho, 2021).

1.3 Intervenção de Enfermagem na Promoção de Hábitos de Sono Saudáveis

A intervenção do EEESIP deve centrar-se na capacitação da díade criança-família nas diferentes situações de saúde em que esta se encontre, promovendo o crescimento e desenvolvimento da criança “através da otimização do estado de bem-estar físico, psicológico, intelectual, social e espiritual, o que estando presente permite à criança/jovem conseguir alcançar todo o seu potencial não o dissociando dos pais/família” (OE, 2017, p.3).

Sabendo que o sono é uma atividade diária, o ato de dormir e descansar foi considerado e definido pela teórica Virginia Henderson na **Teoria das Necessidades Fundamentais**, como uma das catorze necessidades básicas.

Para a autora, o enfermeiro deve orientar a sua intervenção para a pessoa, respeitando a sua individualidade, através da promoção e realização de atividades diárias, que potenciem a sua autonomia e independência, na realização de atividades promotoras de saúde e/ou fundamentais para a recuperação (Ribeiro et al., 2018). Para tal, Virginia Henderson agrupou os catorze componentes do cuidado de enfermagem que considerava ser essenciais na promoção e manutenção da saúde, de acordo com as áreas que reconhecia poderem ser potencialmente alteradas e melhoradas (Howe, 2000).

Para a teórica, dormir e descansar constituem uma necessidade vital. Por conseguinte, para um cuidar de enfermagem holístico e de qualidade, o enfermeiro deve proteger, promover e potenciar esta função, independentemente da situação de saúde/doença que a pessoa esteja a vivenciar. Virginia Henderson defende a inseparabilidade da mente e do corpo pois, na sua conceção, tais conceitos para além de se interrelacionarem são, intrinsecamente, preponderantes no desenvolvimento de funções essenciais da pessoa (Fernandes et al., 2016).

Os hábitos e as rotinas de sono desadequadas são a base das alterações de sono identificadas nas crianças (Rafihi-Ferreira et al., 2020). Estas alterações podem ser consequência de erros comportamentais realizados pelas crianças e/ou pelas suas famílias (Paiva, 2015; Rafihi-Ferreira et al., 2020). Cabe ao EEESIP reconhecer a importância do sono e intervir tendo em vista a prevenção e a minimização de possíveis alterações no padrão de sono da criança. Para que tal seja possível, o EEESIP deve ser capaz, não só de detetar as possíveis alterações existentes, mas também de esclarecer e capacitar a díade criança-família sobre a importância do

sono, usufruindo e aproveitando todos os momentos de contacto com esta para promover um sono reparador e saudável (Torres et al., 2021).

A Síndrome de Morte Súbita do Lactente (SMSL) é considerada como uma das principais causas de morte no primeiro ano de vida. A SMSL pode ocorrer de forma repentina, sem explicação aparente, durante o sono do lactente (SPP, 2021). A intervenção do EEESIP, capacitando a família sobre a importância de hábitos de sono saudáveis, deve abranger a partilha dos comportamentos a adotar para prevenir e minimizar o risco de SMSL. O quadro seguinte, compila as recomendações realizadas por Moon et al. (2022) e pela SPP (2021) sobre os comportamentos preventivos que devem ser adotados pelas famílias.

Quadro 2. Comportamentos a Adotar para Prevenir a SMSL

Comportamentos a Adotar para Prevenir a SMSL
Deitar a criança no seu berço, mas no quarto da família, até aos seis meses (idealmente até aos doze meses de idade);
Deitar a criança em decúbito dorsal;
Utilizar um colchão firme, do tamanho do berço, sem inclinação;
Fazer a cama de forma que, quando deitada, a criança toque com os pés no limite inferior do berço;
Tapar a criança, deixando os ombros descobertos e prendendo a roupa da cama nas laterais do berço;
Retirar objetos que não sejam necessários para o sono da criança (gorros, babetes, peluches, almofadas ou fraldas de pano);
Manter a amamentação exclusiva até aos seis meses (podendo esta estender-se enquanto for mutuamente desejado pela criança e pela mãe);
Evitar fumar perto da criança.

A interação interpessoal entre o enfermeiro e a díade criança-família possibilita o estabelecimento de uma relação terapêutica, que só é praticável através da comunicação, competência essencial para uma prestação de cuidados humanizados e holísticos. A **comunicação** pode ser verbal (realizada através de palavras) ou não verbal (possível pelo uso de gestos, comportamentos e/ou expressões faciais). Sendo de sublinhar que ambas possuem igual valor e podem ser usadas separada ou complementarmente. Em contexto pediátrico, ambas “influenciam a realidade onde a

criança está inserida, mudam a percepção das pessoas e permitem o estabelecimento de uma comunicação efetiva” (Martinez et al., 2013, p.38).

A comunicação efetiva centrada na criança e família possibilita a partilha de informações atuais e relevantes e admite o seu envolvimento e participação na parceria de cuidados, viabilizando que todos possam ter uma voz ativa durante o processo de saúde/doença e estar presentes nos momentos de tomada de decisões (Brás & Ferreira, 2016).

A comunicação eficaz engloba diferentes aspetos como a utilização de uma linguagem adequada ao outro (ao seu estágio de desenvolvimento, às suas crenças, valores e cultura), a escuta ativa, o olhar, o toque terapêutico, a empatia e o silêncio (Brás & Ferreira, 2016). A comunicação pode ser descrita como uma arte e é tão importante na prestação de CCCF como as competências técnicas (Brás & Ferreira, 2016; Santos et al., 2016).

A importância do sono é reconhecida pela DGS e encontra-se presente no PNSIJ enquanto cuidado antecipatório a atender na Consulta de Vigilância de Saúde Infantil e Juvenil (CVSIJ) a partir do primeiro mês de vida da criança até aos seus 18 anos (DGS, 2013). As CVSIJ têm um carácter regular e devem ser percecionadas como um momento de promoção da saúde e também de prevenção de doença (DGS, 2013).

Nas CVSIJ o EEESIP deve abordar a criança e a sua família, capacitando e consciencializando o binómio para a importância do sono saudável e reparador para a saúde da criança (Silva, Simões et al., 2018), bem como, entre outros aspetos já abordados, para os benefícios da adoção precoce de hábitos e rotinas de sono consistentes, adequadas às necessidades e ao estágio de desenvolvimento.

Concomitantemente, durante as CVSIJ, há possibilidade do EEESIP ver e interagir com a díade criança-família, o que permite, por um lado, detetar, de forma precoce, alterações no desenvolvimento da criança e, assim, realizar uma intervenção personalizada e imediata; bem como, prestar cuidados antecipatórios, capacitando a família, dotando-a de conhecimentos que potenciem um melhor desempenho parental.

Ao conhecer o padrão de sono regular infantil, o enfermeiro tem oportunidade de criar, em conjunto com a díade criança-família, condições favoráveis para o desenvolvimento de um padrão de sono saudável, incidindo na maximização da saúde do binómio criança-família e minimizando a possibilidade de aparecimento de distúrbios (Jové, 2021). Ao capacitar a família, o EEESIP promove o seu empoderamento e também, aumenta os seus conhecimentos, motivação e

competências na promoção de hábitos de sono saudáveis (Jesus, 2019). Consequentemente, a família terá maior capacidade para reconhecer alterações no sono da criança e atuar em conformidade, alterando práticas ou procurando ajuda, promovendo, deste modo, a saúde da díade criança-família.

Intervir na capacitação da díade e na maximização da saúde da criança corresponde a uma das competências de EEESIP descritas no Regulamento de Competências Específicas do EEESIP (Regulamento nº 422/2018) na unidade de competência “E1.1. implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade” cujos critérios de avaliação definem que o enfermeiro “E1.1.1. negocia a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar” e “E1.1.4. proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças (...) e famílias facilitando o desenvolvimento de competências” (OE, 2018, p. 19193). No mesmo regulamento está, ainda, descrito que o EEESIP “E1.2. diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança”. Nele encontra-se definido como critério de avaliação que o enfermeiro “E1.2.8. facilita a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança” (OE, 2018, p. 19193).

Estas unidades de competência e respetivos critérios de avaliação relacionam-se com a temática abordada no presente relatório de estágio e serão exploradas ao longo dos capítulos seguintes, descrevendo, entre outras, as atividades desenvolvidas que proporcionaram a sua aquisição, bem como, o desenvolvimento de competências científicas, técnicas e humanas para a conceção, a gestão, a prestação e a supervisão de cuidados de enfermagem à criança e à família.

2. PROBLEMÁTICA

Para o estabelecimento da problemática de enfermagem associada ao tema escolhido que este trabalho, partimos da noção de que, em pediatria, o sono, enquanto necessidade humana fundamental, possuiu um papel de destaque pois, quando adequado, promove o crescimento e desenvolvimento da criança (Rafihi-Ferreira et al., 2020). Para um sono saudável e reparador é essencial que, para além da sua duração adequada e da sua qualidade, existam hábitos e rotinas de sono consistentemente estabelecidas (Neves, 2021).

Na ótica de Paiva (2015), as “maiores agressões que são feitas ao sono advêm de erros comportamentais das famílias ou das próprias crianças” (p. 204). Segundo os achados de Rangel et al. (2015), cerca de 20% a 30% das crianças possuíram, em alguma fase da sua infância, perturbações do sono. Analisando o caso específico de Portugal, a prevalência diminui, variando entre 5,6% a 32%, sendo que a maioria destes casos são desvalorizados, seja pela própria criança ou pela sua família, seja pelos profissionais de saúde, ou ainda por serem erradamente diagnosticados (Salavessa & Vilariça, 2009).

O sono pode ser influenciado por características biológicas, pelo temperamento e expectativas da pessoa, por hábitos, por aspetos sociais, culturais, familiares ou psicológicos, situação de saúde-doença e pelas condições ambientais (Rangel et al., 2015).

O sono não é uniforme, uma vez que ao longo da noite ocorrem vários ciclos que vão evoluindo e se vão alternando (sono profundo e sono superficial). De acordo com Silva et al. (2018), a duração, a qualidade e o tipo de sono modificam-se consoante o estágio de desenvolvimento da criança. Se o número total de horas que a criança passa a dormir for inferior ao recomendado, quer por se ter deitado tarde, acordado cedo ou por este ter sido interrompido, este pode ser considerado insuficiente. Se tal não for um acontecimento único, mas pelo contrário se tornar num caso repetitivo e/ou regular, pode levar à privação do sono, cujas consequências podem ser inicialmente subtis, embora possam vir a ter efeitos negativos a curto ou longo prazo (SPP, 2017).

Não obstante, o sono da criança exerce influência não só na vida desta, mas também na vida da sua família, podendo vir a afetar a relação e a estabilidade familiar. Tal como destacam Torres et al. (2021), quando sublinham que as alterações do padrão de sono nas crianças, para além de se refletirem “no bem-estar físico, mental e emocional das crianças”, “têm também um enorme impacto negativo nos

pais/cuidadores e vida familiar em geral, aumentando o risco de depressão materna e de disfunção familiar” (Torres et al., 2021, p. 31).

A higiene do sono na criança está a cargo da família e, para a sua implementação, é necessário o estabelecimento de hábitos e rotinas de sono consistentes e passíveis de ser repetidas diariamente.

Torna-se então crucial a intervenção do EEESIP, cujas competências publicadas no Regulamento n.º 422/2018 (2018) e no Regulamento n.º 140/2019 (2019), têm como enfoque a maximização da saúde do binómio criança-família, em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento, através de uma prática de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais e que é promotora de melhoria continua.

Neste contexto e na convergência do anteriormente exposto, o EEESIP através de uma intervenção centrada na criança e na família, promotora de hábitos de sono saudáveis, tem o dever de conhecer a temática do sono, identificar eventuais alterações no padrão de sono da criança e desenvolver, em conjunto com a díade criança-família, estratégias para melhorar a qualidade do sono. O EEESIP tem, assim, múltiplas oportunidades para consciencializar, capacitar e educar a díade criança-família para a importância da temática.

Dessa forma, o EEESIP torna possível que a díade criança-família se sinta preparada para promover os hábitos de sono adequados ou melhorar os hábitos já instituídos, contribuindo assim para o crescimento e desenvolvimento da criança e bem-estar familiar.

A promoção de hábitos de sono saudáveis deve ser foco de atenção da intervenção de enfermagem desde o nascimento da criança, mas também sempre que seja detetada uma alteração do mesmo. Sendo, aparentemente consensual, que é mais simples instituir a adoção de novos hábitos e rotinas de sono na criança nos estádios de crescimento e desenvolvimento iniciais.

Em suma, a problemática de enfermagem subjacente a todo este trabalho, é consequência das agressões a que está sujeito, repetidamente, o sono da criança, sejam elas provocadas de forma consciente ou inconsciente, ou como resultado de alterações no mesmo e, com repercussões negativas, no bem-estar e saúde da díade criança-família. O objeto de estudo e reflexão, no qual se enquadra a problemática enunciada, centra-se na intervenção de enfermagem para a promoção de hábitos de sono saudáveis, tendo como enfoque os cuidados centrados na criança e na família.

3. PERCURSO METODOLÓGICO

O percurso metodológico em que assenta o presente trabalho tem como base a aprendizagem consistente obtida ao longo dos estágios efetuados, sustentada no quadro técnico-científico da disciplina de enfermagem e no percurso profissional que o antecedeu.

A metodologia traduz-se num conjunto de técnicas e procedimentos que possibilitam antecipar, preparar e direcionar o processo de aprendizagem bem como auxiliar na aquisição e no desenvolvimento de competências (Carmo & Ferreira, 2015).

O estágio considerado como uma formação profissional, permite uma interação entre a teoria e a prática e estimula o processo reflexivo (Schön, 2016). Nesta linha de pensamento, Alarcão e Rua (2005) sublinham que o processo reflexivo conduzido através da mobilização dos três tipos de saber (o saber, o saber fazer e o saber ser), torna possível o conhecimento cognitivo, que resulta da reflexão na ação e da reflexão sobre a ação. Netto et al. (2018), destaca que interessa refletir na ação, sobre a ação e, posteriormente, refletir sobre a reflexão na ação.

Assim, foi assente neste processo reflexivo, enquanto processo contínuo de apropriação e desenvolvimento do saber em contextos de interação e prestação de cuidados, que ocorreu durante os estágios – aprendizagem experiencial -, que se procurou desenvolver competências de EEESIP.

O presente relatório, sustentado num enquadramento teórico-científico predominantemente da disciplina de enfermagem, engloba uma descrição e consequente reflexão, sobre as atividades, processos de trabalho e resultados, que evidenciam a mobilização do enquadramento profissional e científico preconizado para o exercício da profissão, bem como para a aquisição de competências enquanto EEESIP.

O percurso de aprendizagem foi consistente e contínuo, sustentado, não só nos conhecimentos teóricos previamente adquiridos, mas também na revisão da literatura, sistematicamente realizada ao longo dos estágios. Tal permitiu interligar a teoria com a prática clínica, sustentando a reflexão na e sobre a ação, contribuindo para os processos de tomada de decisão clínica, e, concomitantemente, para a operacionalização de uma prática baseada em evidência.

Assim, importa referir que o processo de reflexão e consequente mobilização de saberes, contribuiu, claramente, para o processo de aprendizagem favorecendo uma

consciencialização pessoal e, quando necessário, uma alteração da atuação em situações futuras, tal como defende Tanner (2006).

A escolha dos locais de estágio foi intencional, tendo em vista a temática apresentada. Foram selecionados os seguintes contextos: consulta de desenvolvimento, unidade de cuidados intensivos neonatais, cuidados de saúde primários, serviço de urgência pediátrico e internamento de pediatria. Todos eles foram fundamentais para o cumprimento dos objetivos definidos, bem como para o desenvolvimento de competências comuns e específicas de EEESIP. Foi definido o cronograma que ilustra os diferentes locais de estágio e a sua respetiva duração (Apêndice I).

As atividades desenvolvidas foram delineadas com o objetivo de demonstrar uma evolução e um crescente grau de complexidade ao longo dos vários estágios e do período temporal que a cada um correspondeu, e que garantiram a compilação dos elementos necessários para a elaboração do presente relatório, sobre os quais assentou a indispensável reflexão crítica.

4. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DO PERCURSO FORMATIVO: DOS OBJETIVOS PROPOSTOS AO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

No presente capítulo será abordado o percurso realizado ao longo do estágio que permitiu a aquisição e o desenvolvimento de competências de EE, mais especificamente de EEESIP. Importa reforçar que os cinco contextos de cuidados experienciados nesta formação, efetivados num espaço temporal de dezoito semanas, mostraram-se, sem exceção, fundamentais para o desenvolvimento quer pessoal quer profissional, como será ilustrado ao longo deste capítulo.

O EEESIP presta cuidados de enfermagem avançada, demonstrando segurança e sendo detentor de competências de EE e de EEESIP, caracterizando-se por possuir competências técnico-científicas e humanas essenciais para a conceção, a gestão, a prestação e a supervisão de cuidados de enfermagem à criança e à família

Tendo em vista o processo de aquisição, desenvolvimento e consolidação das competências referidas nos diferentes documentos, foram definidos dois objetivos gerais e, para cada um deles, objetivos específicos. A definição de atividades a desenvolver, em cada contexto, demonstrou ser vital para a concretização dos objetivos definidos.

De modo a facilitar e esquematizar todo o processo, foi desenvolvido um Guia Orientador de Atividades de Estágio (Apêndice II), que compreende o enquadramento teórico, os objetivos (gerais e específicos) e as atividades propostas para cada contexto de estágio.

A elaboração do Guia antes do início de cada estágio consistiu na primeira atividade, comum aos cinco contextos e possibilitou uma preparação para cada um deles. Por sua vez, a apresentação do Guia num primeiro contacto com o enfermeiro orientador facilitou o desenrolar de uma conversa informal onde foram transmitidos (e, quando necessário, ajustados) os objetivos pessoais, as expectativas de aprendizagem e as atividades planeadas para o decorrer do estágio. No âmbito desse diálogo foi debatida a viabilidade das atividades propostas, tendo sido necessário, em alguns contextos, adaptá-las às necessidades específicas de cada local, de acordo com as reflexões do respetivo enfermeiro chefe e/ou do enfermeiro orientador.

Os objetivos estabelecidos facilitam a aquisição das três áreas de competência do EEESIP que definem que o enfermeiro auxilia a díade criança-família na maximização da sua saúde; cuida da criança e família em situações complexas e

presta cuidados de enfermagem em função das necessidades da criança e do seu estágio de desenvolvimento (Regulamento n.º 422/2018, 2018).

Os objetivos gerais e específicos definidos foram, então, os seguintes:

1. Desenvolver competências especializadas no cuidado de enfermagem à criança e família, em situações de especial complexidade, com vista à maximização da sua saúde e do seu potencial de desenvolvimento;
 - Promover o crescimento e o desenvolvimento infantil com vista à maximização da saúde da criança e família;
 - Desenvolver competências comunicacionais com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento;
 - Promover a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança.
2. Desenvolver competências para a prestação de cuidados especializados, com foco na promoção de hábitos de sono saudáveis na criança e família, nos diferentes contextos de prática de cuidados de enfermagem.
 - Analisar os fatores e as práticas que influenciam o sono da criança nos diferentes contextos de enfermagem;
 - Implementar estratégias de intervenção especializada promotoras de hábitos de sono saudáveis na criança;
 - Liderar processos de mudança no âmbito da promoção de hábitos de sono saudáveis da criança em contexto de práticas de cuidados de enfermagem.

Alguns dos objetivos específicos definidos tiveram um carácter e uma aplicação transversal, tendo sido desenvolvidos em diferentes contextos de estágio.

Importa referir que em todos os contextos de estágio foi realizada numa reunião de apresentação com a enfermeira chefe e/ou com o enfermeiro orientador, na qual foi conhecido o contexto de estágio, a sua missão e os seus objetivos. Nessa mesma reunião, foi apresentado o Guia Orientador de Atividades de Estágio (Apêndice II) e discutida a sua exequibilidade.

A realização de uma pesquisa bibliográfica sobre temas relacionados com o contexto em questão, demonstrou, também, ser indispensável para atualizar e aprofundar conhecimentos e, principalmente, para potenciar o aproveitamento e a aquisição de competências no decurso do estágio. Estas atividades permitiram a aquisição de competências comuns de EE, nomeadamente nas unidades de

competência **D1.1**; **D2.2**, e mais especificamente, nos critérios de avaliação **D1.1.1**, **D1.1.3** e **D2.2.2** (Regulamento nº 140/2019, 2019).

A consulta de normas, protocolos e projetos desenvolvidos nos respetivos serviços contribuiu para a interiorização da dinâmica estrutural e organizacional, bem como para o conhecimento dos cuidados de enfermagem promovidos. As características e especificidades de cada contexto foram redigidas e podem ser consultadas no Apêndice III.

A par da consulta anteriormente explicitada a observação direta da intervenção do EEESIP e da restante equipa de enfermagem, consubstanciou-se enquanto atividade essencial para a compreensão da filosofia e referenciais de cuidados, bem como das dinâmicas organizacionais. A observação do EEESIP na prestação de cuidados permitiu também interiorizar as suas competências técnicas, científicas e humanas para a prestação de cuidados de enfermagem holísticos e humanizados à criança e sua família.

Face ao exposto, de referir que o restante capítulo se encontra dividido de acordo com a ordem cronológica da realização dos diferentes estágios, permitindo clarificar a evolução pessoal e profissional e, ainda, a progressiva aquisição de competências de EEESIP que decorreram da realização das atividades específicas em cada um dos contextos.

4.1 Consulta de Desenvolvimento

O primeiro contexto de estágio foi o mais curto, tendo tido uma duração de apenas duas semanas. Contudo, as atividades nele desenvolvidas foram essenciais para a aquisição de competências a ser consolidadas nos contextos seguintes.

A consulta de desenvolvimento dá resposta a crianças com várias alterações de desenvolvimento, quer seja de comportamento, funcionais, cognitivas, relacionais ou emocionais. A avaliação do crescimento e desenvolvimento das crianças é realizada através da interação entre o profissional e a criança cumprindo o postulado pelo modelo desenvolvimental *Floor Time*. A presença, participação e colaboração nas consultas prestadas pelo EEESIP permitiu interagir com o binómio criança-família e brincar com a criança.

Durante a consulta da M., uma toddler de 3 anos, cuja interação com a equipa de enfermagem era ainda tímida e pouco fluída, esta estava a fingir que confeccionava na cozinha de brincar, até ter reparado que existia um boneco no meio dos restantes

brinquedos. Imediatamente, pegou nele, procurou um biberon e começou a andar pelo gabinete enquanto fingia alimentar o seu novo bebê. Quando a M. entregou o bebê à enfermeira orientadora, a sua mãe, Sr.^a A, sorriu e explicou que a vizinha do andar de baixo tinha sido mãe, há pouco tempo, e quando se ouvia o choro da bebê, costumava dizer à M. que a bebê tinha fome.

Nesta consulta foi possível aferir que a M. não só estava a prestar atenção ao meio que a rodeava e às interações que tinha, na sua vida pessoal, mas também a dar abertura ao desenvolvimento de uma relação terapêutica, assente na comunicação com a equipa de enfermagem. Todos estes fatores permitiram avaliar o crescimento e desenvolvimento da M. face à consulta anterior.

Comunicar é inato ao ser humano. Como foi referido anteriormente, a competência técnica, a interação com a díade criança-família e a comunicação são habilidades essenciais para a prestação de cuidados de qualidade e holísticos (Brás & Ferreira, 2016). A comunicação terapêutica é essencial para um cuidar holístico devendo ser adaptada ao outro (idade, estágio de desenvolvimento, crenças, valores, cultura e individualidade). Esta viabiliza a transmissão de informação e de conhecimentos, possibilita a compreensão, a capacitação, o envolvimento e a participação podendo também tranquilizar e aumentar a autoconfiança (Hockenberry, 2014).

Em pediatria, o brincar é considerado como uma das formas de comunicar mais importantes (Hockenberry, 2014). O brincar é uma atividade inata, voluntária, evolutiva, e espontânea que acompanha a criança (Sanders, 2014). O ato de brincar também promove o desenvolvimento físico, social, afetivo e cognitivo da criança, sendo muitas vezes usado de forma a diminuir sentimentos e emoções como o medo, a ansiedade e a irritabilidade, ao mesmo tempo que promove o bem-estar da criança, permitindo-lhe momentos de calma, segurança e distração (Esteves et al., 2021). Importa, ainda, salientar que o brincar permite que a criança expresse os seus próprios sentimentos, ansiedades e frustrações (Silva, Schmidt et al., 2020).

Neste contexto de estágio foi possível participar em diferentes consultas, nas quais, a comunicação e o brincar estiveram sempre presentes, o que, claramente, possibilitou a concretização da atividade previamente delineada de participar na avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil. Paralelamente, com a realização de um jornal de aprendizagem (Apêndice IV) sobre a interação em consulta com a L., foi possível ir ao encontro do objetivo delineado, de **desenvolver competências comunicacionais com a criança e família de forma apropriada ao estágio de**

desenvolvimento. A realização das atividades referidas permitiu, também o desenvolvimento de competências nas unidades de competência **E2.4, E3.1 e E3.3**, nomeadamente nos critérios de avaliação **E2.4.2, E3.1.1, E3.1.2, E3.3.1, E3.3.3** (Regulamento n.º 422/2018, 2018).

Importa registar que a consulta de desenvolvimento integra a promoção de hábitos de sono saudáveis na criança e na família, existindo uma consulta totalmente dedicada a esta temática. Nesta consulta é realizada uma anamnese priorizando as queixas da família relativas ao sono da criança, aos sintomas identificados e às rotinas de sono implementadas. Neste contexto é, também, realizado o despiste de distúrbios do sono, identificando alterações como a síndrome de pernas inquietas (quer na criança, como na família), a síndrome do sono agitado e alterações analíticas a nível do ferro sendo ainda questionados os hábitos de sono parentais.

Houve possibilidade de assistir a uma consulta do sono, onde o J., uma criança, de 5 anos, ou seja, em idade pré-escolar, recorreu à consulta a pedido da família. Segundo a mesma, o J. acordava várias vezes durante a noite com um choro incontrolável e só voltava a adormecer com a presença de um dos membros da família ou após ser levado para a cama destes. Na consulta, a família do J. relatou também várias queixas a nível escolar, referindo que a educadora do J. afirmava que este estava sempre cansado, tendo notado, ultimamente um aumento das birras e uma baixa tolerância à frustração, principalmente quando contrariado. Foi possível compreender que a falta de um sono de qualidade e reparador noturno estava a ter impacto no quotidiano escolar do J.. Como foi referido anteriormente, a privação de sono tem consequências a nível do desempenho cognitivo, académico, na regulação emocional e no comportamento da criança (Silva, Silva et al., 2013).

Como estratégia, não se tratando de um caso de terror noturno, foi proposto a esta família começar a adormecer o J. unicamente no quarto dele. Isto porque, ao acordar durante a noite e perceber que não está no mesmo local onde adormeceu, o J. tem maior probabilidade de se assustar, chorar e necessitar de ajuda para se acalmar e sentir novamente segurança e conforto para conseguir readormecer. Foram também partilhadas algumas estratégias complementares visando potenciar o sucesso desta nova etapa, como passar tempo com o J. no quarto dele, pedir a sua colaboração na decoração do quarto e incluir na rotina de sono a leitura de uma história ou de uma canção no quarto (Almeida, 2017). Todas estas atividades permitem a criação de associações agradáveis e felizes reforçando, assim, uma

sensação de segurança e conforto que dão ao J. a possibilidade de relaxar e adormecer.

No decorrer da consulta, foi proposto o preenchimento do diário do sono durante duas semanas, para registo da hora de adormecer e do tempo em que a criança esteve a dormir (Anexo I), bem como a realização de análises com os resultados. A continuidade de cuidados é determinante para um acompanhamento regular em crianças com alterações do sono, pois permite ao profissional perceber se houve alguma alteração, nomeadamente alguma melhoria resultante das estratégias implementadas e à família sentir-se mais segura e apoiada.

A situação evidenciada enquadra-se no objetivo específico de **analisar os fatores e as práticas que influenciam o sono da criança nos diferentes contextos de cuidados de enfermagem**, inserindo-se nas unidades de competência **B1.1, D2.1, E2.4 e E3.2** nomeadamente nos critérios de avaliação **B1.13, D2.1.2, E2.4.2 e E3.2.4** (Regulamento nº 140/2019, 2019; Regulamento n.º 422/2018, 2018).

Tendo em vista dar resposta ao último objetivo específico definido para este contexto de estágio, o de **liderar processos de mudança no âmbito da promoção de hábitos de sono saudáveis da criança**, foi elaborado um dossier temático sobre a importância do sono e o seu impacto no crescimento e desenvolvimento infantil (Apêndice V). Este incluiu os artigos integrais e ainda um resumo dos mesmos, de maneira a facilitar a sua consulta. O cumprimento deste objetivo possibilitou o desenvolvimento de competências nas unidades de competência **D2.1 e D2.2** nomeadamente nos critérios de avaliação **D2.1.2, D2.1.4, D2.2.1 e D2.2.4** (Regulamento nº 140/2019, 2019).

4.2 Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais

A necessidade de um internamento prolongado numa altura inicial da vida do RN e consequente afastamento do seio familiar podem dificultar o desenvolvimento da parentalidade e do vínculo entre o recém-nascido (RN) e a sua família (Diaz et al., 2016). Cabe ao EEESIP desenvolver estratégias que permitam capacitar a família e promover a sua inclusão nos cuidados prestados ao RN, estimulando a sua participação e contacto diário. Ao fazê-lo, o EEESIP está a promover a autonomia parental, fortalecendo a auto-confiança da família e preparando-a para a independência e para a transição para o domicílio.

Na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN), aquando dos aconselhamentos da família para a alta das gémeas M. e A., foram esclarecidas dúvidas sobre diferentes temáticas, nomeadamente sobre o transporte seguro, a preparação do leite artificial, os sinais de alarme e o sono saudável. Concretamente, em relação aos hábitos de sono saudáveis, foram transmitidas orientações sobre a importância de, no momento de adormecer, ser relevante retirar do quarto brinquedos estimulantes e ainda, os comportamentos a adotar para diminuir o risco da SMSL (Moon et al., 2022). Embora todos estes aconselhamentos tenham sido realizados ao longo do internamento, no momento da alta foram validados potenciando a parentalidade, a confiança e a autonomia da família.

A atividade exposta evidencia o cumprimento do objetivo, **promover o crescimento e o desenvolvimento infantil com vista à maximização da saúde da criança e família**, e coaduna-se com as unidades de competência **E1.1, E3.1 e E2.4** nomeadamente nos critérios de avaliação **E1.1.1, E3.1.1, E2.4.2, E3.1.2 e E3.1.3** (Regulamento n.º 422/2018, 2018).

Na UCIN, sempre que o RN se encontra estável, de modo a promover a parentalidade, a família é estimulada a participar ativamente na prestação de cuidados, quer através do toque, do colo, do contacto pele-a-pele, da participação nos cuidados de higiene e conforto ou alimentação do RN. Interessa sublinhar que a intervenção de enfermagem tem subjacente a parceria de cuidados e, inerentemente, uma negociação prévia e o estabelecimento de limites.

Relembrando o caso do D., que nasceu com 36 semanas e que no seu trigésimo sétimo dia de vida se encontrava na unidade de cuidados intermédios. No que diz respeito à alimentação, o D. cumpria leite materno alternado com leite artificial, administrado através de uma sonda nasogástrica. No primeiro dia de contacto com o RN e com a sua mãe, a Sr.ª B., num momento de reflexão informal com o enfermeiro orientador, foi sugerida a possibilidade de durante a administração de leite, através da sonda nasogástrica, ser potenciada a promoção do vínculo e da amamentação, atendendo a que: 1) o D. demonstrava sinais de prontidão, bem como competências orais; 2) a Sr.ª B. se encontrava presente durante o internamento. Este cuidado sendo, clinicamente possível e indicado, após reflexão em equipa multidisciplinar, foi promovido com claros benefícios para a amamentação da criança, mas também para a promoção da vinculação entre mãe e filho.

De acordo com a literatura, o leite materno é o alimento mais antigo, completo e natural que existe. Este possui inúmeras vantagens através da sua capacidade de

adaptação às necessidades da criança dispondo ainda de propriedades nutricionais e imunológicas que atuam na proteção de infecções, doenças respiratórias e alterações gastrointestinais (Carvalho & Passos, 2021; Henriques & Chora, 2022; Levy & Bértolo, 2012). A amamentação é um momento íntimo entre a criança e a mãe e contribui não só para o fortalecimento do vínculo entre ambas, mas também para o crescimento e desenvolvimento da criança (Carvalho & Passos, 2021).

No final deste episódio a Sr.^a B., mãe do D., agradeceu referindo ter tido medo de poder nunca vir a experienciar um momento tão íntimo com o seu filho. O episódio descrito permitiu, ainda, capacitar a Sr.^a B relativamente à técnica de adaptação do RN à mama, promovendo assim uma pega segura e eficaz, aumentando a probabilidade de sucesso da amamentação e diminuindo a ocorrência de lesões mamilares (Carvalho & Gomes, 2016).

Como foi referido anteriormente, o CCCF e a parceria de cuidados são pilares centrais à prestação de cuidados à díade criança-família, cabendo ao EEESIP encontrar estratégias que promovam o envolvimento da família durante o internamento, apoiando e encorajando a parentalidade e fomentando a vinculação.

A situação descrita possibilitou a capacitação e o empoderamento da Sr.^a B, mãe do D., promoveu a vinculação e contribuiu para viabilizar a amamentação. Para as autoras Brantes e Curado (2021) o sucesso da amamentação, da interação parental e do desenvolvimento infantil é diretamente proporcional à qualidade das experiências alimentares do RN no decurso do período de hospitalização.

Importa reforçar que a vinculação não é um acontecimento momentâneo, sendo antes um processo que se inicia durante a gravidez e perdura após o parto, desenvolvendo-se em cada contacto entre o RN e a sua família (Ferreira & Costa, 2016).

Sabendo que durante o internamento na UCIN o RN está exposto a vários procedimentos dolorosos, bem como a estímulos excessivos - táteis, visuais e auditivos - que podem ter como consequência o desenvolvimento inadequado do sistema nervoso central, foram criadas medidas para preservar, recuperar ou regenerar ligações neuronais (Altimier & Phillips, 2013). O **Modelo Neonatal de Cuidados Centrados no Desenvolvimento**, criado por Altimier e Phillip em 2013, assenta em sete medidas neuroprotetoras: 1) ambiente terapêutico; 2) parceria de cuidados com a família; 3) posicionamento e manipulação; 4) proteção do sono; 5) minimização do stress e da dor; 6) proteção da pele; e 7) otimização nutricional. Cada

uma destas medidas corresponde a intervenções que devem ser realizadas pelo enfermeiro na prestação de cuidados ao RN, durante o seu internamento na UCIN.

Os cuidados neuroprotetores foram criados com o objetivo de prevenir as consequências associadas à interação com o ambiente, promovendo o desenvolvimento cerebral do RN pré-termo na UCIN e potenciando os CCCF (Carvalho et al., 2019). As sete medidas neuroprotetoras têm igual importância e devem estar presentes em cada manipulação do RN (Altimier & Phillips, 2013).

A promoção da amamentação e, consequentemente, do apego, da vinculação e da parentalidade possibilitou o desenvolvimento de competências de EEESIP nomeadamente da unidade de competência **E3.1** e **E3.2** nos critérios de avaliação **E3.1.1**, **E3.2.2**, **E3.2.5** e **E3.2.6** (Regulamento n.º 422/2018, 2018).

Como referido anteriormente, a minimização do stress e da dor é uma das medidas neuroprotetoras a ter em conta na manipulação do RN.

No decorrer do estágio, além da amamentação foram também promovidos, nos momentos potencialmente geradores de dor, stress e desorganização do RN, intervenções não farmacológicas para o alívio da dor, nomeadamente, o toque, a contenção, a sucção não nutritiva, a musicoterapia, a distração, a imaginação guiada, a massagem, a preparação, o reforço positivo, os exercícios respiratórios, tal como preconizado pela DGS (2012).

As intervenções supracitadas foram implementadas como prevenção, controlo e alívio da dor em momentos potencialmente dolorosos, que se exemplificam no caso do teste de diagnóstico precoce, realizado ao P. para despiste de doenças congénitas. Sabendo que é uma intervenção dolorosa e que a sua correta realização obriga ao preenchimento completo das zonas de colheita, antes de ser efetuada, o P. foi contido, tendo sido promovido o seu conforto através da administração de sacarose na sua chucha, facilitando, assim, a sucção não nutritiva. Durante o procedimento foi mantida a sucção não nutritiva e adicionado o toque terapêutico e, após o seu término, foi providenciado colo e sucção nutritiva, o que auxiliou no alívio do desconforto do P. e na sua reorganização. Neste âmbito, importa referir que o toque, quando firme e com intenção terapêutica, ao diminuir e limitar a atividade motora do RN, promove uma sensação de segurança e conforto (Chora & Azougado, 2015).

A dor é considerada pela DGS, desde 2003, como o 5º Sinal Vital, o que torna a sua avaliação, controlo e alívio um direito de todas as crianças e um dever do enfermeiro (DGS, 2010). Atualmente, a evidência científica disponível assegura que o RN (inclusive o RN pré-termo) sente dor e que as intervenções dolorosas a que está

exposto podem influenciar as experiências de dor futuras (quer na sensibilidade dolorosa como na maneira de lidar com o stress) (DGS, 2010; Jacob, 2014).

A **filosofia dos cuidados não traumáticos** defende o uso de intervenções que previnam e/ou minimizem o desconforto (físico e psicológico) da díade criança-família, independentemente do contexto em que estas se encontrem. O principal objetivo dos cuidados não traumáticos consiste em minimizar o dano causado ao outro e assenta em três princípios: prevenir e/ou minimizar a separação da díade criança-família, possibilitar a sensação de controlo e evitar e/ou reduzir a lesão corporal e a dor (Hockenberry & Barrera, 2014).

Existem diversas escalas de avaliação da dor que podem ser utilizadas, devendo a sua seleção ser adequada ao estágio de desenvolvimento da criança. Na UCIN está preconizado o uso da escala NIPS (*Neonatal Infant Pain Scale*) ou N-PASS (*Neonatal Pain, Agitation & Sedation Scale*), no caso dos RN estarem ventilados.

A realização do estágio neste contexto clínico possibilitou o contacto e a aplicação das referidas escalas, indo ao encontro da atividade denominada de utilização de escalas de avaliação da dor e de intervenções não farmacológicas para a prevenção, controlo e alívio da dor. Estas inseriram-se na concretização do objetivo **promover a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança** e possibilitaram trabalhar na unidade de competência **E2.2**, nomeadamente nos critérios de avaliação **E2.2.1**, **E2.2.2** e **E2.2.3** (Regulamento n.º 422/2018, 2018).

A observação e consequente identificação das estratégias promotoras de hábitos de sono implementadas pela equipa de enfermagem traduziu-se numa atividade fulcral para compreender o valor que os enfermeiros atribuem ao sono, permitindo a identificação das estratégias por eles mobilizadas na promoção de hábitos de sono saudáveis na criança. Foi possível observar que a equipa de enfermagem da UCIN prioriza o sono, manipulando, apenas quando necessário, o RN e promovendo um ambiente calmo, silencioso e escurecido, tal como defendido por Torres et al. (2021).

A estimulação da vinculação, da parentalidade positiva e da capacitação da família contribui para o desenvolvimento infantil. A realização de cuidados antecipatórios sobre a preparação para a alta ao longo do período de internamento do RN facilita a capacitação parental e também a aquisição de conhecimentos e de competências da família.

Neste âmbito, de modo a promover a parceria de cuidados e a capacitação parental, foi desenvolvido um folheto intitulado, “Como cuidar do sono do seu bebé” (Apêndice VI), onde consta a definição de sono e de higiene de sono, a importância

de um sono saudável e o modo como a família pode participar nos cuidados ao RN sem interferir no seu sono. Esse folheto foi entregue à família dos RN hospitalizados na unidade, durante os primeiros dias de internamento.

Concomitantemente, partindo da necessidade identificada pela Sra. Enfermeira Chefe, foi realizada uma apresentação à equipa de enfermagem intitulada “Como cuidar do sono do seu bebé: sessão de sensibilização para profissionais de saúde” (Apêndice VII) na qual o folheto realizado foi apresentado. O objetivo da formação foi sensibilizar a equipa de enfermagem, uniformizar a prática de cuidados e detalhar os aconselhamentos, baseados em evidência, a dirigir à família. No dia da formação encontravam-se presentes no serviço duas terapeutas da fala que, também, foram convidadas a assistir à formação.

