



Escola Superior
Saúde
Santa Maria

CONTRIBUTOS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA: SONO NA POPULAÇÃO PEDIÁTRICA

Rita Vilalobos Nascimento Tavares Pinto

Relatório final no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
orientado pela Prof. Doutora Rita Fernandes e coorientada pela Prof. Sofia Silva e apresentada
à Escola Superior de Saúde de Santa Maria.

novembro de 2022

Porto



**CONTRIBUTOS DO ENFERMEIRO
ESPECIALISTA EM SAÚDE INFANTIL E
PEDIÁTRICA:
SONO NA POPULAÇÃO PEDIÁTRICA**

Rita Vilalobos Nascimento Tavares Pinto

Relatório final no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
orientado pela Prof. Doutora Rita Fernandes e coorientada pela Prof. Sofia Silva e
apresentada à Escola Superior de Saúde de Santa Maria.

novembro de 2022

Porto

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos os que me apoiaram neste caminho que nem sempre foi fácil, mas muito enriquecedor e gratificante.

Ao Tiago, pelo apoio incondicional, pela paciência e pelo amor. Por me ajudar nos momentos difíceis, fazendo-me acreditar que sou capaz e por celebrar comigo todas as conquistas.

A todos os bebés, colegas e amigos do Serviço de Medicina Intensiva Neonatal e Pediátrica do Hospital de Faro, a minha segunda casa, onde sou tão feliz.

À minha amiga Ana por caminhar ao meu lado nesta aventura.

A todas as crianças, jovens e famílias que se cruzaram comigo e me permitiram aprender com elas.

A todos os enfermeiros que se cruzaram comigo, especialmente às enfermeiras tutoras, que contribuíram para o meu crescimento e desenvolvimento enquanto pessoa e profissional.

A todos os professores envolvidos no curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Escola Superior de Saúde Santa Maria, em especial às professoras Rita Fernandes e Sofia Silva pela disponibilidade, orientação e rigor.

A todos, muito obrigada!

CHAVE DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLA

APA	<i>American Psychological Association</i>
APS	Associação Portuguesa do Sono
CCEE	Competências Comuns ao Enfermeiro Especialista
CDE	Código Deontológico do Enfermeiro
CEEESIP	Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
DGS	Direção Geral de Saúde
EESIP	Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica
ELI	Equipa Local de Intervenção
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNSIJ	Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil
PNV	Plano Nacional de Vacinação
RIL	Revisão Integrativa da Literatura
REM	<i>Rapid Eye Movements</i>
SNIPI	Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância
SPP	Sociedade Portuguesa de Pediatria
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
UCIN	Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais
UCSP	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

RESUMO

O presente trabalho surge no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Este encontra-se dividido em duas partes principais, sendo que a primeira pretende descrever e refletir de forma crítica e fundamentada em evidência científica acerca do percurso formativo desenvolvido ao longo do curso, nomeadamente nos estágios, onde foi possível observar e compreender qual o papel do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica nas mais variadas vertentes, sendo o objetivo final a aquisição e desenvolvimento de competências, de forma a prestar cuidados especializados à criança/jovem em parceria com a família/cuidadores em diferentes contextos.

Na segunda parte, é aprofundada a temática “Sono na População Pediátrica”, através da realização de uma revisão integrativa da literatura. A temática surge da lacuna identificada nos diferentes contextos assistenciais, relativa à adoção de hábitos saudáveis de sono nas crianças/jovens de diferentes faixas etárias. Os resultados obtidos foram enquadrados nos Cuidados Centrados na Família pela necessidade de desenvolver conhecimentos e capacidades em toda a família para intervir no sono infantil, neste sentido, foram definidas cinco categorias: Distúrbios/problemas de sono; Impacto da privação de sono na criança/jovem e família; Papel do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica; Intervenções direcionadas aos pais/família/comunidade e Intervenções direcionadas à criança/jovem.

Os resultados sugerem o impacto negativo da privação do sono na criança/jovem e família e a importância da intervenção por parte do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica que, pela sua proximidade com a criança/jovem e família, se encontra numa posição privilegiada à realização de ensinamentos, com vista à melhoria da qualidade do sono e, consequentemente, à melhoria da qualidade de vida das crianças/jovens e famílias.

Palavras-chave: Higiene do sono, Qualidade do sono, Intervenção, Promoção, Educação, Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica.

ABSTRACT

This study is part of the Master's Degree in Child Health and Pediatric Nursing. This report is divided into two main parts. The first part aims to describe and critically reflect on the training process developed throughout the course, namely during the internships, where it was possible to observe and understand the role of the Pediatric Nurse in the most varied areas, with the ultimate goal being the acquisition and development of skills to provide specialized care to children and young people in partnership with the family/caregivers in different contexts.

In the second part, the theme "Sleep in the Pediatric Population" is explored through an integrative literature review. The theme arises from the gap identified in the different care settings regarding the adoption of healthy sleep habits in children/young people of different age groups. The results obtained were framed in Family Centered Care by the need to develop knowledge and skills in the whole family to intervene in the pediatric population's sleep. In this sense, there were five categories: Sleep disorders/problems; Impact of sleep deprivation on the children/young people and family; Role of the Pediatric Nurse; Interventions directed to parents/family/community and Interventions directed to the children/young people.

The results suggest the negative impact of sleep deprivation on the children/young people and family and the importance of intervention by the Pediatric Nurse who, due to his/her proximity to the children/young people and family, is in a privileged position to carry out teachings with a view to improving the quality of sleep and, consequently, improving the quality of life of children/young people and families.

Keywords: Sleep hygiene, Sleep quality, Intervention, Promotion, Education, Pediatric nursing.

SUMÁRIO

ÍNDICE DE TABELAS

ÍNDICE DE FIGURAS

INTRODUÇÃO 11

1. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

..... 13

1.1. CUIDA DA CRIANÇA/JOVEM E FAMÍLIA NAS SITUAÇÕES DE ESPECIAL COMPLEXIDADE..... 17

1.2. PRESTA CUIDADOS ESPECÍFICOS EM RESPOSTA ÀS NECESSIDADES DO CICLO DE VIDA E DE DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA/JOVEM 24

1.3. ASSISTE A CRIANÇA/JOVEM E FAMÍLIA NA MAXIMIZAÇÃO DA SUA SAÚDE 31

2. CONTRIBUTOS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA: SONO NA POPULAÇÃO PEDIÁTRICA 41

2.1. PERTINÊNCIA DA TEMÁTICA EM ESTUDO..... 41

2.2. METODOLOGIA..... 48

2.3. RESULTADOS 50

2.4. DISCUSSÃO 57

2.5. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO 66

CONSIDERAÇÕES FINAIS 70

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 72

ANEXOS

ANEXO I: Escala "*Schedule of Growing Skills II*"

ANEXO II: Folha de perfil da escala "*Schedule of Growing Skills II*"

APÊNDICES

APÊNDICE I: Panfleto "Alimentação no Primeiro Ano de Vida"

APÊNDICE II: Documento informativo "Consulta do Adolescente"

APÊNDICE III: Panfleto "Estratégias Promotoras do Sono na Infância"

APÊNDICE IV: Tabela de extração dos artigos

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Número de horas de sono recomendadas (Adaptado de APS & SPP, 2020) ..	43
Tabela 2. Fatores que influenciam o sono infantil (Adaptado de: Silva, 2014).....	44
Tabela 3. Consequências a curto e a longo prazo da privação do sono na infância (Adaptado de: SPP, 2017).....	47
Tabela 4. Estratégia PICO	49
Tabela 5. Identificação dos artigos incluídos	52
Tabela 6. Divisão dos artigos por categorias.....	54

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Fluxograma PRISMA (Adaptado de: Abreu et al., 2020)	51
---	----

INTRODUÇÃO

O presente trabalho realiza-se no âmbito da Unidade Curricular “Relatório”, inserida no primeiro semestre do segundo ano do curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Escola Superior de Saúde Santa Maria.

Este relatório encontra-se dividido em duas partes principais. A primeira parte tem como objetivo realizar uma descrição e reflexão fundamentada em evidência científica atualizada acerca do percurso, experiências e aprendizagens vividas no decorrer de todo o curso, nomeadamente ao longo dos estágios nos quais foi possível observar e compreender qual o papel do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP) nas mais variadas vertentes, sendo o objetivo final a aquisição e o desenvolvimento de competências, de forma a prestar cuidados especializados à criança e jovem em parceria com a família/cuidadores em diferentes contextos.