Este conjunto de atividades contribuiu para alcançar o objetivo: **implementar estratégias de intervenção especializada promotoras de hábitos de sono saudáveis na criança** o que possibilitou trabalhar nas unidades de competências **D2.1, D2.2** nomeadamente nos critérios de avaliação **D2.1.1, D2.1.4, D2.1.5, D2.2.1** (Regulamento nº 140/2019, 2019).

4.3 Cuidados de Saúde Primários

Como foi referido anteriormente, de acordo com o PNSIJ está prevista a realização de CVSIJ periódicas (desde o primeiro mês de vida da criança até esta completar 18 anos). Estas consultas correspondem a momentos de interação entre o EEESIP e a díade criança-família onde, além de ser realizada uma avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança é estabelecida uma relação terapêutica baseada na confiança mútua.

As CVSIJ devem ser aproveitadas pelo EEESIP para abordar diferentes temas de acordo com o estágio de crescimento e desenvolvimento da criança possibilitando a capacitação do binómio criança-família, dotando-os de conhecimentos e competências para superar as fases seguintes do desenvolvimento da criança, tal como postulado pela filosofia dos cuidados antecipatórios.

A participação nas CVSIJ permitiu transmitir informação orientadora e capacitar a díade criança-família, bem como aplicar a Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada e implementar os cuidados antecipatórios, que suportam e promovem a parentalidade, a vinculação e a maximização do potencial de desenvolvimento da criança. Como anteriormente referido, cabe ao EEESIP

aproveitar todas as oportunidades de interação com a díade criança-família para transmitir orientações que auxiliem a família a superar períodos de desorganização. Permitindo, deste modo, fortalecer-se o papel parental, antecipando momentos de stress, angústia e ansiedade familiar e evitando que a família sinta que perdeu o controlo e se culpabilize por isso (Gomes, 2009).

De maneira a estruturar o pensamento e potenciar as CVSIJ, enquanto momento de aconselhamento e educação para a saúde das crianças e suas famílias, foi elaborado um diário de campo (Apêndice VIII) neste caso para a consulta dos 7 meses do V.. Esta atividade, por ser estruturante e trazer um encadeamento à consulta, permitiu conduzi-la com maior fluidez e responder às questões colocadas pela família com mais calma e tranquilidade. Perante o sucesso desta atividade, as consultas seguintes foram planeadas usando o mesmo tipo de abordagem. Esta atividade permitiu o desenvolvimento das unidades de competência **A2.2**, **E1.1** e **E3.1**, respetivamente nos critérios de avaliação **A2.2.3**, **E1.1.4**, **E1.1.5**, **E3.1.2** e **E3.2.1** (Regulamento nº 140/2019, 2019; Regulamento n.º 422/2018, 2018).

A realização de registos de enfermagem, no sistema informático e também no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil, referentes aos dados obtidos durante as consultas é, igualmente, competência do enfermeiro que realiza as CVSIJ. São os registos de enfermagem que demonstram a atuação do enfermeiro durante a consulta, viabilizam a continuidade de cuidados e facilitam a visualização do crescimento e desenvolvimento da criança (Ribeiro, 2019).

Uma experiência significativa que ocorreu durante este estágio aconteceu com a L., uma adolescente de 15 anos, que compareceu na CVSIJ acompanhada pela sua avó, Sr.^a C., sua cuidadora, com quem residia. No início da consulta a L. estava pouco participativa, limitando-se a responder às questões que lhe eram direcionadas. No entanto, no decorrer da consulta a sua postura foi-se modificando tendo ficado, progressivamente, mais descontraída e, ao ser questionada sobre o seu eventual interesse em conversar em privado, sem a presença da sua avó, Sr.^a C., acedeu com um sorriso. Endireitando-se na cadeira, a L. declarou que tinha um namorado e que, por isso, gostaria de esclarecer algumas dúvidas sobre práticas seguras. Foram explicados conceitos e esclarecidas dúvidas, tendo ainda sido abordado o tema da contraceção. Sobre este assunto, em particular, foram-lhe explicitados os vários métodos que existem e explicadas as suas diferenças e importância relativa, tendo-lhe sido, após decisão da L. e prescrição da pediatra, fornecido um contraceutivo oral.

No final da consulta, foi reforçado junta da L. a presença e disponibilidade de todos os elementos da equipa para o esclarecimento de eventuais dúvidas futuras.

O episódio retratado exemplifica a preocupação demonstrada com a privacidade e confidencialidade da criança durante a consulta e está em consonância com o preconizado no PNSIJ, bem como no Guia Orientador de Boas Práticas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (OE, 2010). Este permitiu a concretização do objetivo: **desenvolver competências comunicacionais com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento**. Através do desenvolvimento da atividade de promoção de um ambiente facilitador para a comunicação e expressão de emoções da criança e sua família que fomentou a aquisição de capacidades nas unidades de competência **A2.1, E1.2, E3.3, e E3.4**, respetivamente nos critérios de avaliação **A2.1.2, A2.1.3, A2.1.4, E1.2.7, A2.1.6, E3.3.1, E3.3.2, E3.3.3, E3.4.1, E3.4.3 e E3.4.4** (Regulamento nº 140/2019, 2019; Regulamento n.º 422/2018, 2018).

Como foi referido anteriormente, existem diversas intervenções não farmacológicas que podem ser utilizadas na prevenção, controlo e alívio da dor (DGS, 2012). No decorrer das CVSIJ, a administração de vacinas é um dos acontecimentos potencialmente geradores de dor mais recorrente. Na consulta do P., um lactente de 4 meses, a cumprir amamentação em exclusivo em livre demanda, foi equacionada, no momento da administração das vacinas e como forma de prevenir a dor, a viabilidade da administração dos fármacos durante a amamentação. Ao ser questionada, a Sr.^a D, mãe do P., consentiu.

Após a administração das vacinas, a Sr.^a D, mãe do P., referiu ter observado uma grande diferença relativamente à experiência de vacinação anterior, pois desta vez o P. esteve muito mais tranquilo durante todo o procedimento.

O conforto, de acordo com o postulado pela teórica Kolcaba, é o resultado desejável com o cuidar em enfermagem. Na situação supracitada, foi procurada uma forma de minimizar o desconforto que iria ser provocado ao P. com a administração de quatro vacinas. Através da promoção da amamentação, que engloba a presença, o toque, o olhar, o cheiro e o colo da mãe, foi concedido ao P. a possibilidade de experienciar o conforto como transcendência. O P. sentiu a dor e o desconforto físicos provocados pela administração das vacinas, no entanto, ao concentrar-se na amamentação, atingiu um estado de relaxamento que proporcionou uma experiência de dor menos intensa (Lima et al., 2016).

A situação descrita põe em evidência a importância da utilização de intervenções não farmacológicas para a prevenção, controlo e alívio da dor na criança e de como o

seu uso foi ao encontro das necessidades de conforto do P. Esta atividade estando alinhada com o objetivo **promover a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança**, possibilitou o desenvolvimento de competências na unidade de competência **E2.2**, nomeadamente nos critérios de avaliação **E2.2.2** e **E2.2.3** (Regulamento n.º 422/2018, 2018).

Os momentos de contacto com a díade criança-família que ocorreram durante as CVSIJ possibilitaram o aprofundamento de várias questões relacionadas com os hábitos de sono da criança, a identificação de preocupações e de dificuldades vivenciadas e, ainda, permitiram a criação, em conjunto, de estratégias para as superar. No caso concreto da C., uma lactente de 2 meses, que usualmente dormia no seu próprio berço, no quarto dos pais, embora tivesse sido referida a ocorrência de muitas situações em que a C., dormia a totalidade da noite na cama dos pais e entre ambos.

É importante não quebrar a confiança da família, nem fazer quaisquer juízos de valor, mas, pelo contrário, aconselhar a realizar as práticas de forma segura. Por essa razão, foi reforçado junto desta família que estavam a fazer um bom trabalho, por manterem a C. a dormir no quarto deles, tendo sido acrescentado que, segundo as indicações da Academia Americana de Pediatria [AAP] e da SPP, para prevenir o SMSL, a criança deve dormir no seu berço, mas permanecer no quarto dos pais idealmente até completar os doze meses ou, pelo menos, até aos seis meses de idade (Moon et al., 2022).

Relativamente à prática do *bed sharing* ou partilha de cama, foi explicado que existem algumas regras para que esta seja realizada com segurança para a criança nomeadamente: 1) deitar a criança em decúbito dorsal; 2) retirar almofadas e lençóis que possam vir a cobrir a criança durante a noite; 3) colocar a criança entre o adulto e uma superfície de barreira (como a parede); 4) usar um colchão firme; 5) ser realizada exclusivamente pelos pais da criança.

Foi também reforçada a importância de não ser realizada esta prática, caso algum dos pais tenha hábitos tabágicos regulares, tenha consumido álcool ou drogas ou tome medicação indutora do sono (incluindo medicação antidepressiva, ansiolítica, anti-histamínica). Importa lembrar que esta prática está desaconselhada em RN prematuros ou que tenham tido baixo peso à nascença e, no caso, de algum adulto possuir obesidade mórbida (Neves, 2021).

Outra situação a destacar ocorreu com a Sr.^a E., mãe da R., na consulta do seu primeiro mês quando, em contexto de CVSIJ, referiu que tinha como hábito ficar com

ela ao colo nas sesta diurnas, dado que ela acordava sempre que era colocada no berço. Foi possível compreender, pela expressão facial e postura, que esta mãe tinha receio de ser repreendida pelas palavras que tinha acabado de proferir. Nesta situação, foi reforçada positivamente a sua decisão. Dar colo é natural e, nos primeiros seis meses de vida, a criança deve dormir no local onde os períodos de sono sejam mais prolongados e, por consequência, mais reparadores (Neves, 2021). No decorrer da consulta foi ainda partilhado com a Sr^a. E. a possibilidade de realizar *babywearing*, tendo-lhe sido explicado em que consistia, como o fazer de forma segura, as suas vantagens, bem como o facto do *babywearing* lhe permitir aproveitar os momentos de sesta da filha, sem deixar de lhe proporcionar o colo, o conforto e a segurança que necessita (Neves, 2021).

A intervenção do EEESIP está intrinsecamente relacionada com a capacitação e o empoderamento das famílias, sendo para isso relevante reforçar a tomada de decisão promotora do bem-estar e desenvolvimento da criança e, principalmente, potenciar a confiança e capacitação da família. A proposta de incluir o *babywearing* na rotina familiar prende-se com a viabilização dos períodos de sesta ao colo, essenciais para a promoção da vinculação e de sentimentos de segurança e conforto da criança. O *babywearing* confere, também, a possibilidade de manter a liberdade de movimento dos membros superiores, admitindo que quem esteja com a criança possa, simultaneamente, executar outras tarefas e permitindo assim agilizar o tempo e promover o tempo de descanso pessoal (Addison, 2010). O nascimento de um filho é uma fase marcada pela alteração das rotinas pessoais e familiares, pelo que o EEESIP deve procurar simplificar a vida familiar, cuidando da criança e também da sua família, de forma holística, como postulado pelo CCCF.

Como foi, anteriormente, referido, para que o EEESIP possa promover tais hábitos é imprescindível que reconheça a importância do sono saudável, que saiba compreender quando o sono é de qualidade e reparador, ou insuficiente, e que, concomitantemente consiga potenciar a literacia em saúde da díade criança-família, promovendo uma alteração de comportamentos e maximizando o potencial de saúde da criança e família.

As situações descritas inserem-se na atividade participação nas CVSIJ com enfoque na promoção de hábitos de sono saudáveis e permitiram a concretização de dois objetivos específicos, nomeadamente, **promover o crescimento e o desenvolvimento infantil com vista à maximização da saúde da criança e família e analisar os fatores e as práticas que influenciam o sono da criança nos**

diferentes contextos de cuidados de enfermagem, facilitando o desenvolvimento de competências de EEESIP, nomeadamente a unidade de competência **E1.1**, **E1.2**, **E2.4**, **E3.1** e **E3.3** no critério de avaliação **E1.1.1**, **E1.1.2**, **E1.2.4**, **E1.1.3**, **E1.2.7**, **E1.2.8**, **E2.4.2**, **E3.1.1**, **E3.1.2**, **E3.1.3**, **E3.3.2** e **E3.4.3** (Regulamento n.º 422/2018, 2018).

O desenvolvimento de um póster intitulado “Vamos falar do sono do bebé” (Apêndice IX), sobre os principais comportamentos a adotar para prevenir o SMSL e a posterior elaboração de um folheto – após sugestão da enfermeira orientadora - dirigido à díade criança-família e para ser entregue no decorrer da consulta, permitiram dar resposta ao objetivo de **implementar estratégias de intervenção especializada promotoras de hábitos de sono saudáveis na criança**.

Uma vez que os aconselhamentos a realizar à díade criança-família diferem tendo em conta o estágio de desenvolvimento da criança, foram elaborados dois folhetos, o primeiro para ser entregue à família de crianças com idade inferior a 12 meses (Apêndice X) e o segundo, pensado de maneira a poder ser entregue à criança ou à família, após os 12 meses (Apêndice XI). A execução destas atividades possibilitou trabalhar as unidades de competência **B1.1**, **B2.2**, **D2.2**, **E1.1** e **E3.1** nomeadamente nos critérios de avaliação **B1.1.3**, **B2.2.1**, **D2.2.6**, **D2.3.1**, **E1.1.3**, **E1.1.4** e **E3.1.3** (Regulamento n.º 140/2019, 2019; Regulamento n.º 422/2018, 2018).

4.4 Serviço de Urgência Pediátrica

Como anteriormente explicitado, a comunicação é parte essencial do cuidar em enfermagem. No Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) esta tem especial destaque pois o primeiro contacto da tríade criança-família-enfermeiro acontece no momento da triagem onde, através de perguntas direcionadas, o enfermeiro tem de compreender a razão da vinda ao SUP. A informação recolhida neste contacto inicial irá direcionar todos os próximos contactos de profissionais de saúde com a díade criança-família.

A participação colaborativa na prestação de cuidados de enfermagem permitiu colaborar na avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança, em diferentes estádios de desenvolvimento. Como é defendido pela filosofia dos CCCF, a criança foi sempre parceira ativa na prestação de cuidados.

Uma situação que ilustra o referido, ocorreu com o T., de 12 anos, quando lhe foi explicado que, decorrente da queda que deu na escola, foi identificada a hipótese de

ter uma fratura, motivo pelo qual se justificava a realização de um exame complementar de diagnóstico para confirmação. Neste âmbito, foi explicado ao jovem em que consistia o exame, quanto tempo demorava e o que podia esperar do mesmo, dotando-o, assim, num espaço seguro e de abertura, de informações concretas, sobre o seu estado de saúde, e adequadas, ao seu estágio de desenvolvimento.

A atividade exposta evidencia o cumprimento do objetivo **promover o crescimento e o desenvolvimento infantil com vista à maximização da saúde da criança e família** e coaduna-se com as unidades de competência **E1.1, E3.1 e E2.4** nomeadamente nos critérios de avaliação **E1.1.1, E3.1.1, E2.4.2, E3.1.2 e E3.1.3** (Regulamento n.º 422/2018, 2018).

Este contexto de estágio sendo tão vasto e dando resposta a crianças com idades e estádios de desenvolvimento tão dispares, permitiu o desenvolvimento da atividade treino de técnicas e estratégias de comunicação apropriadas ao estágio de desenvolvimento e cultura da criança e sua família. Como foi referido previamente, é fundamental que a comunicação se adegue ao outro - ao seu estágio de desenvolvimento, às suas crenças, valores e cultura. Paralelamente, como destacado pelo CCCF, a comunicação deve ser centrada na criança e na sua família, viabilizando a partilha de informações e possibilitando o seu envolvimento no plano de cuidados e na tomada de decisões, bem como no desenvolvimento de uma relação terapêutica.

Quando o L., de 16 anos, entrou na sala de tratamentos foi-lhe perguntado se sabia o que ia acontecer, ao que este respondeu que apenas sabia que ia “fazer análises” (SIC). Nessa altura, foi-lhe explicado qual o procedimento que iria ser realizado, tendo sido acrescentado que o resultado das análises estaria disponível no espaço de uma hora. A partilha de informação e o respeito demonstrado pelo L. e pela sua individualidade permitiu que ele se sentisse incluído no plano de cuidados.

Com a M., de 9 anos, após a finalização do processo de triagem, na altura de lhe ser colocada a pulseira indicativa do grau de prioridade, foi-lhe dada a possibilidade de escolher em que local gostaria de colocar a pulseira. Essa abordagem foi o suficiente para que ela se sentisse envolvida nos cuidados, possibilitando o estabelecimento de uma relação terapêutica e conferindo-lhe um papel central nos cuidados prestados.

A T., de 5 anos, estava com sinais de dificuldade respiratória e necessitava da administração de terapêutica inalatória. Inicialmente foi-lhe perguntado se sabia como se chamava o nariz do elefante, ao que ela se apressou a denominar de tromba. Perante essa resposta, foi-lhe mostrada a máscara e explicado que era igual à tromba

de um elefante, tendo-lhe sido dada a oportunidade de manipular o material. Em seguida, aquando da adaptação da máscara à face da T. foi cantada uma canção do seu agrado. A utilização da brincadeira como estratégia de distração facilitou o estabelecimento de uma relação com a T. que, ao sentir segurança, calma e conforto conseguiu relaxar e, conseqüentemente, colaborar durante o procedimento.

As situações descritas encontram-se alinhadas com o defendido por Kolcaba e ilustram a operacionalização do objetivo de **desenvolver competências comunicacionais com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento**. Nas situações descritas foi trabalhada a unidade de competência **E3.3** nos critérios de avaliação **E3.3.1**, **E3.3.2** e **E3.3.3** (Regulamento n.º 422/2018, 2018).

Uma situação que suscitou reflexão, quer na ação quer sobre a ação, decorreu na sala de tratamentos com o V., um toddler de 3 anos. O V. recorreu a primeira vez ao SUP na sequência de uma queimadura na mão esquerda, contraída no domicílio. Após observação, limpeza e desinfeção da ferida por parte do médico cirurgião ficou agendada consulta para dois dias depois. O V. regressou, acompanhado pelo seu pai, Sr. F., tendo sido novamente encaminhado para a sala de tratamentos para realização do penso. Foi um procedimento demorado e doloroso, no decorrer do qual, além da presença do pai, Sr. F., que, ao dar-lhe colo, proporcionou segurança, afeto, contenção e distração, foi ainda incentivada a utilização de técnicas de sucção não nutritiva e musicoterapia. Terminado o procedimento, como reforço positivo e como forma de reforçar a sua força, coragem e participação foi-lhe oferecido um “certificado de coragem” para que pudesse exibir à restante família.

No decorrer da referida situação, refletindo na ação, foi questionado o EEESIP sobre se, sendo aquela uma intervenção programada, para um controlo da dor mais eficaz, não poderia ter sido aliada a administração prévia de terapêutica às intervenções não farmacológicas que estavam a ser realizadas. Dado já não ser possível prevenir a dor antes da realização do procedimento, quando este terminou (após prescrição médica) foi administrada analgesia de maneira a potenciar o alívio e o controlo da dor do V..

Na sequência do sucedido, foi realizada uma reunião informal com a equipa multidisciplinar onde foi proposto que, no futuro, em situações semelhantes em que se verifique uma intervenção programada no SUP e se considere ser benéfico para a criança, seja previamente administrado um analgésico, facilitando uma maior

prevenção e controlo da dor e melhorando a experiência para a criança e para a sua família.

Como foi previamente referido, o EEESIP deve sustentar a sua prática em filosofias de cuidados e os cuidados não traumáticos defendem o uso de intervenções com o objetivo de prevenir e/ou minimizar o desconforto da criança, nomeadamente a dor. Este tem também o dever de prevenir, aliviar e controlar a dor indo ao encontro da CCH no qual pode ler-se que “as agressões físicas ou emocionais e a dor devem ser reduzidas ao mínimo” (IAC, 2009, p.1). Importa manter um juízo crítico e refletir sobre as ações ocorridas, o que possibilita uma alteração de postura e das práticas, melhorando a qualidade dos cuidados prestados e também a experiência da díade criança-família.

A situação descrita e a respetiva reflexão na ação, sobre a ação e a reflexão sobre a reflexão na ação, deram resposta ao objetivo de **promover a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança** inserindo-se nas atividades: utilização de intervenções não farmacológicas para a prevenção, controlo e alívio da dor na criança; reflexão com o EEESIP sobre as estratégias e intervenções implementadas na prestação de cuidados e coadunam-se com as unidades de competência **A1.1, C1.1, D2.3, E2.2**, nomeadamente nos critérios de avaliação **A1.1.2, A1.1.5, A1.1.7, A1.2.3, C1.1.3, D2.3.2, D2.3.3, E2.2.1, E2.2.2** (Regulamento nº 140/2019, 2019; Regulamento n.º 422/2018, 2018).

Por vezes, são admitidos no SUP crianças com necessidades de intervenção imediata. Nesses casos, as crianças são encaminhadas diretamente para a sala de reanimação onde é realizada uma avaliação imediata pela equipa médica e são prestados cuidados de enfermagem urgentes até à situação de saúde da criança estar estabilizada. Tal foi o caso do T., um jovem de 17 anos que teve uma síncope na triagem, tendo sido de imediato transportado para a sala de reanimação enquanto era dado o alerta de situação urgente. O testemunhar e o intervir nestas situações, contribuiu para o desenvolvimento da aquisição de uma competência de EEESIP, nomeadamente da unidade de competência **E2.1** e critério de avaliação **E2.1.1** (Regulamento n.º 422/2018, 2018).

Relativamente às atividades desenvolvidas direcionadas à temática em estudo, a realização da anamnese aprofundando questões relacionadas com os hábitos de sono da criança foi concretizada, maioritariamente, com as crianças que tinham de permanecer em vigilância na sala de observações, na medida em foi possível

estabelecer uma maior relação terapêutica com a díade criança-família, devido a um maior tempo de permanência no SUP.

Para a execução dessa atividade foram exploradas as preocupações e/ou as dificuldades vivenciadas referenciadas relativamente ao sono, pela criança e sua família e, conseqüentemente, definidas, em conjunto com a díade, estratégias que promovessem o sono saudável na criança.

Como foi o caso da J., uma criança que tinha acabado de celebrar o seu primeiro aniversário e que ficara em observação por demonstrar sinais de dificuldade respiratória. Segundo a mãe, Sr.^a G, até ao início da semana anterior, a J. dormia durante toda a noite, altura em que começou a resistir ao sono na hora de dormir, bem como a ter despertares noturnos mais frequentes. Foi-lhe explicado que, nos momentos em que se verifica um pico de desenvolvimento, muitas vezes ocorrem desorganizações no sono, denominadas de regressão do sono.

Com efeito, o desenvolvimento infantil é considerado como um processo ativo, contínuo, dinâmico, progressivo e individual que se inicia na concepção. Este manifesta-se através do desenvolvimento gradual de habilidades a nível motor, cognitivo, psicossociais e de linguagem que visam a aquisição de autonomia e de independência da criança (Souza & Veríssimo, 2015). A criança passa por vários estádios de desenvolvimento e demonstra diferentes comportamentos, sucedendo que a velocidade de passagem de um estágio para o seguinte é variável, havendo apenas um processo de desenvolvimento padrão (Souza & Veríssimo, 2015).

Aos doze meses ocorre um surto de desenvolvimento a nível emocional, uma evolução na linguagem que possibilita a comunicação através do uso das palavras, bem como um aumento de competências cognitivas e motoras – andar, trepar, ter controlo e destreza manual (Brazelton, 2013; Suni, 2022). Todas estas novas aquisições viabilizam uma maior interação social.

Para evitar prolongar esta fase, foram definidas algumas estratégias com a Sr.^a G., mãe da J., incentivando-se o fortalecimento de hábitos de sono saudáveis, nomeadamente: a manutenção de uma rotina de sono consistente; a definição de uma hora para deitar, bem como o seu cumprimento diário; o cuidado com o ambiente onde ocorre o sono da criança – priorizando um quarto calmo, com pouca luminosidade, pouco ruído e livre de estímulos -; a eliminação de sestas tardias, perto da hora do jantar e, ainda, o início do dia com exposição solar (Suni, 2022).

Esta idade é também marcada pela ansiedade da separação, sendo importante assegurar à criança a presença e o amor constante da família, mesmo quando estes

não se encontrem no seu campo de visão. Para tal, durante os períodos diurnos de vigília podem ser proporcionados curtos momentos de ausência da família, permanecendo a criança com outro adulto de confiança (Suní, 2022). De acordo com Brazelton (2013), os momentos de ausência da família devem ser antecidos de uma explicação à criança, realçando que se vão ausentar, mas, contudo, que regressarão em breve. Destacando-se a necessidade de criação de rotinas, pois a repetição possibilita a previsibilidade e esta oferece segurança, conforto e tranquilidade à criança (Cordeiro, 2020).

O EEESIP, aproveitando os momentos de interação com o cliente pediátrico, deve apoiar e encorajar as competências parentais, promovendo a parentalidade positiva, a vinculação, o apego e o crescimento e desenvolvimento infantil. Segundo o modelo dos *Touchpoints*, ao ter conhecimento da probabilidade de ocorrer uma alteração no comportamento da criança a família pode preparar-se para esse momento, enfrentando-o com segurança e evitando momentos de stress, angústia e ansiedade (Gomes, 2009).

Esta situação ilustra a concretização da atividade denominada identificação das preocupações e dificuldades vivenciadas pela família e insere-se no objetivo **liderar processos de mudança no âmbito da promoção hábitos de sono saudáveis da criança**. Esta atividade permitiu desenvolver as unidades de competência **E1.1, E1.2, E3.1, E3.3** nos critérios de avaliação **E1.1.2, E1.1.3, E1.1.4, E1.1.5, E1.2.8, E3.1.1, E3.1.3, E3.3.2** (Regulamento n.º 422/2018, 2018).

No SUP foi possível compreender que embora a equipa de enfermagem reconhecesse a importância do sono, dada a constante afluência e movimentação, era difícil promover um ambiente facilitador do sono. Após a constatação de que algumas situações alusivas ao impacto do ambiente no sono da criança e da sua família eram passíveis de ser melhoradas, foi desenvolvido um portfólio reflexivo contendo estratégias para minimizar o impacto do ambiente no sono da criança e da sua família (Apêndice XII). Nesse portfólio é evidenciado que os problemas encontrados podem ser agrupados em cinco grupos - iluminação, ruído, temperatura, manipulação e limitações físicas do serviço – tendo sido traçadas recomendações, assentes em evidência, para minimizar cada um dos problemas identificados.

Para a realização do portfólio reflexivo, sobre o impacto do ambiente no sono da criança e da sua família, durante o internamento no serviço de urgência, mostrou-se, também, essencial a realização previa de uma entrevista a um perito - enfermeira

mestre e EEESIP que trabalha na área e contacta diariamente com a realidade no seu exercício profissional.

A atividade descrita, juntamente com as reflexões informais realizadas ao longo do estágio com o EEESIP, enquadram-se no objetivo específico de **analisar os fatores e as práticas que influenciam o sono da criança nos diferentes contextos de cuidados de enfermagem**. Estas inserem-se nas unidades de competência **B1.1, D2.1, E2.4 e E3.2**, nomeadamente nos critérios de avaliação **B1.13, D2.1.2, E2.4.2 e E3.2.4** (Regulamento nº 140/2019, 2019; Regulamento n.º 422/2018, 2018).

4.5 Serviço de Internamento de Pediatria

A hospitalização, decorrente de uma situação de doença, pode ser um dos primeiros momentos de crise na vida de uma criança (Engenheiro et al., 2016). O facto de ser um acontecimento inesperado e repentino na vida e rotina da criança e da sua família, distanciando-as das atividades do quotidiano a que estão habituadas (quer a nível familiar quer escolar), torna a hospitalização um período desafiante e um momento especialmente difícil para a díade criança-família (Gonçalves et al., 2017).

A hospitalização está fortemente associada a alterações no padrão de sono e padrão alimentar, bem como à presença de sentimentos e emoções negativos, como a ansiedade, a irritabilidade, a tristeza, a insegurança, o medo e o desconforto (Gonçalves et al. 2017; Haiat et al., 2003). Cabe ao EEESIP implementar estratégias que permitam minimizar os impactos negativos, decorrentes da hospitalização e que possibilitem uma adaptação, quer da criança, como da sua família, ao período de internamento (Diogo et al., 2015).

A maioria dos internamentos das crianças com condições crónicas revelam-se longos, tornando-se muitas vezes repetitivos, sendo que o acompanhamento da criança é rígido e realizado através consultas frequentes. Tal, aliado ao tempo e à necessidade periódica de hospitalizações pode desencadear alterações no desenvolvimento da criança (Sanders, 2014). É preponderante que o EEESIP avalie o crescimento e desenvolvimento da criança, proporcionando momentos e atividades que o promovam, ao mesmo tempo que contribuem para a redução dos riscos que possam estar associados.

Como exemplo explicita-se o caso do T., um lactente de seis meses, que estava internado desde os dois meses, após ter sofrido um volvo intestinal. O T. ainda não conseguia permanecer sentado sem apoio, razão pela qual, num momento de

interação foi sentado com apoio, possibilitando, assim a sua participação na brincadeira e facilitando a transferência do brinquedo, de uma mão para a outra. Foi explicado à Sr.^a I., mãe do T., que esta era uma atividade promotora do desenvolvimento e que seria importante que, sempre que possível, fosse repetida, de acordo com a tolerância do T., na medida em que o estímulo iria promover a aquisição desta competência, e inerentemente, o seu desenvolvimento.

Esta situação inseriu-se na atividade participação nos cuidados de enfermagem à criança com condição crónica e sua família e possibilitou o desenvolvimento do objetivo de **promover o crescimento e o desenvolvimento infantil com vista à maximização da saúde da criança e família**. Por sua vez, o cumprimento deste objetivo possibilitou o desenvolvimento de competências, nas unidades **E2.3**, **E2.5** e **E3.1**, mais especificamente nos critérios de avaliação **E2.3.1**, **2.5.3**, **E3.1.1** e **E3.1.3** (Regulamento n.º 422/2018, 2018).

A hospitalização prolongada favorece o estabelecimento de uma relação terapêutica baseada na confiança e partilha de informações com a díade criança-família. A relação terapêutica desenvolvida entre o enfermeiro e a família permite que estes se sintam incluídos no processo de cuidados, que sejam identificados como parceiros na tomada de decisão e sintam que as suas competências são valorizadas (Diogo et al., 2015). O referido encontra-se alinhado pelo postulado no CCCF, que defende o envolvimento da família nos cuidados através do empoderamento e da sua capacitação para novas competências e habilidades, conseguidos como consequência da promoção da parentalidade e da parceria de cuidados.

A Sr. J., mãe da B., de 9 anos, estava preocupada, pois considerava que a B. se deitava cada vez mais tarde. Acrescentou, também, que o facto de estar hospitalizada estava a alterar as rotinas habituais, pois como a B. não tinha de acordar cedo para ir para a escola no dia seguinte, ficava a ver televisão até mais tarde.

O uso de écrans pode afetar o sono, através da estimulação excessiva e do estado de alerta secundários ao conteúdo visualizado e/ou à exposição a luzes brilhantes (Li et al., 2020). Os écrans emitem uma luz azul que inibe a produção de melatonina e aumenta o estado de alerta, pelo que o surgimento do sono sofre um atraso e o número total de horas de sono noturno diminui (Dube et al., 2017).

Sabendo que durante a hospitalização devem ser promovidos e proporcionados hábitos e rotinas de sono semelhantes às praticadas no domicílio (Manuel et al., 2021), foi refletido com a Sr.^a J., mãe da B., que estratégias implementar para manter as rotinas praticadas no domicílio, nomeadamente o cumprimento da hora de deitar e de

acordar. Foi, também, recomendado que fosse evitada a visualização de programas agressivos, bem como a suspensão de écrans trinta a sessenta minutos antes da hora definida para dormir (AAP, 2016; Rafael et al., 2020).

Como foi anteriormente explicitado, os registos de enfermagem são parte integrante do cuidar, pois espelham os cuidados prestados e possibilitam a continuidade e qualidade dos mesmos. No serviço de internamento em que decorreu o estágio não era prática sistemática o registo dos hábitos de sono da criança no sistema informático. Procurando estimular a melhoria dos registos de enfermagem, com as implicações daí decorrentes, foi desenvolvida uma norma interna explicitando qual o foco, os diagnósticos e as intervenções de enfermagem a formular na construção dos processos informáticos das crianças hospitalizadas (Apêndice XIII).

Subsequentemente, foi realizada uma sessão de sensibilização à equipa de enfermagem com o objetivo de demonstrar a importância do sono, sensibilizando os profissionais para o impacto dos écrans e do ambiente no sono da criança internada e da sua família, bem como uniformizar a prática de cuidados (Apêndice XIV). O conteúdo da formação ficou disponível, no serviço, para consulta.

Os objetivos **implementar estratégias de intervenção especializada promotoras de hábitos de sono saudáveis na criança e liderar processos de mudança no âmbito da promoção hábitos de sono saudáveis da criança** foram concretizados através da identificação dos hábitos de sono da criança, dos diagnósticos identificados no processo clínico e das intervenções de enfermagem implementadas e ainda do desenvolvimento de uma norma interna para uniformização de cuidados na construção dos processos informáticos. Estas inserem-se nas unidades de competência **B2.2, B2.3, B3.1, D2.1, D2.2, E2.5 e E3.3**, nomeadamente nos critérios de avaliação **B2.2.1, B2.2.2, 2.2.3, B2.2.4, B2.2.5, B2.3.1, B3.1.6, D2.1.1, D2.1.2, D2.1.4, D2.1.5, D2.2.1, D2.2.6, E2.5.2 e E3.3.2** (Regulamento nº 140/2019, 2019; Regulamento n.º 422/2018, 2018).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS E PROJETOS FUTUROS

Os diferentes contextos de estágio e as experiências vivenciadas contribuíram para a aquisição, desenvolvimento e consolidação de competências de EE e de EEESIP. Para tal, foi fundamental aperfeiçoar a prática reflexiva, refletindo na ação, sobre a ação e, posteriormente sobre a reflexão na ação. A prática reflexiva possibilitou o crescimento pessoal e profissional e a incorporação das novas competências no cotidiano profissional, contribuindo para um cuidar de enfermagem holístico e de qualidade.

Ao longo dos estágios foi possível constatar a importância de sustentar a prática profissional em concepções teóricas, nas filosofias de cuidados, bem como em evidência científica e ainda a influência que estas exercem no cuidar. Não obstante, é determinante aliar as concepções teóricas e a evidência científica disponível, com a prática pessoal e profissional, possibilitando assim a prática suportada e informada em evidência.

Importa salientar que os objetivos inicialmente definidos foram atingidos através da realização das atividades propostas, tendo estas sido adaptadas a cada contexto de estágio, de acordo com as necessidades identificadas e contributos para a melhoria da qualidade dos cuidados.

É possível observar, com a descrição das situações vivenciadas, a aprendizagem constante ao longo dos contextos de estágio acompanhada pelo pensamento crítico, fundamental na profissão e disciplina de enfermagem. O percurso efetuado e as situações descritas ilustram a aquisição de competências de EE e de EEESIP ao longo das dezoito semanas de estágio. A aquisição das novas capacidades em conjunto com a experiência profissional possibilita uma progressão no nível de competência, sendo que existem cinco níveis definidos: principiante, principiante avançado, competente, proficiente e perito (Benner, 2001).

Como projetos futuros é de destacar a continuação da incorporação na prática de cuidados diários os CCCF, colocando a criança e a sua família como foco dos cuidados; a promoção de cuidados não traumáticos e os cuidados antecipatórios promotores da parentalidade, de vinculação e de crescimento e desenvolvimento.

A nível académico, verifica-se o desejo de realizar e publicar a revisão de *scoping* e ingressar na pós-graduação intitulada “Sono da Infância e na Adolescência” de maneira a consolidar os conhecimentos já adquiridos, bem como a conseguir transferi-los, de modo sustentado e refletido, para a prática de cuidados de enfermagem.

A nível pessoal, persiste a vontade de difundir conhecimentos sobre a temática, devidamente sustentados, potenciando a literacia em saúde dos pares e da díade criança-família, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados, através da participação em eventos científicos como foi o caso da 1ª Conferência Internacional do CIDNUR, realizada no passado mês de outubro. O Anexo II corresponde ao certificado de participação, como oradora, numa comunicação livre intitulada *Intervenções de Enfermagem Promotoras de Hábitos de Sono Saudáveis na Criança: Protocolo de Scoping Review*.

Como foi referido diversas vezes ao longo do presente relatório de estágio, cabe ao EEESIP intervir junto da díade criança-família com o objetivo de prevenir e/ou minimizar as possíveis alterações no padrão de sono da criança. Não obstante, para que tal seja possível, é imprescindível que o EEESIP aproveite todos os momentos de interação com a díade criança-família para a informar, capacitar e empoderar, aumentando os seus conhecimentos, motivações e competências na promoção de hábitos de sono saudáveis da criança.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Addison, S. (2010). Babywearing safety and education. *International Journal of Childbirth Education*, 25(2) 16- 17. <https://www.proquest.com/scholarly-journals/babywearing-safety-education/docview/748815494/se-2>
- Almeida, C. (2017). *Socorro! O meu bebé não dorme*. (1st ed.). Porto Editora
- American Academy of Pediatrics. (2016). *American academy of pediatrics announces new recommendations for children's media use*. <https://www.aap.org/en/news-room/news-releases/aap/2016/aap-announces-new-recommendations-for-media-use/>
- Alarcão, I. & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto Contexto Enfermagem*, 14(3), 373-382. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072005000300008>
- Altimier, L. & Phillips, R. (2013). The neonatal integrative developmental care model: Seven neuroprotective core measures for family-centered developmental care. *Newborn & Infant Nursing Reviews*, 13(1). 9-22. <https://doi.org/10.1053/j.nainr.2012.12.002>
- Apóstolo, J. (2009). O conforto nas teorias de Enfermagem – Análise do conceito e significados teóricos. *Revista Referência*, 2(9). 61-67. https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2133&id_revista=4&id_edicao=26
- Benner; P. (2001) *De iniciado a perito. Excelência e poder na prática clínica de Enfermagem*. Quarteto Editora
- Bice, A. & Kolcaba, K. (2020). Katharine Kolcaba's comfort theory. In M.C. Smith (Ed.), *Nursing theories and nursing practice* (5th ed., pp. 371-382). F.A. Davis Company
- Brantes, A. & Curado, M.A. (2021). Percepção dos enfermeiros sobre a alimentação do recém-nascido pré-termo. *Texto & Contexto Enfermagem*, 30(1), 1-14. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0597>
- Brás, C. & Ferreira, M. (2016). A comunicação e qualidade de cuidados em enfermagem: Revisão de literatura. *Atas - Investigação Qualitativa em Saúde*, 2(1), 572-577. <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/796>
- Brazelton, T.B. (2013). *O grande livro da criança: O desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos*. (13th Ed.). Editorial Presença
- Brazelton, T.B., Sparrow, J.D. (2003). *A criança dos 3 aos 6 anos: O desenvolvimento emocional e do comportamento*. (1st ed.). Editorial Presença

- Brito, A. (2018, 17 março). *Modelo touchpoints e educação de infância – Reconheça o que trás para a interação* [Conference session]. Encontros Ser Bebê (2017|2018), Lisboa, Portugal
- Cardoso, M., Léis, A., Oliveira, N., Viana, T., Praciano, A., Oliveira, E. (2014). A influência dos distúrbios do sono no desenvolvimento infantil. *Cogitare Enfermagem*, 19(2), 368-375. <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/34717/22817>
- Carmo, H. & Ferreira, M. (2015). *Metodologia da investigação: Guia para auto-aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta
- Carvalho, J., Batista, A., Vaz, J. & Santos, A. (2019). Promoção do sono seguro no recém-nascido pré-termo em unidades de neonatologia. *Pensar em Enfermagem*, 23(2). 57-63. <https://www.proquest.com/docview/2356352630?pq-origsite=gscholar&fromopenview=true>
- Carvalho, L., Passos, S. (2021). Os benefícios do aleitamento materno para a saúde da criança: Revisão integrativa. *Revista Coleta Científica*, 5(9), 70-87. <https://doi.org/10.5281/zenodo.5117748>
- Carvalho, M. & Gomes, C. (2016). *Amamentação: Bases científicas*. (4th Ed.). Guanabara Koogan
- Chora, M. & Azougado, C. (2015). Influência da promoção do sono no desenvolvimento do recém-nascido pré-termo: Uma revisão narrativa. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 1(3), 357-371. [https://doi.org/10.24902/r.riase.2015.1\(3\).357](https://doi.org/10.24902/r.riase.2015.1(3).357)
- Cordeiro, M. (2020). *O livro da criança – Do 1 aos 5 anos*. (9th. Ed.). A Esfera dos Livros
- Coyne, I. & Cowley, S. (2007). Challenging the philosophy of partnership with parents: A grounded theory study. *International Journal of Nursing Studies*, 44(6), 893-904. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2006.03.002>
- Coyne, I., Hallström, I. & Söderbäck, M. (2016). Reframing the focus from a family-centred to a child centred care approach for children's healthcare. *Journal of Child Health Care*, 20(4), 1-9. <https://doi.org/10.1177/1367493516642744>
- Coyne, I., Holmström, I. & Söderbäck, M. (2018). Centeredness in healthcare: a concept synthesis of family-centered care, person-centered care and child-centered care. *Journal of Pediatric Nursing*, 42(1), 45-56. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.07.001>

- Decreto-Lei nº 65/2018. (2016). Graus académicos e diplomas do ensino superior. Ciência Tecnologia e Ensino Superior. Diário da República: I série (nº 157 de 16-08-2018). 41601-4177 ELI: <https://files.dre.pt/1s/2018/08/15700/0414704182.pdf>
- Diaz, Z., Caires, S. & Correia, S. (2016). Necessidades e preocupações de pais de bebés internados numa unidade de neonatologia. *Revista Psicologia, Saúde e Doenças*, 17(2), 236-252. <http://dx.doi.org/10.15309/16psd170210>
- Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L. & Almeida, T. (2015). Enfermeiros com competência emocional na gestão dos medos de crianças em contexto de urgência. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. (13), 43-51. https://www.researchgate.net/publication/279749883_Enfermeiros_com_competencia_emocional_na_gestao_dos_medos_de_crianças_em_contexto_de_urgência
- Diogo, P., Freitas, B., Costa, A. & Gaíva, M. (2021). O cuidar em enfermagem pediátrica na perspectiva das emoções: de Nightingale à atualidade. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(4), 1-5. DOI: 10.1590/0034-7167-2020-0377
- Direção Geral de Saúde (2010). Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças Orientação da Direção Geral de Saúde n 014/2010, de 14/12/2010. Lisboa: DGS; 2010
- Direção-Geral da Saúde (2012). Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos) n 022/2012, de 18/12/2012. Lisboa: DGS, 2012
- Direção-Geral da Saúde (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Lisboa: Direção-Geral de Saúde
- Dowd, T. (2004). Katharine Kolcaba: Teoria do conforto. In. A.M. Tomey & M. R. Alligood (Eds.), *Teóricas de enfermagem e a sua obra – Modelos e teorias de enfermagem* (4th ed., pp. 481-495). Lusociência
- Dube, N., Khan, K., Loehr, S., Chu, Y. & Veugelers, P. (2017). The use of entertainment and communication technologies before sleep could affect sleep and weight status: a population-based study among children. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 14(1). 1-15. <https://doi.org/10.1186/s12966-017-0547-2>
- Engenheiro, O., Geadas, C., Lobo, C., Azougado, C., Figueiredo, J. & Simpson, C. (2016). Benefícios do brincar terapêutico em crianças hospitalizadas: uma revisão integrativa da literatura. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 2(1), 489-501. [https://doi.org/10.24902/r.riase.2016.2\(1\).48](https://doi.org/10.24902/r.riase.2016.2(1).48)

- Esteves, A., Melo, L., Sabino, A., Silva, M., Cristino, J. & Rocha, E. (2021). O brincar no hospital: Uma self de enfermeiros que atuam em unidade pediátrica. *Revista Enfermagem e Atenção à Saúde*, 10(1), 1-12. <https://doi.org/10.18554/reas.v10i1.3938>
- Fernandes, B., Guedes, M., Silva, L., Borges, C. & Freitas, M. (2016). Processo de enfermagem fundamentado em Virgínia Henderson aplicado a uma trabalhadora idosa. *Journal Nursing UFPE*, 10(3), 3418-3425. <https://doi.org/10.5205/reuol.9571-83638-1-SM1009201630>
- Ferreira, M. & Costa, M. (2016). Cuidar em parceria: Subsídio para a vinculação pais/bebê pré-termo. *Millenium-Journal of Education, Technologies, and Health*. (30), 51-58. <https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8434>
- Ford, K., Campbell, S., Carter, B., Earwaker, L. (2018). The concept of child-centered care in healthcare: a scoping review protocol. *Sistematic Review Protocols*, 16(4), 845-851. <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2017-003464>
- Gomes, C.G. (2009). Cuidar do sono do bebê. *Revista Referência*, 2(9), 69-77. https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2134&id_revista=4&id_edicao=26
- Gonçalves, K., Figueiredo, J., Oliveira, S., Davim, R., Camboim, J. & Camboim, F. (2017). Criança hospitalizada e equipe de enfermagem: Opinião de acompanhantes. *Revista de Enfermagem*, 11(6), 2586-2593. <https://doi.org/10.5205/reuol.9799-86079-1-RV.1106sup201713>
- Haiat, H., Bar-Mor, G. & Shochat, M. (2003). The world of the child: A world of play even in the hospital. *Journal of Pediatric Nursing*. 18(3), 209-214. <https://doi.org/10.1053/jpdn.2003.28>
- Henriques, M. & Chora, M.A. (2022). Fatores que levam ao desmame precoce do aleitamento materno: Revisão integrativa da literatura. *Health Academy Kastamonu*, 7(105), 205-208. <https://doi.org/10.25279/sak.1138899>
- Hockenberry, M. (2014). Comunicação e avaliação inicial da criança. In M., Hockenberry & D., Wilson (Eds.), *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9th ed., pp. 122-187). Lusociência
- Hockenberry, M. & Barrera, P. (2014). Perspetivas de enfermagem pediátrica. In M., Hockenberry & D., Wilson (Eds.), *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9th ed., pp. 1-20). Lusociência
- Howe, J.K. (2000). Virgínia Henderson. In George, J.B (Ed.), *Teorias de Enfermagem – Os fundamentos à Prática Profissional* (4th ed., pp. 59-72). Artmed Editora

- Instituto de Apoio à Criança (2009). Carta da criança hospitalizada. Lisboa. Sociedade Portuguesa de Pediatria
- Institute for Patient and Family Centered Care (2017). *Advancing the practice of patient- and family-centered care in hospitals: How to get started*. Bethesda (1st. Ed.). https://www.ipfcc.org/resources/getting_started.pdf
- Jacob, E. (2014) Apreciação e Gestão da Dor na Criança In M. Hockenberry & D. Wilson. *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente*. (p.188-239). Lusociência
- Jesus, C., Conceição, J. & Espadaneira, S. (2019). Literacia em saúde do sono de crianças em idade pré-escolar: Instrumentos facilitadores no aumento de competências parentais. In C. Lopes & C. V. Almeida (Coords.), *Literacia em saúde na prática* (pp. 75-96). Lisboa: Edições ISPA. https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/7664/1/Literacia%20em%20saúde%20na%20prática_75.pdf
- Kolcaba, K. (1995a). Comfort as process and product, merged in holistic nursing art. *Journal of Holistic Nursing*, 13(2), 117-131. <https://doi.org/10.1177/089801019501300203>
- Kolcaba, K. (1995b). The art of comfort care. *The Journal of Nursing Scholarship*, 27(4), 287-289. https://www.researchgate.net/publication/14670610_The_art_of_comfort_care
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice – A vision for holistic health care research* (1st. ed.). Springer Publishing Company, Inc
- Kolcaba, K. & DiMarco, M. (2005). Comfort Theory and its application to pediatric nursing. *Pediatric Nursing*, 31(3), 187-194. https://www.researchgate.net/publication/7686145_Comfort_Theory_and_its_application_to_pediatric_nursing
- Lal, R. & Chhabria, R. (2013). *Early intervention of autism: a case for floor time approach*. (1st ed.) - Intech Open. <http://doi.org/10.5772/54378>
- Levy, L. & Bértolo, H. (2012). *Manual de aleitamento materno*. Comité Português para a UNICEF
- Li, C., Cheng, G., Sha, T., Cheng, W. & Yan, Y. (2020). The relationship between screen use and health indicators among infants, toddlers, and preeschoolers: A meta-analysis and systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(19), 1-19. <https://doi.org/10.3390/ijerph17197324>

- Lima, J., Guedes, M., Silva, L., Freitas, M. & Fialho, A. (2016). Utilidade da teoria do conforto para o cuidado clínico de enfermagem à puérpera: Análise crítica. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 37(4), 1-5. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.04.65022>
- Mannel, R., Martens, P. & Walker, M. (2011). Manual prático para consultores de lactação. (2nd Ed.). Lusociência
- Marinho, C., Duarte, J., Koch, C. & Santos, M. (2022). Padrão de sono em crianças de 12 a 36 meses de idade. *Revista de Enfermagem Escola Anna Nery*, 26(1), 1-7, <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0269>
- Martinez, E., Tocantins, F. & Souza, S. (2013). As especificidades da comunicação na assistência de enfermagem à criança. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 34(1), 37-44. <https://doi.org/10.1590/S1983-14472013000100005>
- McEvoy, L. & Duffy, A. (2008). Holistic practice – A concept analysis. *Nurse Education in Practice*, 8, 412-419. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2008.02.002>
- Moon, R., Carlin, R. & Hand, I. (2022). Sleep-related infant deaths: Updated 2022 recommendations for reducing infant deaths in the sleep environment. *Pediatrics*, 150(1), 1-22. <https://doi.org/10.1542/peds.2022-057990>
- Netto, L., Silva, K. & Rua, M. (2018). Prática reflexiva e formação profissional: Aproximações teóricas no campo da saúde e da enfermagem. *Escola Anna Nery*, 22(1), 1-6. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2017-0309>
- Neves, A. (2021). *O sono do meu bebê*. (1st Ed.). Porto Editora
- Ordem dos Enfermeiros (2001). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, enquadramento conceptual, enunciados descritivos. Concelho de Enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica In *Cadernos da Ordem dos Enfermeiros - Série I*, 3(1). https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/Caderno_sOE_GuiasOrientadoresBoaPraticaCEESIP_Vol_III.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE) – Versão 2*
- Ordem dos Enfermeiros (2015). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE
- Ordem dos Enfermeiros (2017). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde infantil e pediátrica*. Concelho de Enfermagem. Leiria: Ordem dos Enfermeiros
- Pacheco, D. (2022). *Children and sleep*. Sleep Foundation.

<https://www.sleepfoundation.org/children-and-sleep>

- Paiva, T. (2015). *Bom sono, boa vida* (7th ed.). Oficina do Livro – Sociedade Editorial
- Pereira, L. & Oliveira, M. (2021). A hora do sono na educação infantil: Cuidar, educar e acolher. *Editora Científica*, (5), 55-63. <https://doi.org/10.37885/21705407>
- Porfírio, I., Almeida, A., Maia, G., Camargo, J. & Costa, D. (2022). A restrição do sono e a sua relação com o desenvolvimento de doenças metabólicas: uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 11(5), 1-10, <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i5.28550>
- Pramantik, I. & Burhaein, E. (2019). A floor time approach to improve learning outcomes of the body roll to the side in adaptive physical education learning: classroom action a research study on two cerebral palsy students. *International Journal of Disabilities Sports & Health Science*, 2(2), 45-53. <http://doi.org/10.33438/ijdsbs.652061>
- Rafael, A., Gouveia, M., Fernandes, S., Costa, A., Melo, S., Borges, S., Jorge, J. & Mendes, G. (2020). Exposição a “tempo de ecrã” e psicopatologia na infância. *Revista Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental*, 6(2), 54-66. <https://doi.org/10.51338/rppsm.2020.v6.i2.161>
- Rafihi-Ferreira, R., Pires, M. & Silhares, E. (2020) Tratamento multicomponente para insónia infantil e seus efeitos nos padrões, hábitos e rotinas de sono. *Revista Psicologia*, 51(4), 1-12. <https://doi.org/10.15448/1980-8623.2020.4.34034>
- Ramos, A. & Barbieri-Figueiredo, M. (2020). *Enfermagem em saúde da criança e do jovem*. (1st Ed.). Lidel
- Reis, B. & Rebocho, S. (2021). *Diário do Sono: O teu mal é sono*. (1st. Ed.). Gasoxmed
- Regulamento n.º 422/2018. (2018). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da infantil e pediátrica. Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Regulamento n.º 422/2018, de 12 de julho. Assembleia da República. Diário da República. II Série (nº. 133 de 12-07-2018). 19192-19194
- Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro. Assembleia da República. Diário da República, II Série (n.º 26 de 6-02-2019), 4744-4750
- Ribeiro, M. (2019). Os registos de enfermagem como uma estratégia indispensável para assegurar a continuidade dos cuidados. *Sinais Vitais*, (129), 29-41. <https://sinaisvitais.pt/images/stories/revista/RSV129.pdf>

- Ribeiro, O., Martins, M., Tronchin, D. & Forte, E. (2018). O olhar dos enfermeiros portugueses sobre os conceitos metaparadigmáticos de enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*, 27(2), 2-9. <https://doi.org/10.1590/0104-070720180003970016>
- Salavessa, M., & Vilarica, P. (2009). Problemas de sono em idade pediátrica. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 25(5), 584–591. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v25i5.10676>
- Sanders, J. (2014). Cuidados centrados na família em situações de doença e hospitalização. In M., Hockenberry & D., Wilson (Coords.), *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (pp. 1025-1118). Loures: Lusociência
- Santos, P., Silva, L., Depianti, J., Cursino, E. & Ribeiro, C. (2016). Os cuidados de enfermagem na percepção da criança hospitalizada. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(4), 603-609. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690405i>
- Santos, R., Tessarin, G., Belardi, B., Tsosura, T., Chiba, F., Mattera, M., Dias, G. & Matsushita, D. (2022). Trabalho noturno e melatonina: Implicações na saúde bucal. *Arch Health Invest*, 11(4), 639-645. <http://doi.org/10.21270/archi.v11i4.5729>
- Schön, D. (2016). *The Reflective Practitioner: How professionals think in action*. (3rd. Ed.). Routledge
- Silva, C., Schmidt, F., Grigol, A. & Schultz, L. (2020). O enfermeiro e a criança: A prática do brincar e do brinquedo terapêutico durante a hospitalização. *Ciências Biológicas e da Saúde*, 41(1), 95-106. <http://doi.org/10.5433/1679-0367.2020v41n1p95>
- Silva, E., Simões, P., Macedo, M., Duarte, J. & Silva, D. (2018). Percepção parental sobre hábitos e qualidade do sono das crianças em idade pré-escolar. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(17), 63–72, <https://doi.org/10.12707/RIV17103>
- Silva, F., Silva, G., Braga, L. & Neto, A. (2013). Hábitos e problemas do sono dos dois aos dez anos: estudo populacional. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 44(5), 196-202. <https://doi.org/10.25754/pjp.2013.2898>
- Suni, E. (2022). *How much sleep do we really need?* Sleep Foundation. <https://www.sleepfoundation.org/how-sleep-works/how-much-sleep-do-we-really-need>
- Sociedade Portuguesa de Pediatria (2017). *Recomendações SPS-SPP: prática da sesta da criança nas creches e infantários, públicos ou privados*. Criança e Família. <http://criancaefamilia.spp.pt/promocao-de-saude/recomendacoes-sps->

spp-para-a-prática-da-sesta-da-criança-na-creche-ou-no-infantário,-público-ou-privado.aspx

Sociedade Portuguesa de Pediatria (2020). *Higiene do sono da criança e adolescente*. Criança e Família <http://criancaefamilia.spp.pt/media/124389/HIGIENE%20SONO%20CRIANcA%20ADOLESCENTE.pdf>

Sociedade Portuguesa de Pediatria. (2021). *O sono seguro salva vidas: Proteja o seu filho da síndrome de morte súbita do lactente*. Criança e Família. http://criancaefamilia.spp.pt/media/139574/folheto_SMS_SPP-1-.pdf

Smith, W. (2018). Concept analysis of family-centered care of hospitalized pediatric patients. *Journal of Pediatric Nursing*, 42, 57-64. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.06.014>

Sousa, P., Antunes, A., Carvalho, J. & Casey, A. (2013). Parental perspectives on negotiation of their child's care in hospital. *Nursing Children and Young People*, 25(2), 24-28. <https://doi.org/10.7748/ncyp2013.03.25.2.24.e142>

Souza, M., Sartor, V., Padilha, M. & Prado, M. (2005). O cuidado em enfermagem – uma aproximação teórica. *Texto & Contexto Enfermagem*, 14(2), 266-270. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072005000200015>

Souza, J., Veríssimo, M. (2015) Desenvolvimento infantil: análise de um novo conceito. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(6), 1097-1104. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0462.2654>

Szewczyk, M., Gomes, G., Pereira, S., Gomes, L. & Lourenço, C. (2022). Percepções dos profissionais de enfermagem acerca da sua importância no processo de vinculação afetiva em ambiente intensivo neonatal. *Conjecturas*, 22(15), 296-310. <https://doi.org/10.53660/CONJ-1846-2N09>

Tham, E., Schneider, N. & Broekman, B. (2017). Infant sleep and its relation with cognition and growth: a narrative review. *Nature and Science of Sleep*, 7(9), 135-149. <https://doi.org/10.2147/NSS.S125992>

Tanner, C. A. (2006). Thinking like a nurse: a research-based model of clinical judgment in nursing. *Journal of Nursing Education*, 45(6), 204-211. <https://doi.org/10.3928/01484834-20060601-04>

Torres, A.C., Pereira, A.R., Oliveira, C., Oliveira, L., Marques, J. (2021). Impacto da privação do sono na criança em idade pré-escolar e escolar. *Revista de Ciências da Saúde da Escola Superior Saúde Cruz Vermelha Portuguesa*, 13, 27-33

Walker, M. (2019). *Porque dormimos? O que nos diz a ciência sobre o sono e os sonhos* (1st. Ed.). Saída de Emergência

- Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem*. Lusociência
- Watson, J. (2012). *Human Caring Science: A Theory of Nursing*. Canada: Jones & Bartlett Learning
- Webster-Stratton, C. (2010). *Os anos incríveis – Guia de resolução de problemas para pais de crianças dos 2 aos 8 anos de idade* (4th ed.). Psiquilíbrios
- Winter, W.C. (2017). *Dormir bem para viver melhor* (1st ed.). Porto Editora

APÊNDICES

APÊNDICE I
Cronograma de Estágio

Ano	2021/2022																				
Mês	Outubro			Nov./Dez.					Dez./Jan.				Jan./Fev.					Fevereiro			
Dias	11	18	25	1	8	15	22	29	6	13	20	27	3	10	17	24	31	7	14	21	
Serviço	17	24	31	7	14	21	28	5	12	19	26	2	9	16	23	30	6	13	20	27	
Consulta de Desenvolvimento:											Férias de Natal										
Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais:																					
Cuidados de Saúde Primários:																					
Serviço de Urgência Pediátrico:																					
Internamento de Pediatria:																					

APÊNDICE II
Guia Orientador de Atividades de Estágio



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

Guia Orientador de Atividades de Estágio

**Cuidados Centrados na Criança e na Família:
Intervenção de Enfermagem na Promoção de Hábitos
de Sono Saudáveis**

Mariana Adriano de Sousa Nobre Gonçalves



**Lisboa
2021**



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

Guia Orientador de Atividades de Estágio

**Cuidados Centrados na Criança e na Família:
Intervenção de Enfermagem na Promoção de Hábitos
de Sono Saudáveis**

Mariana Adriano de Sousa Nobre Gonçalves

Orientadora: Prof.^a Doutora Joana Rita Guarda da Venda Rodrigues

**Lisboa
2021**

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CCCF – Cuidados Centrados na Criança e na Família

CVSIJ – Consulta de Vigilância de Saúde Infantil e Juvenil

EE – Enfermeiro Especialista

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

OE – Ordem dos Enfermeiros

SPP – Sociedade Portuguesa de Pediatria

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	5
1. CONTEXTUALIZAÇÃO DA PROBLEMÁTICA	7
2.1 Consulta de Desenvolvimento.....	13
2.2 Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais.....	14
2.3 Cuidados de Saúde Primários.....	15
2.4 Serviço de Urgência Pediátrico	16
2.5 Internamento de Pediatria.....	18
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	

INTRODUÇÃO

O presente trabalho surge no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, tendo sido proposto realizar um documento que contemplasse os objetivos, as atividades e as competências especializadas a desenvolver nos contextos de estágio a realizar este semestre.

A sua elaboração tem como objetivo explicar, de forma concisa, o projeto de estágio, bem como servir de guia orientador ao longo do mesmo, de maneira a possibilitar a aquisição e desenvolvimento de competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE) e as competências específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (EEESIP). As competências a adquirir serão de carácter científico, técnico e humano para a conceção, gestão, prestação e supervisão de cuidados especializados de enfermagem à criança e sua família.

O projeto intitula-se **“Cuidados Centrados na Criança e na Família: Intervenção de Enfermagem na Promoção de Hábitos de Sono Saudáveis”**. O interesse pela temática do sono surgiu da reflexão secundária à prática profissional, onde foi constatado que o sono das crianças é constantemente interrompido, o que pode ter impacto no seu bem-estar, crescimento e desenvolvimento.

No quotidiano profissional assiste-se ao sono das crianças ser, muitas vezes, mesmo que inconscientemente, desrespeitado e interrompido pelas ações de profissionais de saúde, acabando por provocar despertares frequentes, por vezes, desnecessários. Por outro lado, também são observados profissionais de saúde que, por não valorizarem a importância do ambiente para a manutenção do sono, acabam por interferir com o período de sono das crianças, impossibilitando-as de ter um sono de qualidade e reparador.

Por todas essas ações terem repercussões negativas no estado de saúde da criança, por existir um interesse na melhoria da qualidade de cuidados de saúde prestados ao binómio criança-família e por acreditar que o EEESIP possui um papel fundamental na promoção de hábitos de sono saudáveis e ainda na capacitação da díade criança-família, foi considerado importante aprofundar os conhecimentos e as competências nesta temática.

O sono é uma temática transversal a todo o ciclo de vida da pessoa e que a acompanha independentemente de esta vivenciar um processo de saúde ou de doença. A promoção de hábitos de sono saudáveis deve ser um dos focos de atenção

na intervenção do enfermeiro desde o nascimento da criança, mas também sempre que seja detetada uma alteração do mesmo. Sendo ponto assente que é mais simples instituir a adoção de novos hábitos e rotinas de sono na criança, nos estádios de crescimento e desenvolvimento iniciais.

O EEESIP tem o dever de conhecer a temática do sono (a sua importância, as suas características e as possíveis alterações) o que permitirá detetar precocemente eventuais alterações e intervir, colmatando-as. Para tal, o EEESIP deve dotar a família de informações sobre a temática, capacitando-os através da criação de estratégias de intervenção promotoras de hábitos de sono saudáveis da criança.

1. CONTEXTUALIZAÇÃO DA PROBLEMÁTICA

O sono é uma necessidade humana básica, comum a todos os seres vivos, que deve ser encarada como um dos acontecimentos mais importantes do dia (Almeida, 2017). É uma necessidade fisiológica e um processo descrito como evolutivo, ativo e dinâmico, que se define por ser um estado temporário de inatividade a nível motor e comportamental, onde se regista uma diminuição da consciência, embora se verifique uma enorme atividade cerebral (OE, 2011; Torres et al., 2021; Walker, 2019; Winter, 2017). Este caracteriza-se por ser um estado facilmente reversível, onde ocorre uma diminuição temporária da consciência e da interação com o meio (Marinho et al., 2022; OE, 2011).

O sono tem um impacto multifatorial que se verifica no bem-estar físico, emocional, mental e comportamental (Torres et al., 2021). As suas principais funções centram-se na promoção do repouso e restauro de energia, o que permite incrementar a imunidade, potenciar a maturação e a plasticidade cerebral, criar e/ou consolidar memórias, estimular o desenvolvimento da linguagem e, ainda, manter o estado de vigília e de alerta (Silva et al., 2018; Tham, et al., 2017). O sono é também responsável por aumentar as defesas do sistema imunitário, sendo essencial na recuperação em caso de doença, na prevenção de infeções e um aliado no combate de processos malignos (Walker, 2019).

Em pediatria, o sono possui um papel de destaque pois, quando adequado, permite o crescimento e desenvolvimento da criança (Rafihi-Ferreira et al., 2020). Nesta linha de pensamento, já Salavessa e Vilariça, em 2009, explanavam que o sono permitia que a criança, ao aperfeiçoar a capacidade de se auto-confortar e de readormecer sozinha, sem a presença da família, pudesse gerir processos de autorregulação, essenciais para o seu desenvolvimento emocional e relacional.

Os hábitos e as rotinas de sono desadequadas são a base das alterações de sono identificada nas crianças. Estes podem ser consequência de erros comportamentais realizados pelas crianças e/ou pelas suas famílias (Paiva, 2015; Rafihi-Ferreira et al., 2020).

Segundo os achados de Rangel et al. (2015), cerca de 20 a 30% das crianças possuiu, em alguma fase da sua infância, perturbações do sono. Analisando o caso específico de Portugal, a prevalência diminui, variando entre 5,6 a 32%, sendo que a maioria destes casos são desvalorizados (quer pela própria criança, quer pela sua família, quer pelos profissionais de saúde), ou erradamente diagnosticados.

O sono da criança exerce influência não só na vida desta, mas também, na vida da sua família, podendo vir a afetar a relação e a estabilidade familiar. Tal pode afetar a estabilidade familiar, as relações entre a família ou ainda as relações entre a família e a própria criança (Silva et al., 2018; Torres et al., 2021). Manifestando-se comumente através de fadiga, frustração, alterações de humor e privação do sono (Rangel et al., 2015).

O sono pode ser influenciado por características biológicas, pelo temperamento e expectativas da pessoa, por hábitos, por aspetos sociais, culturais, familiares ou psicológicos, situação de saúde-doença e pelas condições ambientais (Rangel et al., 2015).

O sono não é uniforme, uma vez que ao longo da noite ocorrem vários ciclos, que vão evoluindo e se vão alternando (sono profundo e sono superficial). De acordo com Silva et al. (2018), a duração, a qualidade e o tipo de sono modificam-se consoante o estágio de desenvolvimento da criança. A qualidade do sono é fortemente influenciada pela manipulação e pelo ambiente envolvente. Para tal, para proporcionar um ambiente que estimule o sono, torna-se indispensável que a criança se sinta confortável e segura.

Se o número total de horas que a criança passa a dormir for inferior ao recomendado, quer por se ter deitado tarde, acordado cedo ou por este ter sido interrompido, este pode ser considerado insuficiente. Se tal não for um acontecimento único, mas pelo contrário se tornar numa situação repetitiva e/ou regular, pode levar à privação do sono, cujas consequências podem ser inicialmente subtis embora, possam vir a ter efeitos negativos, a curto ou longo prazo (Sociedade Portuguesa de Pediatria [SPP], 2017). Torres et al. (2021), declaram que “a privação do sono na criança tem efeitos devastadores no seu crescimento e desenvolvimento afetando a criança a nível emocional, psicológica e fisicamente” (p. 32).

As consequências da privação do sono são abordadas por vários autores e agrupadas em problemas comportamentais (agressividade, impulsividade, e baixa tolerância à frustração); problemas fisiológicos (fadiga e aumento da sonolência diurna); alterações cognitivas (distração, défice de atenção e de concentração, incapacidade de concluir tarefas, dificuldade de tomar decisões, diminuição do pensamento abstrato, memória e do desempenho cognitivo); alterações motoras (diminuição da destreza, aumento de lesões acidentais e quedas frequentes); alterações humorais (ansiedade, labilidade emocional, birras e maior irritabilidade); alterações de aprendizagem (mau rendimento escolar, dificuldade de memorização)

e alterações orgânicas (alterações da função endócrina, imunológica, metabólica, obesidade e hipertensão arterial) (Cardoso et al., 2014; Rafihi-Ferreira et al., 2020; SPP, 2017; Torres et al., 2021).

O sono insuficiente pode ser secundário a alterações do padrão de sono-vigília, alterações da qualidade do sono ou à ausência de uma higiene de sono (Salavessa & Vilariça, 2009). A higiene do sono consiste no controlo do ambiente e dos comportamentos associados ao sono, cujo objetivo é otimizar e promover o sono saudável (Winter, 2017). Em pediatria, a higiene do sono é realizada pela família e, para a sua implementação, é necessário o estabelecimento de hábitos e rotinas de sono consistentes e passíveis de ser repetidas diariamente.

Existem diversos fatores que influenciam os hábitos de sono da criança, nomeadamente: fatores biológicos, psicológicos, ambientais, socioculturais, estágio de desenvolvimento e pelos comportamentos parentais (Webster-Stratton, 2010, p. 258). Sabe-se que os hábitos e rotinas de sono devem ser definidos nos estádios de desenvolvimento iniciais, pois há menor probabilidade de serem contestados e enfrentados pelas crianças.

A rotina de sono consiste nas várias atividades que são realizadas antes da hora de deitar e possibilita que a criança reconheça o padrão e antecipe o momento de deitar. Para que tal seja possível, a rotina de sono deve ser tranquila e relaxante de maneira a reconfortar e tranquilizar a criança, diminuindo a sua resistência ao sono e à hora de deitar (Webster-Stratton, 2010).

Torna-se então crucial a abordagem do EE, cuja intervenção incide na maximização da saúde do binómio criança-família, através da promoção de hábitos de sono saudáveis. O EEESIP tem o dever de conhecer a temática do sono, devendo educar e consciencializar a díade criança-família para a sua importância. Ao dotar e capacitar a díade criança-família, o EEESIP possibilita que estes se sintam preparados para intervir de maneira a promover os hábitos de sono da criança ou melhorar os hábitos já instituídos, contribuindo assim para o crescimento e desenvolvimento da criança.

Ao fazê-lo o EEESIP vai ao encontro do defendido na filosofia de Cuidados Centrados na Criança e na Família (CCCF), que encara a criança e a sua família como o centro da prestação de cuidados (Coyne et al., 2018). Os pressupostos do CCCF compreendem fornecer a informação disponível à criança e à sua família, incluindo a criança no processo de negociação, discussão e no plano de cuidados, permitindo

que esta esteja envolvida na tomada de decisão e possibilitando que verbalize as suas preferências (Coyne et al., 2016).

O estabelecimento de uma relação terapêutica com a díade criança-família possibilita o seu envolvimento, a sua capacitação, a negociação, participação e ainda a parceria de cuidados (OE, 2017).

2. OBJETIVOS, ATIVIDADES E COMPETÊNCIAS A DESENVOLVER

À luz do Regulamento nº 422/2018, elaborado pela Ordem dos Enfermeiros (OE) em 2018, que define as Competências Específicas EEESIP, as competências a desenvolver no decorrer dos cinco contextos de estágio são:

- **Competência E1:** assistir a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde;
- **Competência E2:** cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade;
- **Competência E3:** prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.

Para a implementação do presente projeto de estágio e aquisição, desenvolvimento e consolidação das competências de EEESIP, previamente descritas, é essencial definir objetivos que direcionem o mesmo. Assim sendo, foram definidos objetivos gerais e, para cada um deles, objetivos específicos:

1. Desenvolver competências especializadas no cuidado de enfermagem à criança e família, em situações de especial complexidade, com vista à maximização da sua saúde e do seu potencial de desenvolvimento;
 - Promover o crescimento e o desenvolvimento infantil com vista à maximização da saúde da criança e família;
 - Desenvolver competências comunicacionais com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento;
 - Promover a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança.
2. Desenvolver competências para a prestação de cuidados especializados, com foco na promoção de hábitos de sono saudáveis na criança e família, nos diferentes contextos de prática de cuidados de enfermagem.
 - Analisar os fatores e as práticas que influenciam o sono da criança nos diferentes contextos de enfermagem;
 - Implementar estratégias de intervenção especializada promotoras de hábitos de sono saudáveis na criança;
 - Liderar processos de mudança no âmbito da promoção de hábitos de sono saudáveis da criança em contexto de práticas de cuidados de enfermagem.

Para possibilitar a aquisição das diferentes competências de EE e de EEESIP, bem como o cumprimento dos objetivos estabelecidos, foi necessário definir várias atividades a desenvolver em cada contexto de estágio. Importa salientar que as atividades definidas poderão sofrer um ajuste consoante a necessidade real do contexto de estágio.

Os objetivos definidos, as atividades propostas e as competências a adquirir foram agrupadas por contexto de estágio, sob a forma de tabela para facilitar a sua visualização.

2.1 Consulta de Desenvolvimento

Objetivo Específico	Atividades Definidas	Competência a Desenvolver
1. Promover o crescimento e o desenvolvimento infantil com vista à maximização da saúde da criança e família; 2. Desenvolver competências comunicacionais com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento; 3. Analisar os fatores e as práticas que influenciam o sono da criança nos diferentes contextos de enfermagem; 4. Liderar processos de mudança no âmbito da promoção hábitos de sono saudáveis da criança.	- Reunião de apresentação; - Consulta de normas, protocolos e projetos em vigor no serviço; - Realização de pesquisa bibliográfica sobre o desenvolvimento infantil, parâmetros a avaliar e instrumentos de avaliação utilizados na avaliação do desenvolvimento infantil; - Observação direta da intervenção do EEESIP no planeamento e durante as consultas; - Identificação das estratégias desenvolvidas e mobilizadas pelo EEESIP no âmbito da comunicação com a criança e sua família; - Participação nas consultas de enfermagem prestadas pelo EEESIP à díade criança-família; - Participação na avaliação do crescimento e do desenvolvimento infantil; - Elaboração de um dossier temático; - Realização de um Jornal de Aprendizagem.	<u>Competências Comuns do EE:</u> A- Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal (A1.3; A2.2) D - Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais (D1.1; D2.1; D2.2). <u>Competências Específicas do EEESIP:</u> E2 – Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade. (E2.4) E3 - Prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem. (E3.1; E3.3)

2.2 Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

Objetivo Específico	Atividades Definidas	Competência a Desenvolver
1. Promover o crescimento e o desenvolvimento infantil com vista à maximização da saúde da criança e família; 2. Promover a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança; 3. Analisar os fatores e as práticas que influenciam o sono da criança nos diferentes contextos de enfermagem; 4. Implementar estratégias de intervenção especializada promotoras de hábitos de sono saudáveis na criança; 5. Liderar processos de mudança no âmbito da promoção hábitos de sono saudáveis da criança.	- Reunião de apresentação, Consulta de normas, protocolos e projetos em vigor no serviço; - Realização de pesquisa bibliográfica sobre o desenvolvimento infantil, cuidados neuroprotetores e intervenções não farmacológicas para o controlo da dor; - Observação direta da intervenção do EEESIP; - Participação colaborativa nos cuidados de enfermagem à criança e sua família em situações de especial complexidade com foco na promoção da parentalidade, vinculação e amamentação; - Observação e identificação das estratégias promotoras de hábitos de sono implementadas pela equipa de enfermagem; - Utilização de escalas de avaliação da dor e de intervenções não farmacológicas para a prevenção, controlo e alívio da dor; - Desenvolvimento de um folheto a ser entregue à família intitulado “Como cuidar do sono do seu bebé”.	<u>Competências Comuns do EE:</u> A- Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal (A1.3) B - Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade (B2.2; B2.3). <u>Competências Específicas do EEESIP:</u> E1 - Assistir a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde. (E1.1) E2 - Cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade. (E2.1; E.2.2) E3 - Prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem. (E3.1, E3.2; E3.3)

2.3 Cuidados de Saúde Primários

Objetivo Específico	Atividades Definidas	Competência a Desenvolver
1. Promover o crescimento e o desenvolvimento infantil com vista à maximização da saúde da criança e família; 2. Desenvolver competências comunicacionais com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento 3. Promover a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança. 4. Analisar os fatores e as práticas que influenciam o sono da criança nos diferentes contextos de cuidados de enfermagem 5. Implementar estratégias de intervenção especializada	- Reunião de apresentação; - Consulta de normas, protocolos e projetos em vigor no serviço; - Realização de pesquisa bibliográfica sobre o desenvolvimento infantil e parâmetros a avaliar na Consulta de Vigilância de Saúde Infantil e Juvenil (CVSIJ); - Observação da atuação e interação do EEESIP com a criança e sua família na CVSIJ; - Identificação das estratégias desenvolvidas e mobilizadas pelo EEESIP no âmbito da comunicação com a criança e família e na promoção de hábitos de sono saudáveis; - Participação nas CVSIJ com enfoque na promoção de hábitos de sono saudáveis; - Promoção de um ambiente facilitador para a comunicação e expressão de emoções da criança e sua família;	<u>Competências Comuns do EE:</u> B - Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade (B1.1; B3.1) D - Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais (D2.2) <u>Competências Específicas do EEESIP:</u> E1 - Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde. (E1.2) E2 - Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade. (E.2.2) E3 - Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento (E3.1; E3.3; E3.4)

promotoras de hábitos de sono saudáveis na criança.	- Elaboração de um diário de campo; - Realização de registos de enfermagem, no sistema informático; - Utilização de intervenções não farmacológicas para a prevenção, controlo e alívio da dor na criança; - Desenvolvimento de um poster intitulado “Vamos falar do sono do bebé?”.	
---	---	--

2.4 Serviço de Urgência Pediátrico

Objetivo Específico	Atividades Definidas	Competência a Desenvolver
1. Promover o crescimento e o desenvolvimento infantil com vista à maximização da saúde da criança e família; 2. Desenvolver competências comunicacionais com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento	- Reunião de apresentação e consulta de normas, protocolos e projetos em vigor no serviço; - Observação do EEESIP na prestação de cuidados e interação com a criança e sua família; - Identificação das estratégias mobilizadas pelo EEESIP no âmbito da comunicação nos diferentes postos que compõe o serviço de urgência; - Prestação de cuidados à criança e família com supervisão do EEESIP;	<u>Competências Comuns do EE:</u> A- Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal (A1.1) B - Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade (B2.1; B2.3) D - Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais (D2.1) <u>Competências Específicas do EEESIP:</u>

3. Promover a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança 4. Analisar os fatores e as práticas que influenciam o sono da criança nos diferentes contextos de cuidados de enfermagem; 5. Liderar processos de mudança no âmbito da promoção hábitos de sono saudáveis da criança	- Treino de técnicas e estratégias de comunicação apropriadas ao estágio de desenvolvimento e cultura da criança e sua família; - Utilização de intervenções não farmacológicas para a prevenção, controlo e alívio da dor na criança; - Realização da anamnese aprofundando questões relacionadas com os hábitos de sono da criança; - Identificação das preocupações e dificuldades vivenciadas pela família; - Observação e identificação das estratégias promotoras de hábitos de sono implementadas pela equipa de enfermagem; - Reflexão com o EEESIP sobre as estratégias e intervenções implementadas na prestação de cuidados; - Realização de uma entrevista a um perito com o objetivo de compreender qual o impacto do ambiente no sono da criança e da sua família; - Desenvolvimento de um portfólio reflexivo sobre o impacto do ambiente no sono da criança.	E1 - Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde. (E1.1; E1.2) E2 - Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade. (E.2.1; E2.2; E2.3) E3 - Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem. (E3.3)
--	---	---

2.5 Internamento de Pediatria

Objetivo Específico	Atividades Definidas	Competência a Desenvolver
1. Promover o crescimento e o desenvolvimento infantil com vista à maximização da saúde da criança e família; 2. Analisar os fatores e as práticas que influenciam o sono da criança nos diferentes contextos de enfermagem; 3. Implementar estratégias de intervenção especializada promotoras de hábitos de sono saudáveis na criança; 4. Liderar processos de mudança no âmbito da promoção hábitos de sono saudáveis da criança.	- Reunião de apresentação; - Consulta de normas, protocolos e projetos em vigor no serviço; - Realização de pesquisa bibliográfica que permita aprofundar conhecimentos sobre o sono e os fatores que o influenciam durante a hospitalização; - Observação da intervenção do EEESIP; - Participação nos cuidados de enfermagem à criança e família com enfoque na promoção de hábitos de sono saudáveis; - Observação e identificação das estratégias promotoras de hábitos de sono implementadas pela equipa de enfermagem; - Identificação dos hábitos de sono da criança, dos diagnósticos identificados no processo clínico e das intervenções de enfermagem implementadas. - Participação nos cuidados de enfermagem à criança com condição crónica e sua família;	<u>Competências Comuns do EE:</u> B - Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade (B1.2; B2.3) C – Domínio da gestão dos cuidados (C1.1) D - Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais (D2.3) <u>Competências Específicas do EEESIP:</u> E1 - Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde. (E1.2) E2 - Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade. (E.2.5) E3 - Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de

	- Desenvolvimento de uma norma interna para uniformização de cuidados na construção dos processos informáticos.	vida e de desenvolvimento da criança e do jovem. (E3.1)
--	---	---

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, C. (2017). *Socorro! O meu bebé não dorme*. (1st ed.). Porto Editora
- Cardoso, M., Léis, A., Oliveira, N., Viana, T., Praciano, A., Oliveira, E. (2014). A influência dos distúrbios do sono no desenvolvimento infantil. *Cogitare Enfermagem*. 19(2), 368-375. <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/34717/22>
- Coyne, I., Holmström, I. & Söderbäck, M. (2018). Centeredness in healthcare: a concept synthesis of family-centered care, person-centered care and child-centered care. *Journal of Pediatric Nursing*, 42(1), 45-56. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.07.001>
- Ordem dos Enfermeiros (2017). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde infantil e pediátrica*. Concelho de Enfermagem: Ordem dos Enfermeiros
- Paiva, T. (2015). *Bom sono, boa vida* (7th ed.). Oficina do Livro – Sociedade Editorial
- Rafihi-Ferreira, R., Pires, M. & Silves, E. (2020) Tratamento multicomponente para insónia infantil e seus efeitos nos padrões, hábitos e rotinas de sono. *Revista Psico*. 51(4), 1-12. <https://doi.org/10.15448/1980-8623.2020.4.34034>
- Rangel, M. A., Baptista, C., Pitta, M. J., Anjo, S., & Leite, A. L. (2015). Qualidade do sono e prevalência das perturbações do sono em crianças saudáveis em Gaia: um estudo transversal. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 31(4), 256–264. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v31i4.11553>
- Regulamento n.º 422/2018 (2018). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da infantil e pediátrica. Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Regulamento n.º 422/2018, de 12 de julho. Assembleia da República. Diário da República. II Série (nº. 133 de 12-07-2018). 19192-19194
- Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro. Assembleia da República. Diário da República, II Série (n.º 26 de 6-02-2019), 4744-4750
- Salavessa, M., & Vilariça, P. (2009). Problemas de sono em idade pediátrica. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 25(5), 584–591. DOI: 10.32385/rpmgf.v25i5.10676
- Silva, E., Simões, P., Macedo, M., Duarte, J. & Silva, D. (2018). Perceção parental sobre hábitos e qualidade do sono das crianças em idade pré-escolar. *Revista*

- de Enfermagem Referência*, 4(17), 63–72. <https://doi.org/10.12707/RIV17103>
- Sociedade Portuguesa de Pediatria (2017). *Recomendações SPP - Prática da sesta da criança nas creches e infantários, públicos ou privados*. Criança e Família. <http://criancaefamilia.spp.pt/promocao-de-saude/recomendacoes-sps-spp-para-a-pratica-da-sesta-da-crianca-na-creche-ou-no-infantario,-publico-ou-privado.aspx>
- Torres, A.C., Pereira, A.R., Oliveira, C., Oliveira, L., Marques, J. (2021). Impacto da privação do sono na criança em idade pré-escolar e escolar. *Revista de Ciências da Saúde da Escola Superior Saúde Cruz Vermelha Portuguesa*. 13, 27-33
- Webster-Stratton, C. (2010). *Os anos incríveis – Guia de resolução de problemas para pais de crianças dos 2 aos 8 anos de idade* (4th ed.). Psiquilíbrios
- Winter, W.C. (2017). *Dormir bem para viver melhor* (1st ed.). Porto Editora

APÊNDICE III
Descrição dos Contextos de Estágio

Consulta de Desenvolvimento

A consulta de desenvolvimento onde decorreu o primeiro estágio, de apenas duas semanas, pertence a um hospital da região de Lisboa. Esta é composta por uma equipa multidisciplinar que engloba EEESIP, EE em saúde mental, pediatra de desenvolvimento, neuropediatra, pedopsiquiatra, psicóloga, terapeuta da fala, terapeuta ocupacional, professora de educação especial e assistente social.