A segunda parte prende-se com o aprofundamento de uma temática na área da Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, através da realização de uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL). A temática “Sono na População Pediátrica” identifica-se como uma lacuna transversal a todos os contextos da prática clínica, pelo desafio na adoção e manutenção de hábitos saudáveis de sono e consequentes repercussões na qualidade de vida da criança e adolescentes. O Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) refere o sono como um dos cuidados antecipatórios a abordar desde o nascimento até ao final da adolescência, pelo que é fundamental incentivar os profissionais de saúde, nomeadamente o EESIP, a abordar este tema de modo a capacitar as crianças/jovens e famílias, detetar precocemente situações de alerta e prevenir potenciais situações de doença (Direção Geral de Saúde (DGS), 2013).

Neste sentido, inicia-se o relatório com esta nota introdutória e, posteriormente, encontra-se dividido em duas partes principais. A primeira parte prende-se com o desenvolvimento de competências ao longo dos estágios, realizando uma descrição e reflexão acerca das aprendizagens e experiências vividas, descrevendo as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (CCEE) e as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica (CEEESIP). Na segunda parte apresenta-se a RIL em que inicialmente será realizado um enquadramento teórico sobre

o sono na população pediátrica, seguindo-se a metodologia, os resultados, a discussão, a proposta de intervenção e conclui-se com as considerações finais.

O presente trabalho foi redigido de acordo com o acordo ortográfico em vigor em território nacional português, as citações e referências bibliográficas seguiram as normas da *American Psychological Association* (APA) 7.^a edição.

1. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

Este capítulo pretende descrever e refletir de forma crítica e fundamentada acerca do percurso formativo desenvolvido ao longo dos estágios, nos quais foi possível observar e compreender qual o papel do EESIP nas mais variadas vertentes, sendo o objetivo final a aquisição e o desenvolvimento de competências.

Os estágios decorreram entre o dia 6 de dezembro de 2021 e o dia 3 de julho de 2022 em diversos contextos hospitalares: Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN), Serviço de Internamento de Pediatria com valências médica e cirúrgica e Serviço de Urgência Pediátrica; e no contexto de cuidados de saúde primários: Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) e Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP); e na Consulta Externa de Pediatria. Todos os estágios decorreram sob orientação e tutoria de uma EESIP e de uma professora da Escola Superior de Saúde Santa Maria.

As competências do EESIP encontram-se descritas e publicadas em Diário da República e podem ser divididas em dois grupos: as CCEE e as CEEESIP. No presente capítulo será espelhado de que forma foram adquiridas estas competências ao longo dos estágios, apresentando primeiro as CCEE e, de seguida as CEEESIP.

COMPETÊNCIAS COMUNS AO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

As CCEE encontram-se descritas no Regulamento nº. 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros (OE) e consideram quatro domínios: Responsabilidade profissional, ética e legal; Melhoria contínua da qualidade; Gestão dos cuidados e Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019).

Responsabilidade profissional, ética e legal

A responsabilidade ética e legal acompanha todo o percurso profissional do enfermeiro, não sendo exceção ao longo dos estágios, servindo o Código Deontológico do Enfermeiro (CDE) como guia orientador (OE, 2015).

Artigo 83.º do CDE “Do direito ao cuidado: d) Assegurar a continuidade dos cuidados, registando fielmente as observações e intervenções realizadas” (OE, 2015, p.69). A continuidade dos cuidados foi salvaguardada através dos registos de enfermagem

em formato informático no sistema SClínico®, utilizando uma linguagem de Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). A criação da CIPE teve como objetivo principal melhorar os cuidados prestados aos doentes em todo o mundo e, sendo um padrão internacional, pretende facilitar a comunicação entre enfermeiros, bem como a recolha e análise de dados (OE, 2009). A continuidade dos cuidados foi também assegurada através da passagem de turno sendo que, tanto esta como as notas gerais de enfermagem, foram elaboradas de acordo com a técnica ISBAR.

Durante a comunicação e transmissão de informação, podem ocorrer lacunas que aumentam a possibilidade de quebras na continuidade dos cuidados, o que pode colocar em causa a segurança dos utentes (Caselhas, 2020). De modo a diminuir a ocorrência destas falhas de comunicação, têm sido implementadas várias técnicas. Segundo a DGS (2017), para segurança do doente, a transição de cuidados deve obedecer a uma comunicação eficaz na transferência de informação entre as equipas prestadoras de cuidados, sendo normalizada utilizando a técnica ISBAR. De acordo com os mesmos autores, o acrónimo trata-se de um auxiliar de memória em que I corresponde à Identificação, S à Situação atual, B aos Antecedentes (*Background*), A à Avaliação e R às Recomendações. Ao longo dos estágios, foi possível compreender que a utilização desta técnica promove o resumo e a esquematização de informação, salientando os dados mais importantes, diminuindo o erro na transmissão da mesma e, posteriormente, na prestação de cuidados.

Artigo 84.º do CDE “Do dever de informar: a) Informar o indivíduo e a família, no que respeita aos cuidados de enfermagem” (OE, 2015, p.73). A comunicação é a chave para a criação de uma relação terapêutica baseada na empatia e na confiança entre o enfermeiro e o alvo dos cuidados, que só é possível com transparência e honestidade nas ações e intervenções do enfermeiro (Silva et al., 2020). Ao longo dos vários campos de estágio foi possível adquirir e desenvolver competências no âmbito da comunicação, sendo necessário adaptar estratégias de acordo com a idade, estágio de desenvolvimento, cultura e situação de saúde. Muitas das crianças/jovens e famílias alvo dos cuidados não tinham nacionalidade portuguesa nem falavam ou compreendiam a língua, pelo que foi necessário utilizar estratégias para transmitir informações e ter a certeza que as mesmas seriam percecionadas da forma correta.

Artigo 88.º do CDE “Da excelência do exercício: a) Analisar regularmente o trabalho efetuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude” (OE, 2015, p.91). Em todos os contextos de estágio foram realizadas reuniões formais e informais com os enfermeiros tutores e com as professoras orientadoras de forma a refletir sobre as experiências vividas, enfatizando os aspetos positivos e encontrando estratégias para superar as dificuldades encontradas, de modo a estimular a reflexão crítica com vista à melhoria da prestação de cuidados.

Artigo 91.º do CDE “Dos deveres para com outras profissões – O enfermeiro tem o dever de: b) trabalhar em articulação e complementaridade com os restantes profissionais de saúde” (OE, 2015, p.104). Todos os serviços onde foram realizados os estágios são compostos por equipas multidisciplinares que englobam enfermeiros, médicos, administrativos, assistentes operacionais, psicólogos, nutricionistas, educadores, terapeutas, entre outros que articulam entre si e articulam com outros serviços e especialidades sempre que necessário. No contexto de cuidados de saúde primários e na consulta externa de pediatria foi possível assistir e participar em reuniões multidisciplinares que ocorrem de forma semanal com o objetivo de discutir casos clínicos, e implementar e ajustar estratégias com vista à melhoria dos cuidados.

Em todos os contextos foi salvaguardada a privacidade, dignidade e segurança de todas as crianças/jovens e famílias.

Melhoria contínua da qualidade

Segundo a Faria et al. (2021), a Prática Baseada na Evidência é um instrumento impulsionador da profissão, que dá visibilidade à investigação e é promotor da melhoria da qualidade dos cuidados. A formação contínua é composta pela formação em serviço e pela formação complementar, sendo um dos pilares que sustenta o crescimento pessoal e profissional do enfermeiro especialista, permitindo-lhe trabalhar com as melhores e mais inovadoras práticas e conhecimento científico na área (Proença et al., 2021). No âmbito da formação em serviço, houve possibilidade de participar numa sessão organizada pela equipa do serviço de urgência pediátrica acerca do sistema de contagem de hidratos de carbono que se revelou muito interessante e enriquecedora. A formação foi dinamizada por um grupo de EESIP e surgiu em resposta às necessidades formativas da equipa e à grande afluência de crianças/jovens com Diabetes *Mellitus* ao serviço de urgência pediátrica. No contexto de cuidados de saúde primários, foi possível assistir a uma

formação dinamizada por um pedopsiquiatra do Hospital Dona Estefânia acerca da identidade de género na adolescência onde foi abordado o que é a identidade de género, quais as especificidades do período de adolescência relativamente ao tema e qual pode ser a atuação dos profissionais de saúde de modo a ajudar os jovens. Ambas as formações contribuíram para o aumento do conhecimento relativo à Diabetes *Mellitus* e à identidade de género na adolescência, contribuindo ainda para a aquisição de competências essenciais para a prestação de cuidados competentes e sensíveis a estas crianças e jovens.

Gestão dos cuidados

Em todos os contextos de estágio, as equipas eram maioritariamente constituídas por EESIP. A organização da prestação de cuidados é da responsabilidade do enfermeiro gestor e deve refletir os cuidados prestados por toda a equipa (Silva, 2017). A enfermeira gestora é responsável pela organização e distribuição dos cuidados de enfermagem, atribuindo utentes a cada enfermeiro, sendo que este ficava responsável pelos cuidados prestados, bem como pelo seu planeamento e avaliação. Esta distribuição tem em conta o grau de complexidade dos utentes, bem como as distribuições anteriores, de modo a salvaguardar a continuidade dos cuidados e potenciar a relação entre o enfermeiro e a criança/jovem e família. Segundo Silva (2017), o enfermeiro gestor deve estar atento às necessidades dos utentes e, simultaneamente, motivar a sua equipa de modo a garantir a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Na ausência da enfermeira gestora ou em caso de necessidade, esta gestão é realizada por um segundo elemento, sendo também este EESIP, que desempenha funções enquanto enfermeiro responsável. O enfermeiro responsável garante a gestão dos recursos humanos e materiais conforme a necessidade e deve adotar uma postura de liderança, otimizando as respostas da equipa de saúde, supervisionando as tarefas delegadas de modo a garantir a sua qualidade (Cunha, 2017).

Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, foram diversas as oportunidades, desde as reuniões formais e informais, aos momentos de passagem de turno que potenciam a reflexão crítica e a partilha de ideias. A prática clínica consiste na aplicação do conhecimento teórico à prática, sendo sempre baseada na investigação mais atual.

COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

De acordo com o Regulamento nº 422/2018 da OE, as CEEESIP são: Assiste a criança/jovem e família na maximização da sua saúde; Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade e Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança/jovem, sendo que, cada uma delas inclui unidades de competências que serão abordadas nos subcapítulos seguintes.

1.1. CUIDA DA CRIANÇA/JOVEM E FAMÍLIA NAS SITUAÇÕES DE ESPECIAL COMPLEXIDADE

Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e presta cuidados de enfermagem apropriados

Para o desenvolvimento desta unidade de competência, destaca-se o estágio realizado na UCIN, onde foi possível prestar cuidados ao recém-nascido prematuro que, pela imaturidade dos seus sistemas, encontra-se mais suscetível a estas situações de instabilidade (Warren et al., 2019). Na identificação de uma situação de instabilidade das funções vitais, nomeadamente uma desaceleração da frequência cardíaca ou uma baixa na saturação periférica de oxigénio, é importante realizar uma observação primária do bebé, de modo a descartar como causa o mau posicionamento, uma obstrução da via aérea ou outros fatores intrínsecos ou extrínsecos e, seguidamente, realizar estimulação tátil, providenciar oxigénio suplementar ou aumentar o débito de oxigénio, caso este já esteja colocado, de modo a reverter a situação. Na prestação de cuidados à criança em situação crítica, o EESIP destaca-se pelo seu conhecimento especializado e capacidade de mobilizar recursos oportunamente (Grade, 2018).

O estágio realizado no serviço de urgência pediátrica contribuiu também para o desenvolvimento desta unidade de competência, nomeadamente a realização de triagem. Tratando-se de um serviço de urgência pediátrica, o sistema de triagem apresenta algumas particularidades diferentes do adulto e é ainda salvaguardada a triagem prioritária a recém-nascidos e bebés até aos três meses de idade. O sistema de triagem utilizado foi a Triagem de Manchester. O Protocolo de Triagem de Manchester foi implementado em novembro de 1997, em Manchester, com o objetivo de estabelecer um consenso entre

médicos e enfermeiros do serviço de urgência, com vista à criação de normas de triagem baseadas na determinação do risco clínico (Zachariasse et al., 2021). Devido ao contexto variável e imprevisível da triagem, o enfermeiro alocado a este posto de trabalho, que pode ou não ser EESIP, recebe uma formação específica de modo a dominar o sistema de triagem e ainda desenvolver um olhar crítico e atento que permita determinar prioridades e situações de risco, para que a intervenção seja eficaz. Ao longo do estágio foi possível colaborar no processo de triagem, passando pelas suas várias etapas, desde o conhecimento da história atual, realizando as questões pertinentes à criança/jovem e família, passando pela identificação dos sinais de alarme e percorrendo o algoritmo correspondente, resultando no estabelecimento de prioridades mais adequadas a cada situação.

Gestão diferenciada da dor

Em pediatria é essencial prestar cuidados atraumáticos, sendo que estes têm como princípio o cuidado terapêutico que respeita a criança e família e procura minimizar o seu sofrimento físico e emocional (Hockenberry & Wilson, 2014). Os mesmos autores identificam três princípios dos cuidados atraumáticos: evitar a separação da família, promover uma sensação de controlo e evitar ou minimizar a dor. Nos serviços de saúde existe uma enorme prevalência de procedimentos dolorosos. Por exemplo, de acordo com o Plano Nacional de Vacinação (PNV), a criança é submetida a cerca de 20 imunizações durante o primeiro ano de vida e, numa UCIN, os recém-nascidos são sujeitos a 7,5 – 17 procedimentos dolorosos por dia (Cruz et al., 2016). Deste modo, torna-se fundamental prevenir, avaliar e tratar a dor e, de acordo com a OE (2013), este papel cabe especialmente ao EESIP, enquanto profissional de saúde que se encontra mais próximo da criança.

De acordo com a DGS (2010), a avaliação da dor permite uniformizar a linguagem dentro da equipa de saúde, facilitando a tomada de decisões homogéneas e o planeamento de intervenções, devendo ser realizada de forma regular e sistemática a todas as crianças desde o primeiro contacto. A dor deve ser quantificada através de instrumentos válidos, seguros e clinicamente sensíveis, tendo em conta a idade da criança e, de acordo com a DGS (2010), recomenda-se a utilização dos seguintes instrumentos:

- **Recém-nascidos:** EDIN (*Échelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau-Né*), NIPS (*Neonatal Infant Pain Scale*), PIPP (*Premature Infant Pain Profile*), N-PASS (*Neonatal Pain, Agitation & Sedation Scale*).
- **Menores de quatro anos ou crianças sem capacidade para verbalizar:** FLACC (*Face, Legs, Activity, Cry, Consolability*).
- **Entre quatro e seis anos:** FPS-R (*Faces Pain Scale – Revised*), Escala de faces de Wong-Baker.
- **A partir dos seis anos:** EVA (Escala Visual Analógica), EN (Escala Numérica), FPS-R (*Faces Pain Scale – Revised*), Escala de faces de Wong-Baker.

A avaliação e gestão da dor foram uma constante ao longo de todos os estágios, utilizando as várias escalas disponíveis de acordo com cada faixa etária, valorizando sempre as queixas e percepção parental para a caracterização da dor.

Dos procedimentos dolorosos, o mais observado e realizado ao longo dos estágios foi a punção venosa, quer para colheita de sangue para análises, quer para colocação de cateter venoso periférico. Em todos os contextos de estágio verificou-se a existência de um protocolo de controlo da dor conhecido e implementado por toda a equipa e de uma sala específica para a realização de procedimentos dolorosos e/ou invasivos, permitindo uma maior privacidade e o distanciamento da criança/jovem em relação ao procedimento doloroso, salvaguardando o sentimento de segurança nos restantes locais dos serviços. Segundo a DGS (2012), o EESIP deve implementar estratégias farmacológicas e não-farmacológicas de controlo da dor; os cuidados devem ser organizados no tempo, de forma a reduzir o número de procedimentos dolorosos e os pais devem ser envolvidos no apoio à criança e não na sua restrição física. As estratégias de controlo da dor a implementar tiveram em conta diversos fatores como a idade, desenvolvimento da criança e o procedimento a realizar. Nos diversos contextos de estágio, foi possível implementar tanto estratégias farmacológicas para alívio da dor (por exemplo, aplicação de anestésico local – EMLA® ou utilização de Kalinox®), como estratégias não farmacológicas (por exemplo, estratégias de distração através de bolas de sabão ou músicas/vídeos e sucção não nutritiva). Uma das diversas situações vivenciadas neste percurso formativo, em que foi necessário adequar as estratégias não farmacológicas à faixa etária e ao desenvolvimento da criança, ocorreu na realização de uma punção venosa a uma criança de seis anos em que primeiramente foi realizada uma explicação detalhada do

procedimento, seguida de uma negociação com a criança sobre o seu papel e capacidade para tornar o procedimento mais rápido e, após o procedimento, a entrega de uma recompensa pela coragem e colaboração (autocolantes ou um brinquedo).