Uma das valências da consulta de desenvolvimento denomina-se unidade e o seu principal objetivo é a promoção do desenvolvimento psico-afetivo e do bem-estar das crianças com idade inferior a três anos e das suas famílias. Atualmente, a unidade acompanha crianças com problemas comunicacionais, relacionais ou de desenvolvimento, alterações de comportamento (birras, irritabilidade, agressividade), dificuldades a nível de alimentação e/ou do sono e ainda problemas do foro emocional.

O modelo desenvolvimental utilizado nas consultas denomina-se *Floor Time*, traduzido por tempo de brincadeira no chão (Pramantik & Burhaein, 2019). Esta abordagem compreende uma interação entre o profissional de saúde e a criança, que permite a avaliação do seu crescimento e desenvolvimento. Este modelo de desenvolvimento humano centra-se em três premissas: capacidades desenvolvimentais emocionais funcionais, diferenças individuais do processamento sensorial e no estabelecimento de uma relação.

Este modelo defende que cada criança é única e que, para promover o seu desenvolvimento funcional, é essencial começar por compreender e promover o desenvolvimento emocional. As capacidades desenvolvimentais emocionais funcionais são seis, nomeadamente: a atenção e regulação; a formação de relações/ envolvimento mútuo; a comunicação intencional em duas vias; os gestos complexos e a resolução de problemas; o uso de símbolos para expressar pensamentos e/ou sentimentos e a conexão lógica de símbolos com o pensamento abstrato (Lal & Chhabria, 2013).

A avaliação do desenvolvimento da criança através deste modelo faz-se permitindo que esta brinque e, principalmente, que guie e lidere a brincadeira. Para tal, é essencial que a criança se sinta confortável e segura e que permita que o EEESIP participe na brincadeira.

Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais

A UCIN, onde decorreu o segundo estágio, pertence a um hospital da região de Lisboa e engloba os RN de termo e pré-termo, com necessidades de cuidados à nascença. Estes podem ser encaminhados diretamente do bloco de partos, transferidos do puerpério, do SUP ou ainda de outros hospitais que não possuam este tipo de cuidados diferenciados.

A UCIN situa-se no edifício central e é composta pelos cuidados neonatais e pelo banco de Leite Humano.

A UCIN tem capacidade para trinta e um RN e é composta por duas alas, respetivamente a ala 1 e a ala 2. A ala 1, dispõe de onze boxes individuais e dá resposta aos RN que, por terem maior instabilidade hemodinâmica, necessitam de um nível de vigilância mais elevado e cuidados de enfermagem mais complexos. A ala 2, também denominada de cuidados intermédios, tem capacidade para vinte recém-nascidos (doze incubadoras e oito berços). Aqui encontram-se os RN que estão numa fase de transição e que necessitam, progressivamente, de menor vigilância e de cuidados de enfermagem menos complexos, até poderem ter alta.

A equipa de enfermagem é comum a ambas as alas, havendo uma distribuição semanal, realizada pela enfermeira chefe. O método de trabalho adotado é o individual de trabalho, embora no início do internamento seja atribuído um enfermeiro de referência a cada RN, que o acompanha (e à sua família) durante o processo de internamento. Esta prática facilita o estabelecimento de uma relação terapêutica com a díade criança-família, bem como a visualização dos ganhos de saúde do RN e o seu crescimento e desenvolvimento ao longo do internamento.

O banco de Leite Humano funciona todos os dias, entre as 08h e as 16h e torna-se possível graças à doação de leite materno. O leite de dadora pode ser distribuído para RN na área da grande Lisboa, desde que se verifiquem condições hemodinâmicas para o seu consumo. A utilização de leite de dadora permite que seja evitado o uso de leite artificial, usufruindo o RN de todas as importantes vantagens inerentes ao consumo de leite humano.

Cuidados de Saúde Primários

Os cuidados de saúde primários correspondem à base de prestação de cuidados de saúde em Portugal e são considerados como o pilar do Serviço Nacional de Saúde. Estes, englobam diferentes tipos de cuidados, principalmente a nível da prevenção e deteção de doenças, conseguidas através de um acompanhamento frequente, que possibilita a promoção de hábitos de vida saudáveis (DGS, 2013).

Atualmente, com a reestruturação dos cuidados de saúde primários que decorreu em 2007, foram criados Agrupamentos de Centros de Saúde (denominados por ACES) que detêm autonomia administrativa e integram diferentes unidades funcionais: USF; unidade de cuidados de saúde personalizados; unidade de cuidados na comunidade; unidade de saúde pública e unidade de recursos assistenciais partilhados (Decreto-Lei 28/2008, 2008).

O terceiro estágio foi realizado numa USF, situada na região de Lisboa e que, presentemente, se encontra dividida em dois pólos (designadamente pólo 1 e pólo 2), dando resposta à população envolvente de cada um deles.

O estágio decorreu na USF do pólo 2 e esta partilha o espaço físico com uma unidade de cuidados na comunidade, embora disponham de equipas multidisciplinares distintas. No caso da USF, esta é composta por dois administrativos, três enfermeiras (uma EEESIP, uma EE em reabilitação e uma enfermeira generalista) e seis médicos de medicina geral e familiar.

Respeitando o preconizado com o PNSIJ, são realizadas CVSIJ periódicas, desde o nascimento até à criança completar dezoito anos. No primeiro mês de vida do RN, é realizada uma avaliação mais regular para controlo do peso que permite que a EEESIP avalie a dinâmica familiar, identifique aspetos que possam ser melhorados e intervenha, capacitando a família e dotando-a de competências que potenciem hábitos saudáveis.

Serviço de Urgência Pediátrica

O SUP está situado na região de Lisboa e presta cuidados a crianças até aos dezoito anos.

Como o estágio decorreu durante o período de pandemia, o SUP tinha sofrido uma reestruturação e encontrava-se fisicamente dividido em duas zonas independentes: uma dedicada a crianças com patologia respiratória e outra para as restantes situações. Ambas as alas dispõem de sala de espera, sala de triagem, sala de reanimação, sala de tratamentos, sala de observação (com capacidade para um total para sete crianças) e gabinetes médicos. A urgência geral possui ainda um quarto de contenção e uma sala de pequena cirurgia.

A equipa que integra o SUP é única, existindo um total de 9 enfermeiros escalados por turno, que se dividem, ficando 2 alocados à triagem, 4 na sala de tratamentos, 2 na sala de observações e o chefe de turno.

Durante o período de estágio foi possível prestar cuidados em ambas as zonas de cuidados, tendo sido possível verificar que, independentemente da situação que originou a vinda ao SUP, a criança encontrava-se sempre acompanhada por um familiar, indo ao encontro ao postulado pela CCH quando refere que “uma criança hospitalizada tem direito a ter os pais ou seus substitutos, junto dela, dia e noite, qualquer que seja a sua idade ou o seu estado” (IAC, 2009, p.1).

Serviço de Internamento de Pediatria

O estágio final decorreu num serviço de internamento de pediatria de um hospital da região de Lisboa. Este, situa-se no quarto piso do edifício central e dá resposta a crianças em diferentes estágios de desenvolvimento, podendo estar internados lactentes com um mês de vida ou adolescentes até completarem os dezoito anos.

O serviço encontra-se dividido em quatro quartos, dispondo de um total de 12 vagas. Embora seja um serviço de internamento médico, o serviço deste último contexto de estágio abarca maioritariamente crianças com condições crónicas com necessidade de hospitalização prolongados e muitas vezes repetitivas.

Os internamentos prolongados possibilitam o estabelecimento de uma relação terapêutica baseada na confiança mútua com a díade criança-família, viabilizando a

parceria de cuidados, onde a família acompanha a criança mas também intervém na prestação de cuidados.

A maioria das crianças internadas neste serviço recorre inicialmente ao SUP e é posteriormente encaminhada para o serviço. No entanto, existem alguns casos de crianças que são encaminhadas da consulta externa, transferidas de outros serviços, ou diretamente do bloco operatório pediátrico.

O serviço possui ainda duas salas de enfermagem (uma delas usada para a transferência de cuidados e a outra para a preparação de terapêutica), uma copa, um gabinete para a enfermeira chefe e ainda uma sala para a equipa médica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Decreto-Lei 28/2008. (2008). Regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do serviço nacional de saúde. Ministério da Saúde. Diário da República: I série (nº 38 de 22-02-2008). 1182-1189. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/28/2008/p/cons/20220804/pt/html>
- Direção-Geral da Saúde (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Lisboa: Direção-Geral de Saúde
- Instituto de Apoio à Criança (2009). Carta da criança hospitalizada. Lisboa. Sociedade Portuguesa de Pediatria
- Lal, R. & Chhabria, R. (2013). *Early intervention of autismo: a case for floor time approach*. (1st ed.) - Intech Open. <http://doi.org/10.5772/54378>
- Pramantik, I. & Burhaein, E. (2019). A floor time approach to improve learning outcomes of the body roll to the side in adaptive physical education learning: classroom action a research study on two cerebral palsy students. *International Journal of Disabilities Sports & Health Science*, 2(2), 45-53. <http://doi.org/10.33438/ijdshts.652061>

APÊNDICE IV
Jornal de Aprendizagem Sobre a Importância do Brincar na
Comunicação em Pediatria



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

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Jornal de Aprendizagem

A Importância do Brincar na Comunicação em Pediatria

Mariana Adriano de Sousa Nobre Gonçalves



**Lisboa
2021**



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

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Jornal de Aprendizagem

A Importância do Brincar na Comunicação em Pediatria

Mariana Adriano de Sousa Nobre Gonçalves



Orientador:

Prof.^a Doutora Joana Rita Guarda da Venda Rodrigues



Lisboa

2021

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	4
1. JORNAL DE APRENDIZAGEM.....	5
1.1 Descrição da Situação de Cuidados	5
1.2 Pensamentos e Sentimentos	8
1.3 Avaliação, Análise e Conclusão	10
1.4 Agenda.....	12
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	

INTRODUÇÃO

Este jornal de aprendizagem surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, do 12º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria e inserindo-se no estágio da consulta de desenvolvimento tem como objetivo descrever e refletir sobre uma situação de cuidados vivenciada.

A situação evidenciada visa descrever a importância do brincar como forma de comunicar em pediatria, bem como a sua função na avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança.

A situação descrita, juntamente com a redação deste jornal de aprendizagem, permitiu-me completar o processo reflexivo, evidenciando as fases de reflexão na ação, sobre a ação e, posteriormente, sobre a reflexão na ação. É este processo reflexivo sobre a prestação de cuidados que permite o desenvolvimento de competências especializadas (Netto et al., 2018).

Com a realização do presente jornal de aprendizagem espero ilustrar a aquisição de competências de enfermeira especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica abordadas ao longo do relatório de estágio.

Este jornal de aprendizagem tem um capítulo único composto por quatro subcapítulos. No primeiro subcapítulo será realizada uma descrição da situação, no capítulo seguinte será realizada uma análise dos pensamentos e emoções sentidas no decorrer da situação. No terceiro subcapítulo será apresentada uma avaliação, análise e conclusão do momento evidenciado e no subcapítulo final será apresentado o plano de ação para situações futuras semelhantes.

1. JORNAL DE APRENDIZAGEM

O processo reflexivo permite analisar as situações vivenciadas e a atuação tida perante as mesmas, possibilitando que sejam retiradas conclusões e que, conseqüentemente, numa futura situação seja adotada uma postura diferente ou melhorados os aspetos menos positivos.

O presente jornal de aprendizagem foi redigido com base no Ciclo Reflexivo de Gibbs e aborda um momento real, vivido durante o estágio na Unidade de Desenvolvimento. Os nomes utilizados no decorrer do mesmo são fictícios, de maneira a garantir o anonimato dos intervenientes.

1.1 Descrição da Situação de Cuidados

A Leonor é uma criança com 4 anos de idade que veio à consulta de desenvolvimento infantil referenciada pela escola que frequenta por suspeitas de dificuldade de interação, nomeadamente, por não fixar o olhar e por não falar.

A Leonor chegou à consulta acompanhada pelos pais, com um atraso de 40 minutos. Fui recebê-los à sala de espera, apresentei-me e encaminhei-os para o gabinete onde iria decorrer a consulta. A médica convidou os pais a sentarem-se e a Leonor, ainda ao colo da mãe, olhou para a caixa de brinquedos e apontou na sua direção. Prontamente, perguntei-lhe se queria brincar, ao que ela anuiu.

Sentada no chão aproximei dela a caixa de brinquedos dizendo “vamos ver o que encontramos aqui” (SIC). Sentando-se ao meu lado, a Leonor começou a mexer nos vários brinquedos, rapidamente encontrando um cão e, automaticamente, imitou um latido. A enfermeira especialista confirmou dizendo “é isso mesmo, é um cão «ão ão»” (SIC). Com um sorriso no rosto, a Leonor olhou desta vez para mim repetindo o som e virando-se para trás disse “pai cão” (sic) mostrando-lhe, orgulhosa, a sua descoberta.

A brincadeira continuou e eu, propositadamente, agarrando num cavalo disse-lhe “olha encontrei um gatinho” (SIC). Ela soltou uma gargalhada e moveu a cabeça verbalizando um não a medo, num tom de voz baixo. Sorri e disse “ai enganei-me! É um cavalo” (SIC). De seguida, peguei numa árvore e coloquei-a perto do cavalo dizendo “será que o cavalo tem fome?” (SIC) ao mesmo tempo que imitava os ruídos do cavalo a mastigar. Olhando para mim, a Leonor agarrou no cão e começou a imitar-me.

Voltando a atenção para a caixa que se mantinha cheia de brinquedos, a Leonor encontrou um xilofone e olhando para mim, estendeu-me o instrumento como se estivesse a pedir ajuda. Dizendo-lhe “a Mariana ajuda” (SIC) procurei algo na caixa que pudesse utilizar como baqueta e encontrando uma colher, comecei a produzir sons musicais. Neste momento, a Leonor ficou visivelmente perplexa como se fosse a primeira vez que estivesse a observar tal objeto. Estendi-lhe a minha “baqueta” e aproveitei para explorar o conhecimento da Leonor sobre as cores, dado que cada tecla do xilofone tinha uma cor diferente. Nomeando as cores corretamente, a Leonor continuou a “fazer música”, dirigindo-se ao pai para lhe exhibir a sua recente descoberta.

À medida que brincava com a Leonor ia também prestando atenção à conversa que a médica estava a ter com a sua família e as perguntas que lhes fazia. Apercebi-me que os pais da Leonor se tinham separado recentemente e que, desde então, o contato da Leonor com o pai era mais reduzido, o que poderia explicar a sua necessidade de interagir e de demonstrar as suas capacidades ao pai.

De seguida a Leonor apercebeu-se da cozinha de brincar e dirigindo-se à mesma, começou a explorar todas as portas e botões. Estendi-lhe um prato e verbalizei que ia procurar algo para ela cozinhar. Dei-lhe então uma fatia de pizza que ela colocou no prato, pondo este dentro do microondas e oferecendo-mo de seguida. Agradei dizendo que estava cheia de fome, fingi comer a fatia de pizza e rematei dizendo “estava deliciosa!” (SIC). A Leonor ficou muito feliz e colocando-se de pé, começou a mexer os braços e a balancear o corpo como se estivesse a dançar. A enfermeira especialista interveio dizendo “estou tão contente, que bom!” (SIC). A Leonor repetiu a ação, mas desta vez entregou o prato à mãe, que agradeceu mas manteve-se focada na conversa com a médica. Perante isso, a Leonor reagiu de maneira diferente, ignorando a cozinha por completo e voltando a sentar-se no chão. Desta vez a enfermeira especialista verbalizou “fiquei triste” (SIC) e, dirigindo-se aos pais, explicou-lhes a importância de estes nomearem as emoções que a Leonor está a sentir e a manifestar, para que esta compreenda que é normal experienciar diferentes emoções e que aprenda a lidar com as mesmas.

Voltando a dirigir a sua atenção para a caixa, a Leonor exclamou “olha!” (SIC), enquanto tentava alcançar uma boneca e após ter conseguido, olhou para mim com um ar triunfante para me mostrar o que tinha encontrado. Continuámos a brincar no chão, de frente uma para a outra, enquanto a médica interpelava os pais para saber se a posição adotada pela Leonor naquele momento, de joelhos em posição “W”, era

comum em casa. Perante uma resposta afirmativa a médica, informando que, no futuro, a mesma poderia esboçar diversos problemas posturais e de marcha, incentivou-os a corrigir aquela posição. Ensinando-lhes como abordar a situação, explicou-lhes que deviam, calmamente, dizer “pés para a frente, Leonor” (SIC) e ajudá-la a adotar uma postura mais natural, contudo sem nunca a forçar. Demonstrei o que estava a ser aconselhado e a Leonor mudou a sua postura sem qualquer contestação.

Ainda durante a consulta, a médica perguntou aos pais pelo sono da Leonor, concentrando-se em querer saber onde e quantas horas dormia, se acordava durante a noite e se adormecia sozinha. A mãe respondeu que a Leonor adormecia no seu quarto e, posteriormente, a levava para o quarto dela onde ficava o resto da noite até acordar, algo recorrente que acontecia uma a duas vezes por noite.

Foi explorado o contexto dos despertares, de maneira a excluir a possibilidade de se tratar de terrores noturnos – despertares noturnos súbitos que ocorrem em crianças com idades compreendidas entre os 2 e os 5 anos e que se caracterizam por uma agitação intensa, aparente confusão normalmente acompanhado por choro gritado, sudorese, taquicardia, taquipneia e midríase (Halal & Nunes, 2018).

Não se tratando deste tipo de distúrbio do sono - os terrores noturnos inserem-se nas parassónias - foram desenvolvidas, em conjunto com a família, estratégias que pudessem ser adotadas de maneira a melhorar a relação da Leonor com o sono. Com o objetivo de melhorar a continuidade do sono da Leonor, diminuindo os seus despertares e a consequente fragmentação do sono, sugeri aos seus pais que a adormecessem no seu quarto. Tendo acrescentado que, ao iniciar o sono na sua própria cama, a probabilidade de acordar a meio da noite, perceber que se encontra num local diferente daquele onde tinha adormecido e ficar assustada, seria menor (Almeida, 2017).

Aproveitei igualmente para reforçar a importância de estabelecer uma rotina de sono diária, tranquila, que pudesse ser repetida em ambos os ambientes familiares, devendo esta ser cumprida diariamente. A existência de um ritual pré adormecimento, permitiria que a Leonor se preparasse e antecipasse a hora de ir dormir (Rafihi-Ferreira et al., 2020) facilitando assim o sono saudável e reparador. Sabendo que o ambiente tem um forte impacto no sono da criança, lembrei aos pais da Leonor a importância do quarto estar escuro (ou com uma iluminação suave), possuir uma temperatura amena - idealmente entre os 18-21°C – e de se encontrar limpo e

arrumado, tudo aspetos que auxiliariam o adormecimento da Leonor (Rafihi-Ferreira et al., 2020).

No final da consulta pedi à Leonor que me ajudasse a arrumar os brinquedos, o que ela fez sem hesitar. No entanto, quando ia sair do gabinete demonstrou bastante relutância em se retirar, até a mãe pegar nela ao colo, acabando por sair gesticulando um tímido adeus.

1.2 Pensamentos e Sentimentos

A abordagem adotada pela equipa na consulta de desenvolvimento infantil denomina-se *Floor Time*, esta consiste num modelo de avaliação do desenvolvimento infantil e compreende um contato interativo entre o profissional de saúde e a criança, normalmente traduzido por tempo de brincadeira no chão (Pramantik & Burhaein, 2019). Este modelo baseia-se no afeto através da relação, partindo da premissa de que cada criança é única. Ao defender a individualidade de cada criança, esta abordagem permite compreender e promover o seu desenvolvimento emocional e funcional (Lal & Chhabria, 2013).

Considero que uma das diferenças mais importantes deste modelo relativamente a outros que já conhecia, centra-se na possibilidade de ser a criança a guiar e a direcionar a brincadeira. Por essa razão, durante o decorrer da consulta, esforcei-me por ouvir a Leonor e seguir as suas pistas, dando-lhe oportunidade para ter iniciativa e liderar a brincadeira.

No início da consulta senti algum receio de não ser capaz de gerir a brincadeira e interagir sozinha com a Leonor, tive medo de não conseguir dar resposta às suas ações e, principalmente, às suas necessidades, pois sabia que não tinha conhecimentos ou experiência suficientes nesta área. Por respeitar a individualidade de cada criança, sabia que o que resulta com uma pode não funcionar com a outra por essa razão, não tinha nenhum plano estruturado. No entanto, sabia que não estava sozinha e que a enfermeira especialista estaria presente e disponível para intervir a qualquer momento. O facto de se tratar de uma consulta realizada em simultâneo com a médica, contribuiu para o meu alívio e sensação de segurança já que, graças à sua presença, eu teria mais disponibilidade para me dedicar à Leonor, comunicar com ela e perceber os seus sinais.

Assim que a Leonor demonstrou interesse pela caixa dos brinquedos e começou a querer brincar, deixei de me focar em mim e nos meus sentimentos e foquei-me na

Leonor, na sua expressão facial, no seu modo de brincar e interagir e no seu desenvolvimento. À medida que a brincadeira progrediu e a Leonor começou a responder verbalmente às minhas questões, senti que conseguia deixá-la liderar a brincadeira sem, contudo, deixar de direccionar a mesma, de maneira a conseguir extrair dados e informações relevantes para avaliar o seu crescimento e desenvolvimento. Por exemplo, a brincadeira com o xilofone permitiu-me concluir que a Leonor sabia diferenciar as cores.

Também o facto da Leonor confiar em mim e pedir ajuda para lhe mostrar como utilizar e como brincar com o xilofone, ajudou a que me sentisse bem-sucedida, na medida em que tinha conseguido criar uma relação de confiança, na qual a Leonor se sentiu em segurança.

Recordo que ao ouvir a enfermeira especialista explicar aos pais a importância de nomear os sentimentos que a Leonor ia expressando, pensar na importância do que estava a ser explicado. De facto, é importante que as crianças se sintam seguras para poderem expressar livremente os seus sentimentos e que saibam nomear o que estão a sentir. É também importante que tenham noção de que é comum experienciar diferentes sentimentos e emoções ao longo do dia. Confesso que até àquele momento nunca tinha pensado sobre a necessidade de assegurar às crianças que o que estão a sentir é válido, normal e, conseqüentemente, ensiná-las a gerir as suas emoções. Este momento exemplifica a importância da reflexão na ação e de como esta é fundamental para a consciencialização pessoal e adoção de novos comportamentos.

Ao abordar a família da Leonor para lhes clarificar a importância de uma rotina de sono passível de ser realizada diariamente, senti-me segura e confiante e tentei demonstrá-lo na forma como interagi com a família. Creio que por ser uma temática que tenho vindo a estudar e sobre a qual tenho mais conhecimentos, senti mais confiança a expô-la à família, do que propriamente a gerir as ações e as reações da criança.

Por tudo isso, no final da consulta fiquei satisfeita com a minha prestação, não só por ter conseguido deixar a Leonor ter tido a iniciativa ao longo da brincadeira, como também por ter sido capaz de a direccionar, de forma a poder obter e retirar informações essenciais sobre a Leonor e o seu desenvolvimento.

1.3 Avaliação, Análise e Conclusão

A primeira consulta pode ser realizadas pela enfermeira especialista, pela médica ou em conjunto, o que possibilita que a díade criança-família possa conhecer e interagir desde logo com equipa e ainda que estas adquiram a mesma informação sobre a díade criança-família, possibilitando que retirem as suas próprias conclusões no final da consulta. A consulta conjunta permite, ainda, que os pais não tenham de repetir a informação que transmitem e, mais importante do que isso, impossibilita que a criança fique cansada e frustrada. Por outro lado, como o tempo de consulta é menor, a interação observada pelos profissionais de saúde será mais fidedigna e, tanto quanto possível, a mais aproximada da realidade possível.

Pelas razões supracitadas, considero que a consulta conjunta possibilitou que me focasse mais na Leonor e na interação com a mesma, retirando a responsabilidade de, simultaneamente, ter de incluir e comunicar com os seus pais.

Considero ainda que a presença e intervenção da enfermeira especialista foi crucial, pois tendo em conta a curta duração do estágio, ainda não dispunha de informação suficiente para conseguir dar resposta a todas as necessidades da Leonor. Por exemplo, quando a enfermeira referiu “é isso mesmo, é um cão, «ão ão»” (SIC) após ouvir a Leonor imitar o seu som, transmitiu segurança e confiança à Leonor para ser ela própria e se sentir à vontade naquele ambiente desconhecido. Isso foi fundamental para o desenrolar da brincadeira pois, se a criança não se tivesse sentido confortável e confiante, poderia não ter demonstrado disponibilidade e vontade para continuar a interação.

Ao longo da consulta considero que consegui manter-me calma e transmitir carinho e afeto, o que possibilitou que a Leonor confiasse em mim e se sentisse segura e confortável naquele ambiente. O mesmo encontra-se postulado por Diogo et al., (2015) quando enfatizam a importância de promover um ambiente seguro e afetuoso e de nutrir os cuidados com afeto para o estabelecimento e construção da relação terapêutica e de confiança.

Importa reforçar que o brincar é uma das formas comunicacionais mais importantes em pediatria (Hockenberry, 2014; Santos et al., 2016). Este caracteriza-se por ser uma atividade inata, espontânea, mas voluntária que à medida que a criança cresce e se desenvolve, evolui e adapta-se ao seu estágio de desenvolvimento (Sanders, 2014). Ao brincar com a criança, o enfermeiro utiliza uma atividade regular a que ela está habituada levando a que se sinta segura, respeitada

e disponível para comunicar. Por outro lado, através do brincar a criança pode transmitir os seus medos, sentimentos e necessidades (Santos et al., 2016). Esta situação permitiu-me desenvolver competências a nível de comunicação não só com a Leonor, mas também com os seus pais inserindo-se na unidade de competência **E3.3** nomeadamente os critérios de avaliação **E3.3.1**, **E3.3.2** e **E3.3.3** (Regulamento n.º 422/2018, 2018).

No final da consulta compreendi que as preocupações/suspeitas da escola que levaram a Leonor à consulta não se verificavam, pois durante o momento de brincadeira a Leonor sentiu-se confortável para, por diversas vezes, olhar para mim e para as restantes pessoas presentes no gabinete e fixar o seu olhar, bem como para falar espontaneamente e responder, desde que estimulada. O que me fez concluir que ao conhecer e interagir com alguém devemos fazê-lo livres de preconceitos. Nesta situação, se eu me tivesse focado nas dúvidas levantadas pela escola, poderia não ter estimulado tanto a Leonor, o que teria condicionado a brincadeira e poderia ter sido o suficiente para comprometer a interação.

Julgo que a presença dos pais nestas consultas é essencial não só para transmitirem informação relevante sobre a criança, mas também para que tenham oportunidade de observar a brincadeira e a interação do profissional com a criança. Dessa forma, poderão absorver a informação e repeti-la em casa, estimulando a sua criança e assim contribuir para o seu crescimento e desenvolvimento.

Sabendo que, de acordo com a filosofia dos cuidados antecipatórios, devem ser aproveitados todos os momentos de contacto com a díade criança-família para capacitar, empoderar e fortalecer a competência parental importa partilhar informações relevantes que promovam o crescimento e desenvolvimento da criança e possibilitem a maximização da sua saúde. Dessa forma, o enfermeiro potencia o desempenho parental, antecipa momentos de stress, angústia e ansiedade familiar e previne doenças (Direção-Geral da Saúde, 2013).

Os hábitos de sono constam no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil como um dos cuidados antecipatórios a abordar no contacto com a díade criança-família nos 4 anos. Ao abordar esta temática com a Leonor e os seus pais, fui ao encontro das unidades de competência **E1.1** e **E3.1**, nomeadamente dos critérios de avaliação **E1.1.2**, **E1.1.4**, **E1.1.5** e **3.1.3** (Regulamento n.º 422/2018, 2018).

Considero que a minha atuação ao longo da consulta foi positiva apesar de ter tido um momento inicial marcado pelo receio de falhar, por não possuir ainda competências suficientes, embora tenha conseguido não o demonstrar. Tendo

ultrapassado este constrangimento inicial foquei a minha atuação na díade criança-família. Creio que, tendo em conta o curto período de estágio e o número reduzido de consultas que tinha assistido anteriormente, consegui focar-me na Leonor, interagir com ela e, principalmente, direcionar a brincadeira de maneira a retirar dela informações cruciais, que me permitiram realizar uma avaliação mais completa do desenvolvimento da Leonor. Esta atividade permitiu-me desenvolver a unidade de competência **E3.1** concretamente os critérios de avaliação **E3.1.1** e **E3.1.2** (Regulamento n.º 422/2018, 2018).

A situação descrita permitiu-me dar resposta a dois objetivos que tinha inicialmente definido para este contexto de estágio, nomeadamente “**promover o crescimento e o desenvolvimento infantil com vista à maximização da saúde da criança e família**” e ainda “**desenvolver competências comunicacionais com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento**”. Permitiu-me também adquirir competências de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica cuja intervenção ocorre em todos os contextos de cuidados de saúde através da parceria de cuidados e promoção da saúde da criança (Regulamento n.º 422/2018, 2018).

1.4 Agenda

Este estágio deu-me conhecimentos que considero fundamentais e que espero conseguir integrar não só na minha vida profissional como também pessoal, evidenciando o papel que a brincadeira pode ter na avaliação e promoção do desenvolvimento infantil.

Na consulta seguinte, esforcei-me por estar mais atenta às emoções que a criança foi experienciando, tendo tido o cuidado de as reconhecer e verbalizar possibilitando que também esta as identificasse e que os seus pais se consciencializassem da importância desta ação.

Numa próxima situação penso que serei capaz de interagir com a díade criança-família, e esforçar-me-ei por ouvir e responder às suas dúvidas e por potenciar a sua capacitação para que se sintam seguros e possam recriar brincadeiras em casa, promovendo assim o crescimento e desenvolvimento da sua criança.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, C. (2017). *Socorro! O meu bebé não dorme*. (1st ed.). Porto Editora.
- Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L. & Almeida, T. (2015). Enfermeiros com competência emocional na gestão dos medos de crianças em contexto de urgência. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. (13), 43-51. https://www.researchgate.net/publication/279749883_Enfermeiros_com_competencia_emocional_na_gestao_dos_medos_de_crianças_em_contexto_de_urgência.
- Direção-Geral da Saúde (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Lisboa: Direção-Geral de Saúde.
- Halal, C. S. & Nunes, M. L. (2018). Distúrbios do sono na infância. *Residência Pediátrica* 8(1), 86- 92. <http://doi.org/10.25060/residpediatr-2018.v8s1-14>
- Hockenberry, M. (2014). Comunicação e avaliação inicial da criança. In M., Hockenberry & D., Wilson (Eds.), *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9th ed., pp. 122-187). Lusociência.
- Lal, R. & Chhabria, R. (2013). Early intervention of autismo: a case for floor time approach. (1st ed.).- Intech Open. <http://doi.org/10.5772/54378>
- Netto, L., Silva, K. & Rua, M. (2018). Prática reflexiva e formação profissional: Aproximações teóricas no campo da saúde e da enfermagem. *Escola Anna Nery*, 22(1), 1-6. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2017-0309>.
- Pramantik, I. & Burhaein, E. (2019). A floor time approach to improve learning outcomes of the body roll to the side in adaptive physical education learning: classroom action a research study on two cerebral palsy students. *International Journal of Disabilities Sports & Health Science*, 2(2), 45-53. <http://doi.org/10.33438/ijdshts.652061>
- Rafihi-Ferreira, R., Pires, M. & Silhares, E. (2020) Tratamento multicomponente para insónia infantil e seus efeitos nos padrões, hábitos e rotinas de sono. *Revista Psicologia*, 51(4), 1-12. <https://doi.org/10.15448/1980-8623.2020.4.34034>.
- Regulamento n.º 422/2018 (2018). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da infantil e pediátrica. Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Regulamento n.º 422/2018, de 12 de julho. Assembleia da República. Diário da República. II Série (nº. 133 de 12-07-2018). 19192-19194.
- Sanders, J. (2014). Cuidados centrados na família em situações de doença e

hospitalização. In M., Hockenberry & D., Wilson (Coords.), *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (pp. 1025-1118). Loures: Lusociência.

APÊNDICE V

Dossier Temático: A Importância do Sono Saudável para o Crescimento e Desenvolvimento da Criança



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

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Dossier Temático

A Importância do Sono Saudável para o Crescimento e
Desenvolvimento da Criança

Mariana Adriano de Sousa Nobre Gonçalves



**Lisboa
2021**

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

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Dossier Temático

A Importância do Sono Saudável para o Crescimento e
Desenvolvimento da Criança

Mariana Adriano de Sousa Nobre Gonçalves

Orientador:

Prof.^a Doutora Joana Rita Guarda da Venda Rodrigues

Lisboa

2021

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	4
1. O SONO DA CRIANÇA E FAMÍLIA.....	5
2. DOCUMENTOS SELECIONADOS	8
3. SÍNTESE DOS DOCUMENTOS SELECIONADOS	9
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	

INTRODUÇÃO

Este dossier temático surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, do 12º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria e insere-se no estágio da consulta de desenvolvimento. O objetivo da elaboração deste dossier temático é compilar artigos que realcem a importância do sono saudável para o desenvolvimento infantil.

A realização deste trabalho engrandece a temática do sono e a sua interação para o desenvolvimento infantil e possibilita, ao organizar, agrupar e sintetizar artigos de referência nesta temática, uma consulta rápida sobre aspetos centrais nesta temática.

Para o desenvolvimento do presente trabalho recorri ao motor de busca Google Académico e à base de dados EBSCOHost.

Este dossier encontra-se estruturado em três capítulos, no primeiro capítulo será realizada uma contextualização sobre o sono saudável e a sua ligação ao desenvolvimento infantil. No capítulo seguinte serão identificados os artigos considerados relevantes sobre a temática em estudo, seguindo-se um capítulo final onde será apresentada uma síntese dos artigos previamente nomeados, destacando a informação mais relevante.

1. O SONO DA CRIANÇA E FAMÍLIA

Atualmente, para um cuidar de qualidade e holístico, o enfermeiro deve promover o bem-estar físico, sociocultural, espiritual e emocional da pessoa, encarando-a como alvo da sua prestação de cuidados (McEvoy & Duffy, 2008). Em pediatria, o processo de cuidar envolve a interação entre a tríade enfermeiro-criança-família e os objetivos dos cuidados de enfermagem consistem na maximização da saúde da criança, independentemente do seu estágio de desenvolvimento (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

A filosofia dos Cuidados Centrados na Criança e na Família encara o cliente pediátrico (a criança e a sua família) como alvo dos cuidados, devendo o enfermeiro personalizar e adequar o plano de cuidados respeitando a individualidade de cada cliente (Smith, 2018). O cuidar deve ser sustentado numa prática de respeito, de colaboração, de apoio, sendo para tal essencial a comunicação e a negociação (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

A Ordem dos Enfermeiros (2017) define criança como todas as pessoas com dezoito anos menos um dia embora estabeleça que este limite possa ser alargado em situações de doença ou incapacidade. Todas as crianças estão inseridas numa família, não devendo ser encaradas de forma isolada. A família cuida, apoia, é fonte de suporte da criança e influencia o seu crescimento e desenvolvimento (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

A interação que ocorre entre o enfermeiro e a díade criança-família possibilita o desenvolvimento de uma relação terapêutica baseada na confiança mútua. O estabelecimento de uma relação terapêutica possibilita o envolvimento, a capacitação, a participação parental e, principalmente, uma parceria de cuidados entre o enfermeiro e a díade criança-família, todos estes considerados conceitos centrais na filosofia dos Cuidados Centrados na Criança e na Família (Coyne et al., 2018).

O desenvolvimento infantil é um processo ativo, contínuo, dinâmico, progressivo e individual, que se inicia na concepção. Manifesta-se através do desenvolvimento gradual de habilidades a nível motor, cognitivo, psicossociais e de linguagem que visam a aquisição da autonomia e da independência da criança (Souza & Veríssimo, 2015). A criança passa por vários estádios de desenvolvimento e demonstra diferentes comportamentos, sucedendo que a velocidade de passagem de um estágio para o seguinte é variável, havendo apenas um processo de desenvolvimento padrão (Souza & Veríssimo, 2015). Importa sublinhar que este processo não é linear,

podendo existir períodos marcados por regressões, pausas e progressos (Gomes, 2009).