Durante o estágio na consulta externa de pediatria foi possível assistir à realização de um exame denominado urossonografia, que consiste na algaliação da criança com uma sonda vesical de baixo calibre, administração de contraste diluído em soro fisiológico e avaliação ecográfica. Sendo este também um procedimento doloroso e gerador de *stress*, são antecipados alguns cuidados como a temperatura e ambiente da sala. Na prevenção e controlo da dor, o ambiente é um aspeto importante a ter em conta (Figueiredo, 2016). Este deve incluir decoração e mobiliário adequados às necessidades e idade da criança, temperatura amena, e deve estar isento de luzes e ruídos fortes, proporcionando um ambiente tranquilo e seguro (Batalha, 2017). Também a presença dos pais é um aspeto a ter em conta, já que a separação é por si só uma situação geradora de *stress* em pediatria (Figueiredo, 2016). Deste modo, é permitido aos pais/acompanhantes que permaneçam junto da criança durante todo o exame, a sala encontra-se decorada de acordo com as necessidades da criança e com uma temperatura agradável e existe um projetor através do qual são projetados desenhos animados e músicas no teto, mesmo acima da marquesa em que se encontra a criança, funcionando de maneira eficaz como distração durante o procedimento. Neste caso foram utilizadas estratégias não farmacológicas de alívio da dor como a distração, em que o objetivo é mudar o foco de atenção da criança para algo envolvente, diminuindo a perceção do estímulo doloroso (Koller & Goldman, 2012).

Responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados

Ao longo do estágio realizado na UCIN, foi possível prestar cuidados a um recém-nascidos com diversas patologias raras, como foi o caso de um recém-nascido com diagnóstico de osteogénese imperfeita, que contribuiu para o desenvolvimento desta unidade de competência. A osteogénese imperfeita é uma doença hereditária caracterizada por fragilidade óssea e consequente aumento do risco de fraturas e deformidades (Filho, 2017). Tratando-se de uma doença rara, suscitou particular curiosidade e interesse, pelo que foi realizada uma pesquisa científica acerca das particularidades da doença e dos cuidados de enfermagem a implementar.

Tendo em atenção a Teoria das Transições de Afaf Meleis (2010), esta família vivencia dois tipos de transições, sendo que o internamento na unidade de cuidados

intensivos representa uma transição do tipo situacional e o diagnóstico de doença crónica uma transição saúde-doença (Cardoso, 2016). De acordo com o mesmo autor, o nascimento de um bebé doente, com necessidade de internamento numa unidade de cuidados intensivos tem um grande impacto nos pais que sentem o seu papel enquanto cuidadores principais do seu filho limitado, podendo desenvolver sentimentos de culpa, medo, incerteza, frustração e perda de confiança no seu papel parental. O internamento de um bebé numa unidade de cuidados intensivos é por si só uma situação geradora de *stress*, tanto para o bebé como para os pais, pelo que é fundamental adotar estratégias de comunicação facilitadoras da consciencialização para posterior transição e desenvolver interações promotoras de esperança, estabelecendo, em parceria, objetivos concretizáveis para a prestação de cuidados e preparação para a vida no domicílio.

A duração do estágio não permitiu acompanhar este bebé até à alta clínica, mas salienta-se a importância do papel do EESIP neste processo, pois, tratando-se de uma doença rara e crónica, é necessário perceber a existência ou não de redes de recursos comunitários de suporte ao bebé e sua família, estabelecendo ligação com a consulta externa de pediatria e com o centro de saúde de referência, salvaguardando a continuidade dos cuidados. Poderá ser ainda necessário desenvolver formação para os restantes cuidadores do bebé, como familiares e educadores, aumentando o seu conhecimento acerca da patologia e capacitando-os para o cuidar com confiança e autonomia. O sucesso do processo terapêutico depende da integração dos pares, educadores, professores e da comunidade (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

Providencia cuidados promotores de ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias

Relativamente à aquisição e desenvolvimento de competências na prestação de cuidados promotores de ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias, salienta-se as oportunidades de aprendizagem no estágio realizado no internamento de pediatria, nomeadamente na valência de cirurgia. Foi possível acompanhar algumas crianças e jovens em todo o período perioperatório. No pré-operatório foram implementadas várias estratégias para diminuir o medo e *stress* associados à cirurgia e hospitalização, adequadas à faixa etária e a cada situação específica, nomeadamente o acolhimento e estabelecimento de uma relação de confiança, explicação detalhada à criança/jovem e família acerca da cirurgia, apresentação de alguns dos equipamentos

utilizados (seringas, pinças, batas, luvas, etc.) e demonstração na própria criança ou num boneco onde será colocado o penso operatório. Uma preparação pré-operatória adequada permite dotar a criança/jovem e família de conhecimentos e estratégias para lidar com a cirurgia e hospitalização, minimizando a ansiedade e promovendo uma recuperação mais rápida (Reis, 2017). Tratando-se de um internamento em que existe uma perda de autonomia e de algumas funções, é importante tranquilizar a criança/jovem, bem como dotar os pais para que sejam capazes de prestar cuidados nesta fase. Existe ainda uma necessidade de realização de ensinamentos relativamente à progressão da dieta, avaliação da dor, cuidados com a ferida, bem como vigilância dos sinais de alerta. O processo de preparação para a alta clínica pós cirurgia tem um papel fundamental pois existe a probabilidade de infeção da ferida cirúrgica, pelo que é essencial que a criança/jovem e família sigam os ensinamentos relativos aos cuidados com a ferida, existindo ainda a necessidade de articulação com o centro de saúde, salvaguardando o bem-estar e acompanhamento da criança/jovem e família após a alta clínica. Ao ensinamentos aos pais nos cuidados com a ferida cirúrgica tornam-se essenciais para detetar precocemente sinais inflamatórios como dor, rubor, calor, edema e perda de função (Ding et al., 2016), com intuito de procura de cuidados de saúde e resolução de complicações atempadamente, com este aumento de literacia em saúde.

Promove a adaptação à doença crónica, doença oncológica ou deficiência/incapacidade

Ao longo do estágio realizado no serviço de internamento de pediatria, foram diversas as oportunidades de desenvolvimento desta unidade de competência. Destaca-se a prestação de cuidados a uma criança de quatro anos de idade com diagnóstico de Diabetes *Mellitus* tipo I inaugural. Por se tratar de um internamento longo e complexo, tornou-se possível a aquisição e desenvolvimento de diversas competências de EESIP decorrentes da necessidade e importância do desenvolvimento de conhecimentos e capacidades na família, da negociação, da implementação e gestão de um plano de saúde em parceria com a família e a utilização de estratégias motivadoras da criança e cuidadores, de modo a facilitar a transição durante este processo de saúde-doença.

O diagnóstico de doença crónica na criança acarreta desafios importantes e cabe à família e à equipa de saúde estabelecer uma parceria, com vista à autonomia da criança (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020). Cuidar de uma criança com Diabetes *Mellitus* tipo

I é um desafio que requer capacidades e conhecimentos específicos acerca da doença e suas complicações, o que torna a educação terapêutica fundamental para a capacitação dos cuidadores informais (Rodrigues, 2015). A capacitação dos pais através da realização de ensinamentos, da demonstração e do treino de procedimentos e técnicas foram fundamentais para que estes se tornassem aliados terapêuticos, aumentando a sua confiança e diminuindo o sentimento de impotência. Tendo a criança em causa apenas quatro anos, o maior desafio prendeu-se com a complexidade do diagnóstico e a importância de seguir o regime terapêutico, o que muitas vezes resulta numa situação geradora de dor e *stress*. Muitas vezes a criança recusava a prestação de cuidados, chorando e gritando “eu não quero, dói muito” (*sic.*). Neste caso em particular, foram adotadas diversas estratégias de distração como o recurso a dispositivos eletrónicos com filmes e músicas infantis ou a criação de histórias com bonecos e fantoches. Estas estratégias foram essenciais para a realização de ensinamentos não só acerca do regime e controlo terapêutico, mas também relativos a hábitos de vida saudáveis, nomeadamente atividade física e alimentação. Segundo Costa et al. (2021), recorrer às novas tecnologias de forma lúdica e criativa pode ser uma estratégia a implementar nos ensinamentos a realizar à criança.