O sono é considerado uma temática central na promoção de qualidade de vida e de maximização de saúde da criança. Este é considerado como uma necessidade fisiológica, básica e um processo evolutivo, caracterizado por ser um estado temporário de inatividade motora e comportamental, no qual se verifica uma atividade cerebral constante (Almeida, 2017; OE, 2011; Torres et al., 2021; Walker, 2019; Winter, 2017).

O sono tem um impacto multifatorial e quando saudável e reparador, potencia o bem-estar físico, emocional, cerebral e comportamental (Torres et al., 2021). Os seus benefícios verificam-se através da promoção do repouso e restauro de energia, o que permite incrementar a imunidade, potenciar a maturação cerebral e a neuroplasticidade, criar e/ou consolidar memórias, estimular o desenvolvimento da linguagem e ainda manter o estado de vigília e de alerta (Silva et al., 2018; Tham, et al., 2017).

Particularmente, em pediatria, o sono saudável e reparador promove o crescimento e desenvolvimento da criança, possibilitando que esta conquiste processos de autorregulação ao se autoconfortar e readormecer sem a presença da família (Rafihi-Ferreira et al., 2020; Salavessa & Vilariça, 2009; Tham, et al., 2017).

Durante os períodos de sono verifica-se uma produção acentuada da hormona do crescimento, hormona essencial para o aumento ponderal da criança, para o seu desenvolvimento cognitivo, regeneração celular dos tecidos e manutenção da saúde.

Por outro lado, quando o sono é considerado insuficiente (quer por haver uma diminuição do número total de horas de sono, quer por ter sido interrompido ou por até por ser fragmentado), pode levar à privação do sono (Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2020). As consequências da privação do sono, inicialmente subtis, podem vir a ter efeitos negativos na criança, a curto ou a longo prazo. Estas podem ser agrupadas em problemas comportamentais (agressividade, impulsividade, e baixa tolerância à frustração); problemas fisiológicos (fadiga e aumento da sonolência diurna); alterações cognitivas (distração, défice de atenção e de concentração, falta de foco, incapacidade de concluir tarefas, dificuldade de tomar decisões, diminuição do pensamento abstrato, memória e do desempenho cognitivo); alterações motoras (diminuição da destreza, aumento de lesões acidentais e quedas frequentes); alterações humorais (ansiedade, labilidade emocional, birras e maior irritabilidade); alterações de aprendizagem (mau rendimento escolar, dificuldade de memorização)

e alterações orgânicas (alterações da função endócrina, imunológica, metabólica, obesidade e hipertensão arterial) (Cardoso et al., 2014; Rafihi-Ferreira et al., 2020; Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2017; Torres et al., 2021).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica tem o dever de conhecer a temática, compreender a sua importância e usufruir de todos os momentos de interação com a díade criança-família para transmitir a informação, capacitando-a, consciencializando-a e dotando-a de competências que permitam potenciar o crescimento e desenvolvimento da criança (Silva et al., 2018).

A capacitação do binómio criança-família permite empoderar e ainda aumentar o seu conhecimento, motivação e competências na promoção de hábitos de sono saudáveis (Jesus, 2019). Consequentemente, a família ficará habilitada a reconhecer alterações no sono da criança e atuar em conformidade, alterando práticas ou procurando ajuda, promovendo assim a saúde infantil.

2. DOCUMENTOS SELECIONADOS

A. Cardoso, M., Léis, A., Oliveira, N., Viana, T., Praciano, A., Oliveira, E. (2014). A influência dos distúrbios do sono no desenvolvimento infantil. *Cogitare Enfermagem*, 19(2), 368-375. <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/34717/22817>.

B. Geib, L. (2007). Moduladores dos hábitos de sono na infância. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 60(5), 564-568. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672007000500015>.

C. Léis, A., Cipriano, M., Cardoso, M., Lima, F. & Araújo, T. (2014). Importância do contexto familiar sobre os transtornos do sono em crianças. *Revista Rene* 15(2), 343-353. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2014000200020>

D. Rafihi-Ferreira, R., Pires, M. & Silves, E. (2020) Tratamento multicomponente para insônia infantil e seus efeitos nos padrões, hábitos e rotinas de sono. *Revista Psicologia*, 51(4), 1-12. <https://doi.org/10.15448/1980-8623.2020.4.34034>.

E. Rangel, M., Baptista, C., Pitta, M., Anjo, S. & Leite, A. (2015). Perturbações do sono e prevalência das perturbações do sono em crianças saudáveis em Gaia: um estudo transversal. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 31(4), 256-264. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v31i4.11553>.

F. Salavessa, M., & Vilariça, P. (2009). Problemas de sono em idade pediátrica. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 25(5), 584–591. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v25i5.10676>.

G. Silva, E., Simões, P., Macedo, M., Duarte, J. & Silva, D. (2018). Percepção parental sobre hábitos e qualidade do sono das crianças em idade pré-escolar. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(17), 63–72, <https://doi.org/10.12707/RIV17103>.

H. Torres, A.C., Pereira, A.R., Oliveira, C., Oliveira, L., Marques, J. (2021). Impacto da privação do sono na criança em idade pré-escolar e escolar. *Revista de Ciências da Saúde da Escola Superior Saúde Cruz Vermelha Portuguesa*, 13, 27-33.

3. SÍNTESE DOS DOCUMENTOS SELECIONADOS

A. Cardoso, M., Léis, A., Oliveira, N., Viana, T., Praciano, A., Oliveira, E. (2014). A influência dos distúrbios do sono no desenvolvimento infantil. *Cogitare Enfermagem*, 19(2), 368-375. <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/34717/22817>.

Síntese: Este artigo inicia-se com uma explicação do conceito de distúrbios do sono explicitando que estes podem ser influenciados por fatores biológicos, fatores psicológicos, características socioculturais ou familiares. Os autores sublinham que na presença de alterações comportamentais na criança devem ser excluídas alterações no padrão de sono-vigília, reforçando que a identificação precoce possibilita uma intervenção imediata, antecipando o estabelecimento de distúrbios.

B. Geib, L. (2007). Moduladores dos hábitos de sono na infância. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 60(5). 564-568. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672007000500015>.

Síntese: Esta revisão apresenta uma descrição dos fatores que influenciam a modulação do sono em lactentes, agrupando-os em três grupo: fatores orgânicos, psicológicos e socioculturais. Os moduladores orgânicos correspondem a todos os aspetos que interferem no sono da criança, como seja os que limitam a sua respiração (obstrução nasal, a cara da criança coberta com uma fralda de pano, ou o distúrbio de apneia), bem como situações de saúde que prejudicam o sono – alergia ao leite de vaca, refluxo gastroesofágico, cólicas, dermatite atópica, otite média aguda, cefaleia e transtornos neurológicos. Os moduladores psicológicos destacam o impacto da personalidade, do temperamento, da psicopatologia parental, da interação com a criança, das rotinas de sono adotadas e dos stressores psicossociais no sono da criança. Estes podem desencadear o desenvolvimento e a posterior consolidação de hábitos de sono inadequados. Os moduladores socioculturais evidenciam o impacto da cultura parental no desenvolvimento de hábitos e rotinas de sono, através do processo de transmissão de rotinas, hábitos e valores previamente adotados através da interação entre a criança e a sua família.

O artigo faz ainda uma análise do impacto das práticas alimentares e do local onde a criança dorme no sono da criança.

C. Lélis, A., Cipriano, M., Cardoso, M., Lima, F. & Araújo. T. (2014). Importância do contexto familiar sobre os transtornos do sono em crianças. *Revista Rene* 15(2), 343-353. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2014000200020>

Síntese: O artigo explana a influência do contexto familiar da criança para o desenvolvimento de transtornos do sono, nomeadamente casos de instabilidade psicológica, padrões de sono-vigília irregulares e pouco consistentes, cultura parental, condição socioeconómica e problemas matrimoniais. Ao compreender a origem das práticas que influenciam o padrão de sono da criança, o enfermeiro será capaz de definir estratégias que promovam hábitos de sono saudáveis, capacitar a díade criança-família na aquisição de novos hábitos e rotinas de sono, prevenindo assim o aparecimento de distúrbios.

D. Rafihi-Ferreira, R., Pires, M. & Silves, E. (2020) Tratamento multicomponente para insónia infantil e seus efeitos nos padrões, hábitos e rotinas de sono. *Revista Psicologia*, 51(4), 1-12. <https://doi.org/10.15448/1980-8623.2020.4.34034>.

Síntese: Os autores defendem ser essencial definir intervenções para potenciar a quantidade e a qualidade do sono infantil nomeadamente, o estabelecimento de rotinas de sono. Ao mesmo tempo salientam a importância de realizar o reforço positivo nos comportamentos adequados, desvalorizando os protestos realizados pela criança na hora de ir dormir. O estudo realizado confirma que crianças com uma rotina de sono estabelecida têm um sono de qualidade e reparador, com menor resistência na hora de dormir, verificando-se conseqüentemente uma diminuição dos despertares noturnos e da necessidade de intervenção parental.

E. Rangel, M., Baptista, C., Pitta, M., Anjo, S. & Leite, A. (2015). Perturbações do sono e prevalência das perturbações do sono em crianças saudáveis em Gaia: um estudo transversal. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 31(4). 256-264. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v31i4.11553>.

Síntese: O presente artigo identifica como consequências de perturbações do sono alterações a nível do comportamento, da aprendizagem e do desenvolvimento (hiperatividade, défice de atenção, défice cognitivo, depressão, acidentes quedas frequentes e obesidade). Os autores defendem que a temática do sono é pouco explorada em contexto de consulta de vigilância da saúde, o que pode ser verificado pelos conhecimentos parentais insuficientes, nomeadamente ao nível da duração adequada do sono da criança, aspeto pouco abordado pelos profissionais e, consequentemente, negligenciado pela família. Tal facto, leva a que muitos distúrbios do sono não sejam detetados precocemente, dificultando a sua resolução.

F. Salavessa, M., & Vilariça, P. (2009). Problemas de sono em idade pediátrica. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 25(5), 584–591. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v25i5.10676>.

Síntese: Este artigo evidencia a importância do sono no desenvolvimento de processos de auto-regulação da criança e na modulação da relação entre esta e a sua família. De seguida, diferencia as perturbações do sono em quatro grupos: dissónias (alterações na quantidade, qualidade ou tempo de sono); parassónias (alterações comportamentais que ocorrem durante o sono); alterações decorrentes de doença e perturbações do sono associadas a doença psiquiátrica.

G. Silva, E., Simões, P., Macedo, M., Duarte, J. & Silva, D. (2018). Perceção parental sobre hábitos e qualidade do sono das crianças em idade pré-escolar. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(17), 63–72, <https://doi.org/10.12707/RIV17103>.

Síntese: Os autores iniciam o artigo explanando as diversas funções do sono reforçando que a sua duração diminui ao longo do crescimento e desenvolvimento da

criança. Após explicarem as consequências de um sono insuficiente, reiteram que a presença de hábitos e rotinas de sono consistentes potenciam o sono saudável da criança. Para finalizar, os autores salientam a importância dos profissionais de saúde deverem aproveitar os momentos de interação com a díade criança-família para a capacitarem, empoderarem e dotarem de conhecimentos que estimulem o sono saudável na criança, consequentemente, promovendo a sua saúde.

H. Torres, A.C., Pereira, A.R., Oliveira, C., Oliveira, L., Marques, J. (2021). Impacto da privação do sono na criança em idade pré-escolar e escolar. *Revista de Ciências da Saúde da Escola Superior Saúde Cruz Vermelha Portuguesa*, 13, 27-33.

Síntese: Este artigo inclui uma descrição da importância do sono a nível físico, emocional e comportamental das crianças. Ao evidenciarem as mudanças que ocorrem no período de crescimento infantil, os autores destacam o descanso físico e a recuperação de energias, conseguidas através do sono, como fundamentais para o crescimento e desenvolvimento da criança. Posteriormente os autores evidenciam o impacto da privação de sono na criança, tanto a curto, com a longo prazo. Este artigo ressalva ainda, que os enfermeiros têm um papel fundamental de identificação de alterações no sono da criança e de construção, em conjunto com a díade criança-família, de estratégias de promoção de hábitos de sono saudáveis.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, C. (2017). *Socorro! O meu bebé não dorme*. (1st ed.). Porto Editora.
- Cardoso, M., Léis, A., Oliveira, N., Viana, T., Praciano, A., Oliveira, E. (2014). A influência dos distúrbios do sono no desenvolvimento infantil. *Cogitare Enfermagem*, 19(2), 368-375. <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/34717/22817>.
- Coyne, I., Holmström, I. & Söderbäck, M. (2018). Centeredness in healthcare: a concept synthesis of family-centered care, person-centered care and child-centered care. *Journal of Pediatric Nursing*, 42(1), 45-56. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.07.001>.
- Geib, L. (2007). Moduladores dos hábitos de sono na infância. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 60(5), 564-568. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672007000500015>.
- Gomes, C.G. (2009). Cuidar do sono do bebé. *Revista Referência*, 2(9), 69-77. https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2134&id_revista=4&id_edicao=26.
- Lélis, A., Cipriano, M., Cardoso, M., Lima, F. & Araújo, T. (2014). Importância do contexto familiar sobre os transtornos do sono em crianças. *Revista Rene* 15(2), 343-353. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2014000200020>
- Lopes, S., Almeida, F., Jacob, S., Figueiredo, M., Vieira, C. & Carvalho, F. (2016). Diz-me como dormes: Hábitos e problemas de sono em crianças portuguesas em idade pré-escolar e escolar. *Revista Nascer e Crescer*, 25(4), 211-216.
- Jesus, C., Conceição, J. & Espadaneira, S. (2019). Literacia em saúde do sono de crianças em idade pré-escolar: Instrumentos facilitadores no aumento de competências parentais. In C. Lopes & C. V. Almeida (Coords.), *Literacia em saúde na prática* (pp. 75-96). Lisboa: Edições ISPA. https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/7664/1/Literacia%20em%20saúde%20na%20prática_75.pdf.
- McEvoy, L. & Duffy, A. (2008). Holistic practice – A concept analysis. *Nurse Education in Practice*, 8, 412-419. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2008.02.002>.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Classificação internacional para a prática de enfermagem (CIFE) – Versão 2*.

- Ordem dos Enfermeiros (2017). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde infantil e pediátrica*. Concelho de Enfermagem. Leiria: Ordem dos Enfermeiros.
- Rafihi-Ferreira, R., Pires, M. & Silveiras, E. (2020) Tratamento multicomponente para insónia infantil e seus efeitos nos padrões, hábitos e rotinas de sono. *Revista Psicologia*, 51(4), 1-12. <https://doi.org/10.15448/1980-8623.2020.4.34034>.
- Ramos, A. & Barbieri-Figueiredo, M. (2020). *Enfermagem em saúde da criança e do jovem*. (1st Ed.). Lidel
- Rangel, M., Baptista, C., Pitta, M., Anjo, S. & Leite, A. (2015). Perturbações do sono e prevalência das perturbações do sono em crianças saudáveis em Gaia: um estudo transversal. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 31(4). 256-264. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v31i4.11553>.
- Salavessa, M., & Vilariça, P. (2009). Problemas de sono em idade pediátrica. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 25(5), 584–591. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v25i5.10676>.
- Silva, E., Simões, P., Macedo, M., Duarte, J. & Silva, D. (2018). Perceção parental sobre hábitos e qualidade do sono das crianças em idade pré-escolar. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(17), 63–72, <https://doi.org/10.12707/RIV17103>.
- Smith, W. (2018). Concept analysis of family-centered care of hospitalized pediatric patients. *Journal of Pediatric Nursing*, 42, 57-64. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.06.014>.
- Sociedade Portuguesa de Pediatria (2017). *Recomendações SPS-SPP: prática da sesta da criança nas creches e infantários, públicos ou privados*. Criança e Família. <http://criancaefamilia.spp.pt/promocao-de-saude/recomendacoes-sps-spp-para-a-pratica-da-sesta-da-crianca-na-creche-ou-no-infantario,-publico-ou-privado.aspx>.
- Sociedade Portuguesa de Pediatria (2020). *Higiene do sono da criança e adolescente*. Criança e Família <http://criancaefamilia.spp.pt/media/124389/HIGIENE%20SONO%20CRIANCA%20ADOLESCENTE.pdf>.
- Souza, J., Veríssimo, M. (2015) Desenvolvimento infantil: análise de um novo conceito. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(6), 1097-1104. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0462.2654>.
- Tham, E., Schneider, N. & Broekman, B. (2017). Infant sleep and its relation with cognition and growth: a narrative review. *Nature and Science of Sleep*, 7(9), 135-149. <https://doi.org/10.2147/NSS.S125992>.

- Torres, A.C., Pereira, A.R., Oliveira, C., Oliveira, L., Marques, J. (2021). Impacto da privação do sono na criança em idade pré-escolar e escolar. *Revista de Ciências da Saúde da Escola Superior Saúde Cruz Vermelha Portuguesa*, 13, 27-33.
- Walker, M. (2019). *Porque dormimos? O que nos diz a ciência sobre o sono e os sonhos* (1st. Ed.). Saída de Emergência.
- Winter, W.C. (2017). *Dormir bem para viver melhor* (1st ed.). Porto Editora.

APÊNDICE VI
Folheto “Como Cuidar do Sono do Seu Bebê”

RECOMENDAÇÕES

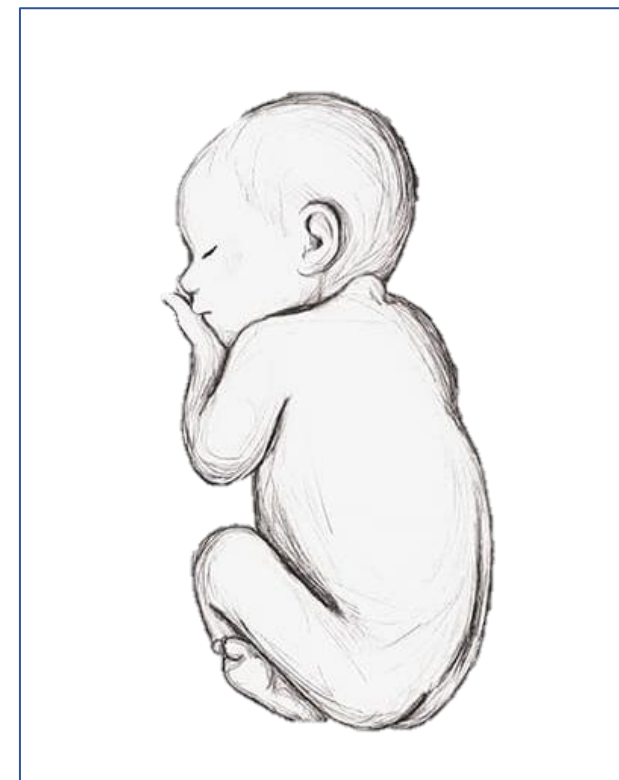
- ✚ O bebé deve dormir no quarto dos pais durante os primeiros **seis meses** de vida (idealmente durante o primeiro ano);
- ✚ O bebé deve dormir no berço, devendo ser deitado de barriga para cima (durante o primeiro ano);
- ✚ Utilizar um colchão firme, do tamanho do berço e em plano horizontal (a cabeceira deve ter uma inclinação de 20/21°);
- ✚ Deitar o bebé no limite inferior do berço e fazer a cama nessa área de forma uniforme (sem rugas), deixando os ombros do bebé destapados;
- ✚ Retirar do berço objetos como almofadas, brinquedos e proteções laterais.

COMO PROMOVER O SONO DURANTE O INTERNAMENTO?

- ✚ Decida, com a equipa de enfermagem, quando manipular o bebé, de maneira a respeitar o seu período de descanso, evitando interromper o seu ciclo de sono;
- ✚ Reduzir a iluminação no período de sono do seu bebé, cobrindo a incubadora;
- ✚ Limitar os ruídos.

O sono exerce influência não só na vida da criança, mas também na vida da sua família, podendo vir a afetar a relação e a estabilidade familiar. Por todas estas razões, torna-se necessário cuidar do sono do bebé, criando hábitos e rotinas que, no futuro, se traduzam numa boa relação com o sono.

COMO CUIDAR DO SONO DO SEU BEBÉ



Fonte: Desenio. (2020). Sleeping Baby Personal Poster. https://desenio.pt/p/posters/bebe-a-dormir-personalizado/?option=28618&gclid=EAlalQobChMioLP0os7e-wIVBp_VCh29IQAGEAQYASABEgIO1_D_BwE

Referências Bibliográficas:

Moon, R., Carlin, R. & Hand, I. (2022). Sleep-related infant deaths: Updated 2022 recommendations for reducing infant deaths in the sleep environment. *Pediatrics*, 150(1), 1-22. <https://doi.org/10.1542/peds.2022-057990>.
Neves, A. (2021). *O sono do meu bebé*. (1st ed.). Ideias de Ler
Rafthi-Ferreira, R., Pires, M. & Silveiras, F. (2020) Tratamento multicomponente para insónia infantil e seus efeitos nos padrões, hábitos e rotinas de sono. *Revista Psico*, 51(4), 1-12. <https://doi.org/10.15448/1980-8623.2020.4.34034>
Sociedade Portuguesa de Pediatria. (2021). *O sono seguro salva vidas: Proteção a seu filho da síndrome de morte súbita do lactente*. Criança e Família. http://criancaefamilia.spp.pt/media/139574/folheto_SMS_SPP-1-.pdf.
Torres, A.C., Pereira, A.R., Oliveira, C., Oliveira, L., Marques, J. (2021). Impacto da privação do sono na criança em idade pré-escolar e escolar. *Revista de Ciências da Saúde da Escola Superior Saúde Cruz Vermelha Portuguesa*, 13, 27-33
Winter, W.C. (2017). *Dormir bem para viver melhor* (1st ed.). Porto Editora.

Elaborado por Enf. Mariana Gonçalves

No âmbito da Especialidade em Enfermagem
de Saúde Infantil e Pediatria

Novembro, 2021

O SONO

É uma atividade diária, fisiológica, natural e indispensável, que se caracteriza por um estado de repouso essencial para o crescimento e desenvolvimento da criança.

O sono evolui à medida que o recém-nascido cresce, sendo essencial criar hábitos e rotinas de sono. O sono do bebé deve ser sempre respeitado.

OBJETIVO DO SONO

Promover o repouso e restaurar energias, permitindo fomentar a imunidade, potenciar a maturação e a plasticidade cerebral, criar e/ou consolidar memórias e manter o estado de vigília e alerta.

IMPORTÂNCIA DO SONO SAUDÁVEL PARA O BEBÉ

Quando adequado e reparador o sono possibilita o crescimento físico, o desenvolvimento cognitivo e comportamental, a maturação do sistema nervoso central e a produção da hormona do crescimento.

HIGIENE DO SONO

A higiene do sono no recém-nascido é realizada pelos pais/cuidadores e baseia-se no controlo dos comportamentos e ambientes associados ao sono para o promover e otimizar, tornando-se possível através da implementação de hábitos e de rotinas de sono consistentes.

A qualidade do sono é influenciada pela **manipulação** e pelo **ambiente envolvente**. Um ambiente calmo e tranquilo transmite segurança, promove o relaxamento e permite ao bebé baixar o estado de alerta e repousar.

COMO DEVE SER O AMBIENTE DO QUARTO?

- ✚ Escuro ou com iluminação suave;
- ✚ Limpo e silencioso (sem ruídos);
- ✚ Temperatura ideal de 21°C;
- ✚ Sem brinquedos estimulantes disponíveis na hora de dormir;
- ✚ Pode ser utilizado *White Noise* (sons semelhantes aos ruídos intrauterinos) para facilitar o adormecimento.

COMO CUIDAR DO SONO DO BEBÉ?

Nos primeiros 6 meses de vida deve-se:

- ✚ Facilitar que o bebé durma no local onde os períodos de sono são mais longos e reparadores (colo ou berço);
- ✚ Evitar deixar o bebé a chorar, promovendo a sua sensação de segurança e a vinculação.
- ✚ Ter uma rotina de sono tranquilizante e regular - atividades que antecedem a hora de deitar e que permitem que a criança antecipe esse momento (tomar banho, vestir o pijama, contar uma história ou cantar uma canção de embalar).

COMO CRIAR HÁBITOS DE SONO?

De acordo com a Sociedade Portuguesa de Pediatria (2021), entre os 4 e os 6 meses, o bebé desenvolve capacidades que permitem regular o núcleo supraquiasmático (o dito “relógio biológico”). Nesta fase podem começar a ser implementados os hábitos de sono, nomeadamente:

- ✚ Definir a hora de deitar e mantê-la diariamente (deve ser adaptada à criança e ao seu crescimento);
- ✚ Utilizar objetos de transição (peluche, fralda, chucha, etc.);
- ✚ Evitar brincadeiras estimulantes e/ou violentas e limitar o uso de ecrãs (pelo menos 1h antes da hora de dormir).

SINAIS DE SONO INSUFICIENTE

- ✚ Irritabilidade;
- ✚ Fadiga e sonolência diurna;
- ✚ Diminuição das defesas do organismo.
- ✚ Diminuição do apetite;
- ✚ Alterações de humor;

APÊNDICE VII

Apresentação “Como Cuidar do Sono do Seu Bebê: Sessão de Sensibilização para Profissionais de Saúde”



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

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Como Cuidar do Sono do Seu Bebê
Sessão de Sensibilização para Profissionais de Saúde

Mariana Adriano de Sousa Nobre Gonçalves



**Lisboa
2022**



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

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Como Cuidar do Sono do Seu Bebê
Sessão de Sensibilização para Profissionais de Saúde

Mariana Adriano de Sousa Nobre Gonçalves



Orientador:
Prof.^a Doutora Joana Rita Guarda da Venda Rodrigues



ÍNDICE

1. PLANEAMENTO	4
2. IMPLEMENTAÇÃO	6
3. APRESENTAÇÃO DO SLIDESHOW	7
4. AVALIAÇÃO	18

1. PLANEAMENTO

Formador: Mariana Adriano de Sousa Nobre Gonçalves

Título: Como Cuidar do Sono do seu Bebê: Sessão de Sensibilização Para Profissionais de Saúde

Data: 18/11/2021

Local: Sala de Reuniões

Hora: 15h30

Duração: 30 minutos

Objetivos Gerais:

- Sensibilizar os profissionais de saúde para a importância do sono;
- Promover a utilização e divulgação junto da família do folheto intitulado “Como Cuidar do Sono do seu Bebê”.

Objetivos Específicos

- Identificar o tema do projeto de estágio;
- Definir conceitos chave relativamente à temática do sono;
- Apresentar o folheto realizado no contexto de estágio.

Etapas	Conteúdos Programáticos	Métodos	Recursos Didáticos	Duração
Introdução	- Apresentação e justificação do tema; - Apresentação dos objetivos da sessão.	- Expositivo	Computador; SlideShow.	3 min
Desenvolvimento	- Definição da problemática; - Explicitação do enquadramento teórico; - Recomendações sobre uma prática de sono segura; - Apresentação do folheto realizado;	- Expositivo	Computador; SlideShow; Folheto.	17 min
Discussão	- Apresentação das estratégias implementadas pela equipa multidisciplinar: - Que outras estratégias podem ser utilizadas para potenciar o sono reparador do recém-nascido?	- Expositivo; - Interativo: Partilha de Experiências	Computador; SlideShow.	5 min
Conclusão	- Síntese do trabalho.	- Expositivo	Computador; SlideShow.	5 min
Avaliação	- Avaliação através do preenchimento da <i>checklist</i> realizada.	- Formativo (observação)	Papel	Ao longo da sessão

2. IMPLEMENTAÇÃO

A realização desta atividade foi solicitada pela enfermeira chefe, com o objetivo de uniformizar as práticas e os aconselhamentos sobre o tema realizados pela equipa à família sobre a temática quer durante o internamento, quer na preparação para a alta.

Inicialmente, foi divulgado um email de carácter informativo, convidando todos os elementos da equipa de enfermagem a participarem na sessão e explanando a pertinência da mesma. No dia da apresentação, toda a equipa multidisciplinar presente no serviço, foi convidada a assistir e a contribuir para a capacitação profissional.

O agendamento da sessão foi realizado em conjunto com a enfermeira chefe e enfermeira orientadora com o propósito de possibilitar a presença do maior número de profissionais possível, conjugando com a minha presença em estágio.

3. APRESENTAÇÃO DO SLIDESHOW

Mestrado em Enfermagem:
Área de Especialização Enfermagem Saúde Infantil e Pediatria

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Como Cuidar do Sono do seu Bebê: Sessão de Sensibilização Para Profissionais de Saúde



Elaborado por:
Mariana Gonçalves, nº 10497

Lisboa, Novembro de 2021

SUMÁRIO

- Objetivos
- Identificação do Projeto
- Problemática
- Enquadramento Teórico
- Apresentação do Panfleto
- Promoção do Sono na Unidade
- Referências Bibliográficas

OBJETIVOS

GERAIS

- Sensibilizar os profissionais de saúde para a importância do sono;
- Promover a utilização e divulgação junto dos pais/cuidadores do panfleto intitulado “Como Cuidar do Sono do seu Bebê”.

ESPECÍFICOS

- Identificar o tema do projeto de estágio;
- Definir conceitos chave relativamente à temática do sono;
- Apresentar o folheto realizado no contexto de estágio.

IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO

TÍTULO

Cuidados Centrados na Criança e na Família: Intervenção de Enfermagem na Promoção de Hábitos de Sono Saudáveis.

DURAÇÃO DO ESTÁGIO

- 11 de outubro 2021 a 27 de fevereiro 2022.

DURAÇÃO DO ESTÁGIO NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS

- 25 de outubro de 2021 a dia 21 de novembro de 2021.

PROBLEMÁTICA

O sono é dos momentos mais **importantes** do dia.

(Almeida, 2017)

O sono possui um papel fundamental no **crescimento e desenvolvimento** da criança.

(Salavessa & Vilarica, 2009)

“Crianças com problemas de sono apresentam, em sua maioria, **hábitos e rotinas inadequadas**”

(Ferreira et al., 2021 p. 8)

“As maiores agressões que são feitas ao sono advêm de erros comportamentais das **famílias ou das próprias crianças**.”

(Paiva, 2008, p. 204)

PROBLEMÁTICA – PORQUÊ O SONO?

- Em contexto da prática profissional e da reflexão inerente, constato que o sono é constantemente interrompido o que tem impacto no bem-estar, crescimento e desenvolvimento da criança e nos seus pais.
- Interesse na melhoria da qualidade de cuidados de saúde prestados à criança, jovem e sua família.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O QUE É O SONO?

- Necessidade fisiológica, básica e natural;
- Processo evolutivo, ativo e dinâmico.
- Induzido por características biológicas, pelo temperamento e expectativas da pessoa, pelo ambiente e aspetos socioculturais
- Essencial para a “restauração do organismo e a conservação da energia, permitindo o equilíbrio físico e emocional da pessoa”.

(Silva et al., 2018, p. 64)

FUNÇÃO DO SONO

Promover o repouso e restaurar energias, manter o estado de vigília, fomentar a imunidade, potenciar a maturação e a neuroplasticidade, criar e consolidar memórias.

(Silva et al., 2018)

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Passamos cerca de **um terço da nossa vida** a dormir.

(OMS, 1998)

O sono é um estado temporário de inatividade motora e comportamental marcado por uma inconsciência relativa que se caracteriza por ser facilmente revertível.

(Torres et al., 2021; Walker, 2019; Winter, 2017)

- O sono não é uniforme, é composto por vários ciclos de sono profundo e sono superficial, que se vão alternando e se repetem ao longo da noite.
- As necessidades de sono são variáveis de indivíduo para indivíduo, existem apenas indicadores de orientação geral.

(Almeida, 2012,)

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A IMPORTÂNCIA DO SONO EM PEDIATRIA:

- Quando adequado promove o crescimento e o desenvolvimento da criança
 - ✓ Desenvolvimento cognitivo e comportamental
 - ✓ Maturação do sistema nervoso central

(Rafih-Ferreira et al., 2020; Tham, et al., 2017)

→ Quantidade e qualidade do sono afeta a produção de hormonas como a melatonina, o cortisol, a hormona do crescimento, a grelina e a leptina.

(Tham et al., 2017)

↓
Favorece o desenvolvimento cognitivo, o crescimento físico, a regeneração celular dos tecidos e contribui para a manutenção da saúde.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

SONO INSUFICIENTE

- Pode resultar de alterações no padrão de sono-vigília, alterações na qualidade do sono ou da ausência de uma higiene do sono.
- Quando o período de sono é inferior ao recomendado, quer por se ter deitado tarde, acordado cedo, ou por este ter sido interrompido, este é considerado insuficiente.
- Se tal não for um acontecimento único, mas pelo contrário se tornar num caso repetitivo e/ou regular, pode levar à privação do sono, cujas consequências podem ser inicialmente subtis, embora possam vir a ter efeitos negativos a curto ou longo prazo.

(Salavessa & Vilarça, 2009)

(Associação Portuguesa do Sono [APS], 2020)

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CONSEQUÊNCIAS DA PRIVAÇÃO DE SONO

Problemas Comportamentais	Agressividade, impulsividade e baixa tolerância à frustração.
Problemas fisiológicos	Fadiga e aumento de sonolência diurna.
Alterações cognitivas	Distração, déficit de atenção e de concentração, incapacidade de concluir tarefas, diminuição do pensamento abstrato, diminuição de memória e do desempenho cognitivo.
Alterações motoras	Diminuição da destreza motora, aumento de lesões acidentais e quedas frequentes.
Alterações humorais	Ansiedade, labilidade emocional, maior irritabilidade e birras.
Aprendizagem	Mau rendimento escolar.
Orgânicas	Alterações da função endócrina, imunológica, metabólicas, obesidade e hipertensão arterial.

(SPP, 2017, Cardoso et al., 2018, de Almeida et al., 2020, Torres et al., 2021)

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

SINAIS DE SONO INSUFICIENTE

- ✚ Irritabilidade;
- ✚ Fadiga e sonolência diurna;
- ✚ Diminuição do apetite.
- ✚ Alterações de humor;
- ✚ Diminuição das defesas do organismo;

CONSEQUÊNCIAS DA PRIVAÇÃO DE SONO NOS PAIS/CUIDADORES

As alterações do padrão de sono na criança desencadeiam também manifestações nos seus pais/cuidadores, revelando-se nomeadamente através de fadiga, frustração, alterações de humor, privação de sono, “constituindo até fator de risco para violência familiar e divórcio”.

(Rangel et al., 2015, p. 247)

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A qualidade do sono é influenciada pela **manipulação** e pelo **ambiente envolvente**. Um ambiente calmo e tranquilo transmite segurança, promove o relaxamento e permite ao bebé baixar o estado de alerta e repousar.

AMBIENTE DO QUARTO

- ✚ Escuro ou com iluminação suave;
- ✚ Limpo;
- ✚ Silencioso (sem ruídos);
- ✚ Temperatura entre os 18°C e os 21°C;
- ✚ Sem brinquedos estimulantes disponíveis na hora de dormir;
- ✚ Pode ser utilizado *White Noise* para facilitar o adormecimento.

(SPP, 2017)

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

HIGIENE DO SONO

A higiene do sono no recém-nascido é realizada pelos pais e baseia-se no controlo dos comportamentos e ambientes associados ao sono para o promover e otimizar, tornando-se possível através da implementação de hábitos e de rotinas de sono consistentes.

Hábitos De Sono

Rotinas De Sono

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

HÁBITOS DE SONO

- ✚ Definir a horários
 - A hora de deitar e de acordar deve ser mantida diariamente (deve ser adaptada à criança e ao seu crescimento);
- ✚ Utilizar objetos de transição (peluche, fralda, chucha, etc.);
- ✚ Evitar brincadeiras estimulantes e/ou violentas;
- ✚ Limitar o uso de écrans (pelo menos 1h antes da hora de dormir).

ROTINAS DE SONO

Atividades que antecedem a hora de deitar e que permitem que a criança antecipe esse momento:

- Tomar banho;
- Vestir o pijama;
- Contar uma história;
- Cantar uma canção de embalar).

(Moon et al., 2022; Rangel et al., 2015; Silva, Simões et al., 2018; SPP, 2021)

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

COMO CUIDAR DO SONO DO BEBÉ

A área do cérebro que permite regular o núcleo supraquiasmático (o dito “relógio biológico”), desenvolve-se entre os 4 e os 6 meses. Até lá não devem ser incentivados hábitos ou treinos de sono pois o bebé não terá um padrão de sono regular.

Deve ser encorajado

- ✚ Que o bebé durma no local onde os períodos de sono são mais longos e reparadores (colo ou berço);
- ✚ Acalmar o bebé nos períodos de choro e agitação (evitando deixá-lo a chorar), promovendo a sua sensação de segurança e a vinculação;
- ✚ Ter uma rotina de sono tranquilizante e regular.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

RECOMENDAÇÕES

- Dormir no quarto dos pais durante os primeiros **seis meses** de vida (idealmente durante o primeiro ano);
- Dormir no berço;
- Deitar o bebé de barriga para cima (durante o primeiro ano);
- Utilizar um colchão firme, do tamanho do berço e em plano horizontal;
- Não elevar a cabeceira;
- Deitar o bebé no limite inferior do berço e fazer a cama nessa área de forma uniforme (sem rugas);
- Deixar os ombros destapados;
- Retirar do berço objetos como almofadas e brinquedos.

(Moon et al., 2022)

FOLHETO

COMO CUIDAR DO SONO DO SEU BEBÉ

- O bebê deve dormir no quarto dos pais durante os primeiros **seis meses** de vida (idealmente durante o primeiro ano);
- O bebê deve dormir no berço, devendo ser deitado de barriga para cima (durante o primeiro ano);
- Utilizar um colchão firme, do tamanho do berço e em plano horizontal (a cabeceira deve ter uma inclinação de 20/21°);
- Deitar o bebê no limite inferior do berço e fazer a cama nessa área de forma uniforme (sem rugas), deixando os ombros do bebê desprotegidos;
- Retirar do berço objetos como almofadas, brinquedos e proteções laterais;

- Decida, com a equipe de enfermagem, quando manipular o bebê, de maneira a respeitar o seu período de descanso, evitando interromper o seu ciclo de sono;
- Reduzir a iluminação no período de sono do seu bebê, cobrindo a incubadora;
- Limitar os ruídos.

Maternidade Dr. Alfredo da Costa
Rua do Viriato
1060-089 Lisboa

Elaborado por Enf. Mariana Gonçalves
No âmbito da Especialidade em Enfermagem
de Saúde Infantil e Pediatria

November 2021

Fiorin, Dazento. (2020). Sleeping Baby Personal Poster. https://dazento.pl/p/posteri/babe-a-dormir-personalizada/?topicon=268f56&gold=S&size=C&htmlPocoTe=+&the_17C9D8A9E9ACVXU48B%3F1_17_C_Bell

O sono evolui à medida que o recém-nascido cresce, sendo essencial criar hábitos e rotinas de sono. O sono do bebê deve ser sempre respeitado.

Promover o repouso e restaurar energias, permitindo fomentar a imunidade, potencializar a maturação e a plasticidade cerebral, criar e/ou consolidar memórias e manter o estado de vigília e alerta.

Quando adequado e reparador o sono possibilita o crescimento físico, o desenvolvimento cognitivo e comportamental, a maturação do sistema nervoso central e a produção da hormona do crescimento.

A higiene do sono no recém-nascido é realizada pelos pais/cuidadores e baseia-se no controle dos comportamentos e ambientes associados ao sono para o promover e otimizar, tomando-se possível através da implementação de hábitos e de rotinas de sono consistentes.

© 2007 Blackwell Publishing Ltd *Journal of Internal Medicine* 261: 101–108

[illegible]

- Escuro ou com iluminação suave;
- Limpo e silencioso (sem ruídos);
- Temperatura ideal de 21°C;
- Sem brinquedos estimulantes disponíveis na hora de dormir;
- Pode ser utilizado White Noise (sons semelhantes aos ruídos intrauterinos) para facilitar o adormecimento.

COMO CUIDAR DO SONO DO BEBÊ

✦ Facilitar que o bebê durma no local

- Evitar deixar o bebê chorar, promovendo a sua sensação de segurança e a vinculação.
- Ter uma rotina de sono tranquilizante e regular - atividades que antecedem a hora de deitar e que permitem que a criança antecipe esse momento (tomar banho, vestir o pijama, contar uma história ou cantar uma canção de embalar).