Após o diagnóstico de doença crónica, a criança e família vivenciam vários estádios até à aceitação e posteriormente, a consciencialização da mudança, que têm sido descritos como os seguintes: inicialmente o choque, seguido o ajustamento, depois a adaptação com vista à aceitação (Santos, 2010). No caso dos cuidados à criança e família supracitada, foi realizada a articulação com outros profissionais de saúde como psicóloga e nutricionista, de modo a garantir o acompanhamento e bem-estar de todos os membros da família. O processo de preparação para a alta clínica foi também enriquecedor pois, tratando-se de uma doença crónica, foi necessário perceber a existência ou não de redes de recursos comunitários de suporte à criança e sua família. O sucesso do processo terapêutico depende da integração dos pares, educadores, professores e da comunidade (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020). Em conjunto com a enfermeira tutora foram realizados diversos contactos com a escola e centro de saúde de referência da criança em causa, quer via telefone, quer por e-mail, onde foram fornecidas todas as informações relativas ao processo terapêutico e necessidades, garantindo a continuidade dos cuidados após a alta clínica.

1.2. PRESTA CUIDADOS ESPECÍFICOS EM RESPOSTA ÀS NECESSIDADES DO CICLO DE VIDA E DE DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA/JOVEM

Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil

No decorrer do estágio em contexto de cuidados de saúde primários, foi possível assistir e colaborar nas consultas de enfermagem de saúde infantil e pediátrica que decorreram todas as sextas-feiras das 13 horas às 20 horas na UCSP, mediante marcação e, normalmente coincidiam com a data da consulta médica, de modo a gerir a periodicidade das consultas e a diminuir a taxa de abandono, de acordo com os indicativos da DGS (2013). Estas consultas são marcadas segundo as indicações do PNSIJ ou conforme necessidade e seguem as do mesmo, com foco nas necessidades da criança/jovem e família. De acordo com a Convenção sobre os Direitos da Criança (2019), as crianças, entendidas como todo o ser humano menor de 18 anos, constituem um grupo etário prioritário e justificam o maior empenho e disponibilidade por parte dos profissionais e gestores dos serviços de saúde. A vigilância em saúde tem como objetivo facultar às crianças um crescimento e desenvolvimento harmoniosos, otimizando as suas potencialidades físicas, psíquicas, afetivas e sociais. Segundo Gaíva et al. (2017), o crescimento e desenvolvimento é um importante indicador da qualidade de vida e da saúde infantil.

Segundo Monteiro et al. (2017), em relação ao desencadeamento de ações estratégicas de vigilância em saúde e objetivando o acompanhamento adequado, a consulta de enfermagem é da competência exclusiva do enfermeiro, e sempre que possível realizada por um EESIP, sendo fundamental para identificar problemas, planejar ações e intervenções de prevenção e promoção da saúde, bem como avaliar as mesmas. A consulta de enfermagem de saúde infantil e pediátrica deve ser encarada como um espaço privilegiado para a prática clínica permitindo ao EESIP recolher dados relativos à criança/jovem ao longo do seu crescimento e desenvolvimento, identificando as suas necessidades e implementando intervenções (Sobral et al., 2018).

No âmbito da consulta de enfermagem de vigilância em saúde infantil e pediátrica foi possível realizar uma avaliação global e holística da criança/jovem nas diferentes faixas etárias e etapas do ciclo vital, desde o recém-nascido até ao adolescente. Estas consultas possibilitam a avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança/jovem,

registando os dados obtidos no Boletim Individual de Saúde Infantil e Juvenil e no sistema informático SClínico®. Para a avaliação antropométrica foram usadas como referência as curvas de crescimento do PNSIJ. De acordo com a DGS (2013), as curvas de crescimento traduzem o perfil de desenvolvimento do indivíduo relativamente aos valores padrão, sendo que o percentil 50 traduz o padrão e os desvios: inferior até ao percentil 3 e superior até ao percentil 95. Para a avaliação do desenvolvimento psicomotor até aos cinco anos de idade, utilizou-se a Escala de Avaliação de Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada. Esta escala permite verificar várias aptidões relativas à postura e motricidade global, visão e motricidade fina, audição e linguagem e comportamento de adaptação social, de acordo com a faixa etária de cada criança, bem como identificar sinais de alerta, no sentido de intervir o mais precocemente possível (DGS, 2013). A utilização de um instrumento de avaliação do desenvolvimento psicomotor fiável, seguro e de fácil utilização permite identificar precocemente sinais de alarme, adequando as intervenções necessárias. Através da consulta de vigilância de saúde infantil e pediátrica é possível detetar precocemente e encaminhar situações que possam comprometer a qualidade de vida da criança ou jovem, nomeadamente, malformações congénitas; perturbações da visão, audição e linguagem; perturbações do desenvolvimento estatoponderal e psicomotor; problemas dentários; alterações neurológicas; alterações do comportamento e do foro emocional ou relacional (DGS, 2013). De salientar que, durante uma consulta a uma criança com três anos foram detetadas alterações significativas na linguagem e no comportamento/interação social, sendo que a criança ainda não era capaz de dizer qualquer palavra, não era capaz de estabelecer contacto visual ou qualquer outro tipo de interação, limitando-se a olhar para o telemóvel no colo da mãe. A mãe revelou-se preocupada e referiu que na creche o seu filho fica isolado, não procurando brincar com outras crianças. Esta situação foi comunicada à médica de família que referenciou e encaminhou a criança para uma avaliação e acompanhamento especializado. O EESIP tem um papel importante na prevenção e deteção de situações de alerta, pelo que, ao observar quaisquer alterações no desenvolvimento que suscitem preocupação, deve encaminhar para profissionais diferenciados de forma a diagnosticar e intervir precocemente (Leal, 2020). O EESIP deve ainda auxiliar a criança e família na identificação dos recursos existentes, forças e dificuldades, de modo a elaborar um plano de saúde com vista à saúde e bem-estar (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

Salienta-se a oportunidade que a consulta de enfermagem de saúde infantil e pediátrica representa na promoção e educação para a saúde dos pais e cuidadores, pela possibilidade de identificar e corrigir lacunas, bem como esclarecer dúvidas existentes. Os ensinamentos e tópicos abordados dependem da faixa etária e etapa do ciclo vital em que se encontra a criança/jovem. Os cuidados antecipatórios pretendem a promoção da saúde em função da idade e do crescimento e desenvolvimento da criança/jovem (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020). De um modo geral, o PNSIJ refere algumas temáticas a abordar: nutrição, através da promoção de comportamentos alimentares equilibrados e do aleitamento materno; prática de exercício físico; prevenção de consumos nocivos; adoção de medidas de segurança reduzindo o risco de acidentes e intoxicações; cuidados com a exposição solar; saúde oral; sono; prevenção dos maus-tratos; prevenção de perturbações emocionais e de comportamento e vacinação.

A vacinação é um direito e um dever dos cidadãos que, participando ativamente na decisão de se vacinarem, reconhecem que estão a defender a sua saúde, a saúde pública e a praticar a cidadania (DGS, 2020). Deste modo, a consulta de enfermagem de saúde infantil e pediátrica deve ser aproveitada como uma oportunidade de vacinação, quer seja para completar ou atualizar o esquema vacinal. Durante uma consulta a uma bebé com 12 meses de idade, natural de França a residir em Portugal há 2 meses, o pai referiu não querer vacinar a sua filha, recusando todas as vacinas do PNV. O papel do EESIP neste caso passa por estabelecer um diálogo positivo e uma relação de confiança, tentar perceber quais as preocupações dos pais e fornecer toda a informação acerca do PNV, as suas vantagens, possíveis efeitos adversos das vacinas e como forma de lidar com estes, e ainda, consequências da não vacinação, de modo a que os pais possam tomar uma decisão informada. De acordo com Fonseca (2019), Portugal apresenta uma das taxas mais elevadas de adesão à vacinação e, de acordo com um estudo realizado pelo mesmo autor com 1118 pais de crianças dos 0 aos 12 anos, apenas 3,1% referiu hesitação em relação à vacinação. A recusa à vacinação pode estar relacionada com os conhecimentos e crenças em relação às doenças infecciosas e às vacinas. O autor reforça que, com vista à adesão à vacinação é necessário ensinar acerca da segurança e eficácia das vacinas, através de sessões de educação para a saúde dirigidas às crianças/jovens e pais. No caso da consulta supracitada, o pai manteve a recusa em relação a todas as vacinas do PNV, pelo que foi solicitado que assinasse um termo de responsabilidade a confirmar a sua

recusa às vacinas, consentindo que não será contactado pela UCSP com o objetivo de realizar vacinas e, no caso da sua opção se alterar, terá de ser ele a dirigir-se à UCSP com esse intuito.