De acordo com a Sociedade Portuguesa de Pediatria (2021), entre os 4 e os 6 meses, o bebé desenvolve capacidades que permitem regular o núcleo supraquiasmático (o dito "relógio biológico"). Nesta fase podem começar a ser implementados os hábitos de sono, nomeadamente:

- ✚ Definir a hora de deitar e mantê-la diariamente (deve ser adaptada à criança e ao seu crescimento);
- ✚ Utilizar objetos de transição (peluche, fralda, chucha, etc.);
- ✚ Evitar brincadeiras estimulantes e/ou violentas e limitar o uso de telas (pelo menos 1h antes da hora de dormir).

- ↓ Irritabilidade;
- ↓ Fadiga e sonolência diurna;
- ↓ Diminuição das defesas do organismo.

PROMOÇÃO DO SONO NA UNIDADE

ASPETOS POSITIVOS

- ✚ Equipa sensibilizada para o impacto da manipulação no sono do recém-nascido;
- ✚ Adoção de estratégias para minimizar a interrupção do ciclo de sono:
 - Agrupamento de cuidados evitando a manipulação excessiva do bebé;
 - Redução da luminosidade (cobrindo a incubadora) e diminuição da iluminação de cada quarto após a prestação de cuidados;
- ✚ Equipa sensibilizada para o impacto do ruído no sono do recém-nascido.
- ✚ Conhecimento da equipa sobre a temática, abordando-a ao longo do internamento e reforçando os ensinamentos quando o momento da alta.

ASPETOS PASSIVEIS DE SER MELHORADOS NA UNIDADE

- Intensidade do toque do telefone da unidade;
- Intensidade dos alarmes dos dispositivos eletrónicos utilizados (MCR, bombas de perfusão).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, C. (2017). *Socorro! O meu bebé não dorme*. Porta Porto Editora.
- Jové, R. (2021). *Dormir sem lágrimas – Deixá-lo chorar não é solução*. Madrid: La Esfera de los Libros.
- McEvoy, L. & Duffy, A. (2008). Holistic practice – a concept analysis. *Nurse Education in Practice* 8, 412-419. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2008.02.002>.
- Moon, R., Carlin, R. & Hand, I. (2022). Sleep-related infant deaths: Updated 2022 recommendations for reducing infant deaths in the sleep environment. *Pediatrics*, 150(1), 1-22. <https://doi.org/10.1542/peds.2022-057990>
- Neves, A. (2021). *O sono do meu bebé*. (1st ed.). Ideias de Ler.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica*. In Cadernos da OE - Série I, 3(1).
- Paiva, T. (2015). *Bom sono, boa vida* (7th ed.). Oficina do Livro – Sociedade Editorial.
- Rafih-Ferreira, R., Pires, M. & Silveira, E. (2020). Tratamento multicomponente para insónia infantil e seus efeitos nos padrões, hábitos e rotinas de sono. *Revista Psica*, 51(4), 1-12. <https://doi.org/10.15448/1980-8623.20204.34034>
- Rangel, M. A., Baptista, C., Pitta, M. J., Anjo, S., & Leite, A. L. (2015). Qualidade do sono e prevalência das perturbações do sono em crianças saudáveis em Gaia: um estudo transversal. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 31(4), 256-264. <https://doi.org/10.32385/rpmgfv31i4.11553>
- Salavessa, M., & Vilarça, P. (2009). Problemas de sono em idade pediátrica. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 25(5), 584-591. <https://doi.org/10.32385/rpmgfv25i5.10676>
- Silva, E., Simões, P., Macedo, M., Duarte, J. & Silva, D. (2018). Perceção parental sobre hábitos e qualidade do sono das crianças em idade pré-escolar. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(17), 63-72. DOI: 10.12707/RIV17103
- Sociedade Portuguesa de Pediatria (2017). *Recomendações SPS-SPP: prática da sesta da criança nas creches e infantários, públicos ou privados*. Criança e Família. <http://criancaefamilia.spp.pt/promocaode-saude/recomendacoes-spp-para-a-pratica-da-sesta-da-crianca-na-creche-ou-no-infantario-publico-ou-privado.aspx>.
- Sociedade Portuguesa de Pediatria. (2021). *O sono seguro salva vidas: Proteja o seu filho da síndrome de morte súbita do lactente*. Criança e Família. http://criancaefamilia.spp.pt/media/139574/folheto_SMS_SPP-1-.pdf
- Torres, A.C., Pereira, A.R., Oliveira, C., Oliveira, L., Marques, J. (2021). Impacto da privação do sono na criança em idade pré-escolar e escolar. *Revista de Ciências da Saúde da Escola Superior Saúde Cruz Vermelha Portuguesa* 13, 27-33.
- Winter, W.C. (2017). *Dormir bem para viver melhor*. (1st ed.). Porto Editora.

4. AVALIAÇÃO

Título: Como Cuidar do Sono do Seu Bebê: Sessão de Sensibilização para Profissionais de Saúde

Formador: Mariana Adriano de Sousa Nobre Gonçalves

Data: 19/11/2021

Local: Gabinete de Enfermagem

Hora: 14h30

Coloque uma cruz (x) na opção que expresse o seu grau de concordância para cada uma das seguintes afirmações:

Apreciação Global	Discorda Totalmente	Discorda	Concorda	Concorda Totalmente
1. As suas expectativas em relação à formação foram satisfeitas.				
2. A formação foi útil para a sua atividade profissional.				
3. Os conteúdos abordados foram úteis para o seu desenvolvimento profissional.				
4. A formação favoreceu a aquisição/ consolidação de conhecimentos.				
5. Os audiovisuais utilizados foram adequados à mensagem transmitida.				
6. Recomendaria esta ação de formação a profissionais de outros serviços.				

Comentários e/ou sugestões de melhoria

Obrigada pela sua colaboração.

Mariana Gonçalves

APÊNDICE VIII
Diário de Campo



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

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Diário de Campo

Elemento Estruturante na Avaliação do Crescimento e
Desenvolvimento da Criança

Mariana Adriano de Sousa Nobre Gonçalves

**Lisboa
2022**



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

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Diário de Campo

Elemento Estruturante na Avaliação do Crescimento e
Desenvolvimento da Criança

Mariana Adriano de Sousa Nobre Gonçalves

Orientador:

Prof.^a Doutora Joana Rita Guarda da Venda Rodrigues

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CCCF – Cuidados Centrados na Criança e na Família

CSP – Cuidados de Saúde Primários

CVSIJ – Consulta de Vigilância de Saúde Infantil e Juvenil

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

PNSIJ – Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

DGS – Direção-Geral da Saúde

ÍNDICE

NOTA INTRODUTÓRIA	5
1. CONSULTA DE VIGILÂNCIA DE SAÚDE INFANTIL DE JUVENIL	7
2. AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS	10
3. ESQUEMATIZAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS A AVALIAR.....	11
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	

NOTA INTRODUTÓRIA

Em Portugal os Cuidados de Saúde Primários (CSP) têm um papel primordial na promoção da saúde da população. Estes sofreram, em 2005, uma reorganização cujo objetivo foi permitir maior acessibilidade à população mantendo a qualidade dos cuidados prestados nos diferentes serviços.

O terceiro contexto de estágio foi realizado numa Unidade de Saúde Familiar (USF) em Lisboa que, de acordo com o preconizado pelo Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ), realiza Consultas de Vigilância de Saúde Infantil e Juvenil (CVSIJ) periódicas. De acordo com o PNSIJ, para a avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança realizado nas CVSIJ deve ser utilizada a Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada. A dita escala deve ser encarada como referência para a normalidade e integra os sistemas informáticos (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2013).

Importa reforçar que o desenvolvimento infantil não acontece de modo linear sendo, pelo contrário, um processo ativo, contínuo, dinâmico, progressivo e individual que se manifesta através do aumento de competências a nível motor, cognitivo, psicossociais e de linguagem.

Por ser um processo de carácter individual, a aquisição das habilidades supracitada - cujo objetivo é a conquista de autonomia e independência da criança -, ocorre através da demonstração de comportamentos característicos de cada estágio de desenvolvimento (Souza & Veríssimo, 2015). A velocidade de passagem de um estágio de desenvolvimento para o seguinte é variável, embora a ordem de aquisição das competências seja constante, criando um processo padrão, usado como referência na Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada (DGS, 2013).

Por sua vez, o crescimento está relacionado com mudanças quantitativas, alterações que podem ser mensuráveis, como o peso, a altura, o perímetro cefálico, o vocabulário e a dentição (Serafim et al., 2012).

As CVSIJ constituem um momento de interação entre o enfermeiro e a díade criança-família e devem ser encaradas como um momento de avaliação, mas também de orientação. A periodicidade das consultas facilita o estabelecimento de uma relação terapêutica, baseada na confiança, onde o enfermeiro avalia o crescimento e o desenvolvimento da criança, identifica e intervém em situações de risco para a

criança e ainda capacita o binómio criança-família, dotando-os de conhecimentos que potenciem a saúde da criança (DGS, 2013).

A filosofia dos Cuidados Centrados na Criança e na Família (CCCF) preconiza a existência de uma parceria de cuidados entre o enfermeiro e a díade criança-família, conseguida por meio do envolvimento, da capacitação e da partilha de conhecimentos e informações encarando o cliente pediátrico como alvo dos cuidados.

É essencial que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP) aproveite as CVSIJ para abordar diferentes temas, dependendo do estágio de desenvolvimento da criança, partilhando conhecimentos que facilitem a superação de períodos de desorganização. Tal, possibilita o empoderamento da díade, a aquisição de novas competências e fortalece o papel parental indo ao encontro do que é defendido pela filosofia dos cuidados antecipatórios (Gomes, 2009).

Este diário de campo foi redigido como forma de preparação pessoal, de maneira a esquematizar os temas a abordar no decorrer da consulta e as aquisições de desenvolvimento a avaliar na criança (Apêndice I). Por ter considerado esta atividade estruturante, decidi repeti-la para as consultas seguintes.

1. CONSULTA DE VIGILÂNCIA DE SAÚDE INFANTIL DE JUVENIL

O V. é um lactente de 7 meses que recorreu à CVSIIJ acompanhado pelos seus pais. Antes da família entrar no gabinete, a enfermeira orientadora confidenciou-me que acompanhava a mãe do V. desde as consultas de planeamento familiar e que após o nascimento do V. tinha conhecido o seu pai, pois sempre que podia, este comparecia nas consultas. Tendo ainda acrescentado que o V. era o primeiro filho do casal e que ambos eram muito empenhados na promoção de hábitos saudáveis.

Importa esclarecer que embora os sete meses não estejam definidos no PNSIJ como uma das idade-chave para a realização das CVSIIJ, não tendo havido possibilidade desta família se deslocar à USF no sexto mês de vida do V., a presente consulta avalia o crescimento e desenvolvimento do V. tendo em conta as orientações da DGS (2013) para a aquisição de competências referentes aos seis meses de idade.

Fui ter com o V. e a sua família à sala de espera e, enquanto os encaminhava para o gabinete, apresentei-me e informei que a enfermeira orientadora se juntaria a nós no decorrer da consulta.

Já dentro do gabinete, convidei os pais do V. a sentarem-se e pedi para me disponibilizarem o Boletim de Saúde Infantil e Juvenil do V. ao mesmo tempo que lhe oferecia uma bola colorida. O V. estava sentado no carrinho, olhando para tudo à sua volta, demonstrando atenção e curiosidade, tendo ficado visivelmente feliz quando recebeu a bola, começando de imediato a abaná-la e a transferi-la de uma mão para a outra.

Já ao colo dos pais, o V. deixou cair a bola, olhou para o chão e não conseguindo identificar a sua localização começou a chorar. Nesse momento, ofereci-lhe uma roca com a qual o V. ficou visivelmente feliz ao ouvir a musicalidade quando a abanava.

Pedi aos pais para despirem o V. de maneira a conseguir avaliar o seu peso, comprimento e perímetro cefálico. Após ter avaliado o crescimento do V. aproveitei para avaliar algumas aptidões como levantar a cabeça em decúbito ventral com auxílios dos seus braços. Posteriormente aproveitei a roca para, brincando com o V., avaliar se este conseguia permanecer sentado sem apoio, avaliar a simetria da convergência e ainda compreender se o V. era capaz de seguir sons.

Todas estas atividades foram realizadas com a presença dos pais, tendo-me esforçado não só por envolvê-los nos cuidados, mas também transmitir informações e atividades promotoras do desenvolvimento infantil, que poderiam realizar no

domicílio. Como, por exemplo, sugeri aproveitarem o tapete educativo que referiram ter no chão da sala e, com a ajuda de um brinquedo, deitando o V. no tapete, incentivá-lo a deslocar-se indo ao seu encontro.

Registei os valores no boletim de saúde do V., enquanto abordava os seus pais procurando saber se tinham alguma preocupação, dúvida ou se tinha acontecido alguma intercorrência desde a última consulta. Não havendo quaisquer dúvidas por parte dos pais do V., introduzi os tópicos preconizados como cuidados antecipatórios.

Comecei por questionar sobre a alimentação, nomeadamente se já tinham iniciado a diversificação alimentar e como é que estava a ser a adaptação do V. à mesma. A mãe do V., referiu ter iniciado introdução alimentar aos seis meses, seguido as sugestões realizadas pela enfermeira orientadora na última consulta tendo acrescentado que, inicialmente, o V. gostava mais de se sentar à mesa com a família do que dos alimentos embora recentemente tenha mudado a sua postura aceitando-os melhor. Reforcei positivamente a atuação dos pais, nomeadamente a persistência em sentar o V. à mesa, acompanhando-os durante o período das refeições possibilitando a sua participação e incentivando a sua exploração, contudo, sem forçar o V a ingerir refeições inteiras, respeitando o seu tempo, individualidade e vontades (Melo et al., 2021). Relembrei que uma vez mantinham a amamentação em livre demanda, o leite materno transmitia ao V. todos os nutrientes e propriedades que este necessitava tornado os alimentos numa alimentação complementar.

Outro tópico a salientar é a segurança, que abordei explicando que a fase de desenvolvimento seguinte seria o gatinhar e a exploração do espaço inerente à nova conquista. Por essa razão, seria importante começarem a pensar em proteger tomadas e as fontes de aquecimento, adicionar fechos de segurança nas gavetas e nos armários e evitar ter fios soltos.

Sabendo que nem todos os itens podem ser visualizados durante a consulta, a presença da família é crucial para que seja possível avaliar a aquisição de determinadas competências. Durante a consulta, ao testemunhar a interação dos pais com V., questionei-os se este começava a querer imitá-los, tendo percebido que já realizava vocalizações. De maneira a estimular a linguagem, incentivei a família do V. a ler livros e a contar histórias ao V., podendo, por exemplo, adicionar esta atividade à rotina do sono diária. Tendo posteriormente explicado a relevância do sono para o crescimento e desenvolvimento do V. e, conseqüentemente, a importância do

estabelecimento de hábitos e rotinas de sono saudáveis e consistentes, passíveis de ser repetidos diariamente fomentando assim uma boa relação com o sono.

Relativamente à dentição, enfatizei a importância de, com o aparecimento dos primeiros dentes, iniciarem a escovagem dos mesmos podendo também incluir esta atividade na rotina do sono.

A enfermeira orientadora e a médica juntaram-se à consulta e, enquanto a médica abordava os pais do V. ao mesmo tempo que testava a presença dos seus reflexos, aproveitei para informar a enfermeira orientadora sobre as informações que tinha recolhido e o que tinha observado.

Realizámos o registo no boletim e confirmámos que, não tendo havido uma consulta aos seis meses, teríamos de atualizar o esquema vacinal do V. com inoculação de duas vacinas. Sabendo que o V. ainda estava a ser amamentado, questionei a sua mãe procurando compreender se sentia confortável em estar presente durante o procedimento e se, gostaria que o mesmo fosse realizado durante a amamentação. De imediato, a mãe do V. respondeu-me que na última consulta tinha testemunhado o sofrimento do filho e que desta vez não se sentia confortável e preferia sair do gabinete durante a realização do procedimento. Dirigindo-me desta vez ao pai do V., perguntei-lhe se preferia acompanhar a esposa ou permanecer no gabinete e, após a sua resposta, questionei-o se sentia confortável com a realização do procedimento ao seu colo ao que este anuiu. Posicionei o V., explicando previamente ao pai como poderia colaborar e cantando a sua música preferida, administrei as vacinas.

A enfermeira orientadora ausentou-se do gabinete para ir chamar a mãe do V. e, quando regressaram, já o V. tinha parado de chorar e estava a rir com a brincadeira do “cucu”. Aproveitei este momento para agendar a consulta seguinte e, após me ter despedido desta família completei os registos no sistema informático.

2. AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

O enfermeiro deve conhecer os vários estádios de desenvolvimento infantil de maneira a poder identificar eventuais alterações quer fisiológicas – desvios à normalidade cuja correção passa pela introdução de estímulos ou atividades promotoras do desenvolvimento das ditas competências - como patológicas – desvios que necessitam de uma avaliação do desenvolvimento mais pormenorizada e especializada devendo ser iniciada o mais precocemente possível. Para tal, é essencial que haja uma relação de confiança mútua e que seja estabelecida uma relação terapêutica que possibilite o envolvimento, a capacitação e fortaleça a competência parental.

Importa também lembrar que o desenvolvimento infantil não é linear e, consequentemente, a aquisição das competências segue um processo padrão. Não devendo alarmar a família quando não há essa necessidade mas, pelo contrário, partilhar atividades que possam ser realizadas no domicílio e estimulem o desenvolvimento das ditas habilidades.

O mesmo foi verificado na situação supracitada, ao ser sugerido a introdução, na sua rotina diária, da leitura de um livro/ história, estimulando assim o desenvolvimento da linguagem do V.

É de realçar a importância de encarar a criança e a sua família como parceiros nos cuidados. A família, sendo quem melhor convive diariamente com a criança e, consequentemente, quem a conhece melhor, fornece informações fundamentais, que podem não ser observadas durante a CVSJ, possibilitando uma avaliação do desenvolvimento da criança mais fidedigna.

A realização desta atividade possibilitou o desenvolvimento das unidades de competência **E1.1**, **E3.1** e **E3.3** nomeadamente nos critérios de avaliação **E1.1.2**, **E1.1.4**, **E3.1.1**, **E3.1.2**, **E3.1.3**, **E3.3.1** e **E3.3.2** (Regulamento n.º 422/2018, 2018).

Esta atividade possibilitou a concretização dos objetivos **“promover o crescimento e o desenvolvimento infantil com vista à maximização da saúde da criança e família”** e **“desenvolver competências comunicacionais com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento;**

3. ESQUEMATIZAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS A AVALIAR

- V.S.D.T., 7 meses

- Explora ambiente, brinquedos e objetos,
- Usa ambas as mãos para alcançar um objeto, leva-o à boca e transfere-o de uma mão para a outra;
- Ignora objetos que caem ao chão
- Convergência ocular;
- Em decúbito ventral, levanta a cabeça com auxílio do apoio nas mãos;
- Permanece sentado sem apoio;
- Em pé faz apoio plantar.
- Segue sons a 45 cm ao nível do ouvido;
- Vocaliza monossílabos e dissílabos;
- Dá gargalhadas.

- Vacinas 6 meses

Direção-Geral da Saúde (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil.
Lisboa: Direção-Geral de Saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Direção-Geral da Saúde (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Lisboa: Direção-Geral de Saúde.
- Gomes, C.G. (2009). Cuidar do sono do bebé. *Revista Referência*, 2(9), 69-77.
https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2134&id_revista=4&id_edicao=26
- Melo, N., Antonio, R., Passos, L. & Furlan, R. (2021). Aspectos influenciadores da introdução alimentar infantil. *Distúrbio Comum*, 33(1), 14-24.
<https://doi.org/10.23925/2176-2724.2021v33i1p14-24>
- Serafim, A., Jacinto, A., Franco, M., Reis, M., Vaz, F. (2012) Promovendo uma infância melhor. *Revista Percursos* 26 3-15.
https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9262/1/Revista_Percursos_n26_Promovendo%20uma%20Infância%20Melhor.pdf
- Souza, J., Veríssimo, M. (2015) Desenvolvimento infantil: análise de um novo conceito. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(6), 1097-1104.
<https://doi.org/10.1590/0104-1169.0462.2654>.

APÊNDICE IX
Poster “Vamos Falar do Sono do Bebê”

VAMOS FALAR DO SONO DO BEBÉ?



O sono é uma **atividade diária, fisiológica, natural e indispensável**, que promove o crescimento e o desenvolvimento da criança.

Estado temporário de inatividade (motora e comportamental), facilmente revertível essencial para **restaurar energias, fomentar a imunidade, potenciar a maturação e a plasticidade cerebral, consolidar memórias e manter o estado de vigília** e alerta.

Nas **crianças**, o sono saudável promove o desenvolvimento cognitivo, comportamental e a maturação do sistema nervoso central e contribui para a manutenção da saúde.

As nossas recomendações

Onde deve dormir o bebé?

- No seu berço e no quarto dos pais até aos 6 meses (idealmente durante o primeiro ano de vida).
- Utilize um colchão firme (do tamanho do berço) sem inclinação.



Como deitar o bebé?

- De barriga para cima (até aos 12 meses);
- Os pés do bebé devem tocar no fundo do berço e a cama deve ser feita nessa área, de forma uniforme (sem rugas) - Para evitar que o bebé deslize e fique coberto pelos lençóis;
- Deixe os ombros do bebé destapados prendendo os lençóis na lateral do berço.



Na hora de dormir...

- Retire do berço objetos como almofadas, brinquedos e proteções laterais.



DURANTE AS SESTAS O BEBÉ DEVE DORMIR NO LOCAL ONDE OS PERÍODOS DE SONO SÃO MAIS LONGOS E REPARADORES (SEJA AO COLO OU NO BERÇO)

Elaborado por: Enf.ª Mariana Gonçalves, no âmbito da Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Referências Bibliográficas:

Moon, R. (2021, janeiro 1). How to keep your sleeping baby safe: AAP policy explained. American Academy of Pediatrics. How to Keep Your Sleeping Baby Safe: AAP Policy Explained - HealthyChildren.org
Rafili-Ferreira, R., Pires, M. & Silveiras, E. (2020) Tratamento multicomponente para insónia infantil e seus efeitos nos padrões, hábitos e rotinas de sono. *Revista Psico*. 51(4), 1-12. <https://doi.org/10.15448/1980-8623.2020.4.34034>
Sociedade Portuguesa de Pediatria. (2021). O sono seguro salva vidas: Proteja o seu filho da síndrome de morte súbita do lactente. *Criança e Família*. http://criancaefamilia.spp.pt/media/139574/folheto_SMS_SPP-1-.pdf.
Tham, E., Schneider, N. & Broekman, B. (2017). Infant sleep and its relation with cognition and growth: a narrative review. *Nature and Science of Sleep*. 7(9), 135-149. <https://doi.org/10.2147/NSS.S125992>.

APÊNDICE X

Folheto “Promoção de Hábitos de Sono Saudáveis no Lactente”

QUAL A INFLUÊNCIA DO AMBIENTE DO QUARTO?

A qualidade do sono do bebé é influenciada pela **manipulação** e pelo **ambiente envolvente**. Um ambiente calmo e tranquilo transmite segurança, promove o relaxamento e permite ao bebé diminuir o estado de alerta e repousar.

COMO DEVE SER O AMBIENTE DO QUARTO?

- ✚ Escuro ou com iluminação suave;
- ✚ Temperatura entre os 18º e os 21ºC;
- ✚ Silencioso (sem ruídos);
- ✚ Limpo e arrumado;
- ✚ Sem brinquedos estimulantes disponíveis na hora de dormir.

REGRESSÕES DO SONO

São períodos de desorganização comuns e expectáveis, que decorrem de acontecimentos importantes na vida do bebé e que podem levar a uma “regressão” do sono. É importante não desanimar e manter os hábitos e rotinas previamente implementados. Estes podem suceder após:

- ✚ Evolução no desenvolvimento devido à aquisição de novas competências (sentar, andar, falar, etc.)
- ✚ Situação de doença e/ou internamento;
- ✚ Início da frequência na creche/escola;
- ✚ Alterações na rotina (regresso dos pais ao trabalho, férias).

Em caso de dúvida contacte a sua enfermeira e/ou médica de família.

PROMOÇÃO DE HÁBITOS DE SONO SAUDÁVEIS NO LACTENTE



Fonte: Encrier. (2018.). Newborn baby girl yawning [Photograph]. iStock. <https://www.istockphoto.com/pt/foto/newborn-baby-girl-yawning-gm1017721326-273655536>

O sono influencia não só a vida da criança, mas também a vida da sua família. É essencial cuidar do sono do bebé criando hábitos e rotinas que, no futuro, se traduzam numa boa relação com o sono, perceptível através do gosto por dormir.

Referências Bibliográficas:

Encrier. (2018). Newborn baby girl yawning [Photograph]. iStock. <https://www.istockphoto.com/pt/foto/newborn-baby-girl-yawning-gm1017721326-273655536>
Moon, R., Carlin, R. & Hand, I. (2022). Sleep-related infant deaths: Updated 2022 recommendations for reducing infant deaths in the sleep environment. *Pediatrics*, 150(1), 1-22. <https://doi.org/10.1542/peds.2022-057990>
Neves, A. (2021). *O sono do meu bebé*. (1st ed.). Ideias de Ler
Rafih-Ferreira, R., Pires, M. & Silveiras, E. (2020). Tratamento multicomponente para insónia infantil e seus efeitos nos padrões, hábitos e rotinas de sono. *Revista Psico*, 51(4), 1-12. <https://doi.org/10.15448/1980-8623.2020.4.34034>
Sociedade Portuguesa de Pediatria. (2021). *O sono seguro salva vidas: Proteja o seu filho da síndrome de morte súbita do lactente*. Criança e Família. http://criancaefamilia.spp.pt/media/139574/folheto_SMS_SPP-1-.pdf
Torres, A.C., Pereira, A.R., Oliveira, G., Oliveira, L., Marques, J. (2021). Impacto da privação do sono na criança em idade pré-escolar e escolar. *Revista de Ciências da Saúde da Escola Superior Saúde Cruz Vermelha Portuguesa*, 13, 27-33.
Winter, W.C. (2017). *Dormir bem para viver melhor* (1st ed.). Porto Editora.

Elaborado por Enf. Mariana Gonçalves

No âmbito da Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Dezembro, 2021

O QUE É O SONO?

Uma atividade diária, natural e indispensável, que promove o crescimento e o desenvolvimento da criança. Um estado de repouso essencial para restaurar energias, permitindo fomentar a imunidade, potenciar a maturação e a plasticidade cerebral, consolidar memórias e manter o estado de vigília e alerta.

HIGIENE DO SONO

A higiene do sono no bebé é realizada pela família e consiste no controlo dos comportamentos e do ambiente associados ao sono. Tem como objetivo promover e otimizar o sono, sendo possível através da implementação de hábitos e de rotinas de sono regulares e consistentes.

COMO CUIDAR DO SONO DO BEBÉ?

Nos primeiros 6 meses de vida recomenda-se que o bebé:

- ✚ Durma no local onde os períodos de sono são mais longos e reparadores (quer ao colo ou no berço);
- ✚ Tenha uma rotina de sono tranquilizante e regular;
- ✚ Não adormeça sozinho a chorar, ao acalmá-lo proporcione-lhe uma sensação de segurança e fomenta a vinculação.

ROTINA DE SONO

Atividades tranquilas que antecedem a hora de deitar e que permitem que a criança acalme e antecipe esse momento:

- ✚ Tomar banho, vestir o pijama, contar uma história ou cantar uma canção de embalar.

COMO CRIAR HÁBITOS DE SONO?

De acordo com a Sociedade Portuguesa de Pediatria (2021), entre os 4 e os 6 meses, o bebé desenvolve capacidades que permitem regular o “relógio biológico”. Nesta fase podem começar a ser implementados os hábitos de sono, nomeadamente:

- ✚ Definir a hora de deitar e mantê-la diariamente (adaptar gradualmente atendendo à criança e ao seu desenvolvimento);
- ✚ Utilizar objetos de transição (peluche, fralda, chucha, etc.) que transmitam segurança, na hora de adormecer;
- ✚ Diminuir a luminosidade da casa ao iniciar a rotina de sono;
- ✚ Evitar brincadeiras estimulantes (pelo menos 1h antes da hora de dormir).

RECOMENDAÇÕES PARA A HORA DE DORMIR:

- ✚ Deite o bebé no berço, mas no quarto dos pais durante os primeiros seis meses de vida (idealmente até aos doze meses);
- ✚ Deite o bebé de barriga para cima (até completar doze meses);
- ✚ Utilize um colchão firme, do tamanho do berço sem inclinação;
- ✚ Deite o bebé de maneira que os seus pés toquem no limite inferior do berço, fazendo a cama apenas nessa área;
- ✚ Deixe os ombros do bebé destapados, prendendo os lençóis nas laterais do berço;
- ✚ Aconselhamos a retirar do berço objetos como almofadas, brinquedos e proteções laterais.

APÊNDICE XI
Folheto “Promoção de Hábitos de Sono Saudáveis na
Criança/Jovem”

O QUE ACONTECE QUANDO SE DORME POUCO?

O sono insuficiente pode resultar de alterações na qualidade ou na quantidade de sono. Este pode levar à privação do sono, cujas consequências podem ser inicialmente subtis, embora possam vir a ter efeitos negativos a curto e a longo prazo.

CONSEQUÊNCIAS DA PRIVAÇÃO DO SONO	
Problemas Comportamentais	Agressividade, impulsividade e baixa tolerância à frustração.
Problemas fisiológicos	Fadiga e aumento de sonolência diurna.
Alterações cognitivas	Distração, défice de atenção e de concentração, incapacidade em concluir tarefas, diminuição do pensamento abstrato, da memória e do desempenho cognitivo.
Alterações motoras	Diminuição da destreza motora, aumento de lesões acidentais e quedas frequentes.
Alterações humorais	Ansiedade, labilidade emocional, maior irritabilidade e birras.
Aprendizagem	Mau rendimento escolar.
Orgânicas	Alterações da função endócrina, imunológica, metabólicas, obesidade e hipertensão arterial.

Em caso de dúvida contacte a sua enfermeira e/ou médica de família.

PROMOÇÃO DE HÁBITOS DE SONO SAUDÁVEIS NA CRIANÇA/JOVEM



Fonte: Velichkina, I. (2020). Little girl wakes up in morning under white blanket wearing grey bunny plush sleep mask with alarm clock in her hands. Child sleep regime hours. Early rise to kindergarten. Mom's daily rest routine. [Photograph]. iStock.

O sono influencia a vida da criança/jovem e a vida da sua família. É essencial criar hábitos e rotinas de sono que permitam antecipar este momento e que se traduzam numa boa relação com o sono e no gosto por dormir.

O QUE É O SONO?

Uma atividade diária, natural e indispensável, que promove o crescimento e desenvolvimento. Um estado de repouso que permite restaurar energias, fomentar a imunidade, potenciar a maturação cerebral, consolidar memórias e manter o estado de vigília e alerta.

HIGIENE DO SONO

Inicialmente realizada pela família e, posteriormente, repetida pela criança/jovem. Consiste no controlo dos comportamentos e do ambiente associados ao sono com o objetivo de o promover e otimizar, através da implementação de hábitos e de rotinas regulares e consistentes.

COMO DEVE SER O AMBIENTE DO QUARTO?

Um ambiente calmo e tranquilo transmite segurança, promove o relaxamento e permite diminuir o estado de alerta e repousar.

- ✚ Escuro ou com iluminação suave;
- ✚ Temperatura entre os 18º e os 21ºC;
- ✚ Silencioso (sem ruídos);
- ✚ Limpo, arrumado e sem brinquedos estimulantes disponíveis na hora de dormir.

ROTINA DE SONO

Conjunto de atividades tranquilas que antecedem a hora de deitar e que permitem que a criança/jovem acalme e antecipe esse momento.

- ✚ Diminuir a luminosidade da casa, tomar banho, vestir o pijama, lavar os dentes, massagem, ler uma história, cantar uma canção de embalar/ ouvir uma música calma.

COMO CRIAR HÁBITOS DE SONO?

Os hábitos de sono são muitas vezes apreendidos através da imitação dos hábitos da família, sendo essencial que a criança/jovem saiba que é hora da família ir dormir.

- ✚ Definir a hora de deitar e informar a criança/jovem (deve ser adaptada ao seu crescimento de forma gradual);
- ✚ Informar a proximidade da hora estipulada (por exemplo, “faltam 10 minutos para irmos dormir”);
- ✚ Acordar diariamente à mesma hora;
- ✚ Utilizar objetos de transição que transmitam conforto e segurança na hora de adormecer (como um peluche, luz de presença, etc.).

AS NOSSAS RECOMENDAÇÕES PARA A HORA DE DORMIR:

- ✚ Evitar brincar no quarto, para que este seja associado a um sítio calmo e tranquilo, de maneira a promover o sono e o descanso na hora de dormir;
- ✚ Adormecer a criança na sua cama (caso desperte durante a noite estará no mesmo local onde adormeceu, havendo maior possibilidade de se autoconfortar e menor probabilidade de se assustar);
- ✚ Evitar bebidas e brincadeiras estimulantes ou agressivas (pelo menos 1h antes da hora de dormir);
- ✚ Suspender o uso de écrans 1h antes da hora de dormir;
- ✚ Estimular a prática de atividade física regular (preferencialmente durante o período diurno);
- ✚ Evitar realizar sesta perto da hora do jantar.

Para ajustar a hora de deitar/acordar, a criança/jovem deve ir para a cama 15 minutos mais cedo e, no dia seguinte, acordar 15 minutos mais cedo, até que seja atingida a hora desejada.

APÊNDICE XII

Portfólio Reflexivo “Estratégias para Minimizar o Impacto do Ambiente no Sono da Criança e Família”



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

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Portfólio Reflexivo

Estratégias para Minimizar o Impacto do Ambiente no
Sono da Criança e Família

Mariana Adriano de Sousa Nobre Gonçalves



**Lisboa
2022**



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

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Portfólio Reflexivo

Estratégias para Minimizar o Impacto do Ambiente no
Sono da Criança e Família

Mariana Adriano de Sousa Nobre Gonçalves



Orientador:

Prof.^a Doutora Joana Rita Guarda da Venda Rodrigues



Lisboa

2022

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS – Associação Portuguesa do Sono

CCCF – Cuidado Centrado na Criança e na Família

DEP – Dispositivos Eletrónicos de Perfusão

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

SO – Sala de Observação

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	5
1. O SONO DA CRIANÇA.....	6
2. FACTORES QUE INFLUENCIAM O SONO.....	8
3. IDENTIFICAÇÃO DE PROBLEMAS ENCONTRADOS E DEFINIÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE MELHORIA.....	11
CONCLUSÃO.....	17
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	

APÊNDICES

Apêndice XII.I – Entrevista a uma Enfermeira Perita

INTRODUÇÃO

Este trabalho surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, do 12º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. O objetivo da elaboração deste portfólio reflexivo é realizar uma análise crítica e reflexiva sobre o impacto do ambiente no sono da criança e comparar as evidências encontradas com o vivenciado no serviço de urgência de um hospital da região de Lisboa, de maneira a encontrar estratégias para minimizar o impacto do ambiente no sono da criança e sua família.

Para que este trabalho fosse possível, foi realizada uma entrevista a perito (enfermeira que trabalha na área e contacta diariamente com esta realidade) tendo, posteriormente, os dados obtidos sido cruzados com a experiência pessoal que tive após a primeira semana de estágio.

Defini como objetivo geral deste portfólio elaborar estratégias para melhorar o ambiente do serviço de urgência e, conseqüentemente, otimizar o sono das crianças durante o período de internamento. Como objetivos específicos, defini analisar o serviço de urgência e aprofundar conhecimentos sobre o impacto do ambiente no sono das crianças.

Para a elaboração do presente trabalho foram essenciais as pesquisas realizadas através da plataforma *EBSCOHost*, do motor de busca *Google Académico*, bem como a leitura e consulta de livros técnicos sobre a temática.

Este portfólio encontra-se estruturado em quatro capítulos, no primeiro dos quais será apresentada uma breve contextualização sobre a problemática do sono, explicitando a sua importância durante a hospitalização. No capítulo seguinte constará uma lista dos vários fatores que influenciam o sono da díade criança-família durante a hospitalização. No capítulo terceiro será realizado um levantamento de problemas e posterior definição de estratégias a ser adotadas para melhorar os pontos apresentados. Por último, será realizada uma síntese das ideias principais.

1. O SONO DA CRIANÇA

A doença e consequente hospitalização são considerados como as primeiras situações de crise com a díade criança-família se depara (Diogo et al., 2015; Engenheiro et al., 2016). Este é um acontecimento repentino e inesperado, que tem implicações na vida e na rotina diária da díade criança-família. Esta drástica rutura com o normal quotidiano a que estão habituadas (quer a nível da vida familiar como da vida escolar) torna a hospitalização num período complicado e desafiante para a díade criança-família (Gonçalves et al., 2017).

A hospitalização está associada à experiência de sentimentos e emoções intensos, nomeadamente o medo, a ansiedade, a angústia, a tristeza e a irritabilidade podendo também desencadear alterações no padrão alimentar e de sono da criança (Gonçalves et al., 2017).

O sono é uma atividade diária, fisiológica, natural e indispensável para o ser humano (Almeida, 2017; Walker 2019; Winter, 2017). Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2011), o sono consiste numa “redução recorrente da actividade corporal, marcada por uma diminuição da consciência (...) em que a pessoa não está alerta, metabolismo diminuído, postura imóvel, actividade corporal diminuída e sensibilidade diminuída, mas prontamente reversível a estímulos externos” (p. 76).

O sono tem um impacto multifatorial que se verifica no bem-estar físico, emocional, cerebral e comportamental (Torres et al., 2021). As suas principais funções centram-se na promoção do repouso e restauro de energia, o que permite incrementar a imunidade, potenciar a maturação cerebral e a neuroplasticidade, criar e/ou consolidar memórias, estimular o desenvolvimento da linguagem, e ainda, manter o estado de vigília e de alerta (Silva et al., 2018; Tham, et al., 2017). O sono, sendo responsável por aumentar as defesas do sistema imunitário, torna-se essencial na recuperação em caso de doença, tem um papel importante na prevenção de infeções e é um grande aliado no combate de processos malignos (Walker, 2019).

Na área da pediatria, o sono tem um papel fulcral no crescimento e desenvolvimento das crianças (Rafihi-Ferreira et al., 2020). Nesta linha de pensamento, já Salavessa e Vilariça, em 2009, explanavam que o sono permitia que a criança, ao aperfeiçoar a capacidade de se auto-confortar e de readormecer sozinha, sem a presença da família, pudesse gerir processos de autorregulação, essenciais para o seu desenvolvimento emocional e relacional.

Quando o período de sono da criança é inferior ao recomendado (por esta se ter deitado tarde, acordado mais cedo ou por este ter sido interrompido) este é considerado insuficiente e, caso se torne num acontecimento recorrente, pode levar à privação do sono.

A privação de sono tem consequências não só a curto mas também a longo prazo, podendo estas ser agrupadas em problemas comportamentais (agressividade, impulsividade e baixa tolerância à frustração), problemas fisiológicos (fadiga e aumento de sonolência diurna), alterações cognitivas (distração, défice de atenção e de concentração, incapacidade de concluir tarefas, diminuição do pensamento abstrato, diminuição de memória e do desempenho cognitivo), alterações motoras (diminuição da destreza motora, aumento de lesões acidentais e quedas frequentes), alterações humorais (ansiedade, labilidade emocional, maior irritabilidade e birras), alterações das funções orgânicas (alterações da função endócrina, imunológica, metabólicas, obesidade, hipertensão arterial) (Associação Portuguesa do Sono [APS], 2017, Rafihi-Ferreira et al., 2020, Torres et al., 2021).

Sabendo que o sono insuficiente compromete o sistema imunitário, diminuindo a capacidade de recuperar em situação de doença (Oliveira & Ferreira, 2014) bem como aumenta a sensibilidade à dor, diminuindo assim a sua tolerância, torna-se fulcral promover o sono da criança presente no serviço de urgência (Manuel et al., 2021).

Importa também reforçar que o sono tem impacto na saúde da criança mas também na sua família (Torres et al., 2021). A privação de sono no cuidador influencia o seu humor, a sua capacidade de apoiar a criança, a sua capacidade de tomar decisões, potenciando o stress e o desenvolvimento de alterações humorais que podem afetar a capacidade do cuidador para compreender as informações e, consequentemente, tomar decisões sobre o estado de saúde da criança (Stickland et al., 2016; Stremler et al., 2021).