Ao longo das consultas de enfermagem de saúde infantil e pediátrica, foi possível compreender que, de um modo geral, os pais apresentam muitas dúvidas relativamente à alimentação do bebé durante o primeiro ano de vida, nomeadamente no que diz respeito à diversificação alimentar. Em colaboração com a EESIP orientadora do estágio, foi elaborado um panfleto informativo acerca da “Alimentação no Primeiro Ano de Vida”, de modo a providenciar aos pais um documento de fácil leitura e compreensão, e com o objetivo de simplificar o tema e esclarecer as dúvidas existentes (Apêndice I). A introdução de um plano alimentar diversificado é um marco importante no desenvolvimento infantil uma vez que, aos quatro meses, os lactentes adquirem competências motoras como maior estabilidade do pescoço e maxilar e o seu padrão de sucção começa a alterar-se, permitindo que este inicie uma alimentação diversificada que contribui para a evolução maturativa do seu neurodesenvolvimento (Guerra et al., 2012). Segundo o mesmo autor, em contexto de consulta cabe ao EESIP ensinar aos pais acerca das etapas de desenvolvimento do bebé no sentido de perceberem quando é que este está apto a experimentar novos sabores e texturas.

Também no estágio realizado na consulta externa de pediatria foi possível desenvolver esta unidade de competência, nomeadamente através da participação nas consultas de especialidade de neonatologia. Nestas consultas, à semelhança das restantes consultas de vigilância e de especialidade, são avaliados o crescimento e o desenvolvimento, com a particularidade de não ser adequado utilizar instrumentos e valores de referência desenhados para crianças nascidas de termo (Sociedade Portuguesa de Pediatria (SPP), 2013). Nestes bebés é necessário ter em conta não só a idade real (tempo de vida do bebé após o nascimento) mas também a idade corrigida (idade que o bebé teria se tivesse nascido com 40 semanas de gestação), sendo que esta última é mais adequada para avaliar o desenvolvimento físico, intelectual e comportamental do bebé prematuro (SPP, 2013). Destaca-se uma consulta a um bebé que nasceu com 28 semanas e 3 dias de gestação e um peso de 990 gramas. No momento da consulta encontrava-se com 16 meses de idade real e 13 meses de idade corrigida. O EESIP neste contexto necessita de um elevado conhecimento acerca das etapas de desenvolvimento do recém-

nascido de modo a realizar uma correta avaliação da criança, detetando sinais de alarme e intervindo precocemente, sem esquecer a idade corrigida da criança.

Ao longo das consultas de enfermagem de neonatologia, entre outros aspetos, são abordados os cuidados antecipatórios, as atividades promotoras do desenvolvimento, realizados ensinamentos e esclarecidas dúvidas; destacando os posicionamentos como um tema crucial a abordar durante esta consulta. Desde 1992 que as mortes súbitas e inexplicáveis dos lactentes foram associadas à Síndrome de Morte Súbita do Lactente, sendo determinado como fator de risco o facto de os bebés dormirem em decúbito ventral (Neves, 2011). De acordo com o mesmo autor, os lactentes devem dormir sempre em decúbito dorsal, devendo alternar entre os restantes decúbitos quando acordados e sob vigilância. Muitos pais na consulta parecem não ter conhecimento acerca dos benefícios dos restantes decúbitos e demonstram receio relativo à Síndrome de Morte Súbita do Lactente, pelo que acabam por manter os lactentes em decúbito dorsal, o que pode causar alterações no sistema músculo-esquelético e no desenvolvimento (Hunter & Malloy, 2002). Deste modo, é importante ensinar aos pais os benefícios de cada decúbito, bem como esclarecer as suas dúvidas e desmistificar os seus receios, de modo a que as diferentes forças exercidas pelo esqueleto sejam uniformes, para o desenho das estruturas e dos ângulos articulares. O crânio dos bebés tem grande plasticidade e alguns bebés apresentam plagiocefalia posicional, traduzindo-se num achatamento de um dos lados da cabeça, pelo que os ensinamentos devem passar por contrariar essa plagiocefalia, virando o bebé para o lado oposto, contrariando esta posição e prevenindo complicações como o torcicolo congénito (Higa et al., 2018). Nestes casos deve também ser solicitada a colaboração por parte da fisioterapia. Os pais devem ser incentivados a implementar o decúbito ventral quando o bebé se encontra acordado uma vez que este promove as primeiras experiências em extensão contra a gravidade, a extensão da cabeça com controlo espontâneo ao nível da transferência de peso lateralmente, fortalecendo a coluna e iniciando-se a posteriorização da pélvis, que ajuda o desenvolvimento da extensão da anca (Silva, 2020).

Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e cultura

Ao longo dos vários campos de estágio foi possível prestar cuidados a crianças e jovens de diversas faixas etárias, etapas de desenvolvimento, etnias e nacionalidades, pelo

que foi necessário adequar estratégias de acordo com as especificidades de cada criança/jovem e sua família.

Na primeira infância, salienta-se a utilização do brinquedo terapêutico enquanto estratégia de comunicação e aproximação à criança, adequando a linguagem à idade e desenvolvimento cognitivo e intelectual. O brincar é um direito e uma capacidade inata da criança, pelo que a sua implementação na prestação de cuidados pode facilitar a comunicação, a gestão da dor e potenciar o bem-estar da criança (Silva et al., 2020).

Ao longo das diversas situações, a comunicação foi a chave para o estabelecimento de uma relação terapêutica com a díade criança/jovem-família, baseada na empatia e na confiança. Neste sentido, foram adotadas diversas estratégias de comunicação verbal e não-verbal baseadas na transparência e honestidade, promovendo um ambiente seguro e potenciador da expressão de emoções.

Na comunicação com o adolescente, importa ter em atenção as alterações inerentes a esta etapa do ciclo vital. Foram adotadas estratégias como a escuta ativa e a promoção da comunicação expressiva de emoções, com vista à identificação de necessidades e vulnerabilidades. O foco na comunicação com o adolescente foi favorecer a sua autoestima, realizar ensinamentos e negociar intervenções ou alterações de comportamentos (Ferreira et al., 2020).

Nos diversos contextos, foram ainda implementadas estratégias de comunicação culturalmente sensíveis, nomeadamente na prestação de cuidados à criança/jovem e família de etnia cigana, adotando uma comunicação ser clara, direta e simplificada, garantindo a compreensão e colaboração na prestação de cuidados (Rosário et al., 2014).

Promove a vinculação de forma sistemática

A vinculação consiste na ligação emocional entre o recém-nascido e o seu cuidador principal, normalmente a mãe ou o pai e pode ser influenciado por diversos fatores (Querido & Lourenço, 2022). O internamento de um bebé numa UCIN representa vários obstáculos à vinculação, nomeadamente pela separação entre os pais e o bebé, alterações na dinâmica familiar e a disparidade entre o “bebé real” e o “bebé esperado” (Coughlin, 2017). Ao longo do estágio neste contexto, foi possível compreender que o EESIP representa um elemento facilitador da vinculação, pelo que o seu papel passa por estabelecer uma parceria de cuidados com o binómio bebé-família, com foco na capacitação parental para o cuidar, incentivando os pais a serem os principais cuidadores,

apesar da situação adversa em que se encontram. O estabelecimento de uma relação terapêutica com os pais é fundamental pelo que estes foram sempre informados do estado clínico do bebé e incluídos nas tomadas de decisão, bem como, incentivados a permanecer junto dos seus bebés o máximo de tempo possível, a prestar cuidados, dar colo, amamentar sempre que possível e promover o toque e a falar/cantar/ler para eles. Querido e Lourenço (2022) defendem que várias estratégias podem ser adotadas para promover a vinculação, nomeadamente a prática do método canguru ou contacto pele-a-pele, o toque, a massagem, a amamentação e a prestação de cuidados pelos pais.

Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde

Um dos grandes desafios da consulta de vigilância de saúde infantil e pediátrica prende-se com a consulta ao adolescente. Hockenberry e Wilson (2014), definem o início do período da adolescência com o início da puberdade e o seu término quando o adolescente se torna num adulto independente, no entanto, a adolescência está associada não só ao desenvolvimento físico, com a puberdade, mas também a um processo de desenvolvimento biopsicossocial em que a criança se transforma em adulto em toda a sua plenitude física, psíquica e social. Para além de ser um período de diversas mudanças corporais, a adolescência constitui uma transição de desenvolvimento através do qual o adolescente desenvolve ferramentas e competências adaptativas e funcionais e estabelece a sua identidade preparando-se para desempenhar o seu papel na sociedade (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020). Esta etapa da vida é considerada a mais saudável do ser humano, com menor índice de morbimortalidade em relação a outros grupos etários, o que revela uma escassa procura dos serviços de saúde (Andrade et al., 2018). Os jovens desta idade são caracterizados pelo gosto pela aventura e independência pelo que os principais problemas de saúde estão ligados a comportamentos de risco: traumatismos, ferimentos e lesões acidentais, desequilíbrios alimentares, consumos nocivos, infeções sexualmente transmissíveis, maternidade e paternidade precoces e comportamentos suicidas (Andrade et al., 2018). Cabe ao EESIP a função de potenciar as aprendizagens promotoras da saúde e desencorajar os comportamentos de risco, enfatizando as possíveis consequências.

De modo a realizar uma intervenção mais direcionada e facilitar a relação terapêutica entre EESIP e adolescente foi criada na UCSP uma consulta específica para

adolescentes que ocorre na primeira e terceira quarta feira de cada mês entre as 14:30 horas e as 16:30 horas. Os adolescentes não necessitam de marcação, o atendimento é realizado por ordem de chegada e não precisam de ir acompanhados, assegurando a privacidade e confidencialidade. De modo a divulgar a “Consulta do Adolescente” foi elaborado um documento informativo para divulgar nas escolas da região (Apêndice II).

1.3. ASSISTE A CRIANÇA/JOVEM E FAMÍLIA NA MAXIMIZAÇÃO DA SUA SAÚDE

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

Ao longo do estágio em contexto de cuidados de saúde primários, foi possível adquirir e desenvolver competências no âmbito do diagnóstico precoce e intervenção nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança e do jovem.

No âmbito do estágio em contexto de cuidados de saúde primários, foi possível assistir e colaborar no processo de resposta à criança com necessidade de intervenção precoce, ao acompanhar uma enfermeira da Equipa Local de Intervenção (ELI), integrada no Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI). A intervenção precoce na infância pode ser definida como um conjunto de apoios que são disponibilizados para melhorar as oportunidades de aprendizagem da criança, fortalecer as competências dos cuidadores e promover os recursos das famílias e da comunidade (SNIPI, 2022). De acordo com o SNIPI (2022), o apoio dirige-se a crianças entre os zero e os seis anos e respetivas famílias que respeitem os seguintes critérios de elegibilidade: alterações nas funções ou estruturas do corpo que limitam o normal desenvolvimento e participação em atividades ou risco grave de atraso de desenvolvimento pela existência de condições biológicas, psicoafectivas ou ambientais que impliquem uma alta probabilidade de atraso no desenvolvimento da criança. Após a referenciação é realizado um acolhimento à criança e família. Houve oportunidade de participarmos num momento de acolhimento, em que estiveram presentes a EESIP e educadora pertencentes à ELI, a mãe e a criança, de três anos. De acordo com Lopes (2021), o acolhimento é o momento em que se inicia a relação terapêutica, sendo favorável à recolha de dados e avaliação inicial da criança e família. O acolhimento foi realizado numa sala destinada ao efeito, que se encontrava

com temperatura adequada, silenciosa e promotora de privacidade. A sala encontrava-se decorada com cores claras e com mobiliário convidativo (secretária e cadeira para os adultos e secretária e cadeira para a criança). Ao longo do acolhimento foi possível compreender o modo como a EESIP criou um ambiente promotor do diálogo terapêutico, incentivando a mãe a falar-lhe do seu filho desde o nascimento até à idade atual, abstendo-se de qualquer juízo de valor. A comunicação em saúde está diretamente relacionada com a qualidade dos cuidados, pelo que os profissionais de saúde devem ser dotados de capacidades para estabelecer uma relação de empatia e confiança, praticando a escuta ativa acompanhada por uma comunicação verbal e não-verbal clara e assertiva (Lopes, 2021). De acordo com a mesma autora, uma relação de confiança facilita a colheita de dados e realização da entrevista, favorece a intervenção do EESIP e aumenta a adesão terapêutica por parte do utente.

O objetivo principal do acolhimento é realizar a avaliação inicial da criança, pelo que foram colhidos dados através da entrevista, foi realizado o genograma e aplicada uma escala de avaliação do desenvolvimento à criança, a escala *Schedule of Growing Skills II* (Anexo I). O genograma consiste na representação gráfica de uma família em que símbolos e códigos são padronizados e interpretados de modo a conhecer a história familiar e relacionamento entre os seus membros, e através do qual o EESIP consegue conhecer a estrutura familiar e a sua rede de apoio, direcionando intervenções (Vale et al., 2019). Segundo os mesmos autores, em pediatria, o genograma pode ser uma ferramenta útil para o EESIP, contribuindo para o conhecimento de redes de suporte familiar e para o estabelecimento de uma relação terapêutica.

A escala *Schedule of Growing Skills II*, teve por base a Escala de Avaliação de Desenvolvimento de Mary Sheridan e surgiu com o objetivo de fornecer um método preciso e confiável de avaliação do desenvolvimento com vista ao diagnóstico precoce de situações de alerta e intervenção precoce (Bellman et al., 1996). A aplicação da escala leva aproximadamente 20 a 30 minutos e a interpretação dos resultados fornece informação acerca do desenvolvimento da criança, tendo em conta a sua idade. Esta escala lista 179 itens de avaliação divididos em 9 áreas de competências: controlo postural passivo, controlo postural ativo, locomotoras, manipulativas, visuais, audição, fala e linguagem, interação social e autonomia pessoal. Para a aplicação da escala, o avaliador possui um conjunto de objetos tais como: guia de utilizador, conjunto de 12 blocos, copo,

roca, corda com uma conta, boneca, escova, bola pequena, cartões coloridos e cartão para corresponder as cores, livro de imagens, folhas, canetas/lápis de cor, entre outros. Após a aplicação da escala, o avaliador transfere todas as pontuações para uma folha denominada “Folha do Perfil” (Anexo II), que permite um resumo visual do estado de desenvolvimento da criança (Bellman et al., 1996).

Na prática, a escala revelou-se de fácil aplicação, sendo intuitiva e permitindo a observação e avaliação de alguns parâmetros sem grande interferência do avaliador, tais como as habilidades locomotoras e de autonomia pessoal, estas últimas sendo questionadas à mãe. O grande desafio observado durante a aplicação da escala foi lidar com a criança em causa quando não conseguia completar determinada tarefa, uma vez que ficava visivelmente frustrada, recusando-se a comunicar ou a fazer outra atividade. Nesta situação, foi necessário utilizar estratégias de comunicação adequadas à idade, nomeadamente a utilização de uma voz calma e amigável e a utilização de brinquedos para captar a atenção e interesse da criança. De acordo com Farias et al. (2017), a comunicação verbal e não verbal tem um papel fundamental na relação com a criança, sendo que devem ser utilizadas palavras carinhosas e calmas, o toque e o uso de brinquedos na prestação de cuidados à criança.

Durante o estágio no serviço de urgência pediátrica, através da participação no processo de triagem, foi também possível adquirir e desenvolver competências no diagnóstico precoce de doenças comuns e situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem. De referir a situação de uma criança de 11 anos de idade que recorreu ao serviço de urgência por, alegadamente, ter sido agredida por uns colegas na escola, “bateram-me com um pau na cabeça” (*sic.*). Ao longo entrevista de enfermagem, foi possível perceber que se tratava de uma situação recorrente, a qual a mãe só tinha descoberto naquele momento. Esta criança era vítima de *bullying* há cerca de 2 anos, do qual resultaram episódios de fratura de um pé, de um polegar e diversos hematomas e equimoses, bem como um estado de fragilidade emocional, referindo “não tenho amigos” (*sic.*). A mãe revelou desconhecer por completo esta realidade e não conseguir lidar com a mesma, manifestando sentimentos de impotência e medo, referindo “não sei de que modo posso ajudar a minha filha” (*sic.*).