A filosofia do Cuidado Centrado na Criança e na Família (CCCF), considerado como um dos pilares da pediatria, proclama que todas as crianças se encontram inseridas numa família, devendo, por isso, a díade criança-família ser considerada como o alvo dos cuidados e incluída no processo de tomada de decisão (Smith, 2018). Desta forma, o sono do cuidador que se encontra a acompanhar a criança durante o internamento deve também ser o centro dos cuidados (Meltzer et al., 2012).

2. FACTORES QUE INFLUENCIAM O SONO

Existem diversos fatores que influenciam o sono da criança hospitalizada e da sua família, podendo estes ser agrupados em quatro grandes grupos, nomeadamente: fatores da criança, fatores ambientais, interação da equipa com a díade criança-família e fatores do cuidado de enfermagem (Stremler et al., 2015).

- 1. Fatores da criança:** dizem respeito à individualidade de cada criança, onde o sono tenderá a ser menos longo e reparador, dependendo do estágio de desenvolvimento da criança, uma vez de um adolescente tem maior facilidade em readormecer do que em estádios iniciais, que tendencialmente têm maior dificuldade em compreender o seu estado de saúde, a necessidade de hospitalização e a aceitar a presença dos profissionais de saúde. Também a existência de internamentos anteriores possibilita que a criança relaxe e descontraia com maior facilidade, já que a hospitalização não é algo novo e ela já sabe o que esperar. Por último, a gravidade da situação vivenciada, pois quanto maior for o nível de instabilidade da criança maior será o nível de vigilância e monitorização por parte da equipa de enfermagem bem como a dor e/ou desconforto desencadeado pela situação clínica (Stremler et al., 2015)
- 2. Fatores ambientais:** focam o impacto do ambiente no sono da criança, nomeadamente do som (tom das conversas, volume dos dispositivos eletrónicos de perfusão (DEP), ruído contínuo dos oxímetros, proximidade de espaços públicos e o impacto das portas e lixos a bater), da luminosidade e da temperatura do quarto. Contudo, também é destacado a adequação da cama (tamanho, conforto e falta de equipamento essencial como almofadas e mantas) (Stremler et al., 2015) e a presença de mais crianças no mesmo quarto (Manuel et al., 2021).
- 3. Interação da equipa com a díade criança-família:** a confiança no enfermeiro, conseguida através da comunicação com este, da negociação dos cuidados e da definição de expectativas são essenciais para que exista segurança e confiança no enfermeiro, permitindo diminuir o estado de alerta e repousar (Stremler et al., 2015).

4. Fatores do cuidado de enfermagem: onde se destaca a manipulação através das monitorizações constantes ou do manuseamento dos equipamentos, a realizações de intervenções de enfermagem e a importância de priorizar o sono e o descanso da díade criança-família, face a intervenções que podem ser agendadas para outras alturas do dia (por exemplo, administração de medicação diária, avaliação de sinais vitais numa criança estável, realização de colheitas de sangue) (Stremmler et al., 2015).

Uma outra perspetiva de análise, defendida por Erondy et al. (2019), consiste em compreender se as alterações de sono vivenciadas pela criança durante o internamento decorrem dos comportamentos associados à higiene de sono realizada no domicílio. Uma vez que a díade criança-família pode não ter hábitos e rotinas de sono definidos, o que, em situação de hospitalização, quando confrontados com uma alteração do seu ambiente habitual no domicílio, pode vir a exacerbar comportamentos que dificultem o sono da díade criança-família.

A hospitalização contribui para um sono disruptivo pela simples presença de doença, aumento do stress e ansiedade e pela dor. A inexistência de uma higiene de sono consistente impossibilita que a criança se sinta segura, confortável e relaxada num ambiente desconhecido (Manuel et al., 2021).

É de salientar que o sono e a dor estão intimamente ligados, na medida em que a dor impossibilita o sono enquanto, por outro lado, a falta de sono aumenta a sensibilidade à dor (Meltzer, 2012). Por essa razão, é de extrema importância que haja uma adequada avaliação, prevenção, controlo e alívio da dor da criança. O mesmo é defendido por Oliveira e Ferreira (2014), quando referem que o “conforto do doente é fundamental, sendo essencial a avaliação e o alívio da dor” (p. 83).

A teoria do Conforto de Kolcaba é uma teoria de médio alcance, que esclarece que o conforto é um conceito complicado, individual e holístico que representa um estado relaxado, pacífico e individualizado (Kolcaba, 2003). Na ótica da autora, existem três tipos de conforto: o alívio, a tranquilidade e a transcendência, os quais podem ocorrer em quatro contextos distintos: o físico, o psico-espiritual, o ambiental e o social (Dowd, 2004). Para Kolcaba, o conforto pode ser definido como a experiência imediata e holística adquirida através da satisfação dos três tipos de conforto nos quatro contextos referidos (Bice & Kolcaba, 2020).

É através da prestação de cuidados holísticos que o enfermeiro contribui para que o conforto seja alcançado, sendo que, segundo Dowd (2004), as medidas de conforto

representam as “intervenções de enfermagem concebidas para abordar necessidades de conforto específico das pessoas, incluindo fisiológicas, sociais, financeiras, psicológicas, espirituais, ambientais e físicas” (p.484). Podemos concluir que a obtenção desses níveis de conforto é essencial para a promoção de um sono tranquilo e reparador.

Como foi mencionado anteriormente, a qualidade e a quantidade do sono da díade criança-família é influenciada por diversos fatores cabendo ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP) definir estratégias para minimizar o impacto da manipulação e melhorar o ambiente envolvente, para que este estimule o sono e permita que a criança se sinta confortável, segura, baixe o estado de alerta e durma (Torres et al., 2021).

3. IDENTIFICAÇÃO DE PROBLEMAS ENCONTRADOS E DEFINIÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE MELHORIA

O serviço de urgência do hospital encontra-se atualmente dividido em duas alas: uma de urgência geral e outra destinada apenas a doenças respiratórias e dispõe de uma equipa multidisciplinar muito vasta e alargada para dar resposta às necessidades de todas as crianças e famílias que a ele recorram. Ambas as alas dispõem de salas de espera, de triagem, de reanimação, de tratamentos, salas de observação (SO) e de gabinetes médicos. A urgência geral possui ainda um quarto de contenção e uma sala de pequena cirurgia.

Durante a primeira semana de estágio foi-me possível observar alguns aspetos que podem ter impacto no sono das crianças internadas no serviço de urgência que são passíveis de ser melhorados. Posteriormente, foi realizada uma entrevista a perito a uma enfermeira mestre e especialista que trabalha na área e contacta com a realidade no seu quotidiano profissional (Apêndice I) e, para finalizar, a informação recolhida foi comparada com as minhas anotações pessoais.

Os problemas identificados encontram-se agrupados em cinco categorias: iluminação, ruído, temperatura, manipulação e limitações físicas do serviço.

- 1. Iluminação:** a luz do corredor é branca, encontra-se sempre ligada, existindo um único interruptor e a incidência da luz proveniente dos DEP na face da criança e do seu acompanhante.
- 2. Ruído:** o volume dos DEP; a conversa entre a equipa multidisciplinar e/ou entre a o enfermeiro e a díade criança-família presentes no mesmo quarto; a proximidade dos quartos com a sala de espera; as portas e tampa do lixo a bater na parede; a recolha da roupa e do material de esterilização às 7h e o ruído proveniente dos écrans (televisão, telemóvel e tablets).
- 3. Temperatura:** as acentuadas variações de temperatura ao longo das divisões do serviço e os quartos demasiado aquecidos.
- 4. Manipulação:** crianças com maior instabilidade clínica com necessidade de avaliação clínica frequente (sinais vitais, gasimetria).
- 5. Limitações físicas do serviço:** a partilha de quarto entre crianças em estádios de desenvolvimento distintos e a transferência da criança para o serviço de internamento durante a noite.

De acordo com os achados de Oliveira e Ferreira (2014), perante uma situação em que se verifique uma alteração no sono da criança, é importante que o papel do enfermeiro passe inicialmente por instituir medidas não farmacológicas, uma vez que “a criação de condições favoráveis ao estabelecimento de um sono reparador é fundamental como parte do plano de recuperação da criança doente” (p. 86).

A exposição a luzes intensas e brancas no período noturno promove alterações da temperatura corporal, aumenta o estado de alerta e interfere na regulação do ritmo circadiano atrasando a produção de melatonina (Stremler, 2021). Dessa forma, como estratégias de melhoria a nível da **luminosidade**, propõe-se alterar as luzes de maneira que estas possam ser desligadas por quadrantes; substituir os interruptores por outros que possibilitem regular a intensidade da luz e, por último, evitar direcionar os DEP no sentido da díade criança-família. É de salientar o esforço da equipa para priorizar o uso da luz de presença e/ou o uso das lanternas pessoais em detrimento da luz do teto aquando da prestação de cuidados no SO, perturbando dessa forma o menor número de crianças e famílias possível.

A sensibilidade ao **ruído** varia de indivíduo para indivíduo, no entanto, a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2009) recomenda que para não interferirem com o sono, os ruídos sonoros não devem exceder os 40 dB, ficando idealmente no intervalo 30-40 dB. Relativamente às estratégias para minimizar o ruído, propõe-se diminuir (quando possível) o volume dos DEP; sensibilizar a equipa multidisciplinar para diminuir a intensidade da voz no período noturno, principalmente na proximidade do SO; utilizar mecanismos de fecho lento nas portas e nas tampas dos caixotes de lixo e afastá-los da parede, de maneira a evitar o ruído provocado na sua utilização; sensibilizar as pessoas presentes na sala de espera para que também elas limitem e diminuam o seu tom de voz; agendar, se possível, a recolha das roupa e do material para esterilização para as 9h e ainda, definir uma hora para desligar os écrans. Considera-se importante referir que a equipa de enfermagem tenta minimizar o impacto do ruído no sono da díade criança-família realizando, quando possível, a transmissão de ocorrências fora da unidade. É também de salientar que o facto da criança só poder estar acompanhada por um único familiar limita o ruído existente no serviço de urgência.

Relativamente à manutenção da **temperatura**, aconselha-se a que esta seja mantida entre os 18 e os 21 graus e que seja constante ao longo do serviço de urgência, evitando assim a variação da temperatura sentida.

A **manipulação** e interação com a criança por parte dos profissionais de saúde é necessária embora possa criar ansiedade e dificuldade no processo de adormecimento (Oliveira & Ferreira, 2014). Recomenda-se que as intervenções a ser realizadas sejam ponderadas e agrupadas, sempre que possível, de maneira a limitar a necessidade de manipulação da criança. Relativamente à administração de medicação diária ou prescrita a cada 12h, recomenda-se que a mesma seja administrada em horários diurnos ou 9h/21h, evitando interromper a manipular a criança e o ambiente envolvente.

Considera-se que os problemas encontrados relativamente às **limitações físicas do serviço** não são de fácil resolução. Contudo, propõe-se que seja estipulada uma hora limite para realizar transferências para outros serviços, evitando assim acordar o binómio criança-família durante o sono; sugere-se que as crianças sejam internadas de acordo com o seu estágio de desenvolvimento e de acordo com a situação de saúde, evitando desta forma juntar duas crianças com níveis de instabilidade dispares e/ou duas crianças com estádios de desenvolvimento distintos.

As estratégias previamente definidas para minimizar o impacto do ambiente no sono da criança, encontram-se agrupadas na tabela 1, de acordo com os problemas identificados, evidenciando o artigo que as defende.

Importa reforçar que, durante a hospitalização, devem ser promovidos e proporcionados hábitos e rotinas de sono semelhantes às praticadas no domicílio (Manuel et al., 2021). Hybschmann et al. (2021) defendem que o sono durante a hospitalização deve ser promovido, nomeadamente através da realização de massagem, da prática do toque curativo e suave, da promoção de leitura, cantando ou ouvindo uma música e através da realização de exercícios respiratórios.

Acredita-se que o EEESIP deva aproveitar estes momentos de contacto com a criança e sua família para a informar sobre a importância do sono e promover hábitos de sono saudáveis, capacitando o binómio criança-família (Erondy et al., 2019).

Quadro 1 – Distribuição das estratégias definidas de acordo com os artigos selecionados.

Fator Influenciador	Estratégias	Título	Autor/Ano	Passagem
Luz	Diminuir a luminosidade	- Hábitos de Sono - Patient and parente sleep in a children's hospital - Environment in pediatric wards: light, sound, and temperature	- Maia, I. e Pinto, F. (2008) - Meltzer <i>et al.</i> (2012) -Oliveira <i>et al.</i> (2015)	- “durante a noite a luz deve ser minimizada” (p. 11) - “dimmed lights at night may have a synergistic Effect in creating a calm, restful environment” (p. 69) - “use flashlights, especially in shared bedrooms and clustering care causing as little disturbance as possible to other children” (p. 1046)
Som	Minimizar o ruído	- Patient and parente sleep in a children's hospital - Environment in pediatric wards: light, sound, and temperature - A qualitative study of sleep quality in children and their residente parents when in hospital - Sleep friendly ward; a pilot project in a level II hospital	- Meltzer <i>et al.</i> (2012) -Oliveira <i>et al.</i> (2015) - Stickland <i>et al.</i> (2016) - Manuel <i>et al.</i> (2021)	- “using slow release mechanisms on doors” (p. 69) - “equipment alarms can be antecipated and volume can be adjusted lower”, “television should be shut off at appropriate hour ” (p. 1046) - “avoidable sources of noise, such as noisy conversations among staff” (p.5) - “material should not be replaced during the night” (p. 181)

Temperatura	Adequar a temperatura	- Problemas de sono em idade pediátrica - Perceção parental sobre hábitos e qualidade do sono das crianças em idade pré-escolar - Sleep friendly ward; a pilot project in a level II hospital	- Salavessa, M. e Vilariça, P. (2009) - Silva <i>et al.</i> (2018) - Manuel <i>et al.</i> (2021)	- “Temperatura adequada” (p. 587) - “proporcionar-lhes um ambiente do quarto (...) arejado e com temperatura amena” (p. 65) - “the room temperature should be kept within a comfortable range” (p.180)
Ambiente tranquilo	Promover o sono	- Problemas de sono em idade pediátrica - Perceção parental sobre hábitos e qualidade do sono das crianças em idade pré-escolar	- Salavessa, M. e Vilariça, P. (2009) - Silva <i>et al.</i> (2018)	- “criar um ambiente tranquilo” (p. 587) - “proporcionar-lhes um ambiente do quarto adequado, escuro e limpo, calmo e tranquilo” (p. 65)
Manipulação	Minimizar a manipulação excessiva	- Hábitos de Sono - Characterizing pediatric inpatient sleep duration and disruptions - Sleep in hospitalized children and adolescents: a scoping review	- Maia, I. e Pinto, F. (2008) - Erundu <i>et al.</i> (2019) - Hybschmann <i>et al.</i> (2021)	- “durante a noite a (...) interação reduzida ao indispensável” (p. 11) - “medical administration and blood draws are conducted at times that are not disruptive to the patient sleep”, “nurses to forego overnight vital sign checks on patients when they are not critically” (p.90) - “organization of delivery of care can play a major role in ensuring patient sleep” (p. 7)

Conforto	Promover o sono	- Patient and parente sleep in a children's hospital - Nurses' views of factors affecting sleep for hospitalized children and their families: a focus group study - Percepção parental sobre hábitos e qualidade do sono das crianças em idade pré-escolar	- Meltzer <i>et al.</i> (2012) - Stremler <i>et al.</i> (2015) - Silva <i>et al.</i> (2018)	- "nurses should advocate for increased pain management when needed to achieve adequate sleep" (p. 69) - "incorporating comfort items from home" (p. 317) - "dispor de uma cama apropriada à idade da criança e com pouca roupa" p. 65
-----------------	-----------------	--	---	--

CONCLUSÃO

O sono tem um papel crucial durante o crescimento e desenvolvimento da criança, adquirindo maior importância durante o período de internamento da criança ajudando a promover a recuperação da doença.

Ao longo da hospitalização deve ser possibilitada a manutenção dos hábitos e rotinas de sono realizadas em casa, embora existam diversos fatores que influenciam o sono da criança neste período particular. Os fatores ambientais (a luz, o ruído e a temperatura) juntamente com manipulação, são os fatores mais referidos na literatura embora correspondam aos fatores cujas estratégias são mais fáceis de definir e implementar. As estratégias identificadas devem ser praticadas não só no período noturno, mas também durante as sestas diurnas das crianças.

Ressalva-se a importância de as estratégias adotadas serem partilhadas com toda a equipa multidisciplinar, possibilitando a uniformização dos cuidados.

As crianças devem ser encorajadas a trazer de sua casa objetos que tornem o quarto mais confortável e familiar, promovendo um ambiente com maior nível de conforto e segurança e permitindo à criança relaxar, baixar o estado de alerta e repousar.

O período de hospitalização deve ser aproveitado pelo EEESIP para compreender os conhecimentos da criança e sua família sobre o sono aproveitando todas as oportunidades para capacitar a díade criança-família na promoção de hábitos de sono saudáveis.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, C. (2017). *Socorro! O meu bebé não dorme*. (1st. ed.). Porto Editora
- Bice, A. & Kolcaba, K. (2020). Katharine Kolcaba's comfort theory. In M.C. Smith (Ed.), *Nursing theories and nursing practice* (5th ed., pp. 371-382). F.A. Davis Company
- Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L. & Almeida, T. (2015). Enfermeiros com competência emocional na gestão dos medos de crianças em contexto de urgência. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. (13), 43-51. https://www.researchgate.net/publication/279749883_Enfermeiros_com_competencia_emocional_na_gestao_dos_medos_de_crianças_em_contexto_de_urgência
- Dowd, T. (2004). Katharine Kolcaba: Teoria do conforto. In. A.M. Tomey & M. R. Alligood (Eds.), *Teóricas de enfermagem e a sua obra – Modelos e teorias de enfermagem* (4th ed., pp. 481-495). Lusociência
- Engenheiro, O., Geadas, C., Lobo, C., Azougado, C., Figueiredo, J. & Simpson, C. (2016). Benefícios do brincar terapêutico em crianças hospitalizadas: uma revisão integrativa da literatura. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*. 2(1), 489-501. [https://doi.org/10.24902/r.riase.2016.2\(1\).489](https://doi.org/10.24902/r.riase.2016.2(1).489)
- Erondu, A., Orlov, N., Peirce, L., Anderson, S., Chamberlain, M., Hopkins, K., Lyttle, C., Gozal, D. & Arora, V. (2019). Characterizing pediatric inpatient sleep duration and disruptions. *Sleep Medicine Journal*. 51(1), 87-91. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2019.01.030>
- Gonçalves, K., Figueiredo, J., Oliveira, S., Davim, R., Camboim, J. & Camboim, F. (2017). Criança hospitalizada e equipe de enfermagem: opinião de acompanhantes. *Revista de Enfermagem*. 11(6), 2586-2593. <https://doi.org/10.5205/reuol.9799-86079-1-RV.1106sup201713>
- Hybschmann, J., Topperzer, M., Gjaerde, L., Born, P., Mathiasen, R., Sehested, A., Jennum, P. & Sørensen, J. (2021). Sleep in hospitalized children and adolescents: A scoping review. *Sleep Medicine Journal*. 59(1), 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2021.101496>
- Hurtley, C. (2009). *Night noise guidelines for europe*. Copenhagen, Denmark: World Health Organization Europe. https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0017/43316/E92845.pdf

- Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice – A vision for holistic health care research* (1st. ed.). Springer Publishing Company, Inc
- Manuel, A., Ribeiro, A., Completo, S., Silva, S. & Loureiro, H. (2021). Sleep friendly ward: a pilot project in a level II hospital. *Portuguese Journal of Pediatrics*. 52(3), 176-186. <https://doi.org/10.25754/pjp.2021.20190>
- Meltzer, L., Davis, K. & Mindell, J. (2012). Patient and parent sleep in a children's hospital. *Pediatric Nursing*. 38(2), 64-71. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22685865/>
- Oliveira, L. & Ferreira, R., (2014). O ambiente das enfermarias pediátricas favorece o sono das crianças?. *Acta Pediátrica Portuguesa*. 45(2), 82-89. <https://doi.org/10.25754/pjp.2014.2706>
- Oliveira, L., Gomes, C., Nicolau, L., Ferreira, L. & Ferreira R. (2015). Environment in pediatric wards: light, sound, and temperature. *Sleep Medicine Journal*. 16(9), 1041-1048. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2015.03.015>
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE) – Versão 2
- Rafih-Ferreira, R., Pires, M. & Silves, E. (2020) Tratamento multicomponente para insónia infantil e seus efeitos nos padrões, hábitos e rotinas de sono. *Revista Psico*. 51(4), 1-12. <https://doi.org/10.15448/1980-8623.2020.4.34034>
- Silva, E., Simões, P., Macedo, M., Duarte, J. & Silva, D. (2018). Perceção parental sobre hábitos e qualidade do sono das crianças em idade pré-escolar. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(17), 63–72. <https://doi.org/10.12707/RIV17103>
- Smith, W. (2018). Concept analysis of family-centered care of hospitalized pediatric patients. *Journal of Pediatric Nursing*. 42, 57-64. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.06.014>
- Stickland, A., Clayton, E. Sankey, R. & Hill, C. (2016). A qualitative study of sleep quality in children and their resident parents when in hospital. *Archives of Disease in Childhood*. 101(6), 1-6. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2015-309458>
- Sociedade Portuguesa de Pediatria (2017). *Recomendações SPS-SPP: prática da sesta da criança nas creches e infantários, públicos ou privados*. Criança e Família. <http://criancaefamilia.spp.pt/promocao-de-saude/recomendacoes-sps->

spp-para-a-prática-da-sesta-da-criança-na-creche-ou-no-infantário,-público-ou-privado.aspx

- Stremler, R., Adams, S. & Dryden-Palmer, K. (2015). Nurses' views of factors affecting sleep for hospitalized children and their families: a focus group study. *Research in Nursing & Health*, 38(4), 311-322. <https://doi.org/10.1002/nur.21664>
- Stremler, R., Micsinszki, S., Adams, S., Parshuram, C. & Pullenayegum, E. (2021). Objective sleep characteristics and factors associated with sleep duration and waking during pediatric hospitalization. *JAMA Network Open*. 4(4), 1-12. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.3924>
- Torres, A.C., Pereira, A.R., Oliveira, C., Oliveira, L., Marques, J. (2021). Impacto da privação do sono na criança em idade pré-escolar e escolar. *Revista de Ciências da Saúde da Escola Superior Saúde Cruz Vermelha Portuguesa*. 13, 27-33

APÊNDICES

APÊNDICE XII.I
Entrevista a uma Enfermeira Perita

A presente entrevista foi realizada presencialmente e teve a duração de 10 minutos. O objetivo da entrevista foi identificar o impacto que o ambiente exerce no sono saudável da criança e da família internada no serviço de urgência e elaborar estratégias de melhoria, de maneira a otimizar o sono da díade criança-família.

Foi entrevistada uma enfermeira perita, com 12 anos de experiência profissional. A EEESIP iniciou funções em 2010, num serviço de internamento pediátrico e trabalha no Serviço de Urgência Pediátrica desde 2020.

Foram realizadas três perguntas distintas que nortearam a entrevista.

1. Qual a Importância do Sono Saudável para a Criança e Família?

Considero que o sono é um processo com um grande impacto na vida e na saúde quer da criança, como da sua família. Em processos de doença, como aquele que se vivencia quando a díade criança-família ocorre ao serviço de urgência pediátrico, o sono pode ter um papel preponderante na recuperação da criança sendo, por isso, essencial cuidarmos e promovermos o sono saudável.

2. Qual o Impacto do Ambiente no Sono da Criança e Família?

O ambiente do sono no domicílio é controlado pela criança e pela família. Ou seja, o ruído, a temperatura, a luminosidade são fatores facilmente manipuláveis, que podem ser alterados assim que se percebe que estão a interferir no sono da criança. Como sabemos, em contexto de internamento, isso não é possível, competindo-nos a nós, profissionais de saúde, promover o sono de qualidade, quer da criança, como da sua família.

O serviço de urgência pediátrica foi idealizado para atender às necessidades emergentes da díade criança-família, sendo, por isso, um serviço com bastante movimento e, consequentemente, com condições limitadas para promover e potenciar o sono do cliente pediátrico.

As principais dificuldades que a equipa enfrenta na promoção de hábitos de sono saudáveis, face ao ambiente, são:

- a) A luz do corredor intensa, com um interruptor único;
- b) A falta de uma luz de menor intensidade, alocada a cada unidade, na sala de observações;

- c) A localização da sala de espera, que se situa ao lado da sala de observações havendo dificuldade em minimizar o ruído inerente às conversas que lá ocorrem;
- d) O ruído provocado pela tampa dos caixotes de lixo a cada utilização;
- e) O ruído proveniente de profissionais externos do serviço, nomeadamente pela recolha da roupa e limpeza do serviço às 7h;
- f) Não haver possibilidade de regular a temperatura;
- g) O limite físico da sala de observações, que obriga a que crianças com idades e estádios de desenvolvimento diferentes sejam colocadas na mesma sala.

3. Que Estratégias Utiliza para Minimizar o Impacto do Ambiente e das Intervenções de Enfermagem no Sono da Criança e Família?

O internamento no serviço de urgência pediátrica pressupõe uma alteração ou instabilidade na saúde da criança o que condiciona a nossa abordagem por obrigar a um nível de manipulação maior (quer seja pela necessidade de avaliar os sinais vitais com frequência, um controlo analítico mais regular ou necessidades da própria condição da doença da criança).

Na minha prática de cuidados esforço-me por agrupar os procedimentos que tenho de realizar de maneira a perturbar o sono da díade criança-família, o menor número de vezes possível.

Face à ausência de uma luz de presença na unidade de cada criança, utilizo uma lanterna pessoal, com uma luz de menor intensidade, evitando assim perturbar todas as crianças e famílias internadas na sala de observações.

De referir, que as passagens de turno são realizadas num gabinete que se situa fora do serviço, limitando assim o ruído provocado pelas mesmas e minimizando o seu impacto no sono da díade criança-família internada.

APÊNDICE XIII

**Norma Interna: Promoção de Hábitos de Sono Saudáveis na
Criança: Registos de Enfermagem**



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

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Norma Interna

Promoção de Hábitos de Sono Saudáveis na Criança:
Registos de Enfermagem

Mariana Adriano de Sousa Nobre Gonçalves



**Lisboa
2022**

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

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Norma Interna

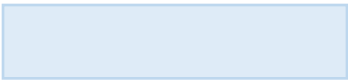
Promoção de Hábitos de Sono Saudáveis na Criança:
Registos de Enfermagem

Mariana Adriano de Sousa Nobre Gonçalves

Orientador:

Prof.^a Doutora Joana Rita Guarda da Venda Rodrigues

**Lisboa
2022**

	NORMA INTERNA	
Elaborado por: Enf. ^a Mariana Gonçalves	PROMOÇÃO DE HÁBITOS DE SONO SAUDÁVEIS NA CRIANÇA: REGISTOS DE ENFERMAGEM	
Edição: Fevereiro 2022	Aprovado por:	Próxima Edição:

1. DEFINIÇÃO

O cuidar em enfermagem deve ser holístico e individualizado, encarando a pessoa como um todo e promovendo o seu bem-estar físico, social, cultural, espiritual e emocional (McEvoy & Duffy, 2008).

Em pediatria, o propósito dos cuidados de enfermagem é a maximização da saúde da criança, independentemente do seu estágio de desenvolvimento (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

Para que tal seja possível, o enfermeiro deve sustentar os cuidados que presta em conceções teóricas e em filosofias de cuidados. Os Cuidados Centrados na Criança e na Família defendem que o alvo dos cuidados deve ser o cliente pediátrico, devendo o plano de cuidados ser individualizado e personalizado, respeitando as suas necessidades, gostos, crenças, valores, cultura, preferências e expectativas (Smith, 2018). Os Cuidados Centrados na Criança e na Família defendem a parceria de cuidados, o envolvimento, a capacitação e a participação parental encarando a díade criança-família como pessoa ativa quer no plano de cuidados como na tomada de decisão (Coyne et al., 2016).

O sono saudável é essencial para a promoção de qualidade de vida da criança e da sua família e caracteriza-se por ser uma necessidade natural, básica e fisiológica. O sono define-se como um processo evolutivo, ativo e dinâmico sendo um estado de inatividade motora e comportamental temporária, no qual se regista uma diminuição da consciência, apesar de continuar a verificar-se uma enorme atividade cerebral (Ordem dos Enfermeiros, 2011; Torres et al., 2021; Walker, 2019; Winter, 2017).

O sono tem repercussões a nível do bem-estar físico, emocional, cerebral e comportamental (Torres et al., 2021). Ao promover o repouso e o restauro de energia permite incrementar a imunidade, potenciar a maturação cerebral e a

neuroplasticidade, criar e/ou consolidar memórias, estimular o desenvolvimento da linguagem e ainda manter o estado de vigília e de alerta (Silva et al., 2018; Tham, et al., 2017).

Em pediatria, o sono saudável e reparador, promove o crescimento e o desenvolvimento da criança, nomeadamente o desenvolvimento cognitivo e comportamental, a maturação do sistema nervoso central e a renovação de energias, possuindo assim um papel de destaque no seu quotidiano (Rafihi-Ferreira et al., 2020; Tham, et al., 2017). Concretamente, em contexto de internamento, o sono saudável da criança, sendo responsável por aumentar as defesas do sistema imunitário, torna-se essencial na recuperação em caso de doença e na prevenção de infeções (Walker, 2019).

Dado os inúmeros benefícios do sono saudável para a vida da criança, cabe ao enfermeiro reconhecer a sua importância e promovê-lo, incluindo-o no seu plano de cuidados. Paralelamente, de acordo com os Cuidados Centrados na Criança e na Família, o enfermeiro deve aproveitar todos os momentos de contacto com a díade criança-família para a capacitar e consciencializar para a importância do sono saudável e reparador para a saúde da criança.

Os registos de enfermagem são considerados como parte integrante do cuidar, devendo conter todas as informações e ações realizadas pelo enfermeiro na sua prática de cuidados, espelhando assim os cuidados prestados e possibilitando a continuidade dos mesmos. Dada a sua importância, foi desenvolvida esta norma interna, explicitando o foco, diagnósticos e intervenções a selecionar na construção dos processos informáticos das crianças internadas no serviço.

2. OBJETIVO

A presente norma tem como objetivo geral implementar estratégias de intervenção especializada promotoras de hábitos de sono saudáveis na criança. Tendo sido definidos dois objetivos específicos, nomeadamente:

- Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância do sono saudável para o crescimento e desenvolvimento da criança;
- Promover a adoção de intervenções de enfermagem promotoras de hábitos de sono saudáveis na criança.

3. ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Deve ser utilizado por todos os enfermeiros do serviço de internamento de pediatria do Hospital, que prestem cuidados à criança internada e à sua família.

4. RESPONSABILIDADE

Todos os enfermeiros que exerçam funções no serviço de internamento de pediatria são responsáveis pela implementação da presente norma, existindo dois enfermeiros responsáveis pela continuidade da sua divulgação e avaliação – enfermeira M. e enfermeira P.

5. DESCRIÇÃO

A presente norma de procedimento visa o reconhecimento do sono saudável como fator importante para o crescimento e desenvolvimento da criança internada. Para tal, propõe a integração do mesmo no processo de cuidados da criança através da identificação, no sistema informático, do foco “sono” e da seleção dos diagnósticos de enfermagem “sono” e, dependendo da idade e estágio de desenvolvimento da criança “avaliar conhecimento do prestador de cuidados para promover o sono” ou “avaliar conhecimento para promover o sono”. O preenchimento de todos os campos referentes ao sono na avaliação inicial deve ser igualmente realizado.

No sistema informático, na construção do processo de cuidados de enfermagem, deve ser escolhido o foco “sono”. Posteriormente deve ser identificado o diagnóstico de enfermagem “avaliar sono” e de seguida realizar os seguintes passos:

- Definir o status “sem sono comprometido” ou “sono comprometido”;
- Planear as intervenções de enfermagem “avaliar sono”, “executar técnica de relaxamento” e “planear o sono”;
- Calendarizar as intervenções
 - crianças com idade inferior a 5 anos as intervenções são realizadas em todos os turnos, pois há maior possibilidade de ocorrerem períodos de sono diurno;
 - Crianças com idade superior a 5 anos têm um sono predominantemente noturno que deverá coincidir com a realização das intervenções supracitadas.

De acordo com a idade da criança e/ou com o seu estágio de desenvolvimento, deve-se optar pelo diagnóstico “avaliar conhecimento do prestador de cuidados para promover o sono” ou “avaliar conhecimento para promover o sono”. Idealmente, este último deve ser escolhido em crianças com idade superior a 13 anos. Após a identificação do diagnóstico, importa:

- Definir o status “potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados para promover o sono” ou “potencial para melhorar o conhecimento para promover o sono”;
- Planear as intervenções de enfermagem “avaliar conhecimento do prestador de cuidados para promover o sono”, “avaliar conhecimento para promover o sono”, “ensinar o prestador de cuidados sobre o sono” ou “ensinar sobre o sono”;
- Calendarizar as intervenções
 - Avaliar conhecimento - Semanalmente no turno da manhã;
 - Ensinar sobre o sono – turno da manhã e da tarde.

6. TIPO DE AVALIAÇÃO

A avaliação será efetuada através da realização de auditorias internas, com periodicidade semestral, dirigidas pelas enfermeiras dinamizadoras do serviço. O objetivo da auditoria será obter um nível de conformidade superior a 70%.

7. INTERVENÇÃO PREVISTA

Implementação da norma “A Importância dos Registos de Enfermagem na Promoção de Hábitos de Sono Saudáveis na Criança” pressupõe algumas alterações estruturais nomeadamente a realização de auditorias semestrais e a elaboração de uma *checklist* de verificação dos parâmetros a avaliar.

A nível de mudança de práticas profissionais, prevê-se a realização de formações à equipa (quer de enfermagem como aos auxiliares de ação médica), adaptadas à intervenção de cada elemento da equipa.

As formações terão um carácter anual, para sensibilizar os novos elementos da equipa, possibilitando assim a uniformização das práticas e a continuidade de cuidados.

8. DEFINIÇÕES

Cliente Pediátrico - engloba a criança e a sua família.

Criança – qualquer pessoa com idade inferior a 18 anos, podendo a definição ser estendida, em casos de doença ou incapacidade, até aos 21 anos ou até que a transição para a vida adulta esteja completa.

Cuidados de Enfermagem – cuidados prestados por enfermeiros com a finalidade de diminuir o sofrimento, encontrar sentido para a existência e promover o bem-estar do cliente.

Família – pessoas responsáveis que, por possuírem laços afetos ou familiares, cuidam da criança e zelam pelo seu bem-estar ao mesmo tempo que influenciam o seu crescimento e desenvolvimento.

Registos de Enfermagem – notas de enfermagem que espelham os cuidados prestados pelo enfermeiro ao cliente e possibilitam a continuidade de cuidados. Podem ser redigidas em papel ou no sistema informático.

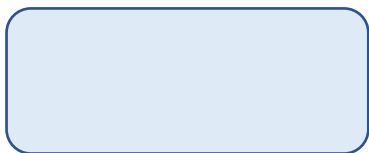
Sono Saudável – sono com duração adequada e regular. Para ser considerado reparador o sono deve ser de qualidade e apresentar a ausência de distúrbios ou perturbações (Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2017).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Coyne, I., Hallström, I. & Söderbäck, M. (2016). Reframing the focus from a family-centred to a child centred care approach for children's healthcare. *Journal of Child Health Care*, 20(4), 1-9. <https://doi.org/10.1177/1367493516642744>
- McEvoy, L. & Duffy, A. (2008). Holistic practice – A concept analysis. *Nurse Education in Practice*, 8, 412-419. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2008.02.002>
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE)* – Versão 2

- Ordem dos Enfermeiros (2017). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde infantil e pediátrica*. Concelho de Enfermagem. Leiria: Ordem dos Enfermeiros
- Rafihi-Ferreira, R., Pires, M. & Silves, E. (2020) Tratamento multicomponente para insónia infantil e seus efeitos nos padrões, hábitos e rotinas de sono. *Revista Psicologia*, 51(4), 1-12. <https://doi.org/10.15448/1980-8623.2020.4.34034>
- Silva, E., Simões, P., Macedo, M., Duarte, J. & Silva, D. (2018). Perceção parental sobre hábitos e qualidade do sono das crianças em idade pré-escolar. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(17), 63–72, <https://doi.org/10.12707/RIV17103>
- Smith, W. (2018). Concept analysis of family-centered care of hospitalized pediatric patients. *Journal of Pediatric Nursing*, 42, 57-64. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.06.014>
- Sociedade Portuguesa de Pediatria (2017). *Recomendações SPS-SPP: prática da sesta da criança nas creches e infantários, públicos ou privados*. Criança e Família. <http://criancaefamilia.spp.pt/promocao-de-saude/recomendacoes-sps-spp-para-a-pratica-da-sesta-da-crianca-na-creche-ou-no-infantario,-publico-ou-privado.aspx>
- Tham, E., Schneider, N. & Broekman, B. (2017). Infant sleep and its relation with cognition and growth: a narrative review. *Nature and Science of Sleep*, 7(9), 135-149. <https://doi.org/10.2147/NSS.S125992>
- Torres, A.C., Pereira, A.R., Oliveira, C., Oliveira, L., Marques, J. (2021). Impacto da privação do sono na criança em idade pré-escolar e escolar. *Revista de Ciências da Saúde da Escola Superior Saúde Cruz Vermelha Portuguesa*, 13, 27-33
- Walker, M. (2019). *Porque dormimos? O que nos diz a ciência sobre o sono e os sonhos* (1st. Ed.). Saída de Emergência
- Winter, W.C. (2017). *Dormir bem para viver melhor* (1st ed.). Porto Editora

APÊNDICE – Checklist de Verificação



CHECKLIST DE AVALIAÇÃO

Monitorizar o processo de Enfermagem informático de cada criança internada, nomeadamente a presença na **Avaliação Inicial** dos itens previamente definidos: sono alterado; hábitos de sono; estratégias adaptativas; rituais utilizados; expressões associadas.

Apenas serão elegíveis processos de crianças provenientes do Serviço de Urgência Pediátrico ou crianças transferidas de outros hospitais. Espera-se uma conformidade > **70%**.

Identificação da Criança	Sono Alterado	Hábitos de Sono	Estratégias Adaptativas	Rituais Utilizados	Expressões associadas
C. 1					
C. 2					
C. 3					
C. 4					
C. 5					
C. 6					
C. 7					
C. 8					
C. 9					
C. 10					

Legenda: P – Presente

A – Ausente

NA – Não Adequado

Monitorizar o **processo de enfermagem** informático da criança internada, avaliando:

- A presença do diagnóstico de enfermagem “avaliar sono” e a sua periodicidade;
- O uso de técnicas de relaxamento e de estratégias não farmacológicas (quando adequado) e a sua correta identificação;
- A avaliação da implementação das técnicas de relaxamento/ estratégias não farmacológicas;
- A presença do diagnóstico de enfermagem “avaliar conhecimento do prestador de cuidados (PC) para promover o sono” ou “avaliar conhecimento para promover o sono”, quando adequado e a sua periodicidade

Espera-se uma conformidade > **70%**.

Identificação da Criança	Avaliar Sono	Técnicas de Relaxamento	Estratégias Não Farmacológicas	Avaliação da Técnica/ Estratégia Implementada	Avaliar conhecimento do PC para promover o sono	Avaliar conhecimento para promover o sono
C. 1						
C. 2						
C. 3						
C. 4						
C. 5						
C. 6						
C. 7						
C. 8						
C. 9						
C. 10						

Legenda: P – Presente

A – Ausente

NA – Não Adequado

APÊNDICE XIV
Sessão de Sensibilização “Priorizar o Sono da Criança”



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

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Priorizar o Sono da Criança
Sessão de Sensibilização

Mariana Adriano de Sousa Nobre Gonçalves



**Lisboa
2022**

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

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Priorizar o Sono da Criança
Sessão de Sensibilização

Mariana Adriano de Sousa Nobre Gonçalves



Orientador:
Prof.^a Doutora Joana Rita Guarda da Venda Rodrigues



Lisboa
2022

ÍNDICE

1. PLANEAMENTO	4
2. IMPLEMENTAÇÃO	6
3. CARTAZ DE DIVULGAÇÃO	7
4. APRESENTAÇÃO DO SLIDESHOW	8
4. AVALIAÇÃO	26

1. PLANEAMENTO

Formador: Mariana Adriano de Sousa Nobre Gonçalves

Título: Priorizar o Sono da Criança: Sessão de Sensibilização para Profissionais de Saúde

Data: 04/03/2022

Local: Gabinete de Enfermagem

Hora: 14 horas

Duração: 30 minutos

Objetivo Geral:

- Sensibilizar os profissionais de saúde para a importância do sono saudável na criança;

Objetivos Específicos:

- Definir os principais conceitos sobre o sono saudável da criança;
- Fomentar a adoção de intervenções de enfermagem que promovam hábitos de sono saudáveis na criança;
- Uniformizar os registos de enfermagem;
- Apresentar a norma realizada intitulada “A importância dos registos de enfermagem na promoção de hábitos de sono saudáveis na criança”.

Etapas	Conteúdos Programáticos	Métodos	Recursos Didáticos	Duração
Introdução	- Apresentação do tema e justificação da sua pertinência; - Apresentação dos objetivos da sessão.	- Expositivo	Computador; SlideShow.	2 min
Desenvolvimento	- Definição da problemática; - Explicitação do enquadramento teórico; - Esclarecimento sobre o impacto do uso de écrans e sobre a influência do ambiente no sono da criança; - Sugestões de melhoria para promover o sono saudável das crianças internadas no serviço de pediatria; - Apresentação e divulgação da norma interna realizada.	- Expositivo	Computador; SlideShow; Norma Interna	18 min
Discussão	- Consideram que os horários descritos são exequíveis tendo em conta as intervenções de enfermagem realizadas? - Que outras estratégias podem ser implementadas para potenciar o sono reparador da criança e da sua família?	- Interativo: - Partilha de Experiências	Computador; SlideShow.	5 min
Conclusão	- Síntese da apresentação.	- Expositivo	Computador; SlideShow.	5 min
Avaliação	- Avaliação da sessão através do preenchimento da <i>checklist</i> realizada.	- Formativo (observação)	Papel	Ao longo da sessão

2. IMPLEMENTAÇÃO

A realização desta atividade surge após a identificação de uma oportunidade de melhoria na prestação de cuidados, tendo sido verificado que a equipa de enfermagem não registava de forma regular e sistemática as intervenções de enfermagem que realizava ao promover hábitos de sono saudável na criança internada.

Para facilitar o registo das intervenções de enfermagem realizadas, foi elaborado uma norma interna especificando qual o foco, os diagnósticos e as intervenções a selecionar na construção dos processos informáticos. A presente sessão de sensibilização foi realizada com o objetivo de consciencializar a equipa de enfermagem para o papel do sono saudável no crescimento e desenvolvimento da criança e divulgar a norma elaborada.

Foi redigido um email explicitando a pertinência da sessão e convidando todos os elementos da equipa de enfermagem a participarem na sessão. Após a divulgação do email, foi afixado o cartaz de divulgação no gabinete de enfermagem, promovendo a sessão.

Importa enfatizar que o agendamento da sessão foi realizado em conjunto com a enfermeira orientadora para possibilitar a presença do maior número de elementos da equipa.

3. CARTAZ DE DIVULGAÇÃO

FORMAÇÃO EM SERVIÇO

**PRIORIZAR O SONO DA
CRIANÇA**

-

Registos no Sistema Informático

DATA: 04/03/2022

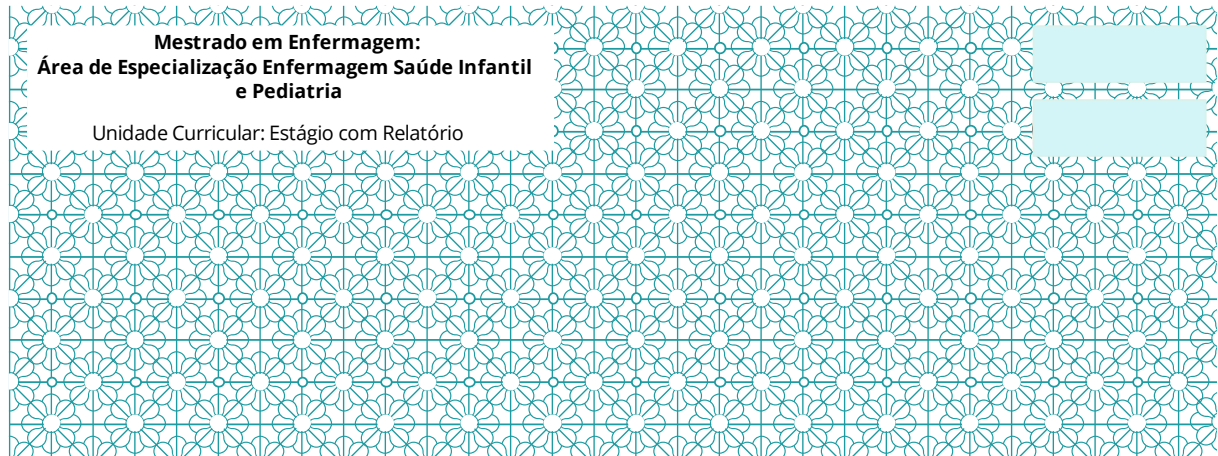
HORA: 14:00

LOCAL: Gabinete de Enfermagem

FORMADORA : Mariana Gonçalves

(Estudante do Curso de Mestrado em
Enfermagem na Área de Especialização
em Enfermagem de Saúde Infantil e
Pediatria ESEL)

4. APRESENTAÇÃO DO SLIDESHOW



PRIORIZAR O SONO DA CRIANÇA

Elaborado por:
Mariana Gonçalves, nº 10497

Lisboa, Março de 2022

SUMÁRIO

- ❖ Objetivos
- ❖ Identificação do Projeto
- ❖ Problemática
- ❖ Enquadramento Teórico
- ❖ Registos de Enfermagem no Sistema Informático(SClínico)
- ❖ Referências Bibliográficas

OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL:

- Sensibilizar os profissionais de saúde para a importância do sono saudável na criança.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Definir os principais conceitos sobre o sono saudável da criança;
- Fomentar a adoção de intervenções de enfermagem que promovam hábitos de sono saudáveis na criança;
- Uniformizar os registros de enfermagem ;
- Apresentar a norma realizada intitulada "A importância dos registros de enfermagem na promoção de hábitos de sono saudáveis na criança".

3

IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO

TÍTULO DO PROJETO:

- Cuidados Centrados na Criança e na Família: Intervenção de Enfermagem na Promoção de Hábitos de Sono Saudáveis

4

PROBLEMÁTICA

O sono é dos momentos mais importantes do dia.

(Almeida, 2017)

O sono possui um papel fundamental no **crecimento e desenvolvimento** da criança.

(Salavessa & Vilarica, 2009)

“Crianças com problemas de sono apresentam, em sua maioria, **hábitos e rotinas inadequadas**”

(Rafih - Ferreira et al., 2021 p.8)

“As maiores agressões que são feitas ao sono advêm de erros comportamentais das **famílias ou das próprias crianças**”

(Paiva, 2008, p. 204)

90% do desenvolvimento cerebral ocorre nos primeiros anos de vida da criança.

(Almeida, 2017)

70% dos bebés acordam de noite e **precisam de ajuda** para voltar a adormecer.

(Almeida, 2017)

5

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

SONO:

- Uma atividade diária, fisiológica, natural e indispensável → processo evolutivo, ativo e dinâmico induzido por características biológicas, pelo temperamento e expectativas da pessoa, pelo ambiente e aspetos socioculturais.
- O sono é essencial para a “restauração do organismo e a conservação da energia, permitindo o equilíbrio físico e emocional da pessoa”.

(Silva et al., 2018, p. 64)

O sono é um **estado temporário de inatividade** física e comportamental, marcado por uma inconsciência relativa que se caracteriza por ser facilmente revertível.

(Torres et al., 2021; Walker, 2019; Winter, 2017)

FUNÇÃO DO SONO:

Promover o repouso e restaurar energia, manter o estado de vigília e alerta, promover a imunidade, potenciar a maturação e a neuroplasticidade e criar e consolidar memórias.

(Silva et al., 2018,)

6

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A IMPORTÂNCIA DO SONO EM PEDIATRIA

- Quando adequado promove o crescimento e o desenvolvimento da criança.
 - ✓ Desenvolvimento cognitivo e comportamental ;
 - ✓ Maturação do sistema nervoso central.

(Rafih-Ferreira et al., 2020; Tham, et al., 2017)

→ Quantidade e qualidade do sono afeta a produção de hormonas como a hormona do crescimento, melatonina, o cortisol, a grelina e a leptina.

(Tham et al., 2017)

Favorece o desenvolvimento cognitivo, o crescimento físico, a regeneração celular dos tecidos e contribui para a manutenção da saúde.

O sono não é uniforme, ao longo da noite ocorrem **vários ciclos** que vão evoluindo e se vão alternando.

(Almeida, 2017)

7

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

NÚMERO DE HORAS DE SONO RECOMENDADO

As necessidades de sono são variáveis de indivíduo para indivíduo, existem apenas **indicadores de orientação geral**

(Almeida, 2017)

Idade	Horas de sono Recomendadas
0-3 meses	14-17 horas
4-11 meses	12-15 horas
1-2 anos	11-14 horas
3-5 anos	10-13 horas
6-13 anos	9-11 horas
14-18 anos	8-10 horas

(National Sleep Foundation, 2015)

SONO INSUFICIENTE

Quando o período de sono é inferior ao recomendado, quer por se ter deitado tarde, acordado cedo, ou por este ter sido interrompido, este é considerado insuficiente.

→ Pode resultar de alterações no padrão de sono-vigília, alterações na qualidade do sono ou da ausência de uma higiene do sono.

(Salavessa & Vilarica, 2009)

→ Se tal não for um acontecimento único, mas pelo contrário se tornar num caso repetitivo e/ou regular, pode levar à privação do sono, cujas consequências podem ser inicialmente subtis, embora possam vir a ter efeitos negativos a curto ou longo prazo.

(Associação Portuguesa do Sono, 2020)

8

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CONSEQUÊNCIAS DA PRIVAÇÃO DO SONO	
Problemas Comportamentais	Agressividade, impulsividade e baixa tolerância à frustração.
Problemas Fisiológicos	Fadiga e aumento de sonolência diurna.
Alterações Cognitivas	Distração, défice de atenção e de concentração, incapacidade de concluir tarefas, diminuição do pensamento abstrato, diminuição de memória e do desempenho cognitivo.
Alterações Motoras	Diminuição da destreza motora, aumento de lesões acidentais e quedas frequentes.
Alterações Humorais	Ansiedade, labilidade emocional, maior irritabilidade e birras.
Aprendizagem	Mau rendimento escolar.
Orgânicas	Alterações da função endócrina, imunológica, metabólicas, obesidade, hipertensão arterial.

(Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2017)

9

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

SINAIS DE SONO INSUFICIENTE NA CRIANÇA

- Irritabilidade;
- Fadiga;
- Sonolência diurna;
- Diminuição do apetite;
- Alterações de humor;
- Diminuição das defesas do organismo.

CONSEQUÊNCIAS DA PRIVAÇÃO DE SONO NA FAMÍLIA

As alterações do padrão de sono na criança desencadeiam também manifestações na sua família, revelando-se nomeadamente através de fadiga, frustração, alterações de humor e privação de sono.

(Rangel et al., 2015, p. 257)

10

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A qualidade do sono é influenciada pela **manipulação** pelo **ambiente envolvente**. Um ambiente calmo e tranquilo transmite segurança, promove o relaxamento e permite à criança baixar o estado de alerta e repousar.

(Modesto et al., 2015)

AMBIENTE DO QUARTO

- Escuro ou com iluminação suave;
- Limpo;
- Silencioso (sem ruídos);
- Temperatura amena;
- Sem brinquedos estimulantes disponíveis na hora de dormir;
- Pode ser utilizado *White Noise* para facilitar o adormecimento.

(SPP, 2017, Torres et al., 2021)

11

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

HIGIENE DO SONO

Assenta no controlo dos comportamentos e ambientes associados ao sono que permitem promover-lo e otimizá-lo. Esta é possível através da implementação de hábitos e de rotinas de sono consistentes, passíveis de ser repetidas diariamente.

Hábitos De Sono

- Definir a horários - hora de deitar/acordar deve ser mantida diariamente (deve ser adaptada à criança e ao seu crescimento);
- Utilizar objetos de transição (peluche, fralda, chucha, etc.);
- Evitar brincadeiras estimulantes e/ou violentas (pelo menos 1h antes da hora de dormir);
- Limitar o uso de ecrãs (pelo menos 1h antes da hora de dormir).

(Rangel et al., 2015)

Rotinas De Sono

Atividades que antecedem a hora de deitar e que permitem que a criança antecipe esse momento:

- Tomar banho;
- Vestir o pijama e lavar os dentes;
- Contar/ler uma história;
- Ouvir/cantar uma canção;
- Diminuir a luminosidade.

(Rafihí-Ferreira et al., 2020) 12

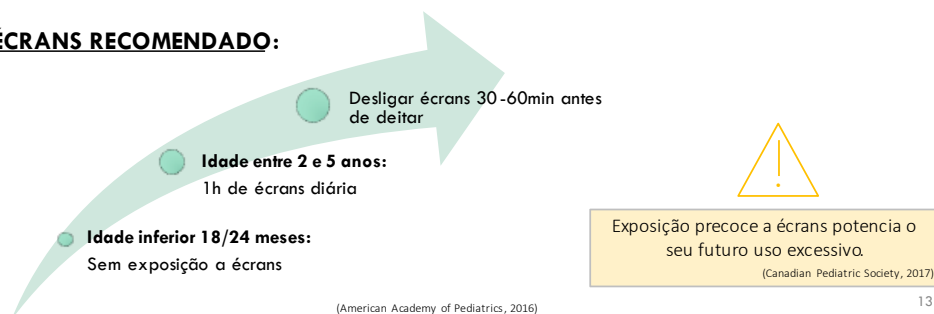
ENQUADRAMENTO TEÓRICO

TEMPO DE ÉCRANS:

Corresponde ao tempo passado frente a computador, *tablet*, telemóvel e/ou televisão.

(Rafael *et al.*, 2020)

TEMPO DE ÉCRANS RECOMENDADO:



13

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

IMPACTOPOSITIVO DO USO DE ÉCRANS:

- Quando corretamente utilizado pode ser considerado como uma ferramenta de educacional:
 - Potencia a atenção e concentração;
 - Permite aprender novas técnicas de aprendizagem;
 - Proporciona momentos de aprendizagem.
- Forma de comunicação e interação social;
- Possibilidade de contactar com temas relevantes como a saúde;
- Pode ser usado como forma de distração durante procedimentos invasivos.

(LI, 2020; Rafael *et al.*, 2020)

IMPACTOSNEGATIVOSDO USO DE ÉCRANS:

- Priva a criança de tempo para realizar outras atividades essenciais para o desenvolvimento psicoafectivo e social (dormir, atividade física, socialização, interação com pares e pais/cuidadores).
 - Até aos 2 anos de idade é através da interação direta com pais/cuidadores que a criança adquire os estímulos essenciais para o seu desenvolvimento psicossocial.
- Propensão para a obesidade por potenciar o sedentarismo, redução do tempo de sono, atraso no desenvolvimento da linguagem, deterioração de competências sociais e de interação familiar, diminuição do desempenho escolar, risco de hipertensão arterial, síndrome metabólica, risco carcinogénico, infertilidade.

(Faria *et al.*, 2018)

(Rafael *et al.*, 2020)

14

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

PERIGOS DO USO DA TELEVISÃO DE FUNDO (“BACKGROUNDTV”)

- A exposição contínua à televisão pode afetar negativamente o desenvolvimento da linguagem e a aquisição de termos novos e também o desenvolvimento cognitivo e da função motora;
- Reduz a interação e o tempo de qualidade com a família/cuidador;
- Distrai da brincadeira que está a decorrer.

“É fundamental garantir atividades em família sem tecnologias (refeição, passeios, etc.) e uma adequada monitorização parental da atividade *online*”.

(Faria et al., 2018, p. 272)

- Uso de ecrãs na hora de dormir potencia o desenvolvimento de alterações de sono especialmente “atraso na hora de adormecer, diminuição do número total de horas de sono, sono pouco reparador e fadiga diurna”.

(Rafael et al., 2020, p.63)

15

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

ÉCRANS E O SONO:

O uso de ecrãs pode afetar o sono pela estimulação excessiva seguido de um estado de alerta consequente do conteúdo visualizado ou pela exposição a luzes brilhantes:

(Li et al., 2020)



(Dube et al., 2017)

O uso prolongado dos ecrãs pode ainda provocar **dor ou desconforto** (dores musculares derivadas da adoção de posturas inadequadas e/ou cefaleias) comprometendo dessa forma o sono.

(Hysing et al., 2015)

16

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Recomendações a transmitir aos pais/cuidadores:

Limitar o uso de écrans no quarto;
Definir de regras;
Promover atividades familiares sem écrans;
Desligar os écrans 30 a 60min antes da hora definida para dormir;
Priorizar a escolha de programas educativos;
Co-visualizar conteúdos - permite melhor interpretação por parte da criança do conteúdo que está a ser visualizado

(Rafael et al., 2020)

17

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Fatores que Influenciam o Sono da Criança Hospitalizada	
Fatores da Criança	- Idade da criança (facilidade em readormecer, aceitação da doença e necessidade de internamento); - Existência de internamentos anteriores (confiança nos profissionais, maior facilidade em descontrair e compreender que é uma situação transitória); - Gravidade da situação (instabilidade e desconforto desencadeado pela doença).
Fatores Ambientais	- Ruído (tom das conversas, volume dos alarmes dispositivos eletrónicos de perfusão (DEP), proximidade dos espaços públicos, portas e lixos a bater); - Luminosidade e temperatura do quarto; - Adequação da cama (tamanho, conforto, existência de almofadas e/ou mantas); - Partilha do quarto com outras crianças.
Interação da Equipa com a Família e Criança	Boa interação e confiança na equipa conseguida através da comunicação, negociação de cuidados e definição de expectativas.
Fatores do Cuidado de Enfermagem	- Manipulação (necessidade de monitorizações constantes e/ou manuseamento de equipamentos, realização de intervenções de enfermagem).

(Manuel et al., 2021; Stremier et al., 2015)

18

SUGESTÕES DE MELHORIA

COMO PODE SER MELHORADO	
Ruído	- Diminuir o tom de voz no período noturno; - Diminuir o volume dos DEP; - Afastar os caixotes do lixo da parede; - Definir uma hora para desligar os écrans.
Iluminação	- Fechar os estores em todos os períodos de sono; - Desligar a luz do corredor às 21h30; - Preferenciar o uso de lanternas/ luzes de presença.
Temperatura	- Evitar variações de temperatura no serviço.
Manipulação	- Agrupar cuidados de enfermagem limitando a interação com a criança e com os DEP; - Programar a administração de medicação, sempre que possível, para horários diurnos.
Écrans	- Desligar os écrans durante as refeições principais; - Desligar os écrans a partir das 21h-22h.

(Erondy et al., 2019; Maia & Pinto, 2008; Manuel et al., 2021; Meltzer et al., 2012; Oliveira et al., 2015; Silva et al., 2018; Stremier et al., 2015)

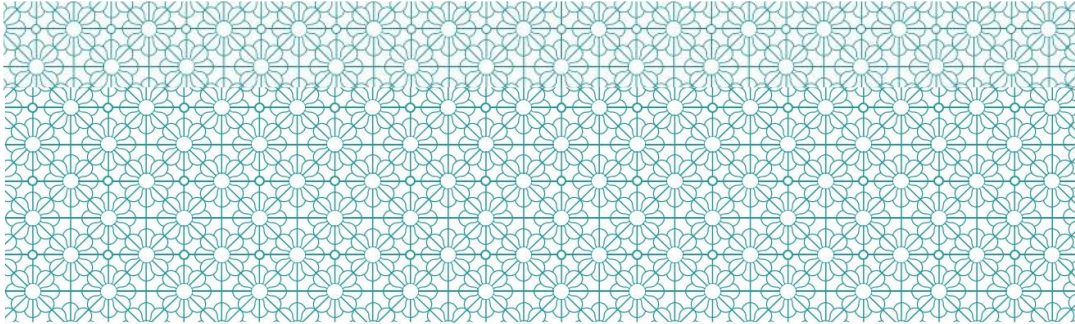
19

ALTA... E AGORA?

RECOMENDAÇÃO SA TRANSMITIR AOS PAIS:

- Até aos **seismeses** de vida (idealmente durante o primeiro ano), deitar o bebé no seu berço mas no quarto dos pais;
- Deitar o bebé de barriga para cima (durante o primeiro ano);
- Utilizar um colchão firme, do tamanho do berço e elevar a cabeceira (até uma inclinação de 20/25°);
- Deitar o bebé de maneira a que os seus pés toquem no limite inferior do berço e fazer a cama nessa área de forma uniforme;
- Deixar os ombros destapados, prendendo os lençóis nas laterais do berço e retirar objetos como almofadas e brinquedos;
- Adormecer a criança na sua cama (caso desperte durante a noite estará no mesmo local onde adormeceu, havendo maior possibilidade de se autoconfortar e menor probabilidade de se assustar);
- Evitar brincar no quarto, para que este seja associado a um sítio calmo e tranquilo, de maneira a promover o sono e o descanso na hora de dormir;
- Evitar brincadeiras estimulantes ou agressivas (pelo menos 1h antes da hora de dormir) e limitar a ingestão de bebidas estimulantes antes de dormir;
- Estimular a prática de atividade física regular (preferencialmente durante o período diurno).

20



REGISTOS DE ENFERMAGEM NO SISTEMA INFORMÁTICO

SCLÍNICO



AVALIAÇÃO INICIAL

- Sono Alterado;
- Sono (hábitos);
- Estratégias Adaptativas;
- Rituais;
- Expressões associadas.



É fundamental realizar uma colheita de dados completa

PROCESSO DE ENFERMAGEM

IDENTIFICAR O FOCO:

→ Sono

SELECIONAR O DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

→ 1. Sono

→ 2. Avaliar Conhecimento do Prestador de Cuidados para Promover o Sono

ou

2. Avaliar Conhecimento para Promover o Sono

23

IDENTIFICAR O FOCO “SONO”

Sono Fenômenos ut....

Opções de diagnósticos

	Verif.
☐ Sono comprometido	
☐ Sem sono comprometido	
☐ Potencial para melhorar o conhecimento para promover o sono	
☐ Conhecimento para promover o sono	
☐ Sem potencial para melhorar o conhecimento para promover o sono	
☐ Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados para promover o sono	
☐ Conhecimento do prestador de cuidados para promover o sono	
☐ Potencial para melhorar o conhecimento da mãe e(ou) do pai para promover o sono	
☐ Conhecimento da mãe e(ou) do pai para promover o sono	

Registrar / visualizar interve...

Opções de focos de atenção

Def.	Verif.	Ativo
0	0	

24

1.1 IDENTIFICAR O DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM “AVALIAR SONO”

Registro da escala: sono

Avaliar sono

Doente

tórico de registros

Data	Hora	Score
03-03-2022	22:54	

Grupos da escala / Items

- Sono
 - agitado
 - tranquilo
 - Duração
 - menor que o habitual
 - superior ao habitual
 - igual ao habitual
 - Diurno
 - sim
 - não

Item / Descrição

Item / Descrição	Score	Score total/Risco
------------------	-------	-------------------

Notas

Registado por

Observações

25

1.2 DEFINIR O STATUS “SONO COMPROMETIDO”

Sono

Fenômenos ut...

Avaliar conhecimento do prestador de cuidados para promover o sono

Avaliar conhecimento para promover o sono

Avaliar potencial para melhorar o conhecimento

Avaliar sono

Registrar / visualizar interve...

Opções de diagnósticos

Opções de diagnósticos	Verif.
Sem sono comprometido	
Sono comprometido	
Sem potencial para melhorar o conhecimento para promover o sono	
Conhecimento para promover o sono	
Potencial para melhorar o conhecimento para promover o sono	
Conhecimento do prestador de cuidados para promover o sono	
Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados para promover o sono	
Potencial para melhorar o conhecimento da mãe e(ou) do pai para promover o sono	
Conhecimento da mãe e(ou) do pai para promover o sono	

Status

Opções de focos de atenção

Opções de focos de atenção	Def.	Verif.	Ativo
	0	0	

26

1.3 PLANEAR INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM “SONO COMPROMETIDO”

Fenómeno: "Sono"

Módulo Episódio
INT 22007441

sono comprometido

Intervenções sugeridas face ao diagnóstico

- Avaliar sono
- Executar técnica de relaxamento
- Orientar para uso de técnicas de relaxamento
- Planejar o sono
- Planejar técnica de relaxamento

Sem horário

Intervenções activas referentes ao diagnóstico anterior

Opções de focos de atenção

Correção St... Ver Sta... Ver Intervenções sug...

* Crianças com idade igual ou superior a 5 anos programar “avaliar sono” só no turno da noite.

27

1.3 PLANEAR INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM “SEM SONO COMPROMETIDO”

Fenómeno: "Sono"

Módulo Episódio
INT 21005754

sem sono comprometido

Intervenções sugeridas face ao diagnóstico

- Avaliar sono

Sem horário

Intervenções activas referentes ao diagnóstico anterior

Opções de focos de atenção

Correção St... Ver Sta... Ver Intervenções sug... Sair

28

2.1 IDENTIFICAR O DIAGNÓSTICO “AVALIAR CONHECIMENTO DO PRESTADOR DE CUIDADOS PARA PROMOVER O SONO”

Sono

Fenómenos ut...

Opções de diagnósticos

- ☐ Sem sono comprometido
- ☒ Sono comprometido
- ☐ Sem potencial para melhorar o conhecimento para promover o sono
- ☐ Conhecimento para promover o sono
- ☐ Potencial para melhorar o conhecimento para promover o sono
- ☐ Conhecimento do prestador de cuidados para promover o sono
- ☐ Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados para promover o sono
- ☐ Potencial para melhorar o conhecimento da mãe e(ou) do pai para promover o sono
- ☐ Conhecimento da mãe e(ou) do pai para promover o sono

Opções de focos de atenção

Def.	Verif.	Ativo
0	0	

Registrar / visualizar interve...

* Procedimento Idêntico para o Diagnóstico de Enfermagem “Avaliar Conhecimento para Promover o Sono”

29

2.1 IDENTIFICAR O DIAGNÓSTICO “AVALIAR CONHECIMENTO DO PRESTADOR DE CUIDADOS PARA PROMOVER O SONO”

Registo da escala: sono_conhecimento_PC

Avaliar conhecimento do prestador de cuidados para promover o sono

tórico de registos

Data	Hora	Score
07-03-2022	01:44	

Grupos da escala / Items

- Conhecimento sobre:
 - Complicações associadas ao compromisso do sono:
 - Não demonstra
 - Demonstra
 - Técnica de relaxamento:
 - Não demonstra
 - Demonstra
 - Não aplicável
 - Estratégias não farmacológicas:
 - Não demonstra
 - Demonstra
 - Não aplicável

Item / Descrição

Item / Descrição	Score	Score total	Risco

Notas

Registado por

30

2.2 DEFINIR O STATUS

“POTENCIAL PARA MELHORAR O CONHECIMENTO DO PRESTADOR DE CUIDADOS PARA PROMOVER O SONO”

Sono Fenómenos ut...

Opções de diagnósticos

Opções de diagnósticos	Verif.
☐ Sem sono comprometido	
☒ Sono comprometido	
☐ Sem potencial para melhorar o conhecimento para promover o sono	
☐ Conhecimento para promover o sono	
☐ Potencial para melhorar o conhecimento para promover o sono	
☐ Conhecimento do prestador de cuidados para promover o sono	
☐ Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados para promover o sono	
☐ Potencial para melhorar o conhecimento da mãe e(ou) do pai para promover o sono	
☐ Conhecimento da mãe e(ou) do pai para promover o sono	

Opções de focos de atenção

Def.	Verif.	Ativo
0	0	

Registrar / visualizar interve...

31

2.3 PLANEAR INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Fenómeno: "Sono comprometido"

Módulo Episódio
INT 21015477

☐ Todos

☒ Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados para promover o sono

- ☒ Presente
- ☒ Oportunidade de

Intervenções sugeridas face ao diagnóstico

Intervenções sugeridas face ao diagnóstico	Ativo
Avaliar conhecimento do prestador de cuidados para promover o sono	☒
Ensinar o prestador de cuidados sobre estratégias não farmacológicas	☐
Ensinar o prestador de cuidados sobre padrão de sono	☐
Ensinar o prestador de cuidados sobre sono	☒
Instruir o prestador de cuidados a executar a técnica de relaxamento	☐

Intervenções activas referentes ao diagnóstico anterior

Intervenções activas referentes ao diagnóstico anterior	Termo	Ativo
	0	

Opções de focos de atenção

Opções de focos de atenção	Ativo
	☐

Correção St... Ver Sta... Ver Intervenções sug... Sair

M - 7/7 d

M / T

32

AVALIAÇÃO

- De maneira a avaliar a uniformização dos registos e a conformidade com o plano de melhoria, irá ser realizada uma avaliação interna através da realização de uma **auditoria** (com periodicidade semestral) pelas **enfermeiras dinamizadoras** onde serão avaliados os diferentes parâmetros definidos.
- Meta obtenção de conformidade superior ou igual a 70%.
- Avaliação realizada através de uma *checklist* que engloba os diferentes parâmetros a avaliar.

RELATÓRIO DE AUDITORIA	
TEMA: A Importância dos Registos de Enfermagem na Promoção de Hábitos de Sono Saudáveis na Criança	
ÂMBITO (Área /Especialidades /Unidades envolvidas):	
DATA DA REALIZAÇÃO / DURAÇÃO: Setembro 2022	

33

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, C. (2017). *Socorro! O meu bebé não dorme*. Porto: Porto Editora.
- American Academy of Pediatrics. (2016). *American academy of pediatrics announces new recommendations for children's media use*. <https://www.aap.org/en/news-room/news-releases/aap/2016/aap-announces-new-recommendations-for-media-use/>
- Canadian Paediatric Society, Digital Health Task Force. (2017). Screen time and young children: Promoting health and development in a digital world. *Paediatric & Child Health*, 22(8), 461-468. <https://doi.org/10.1093/pch/pxx123>
- Dube, N., Khan, K., Loehr, S., Chu, Y. & Veugelaers, P. (2017). The use of entertainment and communication technologies before sleep could affect sleep and weight status: a population-based study among children. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 14(1), 1-15. <https://doi.org/10.1186/s12966-017-0547-2>
- Erondu, A., Orlov, N., Peirce, L., Anderson, S., Chamberlain, M., Hopkins, K., Lyttle, C., Gozal, D. & Arora, V. (2019). Characterizing pediatric inpatient sleep duration and disruptions. *Sleep Medicine Journal*, 51(1), 87-91. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2019.01.030>
- Faria, H., Costa, I. & Neto, A. (2018). Hábitos de utilização das novas tecnologias em crianças e jovens. *Gazeta Médica*, 4(5), 270-276. <https://doi.org/10.29315/gmv5i4.214>
- Hysing, M., Pallesen, S., Stormark, K., Jakobsen, R., Ludenvold, A. & Sivertsen, B. (2015). Sleep and use of electronic devices in adolescence: Results from a large population-based study. *BMJ Open*, 5(1), 1-7. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-006748>
- Li, C., Cheng, G., Sha, T., Cheng, W. & Yan, Y. (2020). The relationship between screen use and health indicators among infants, toddlers, and preschoolers: A meta-analysis and systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(19), 1-19. <https://doi.org/10.3390/ijerph17197324>
- Manuel, A., Ribeiro, A., Completo, S., Silva, S. & Loureiro, H. (2021). Sleep friendly ward: a pilot project in a level II hospital. *Portuguese Journal of Pediatrics*, 52(3), 176-186. <https://doi.org/10.25754/pjp.2021.20190>
- Meltzer, L., Davis, K. & Mindell, J. (2012). Patient and parent sleep in a children's hospital. *Pediatric Nursing*, 38(2), 64-71. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22685865/>

34

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Modesto, I., Llaguno, N., Avena, M., Pedreira, M., Pinheiro, E. & Avelar, A. (2015). Influência da posição da criança no leito sobre o sono: Revisão integrativa. *Revista Mineira de Enfermagem*, 19(4), 1031-1036. <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20150077>
- Oliveira, L., Gomes, C., Nicolau, L., Ferreira, L. & Ferreira R. (2015). Environment in pediatric wards: light, sound, and temperature. *Sleep Medicine Journal*, 16(9), 1041-1048. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2015.03.015>
- Paiva, T. (2015). *Bom sono, boa vida* (7th ed.). Oficina do Livro – Sociedade Editorial.
- Rafael, A., Gouveia, M., Fernandes, S., Costa, A., Melo, S., Borges, S., Jorge, J. & Mendes, G. (2020). Exposição a “tempo de ecrã” e psicopatologia na infância. *Revista Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental*, 6(2), 54-66. <https://doi.org/10.51338/rppsm.2020.v6.i2.161>
- Rafahi-Ferreira, R., Pires, M. & Silveiras, E. (2020) Tratamento multicomponente para insónia infantil e seus efeitos nos padrões, hábitos e rotinas de sono. *Revista Psico*, 51(4), 1-12. <https://doi.org/10.15448/1980-8623.2020.4.34034>
- Rangel, M. A., Baptista, C., Pitta, M. J., Anjo, S., & Leite, A. L. (2015). Qualidade do sono e prevalência das perturbações do sono em crianças saudáveis em Gaia: um estudo transversal. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 31(4), 256-264. <https://doi.org/10.32385/rpmefv31i4.11553>
- Salavessa, M., & Vilariga, P. (2009). Problemas de sono em idade pediátrica. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 25(5), 584-591. DOI: 10.32385/rpmgtv25i5.10676.
- Silva, E., Simões, P., Macedo, M., Duarte, J. & Silva, D. (2018). Perceção parental sobre hábitos e qualidade do sono das crianças em idade pré-escolar. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(17), 63-72. DOI: 10.12707/RIV17103.
- Sociedade Portuguesa de Pediatria (2017). *Recomendações SPP - Prática da sesta da criança*. https://www.spp.pt/UserFiles/file/Noticias_2017/VERSÃO%20PROFISSIONAIS%20DE%20SAUDE_RECOMENDACOES%20SPS-SPP%20SESTA%20NA%20CRIANCA.pdf
- Stremmler, R., Adams, S. & Dryden-Palmer, K. (2015). Nurses' views of factors affecting sleep for hospitalized children and their families: A focus group study. *Research in Nursing & Health*, 38(4), 311-322. <https://doi.org/10.1002/nur.21664>

4. AVALIAÇÃO

A sessão de sensibilização contou com a presença de 7 enfermeiros presencialmente e 5 virtualmente, perfazendo um total de 12 participantes o que equivale a 75% da equipa de enfermagem. Tal percentagem demonstra o interesse dos elementos da equipa de enfermagem na sessão de sensibilização, confirmando a pertinência da realização da mesma.

Considero que a apresentação foi interativa, tendo contado com a participação de diferentes elementos da equipa quer na partilha de experiências pessoais/profissionais quer na colocação de questões visando o esclarecimento de dúvidas face à construção do processo clínico, o que contribuiu para o enriquecimento da sessão.

Para que a avaliação da sessão fosse possível, foi elaborada uma *checklist* que será apresentada de seguida.

AVALIAÇÃO DA SESSÃO

Título: Priorizar o Sono da Criança: Sessão de Sensibilização para Profissionais de Saúde

Formador: Mariana Adriano de Sousa Nobre Gonçalves

Data: 04/03/20221

Local: Gabinete de Enfermagem

Hora: 14h

Coloque uma cruz (x) na opção que expresse o seu grau de concordância para cada uma das seguintes afirmações:

Apreciação Global	Discorda Totalmente	Discorda	Concorda	Concorda Totalmente
1. As suas expectativas em relação à formação foram satisfeitas.				
2. A formação foi útil para a sua atividade profissional.				
3. Os conteúdos abordados foram úteis para o seu desenvolvimento profissional.				
4. A formação favoreceu a aquisição/ consolidação de conhecimentos.				
5. Os audiovisuais utilizados foram adequados à mensagem transmitida.				
6. Recomendaria esta ação de formação a profissionais de outros serviços.				

Comentários e/ou sugestões de melhoria

Obrigada pela sua colaboração.

Mariana Gonçalves

Analisando as respostas dos diferentes elementos da equipa que assistiram e participaram na sessão, 83,33% concordam totalmente com as questões 1, 3 e 4 sendo que os restantes 16,66% seleccionou a opção “concorda”. Relativamente à segunda questão, 25% concorda e os restantes 75% concordam totalmente. A quinta questão, apresenta uma percentagem de concordância de 58,33% e de total concordância de apenas 41,66%. A última questão, obteve uma concordância de 25% e os restantes 75% concordam totalmente e recomendariam a sessão a elementos de outros serviços.

Após a análise, posso concluir que as suas expectativas em relação à formação foram satisfeitas. Importa salientar que os audiovisuais utilizados pertenciam ao hospital tendo existido uns problemas iniciais de conexão à internet o que, infelizmente, acabou por provocar um atraso de 7 minutos no início da sessão face à hora planeada.

Contudo, o feedback foi positivo, destacando os comentários “tema muito interessante e os conteúdos abordados fizeram muito sentido para a prática e para a melhoria de cuidados no serviço” (sic); “considero que a formação abordou conteúdos muito pertinentes e que tem uma enorme relevância para a nossa prática” (sic); “considero que esta formação foi muito importante para aprender a pôr em prática a teoria e a registar os cuidados de enfermagem ao sono” (sic) e ainda “esta sessão deveria ser repetida com alguma periodicidade a fim de relembrar a importância do sono na criança” (sic).

Considero que a equipa de enfermagem compreendeu a pertinência da realização da sessão face à importância da temática na promoção de hábitos saudáveis para a criança tendo a mesma demonstrado interesse em incorporar algumas das intervenções na sua prática profissional. Tendo inclusivamente uma enfermeira sugerido a elaboração de folhetos a ser entregues à família sobre a temática de maneira a complementar a informação partilhada: “a partilha destes conhecimentos com os pais através da entrega de folhetos seria interessante” (sic).

A elaboração desta sessão de formação possibilitou a aquisição de competências comuns de enfermeira especialista, nomeadamente nas unidades de competência **D2.1** e **D2.2**, nos critérios de avaliação **B2.2.1**, **B2.2.3**, **B2.2.4**, **D2.1.1**, **D2.1.2**, **D2.1.3**, **D2.1.5**, **D2.2.4** (Regulamento nº 140/2019, 2019).

ANEXOS

ANEXO I
Diário de Sono

Nome: _____

Mês: _____

D	DS	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11

Tempo total de sesta _____ Tempo até adormecer _____ Episódio de sono noturno mais longo _____ Tempo total de sono _____

Observações _____

D	DS	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11

Tempo total de sesta _____ Tempo até adormecer _____ Episódio de sono noturno mais longo _____ Tempo total de sono _____

Observações _____

D	DS	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11

Tempo total de sesta _____ Tempo até adormecer _____ Episódio de sono noturno mais longo _____ Tempo total de sono _____

Observações _____

D	DS	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11

Tempo total de sesta _____ Tempo até adormecer _____ Episódio de sono noturno mais longo _____ Tempo total de sono _____

Observações _____

D	DS	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11

Tempo total de sesta _____ Tempo até adormecer _____ Episódio de sono noturno mais longo _____ Tempo total de sono _____

Observações _____

D	DS	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11

Tempo total de sesta _____ Tempo até adormecer _____ Episódio de sono noturno mais longo _____ Tempo total de sono _____

Observações _____

D	DS	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11

Tempo total de sesta _____ Tempo até adormecer _____ Episódio de sono noturno mais longo _____ Tempo total de sono _____

Observações _____

ANEXO II

**Declaração de Participação na 1ª Conferência
Internacional do CIDNUR, *Nursing Trends: Research for a
Better Health***

Certificado

A Comissão Organizadora da **1ª Conferência Internacional do CIDNUR, Nursing Trends: research for a better health – Lisbon 2022**, certifica que a comunicação livre Intervenções de enfermagem promotoras de hábitos de sono saudáveis na criança: protocolo de scoping review da autoria de Mariana Gonçalves; Joana Guarda-Rodrigues foi apresentada e agradece o inestimável contributo da sua participação para o sucesso do evento realizado no dia 07 de outubro de 2022.

Lisboa, 12 de outubro de 2022



A Coordenadora do CIDNUR
Andreia Jorge Silva da Costa