No serviço de urgência pediátrica foi verificada a inexistência de um protocolo de atuação numa situação em que a criança seja vítima de *bullying*, no entanto, a tutora

EESIP, em conjunto com a enfermeira gestora, estabeleceu um plano para ajudar aquela criança e outras que recorressem ao serviço de urgência na mesma situação e o caso foi ainda referenciado ao Núcleo Hospitalar de Apoio a Crianças e Jovens em Risco, de modo a ser avaliado e discutida a melhor abordagem e intervenção. Atualmente existem vários estudos acerca da prevalência e incidência deste problemas e os resultados são preocupantes, sendo que as crianças e jovens vítimas de *bullying* podem desenvolver sintomas depressivos ou ansiosos, sensação de exclusão, dificuldades no desempenho escolar, diminuição da qualidade do sono, ideação suicida, cefaleias e mal-estar geral, tentativas de suicídio ou mesmo suicídio, pelo que é importante que existam programas de prevenção de *bullying* e que as crianças/jovens se sintam apoiadas pelos pares e não tenham medo de pedir ajuda (Gomez-Baya et al., 2022). Salienta-se a importância do papel do EESIP na deteção precoce de situações de risco e na educação para a saúde, nomeadamente em contexto escolar, de modo a aumentar a consciencialização acerca do problema e prevenir situações futuras. Para uma efetiva redução dos comportamentos de *bullying* é necessário conhecer os fatores de risco e os fatores protetores, bem como desenvolver ações educativas junto dos jovens, famílias e educadores (Silva et al., 2018).

Ainda durante o estágio no serviço de urgência pediátrica houve possibilidade de realizar alguns turnos na unidade de internamento de curta duração, onde foi observado um elevado número de internamentos de jovens por automutilação com objetos cortantes e tentativas de suicídio, por intoxicação medicamentosa voluntária e tentativa de enforcamento. Este facto fez-nos despertar para as necessidades em saúde mental das crianças e jovens. Na prestação de cuidados a estes jovens, é necessário compreender as transições biológicas, cognitivas e psicossociais da adolescência e qual o impacto nos seus comportamentos em saúde (Hockenberry & Wilson, 2014). Na prática clínica, procurou-se avaliar o conhecimento do jovem e família acerca de comportamentos de risco, compreender a relação familiar e detetar situações de alerta, solicitando o apoio por parte de outras especialidades como psicologia, pedopsiquiatria e serviços sociais. Tratando-se de uma situação delicada e que exige alguma sensibilidade, procurou-se estabelecer uma relação terapêutica de confiança com a díade criança/jovem-família, com vista à partilha de emoções. No que diz respeito aos cuidados de enfermagem na área de pedopsiquiatria, estes devem incluir especial atenção aos pais/família para que se constituam aliados terapêuticos, uma vez que estes agentes revelam ter um papel

fundamental na saúde mental destas crianças e jovens (Dias & Carvalho, 2017). De acordo com os mesmos autores, existem outros aspetos aos quais o EESIP deve estar atento nestas situações, tais como perturbações de sono, dificuldades na alimentação, dificuldades na interação, intolerância à frustração, não adesão ao regime terapêutico, entre outras.

Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde promotor da parentalidade

Ao longo dos diversos estágios, em todas as situações foi negociada a participação da família na prestação de cuidados, com vista à autonomia e bem-estar. Segundo Fassarella et al. (2019), a negociação da parceria de cuidados exige uma forte comunicação entre os diversos intervenientes na prestação de cuidados, clarificando quais os cuidados que a família deseja prestar, esclarecendo dúvidas e desenvolvendo ações conjuntas, com vista ao bem-estar da criança/jovem.

Para o desenvolvimento desta unidade de competência, salienta-se ainda a participação em alguns programas dinamizados pela UCC, nomeadamente no Programa Nacional de Saúde Escolar que segue as orientações da DGS implementando projetos orientados pelas necessidades da comunidade escolar. A promoção da saúde em meio escolar assenta na metodologia de trabalho por projeto, tendo como base as necessidades reais da população escolar, para estabelecer processos de ensino e aprendizagem, ajudando a elevar o nível de literacia para a saúde e melhorar o estilo de vida da comunidade educacional (DGS, 2015). Numa perspetiva de melhoria de competências para lidar com o risco, a saúde escolar deve trabalhar em parceria a influência dos pares, a vulnerabilidade e a resiliência, mas também a vinculação familiar, escolar e social (DGS, 2015).

Um dos temas abordados pela equipa de saúde escolar da UCC foi a prevenção do consumo de tabaco junto de alunos do quinto ano pertencentes a escolas da região. A metodologia de intervenção junto das turmas envolveu um conjunto de atividades expositivas e lúdico-pedagógicas de modo a ensinar de forma dinâmica acerca dos riscos e consequências associados ao consumo de tabaco. Segundo a DGS (2015), a prevenção destes consumos em meio escolar tem maior efetividade quando a abordagem é global, envolvendo a comunidade educativa como um todo, promovendo relações positivas e um clima de escola favorável sendo, por isso, fundamental priorizar intervenções com

carácter de continuidade, pedagogicamente adequadas ao nível de ensino e baseadas na evidência científica. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2015), o consumo de tabaco é a causa mais evitável de morte e de doença e, segundo o Inquérito Nacional de Saúde de 2014, 20% da população portuguesa com idade igual ou superior a 15 anos consumia tabaco aquando o inquérito (Instituto Nacional de Estatística, 2016). O maior risco que as crianças e jovens correm quando começam a fumar, é ficarem dependentes do tabaco, muitas vezes para toda a vida, aumentando o risco de patologias associadas ao tabagismo (Precioso, 2006). De acordo com o mesmo autor, estudos revelam que as crianças se tornam dependentes da nicotina mais facilmente que os adultos, com maior prevalência no sexo feminino, pelo que, para prevenir e diminuir a prevalência do consumo do tabaco nas crianças e jovens é necessário conhecer a sua etiologia (quando, onde e porquê), de modo a planear intervenções mais racionais e direcionadas. Pender e Parsons (2015), defendem que quanto mais cedo as crianças adquirirem hábitos saudáveis, mais facilmente estes se mantêm ao longo do ciclo vital pelo que, a prevenção do tabagismo deve começar o mais cedo possível e compreender um conjunto de várias abordagens desde modificações ambientais, restrição de acesso ao tabaco, sessões de educação para a saúde, envolvimento dos pais, entre outras (Precioso et al., 2016). A implementação destas sessões de educação para a saúde nas escolas contribui para que as crianças e jovens façam uma escolha informada na área do tabagismo, promovendo a adoção de comportamentos responsáveis e promotores da saúde, evitando ou adiando o seu consumo. Ao longo da sessão as crianças mostraram-se muito participativas, respondendo às questões que lhes eram colocadas e partilhando experiências e histórias, sendo evidente que a grande maioria tinha pessoas significativas com hábitos tabágicos o que lhes suscitava algum interesse e até desvalorização dos riscos referindo “se o meu pai fuma, é porque não faz assim tão mal” (*sic.*). De acordo com Precioso (2006), os fatores que podem levar alguém a fumar são complexos e diferem de pessoa para pessoa, no entanto, em grande parte dos casos, os jovens sentem necessidade de imitar os mais velhos para se sentirem adultos, não possuem conhecimento acerca dos riscos do consumo do tabaco e possuem crenças acerca do seu consumo como de que o tabaco emagrece ou que ajuda a esquecer e aliviar o *stress*. Segundo o mesmo autor, é por isso necessário informar os jovens acerca das consequências do tabagismo e desmistificar os mitos relativos ao tabaco.

Ainda no âmbito da saúde escolar, foi possível assistir e participar numa outra sessão, esta para crianças mais novas em turmas mistas de primeiro e segundo ano acerca das emoções. A saúde escolar, ao promover as competências socioemocionais dos alunos, contribui para o desenvolvimento de autoconhecimento, autogestão, consciência social, relações interpessoais e tomada de decisão responsável (DGS, 2015). À semelhança da sessão supracitada, a metodologia de intervenção junto das turmas envolveu um conjunto de atividades expositivas e lúdico-pedagógicas de modo a ensinar de forma dinâmica acerca das emoções. No caso desta sessão foi utilizado como recurso imagens e personagens do filme “Divertidamente” que explora precisamente o tema das emoções. Moreira (2010), define uma emoção como a resposta que o corpo dá ao que se passa à nossa volta. As emoções são, geralmente assistidas por um comportamento físico onde a expressão facial é uma das partes do corpo que representa as emoções do ser humano (Goleman, 2012). Este tipo de intervenções torna-se fundamental para criar e sustentar o bem estar emocional pois, ao identificar e reconhecer as emoções, tomando consciência delas, existe uma maior perceção e controlo das mesmas. Durante a sessão foi realizado um jogo em que eram projetadas imagens de bonecos ou caras e as crianças tinham de identificar qual a emoção que o boneco estava a sentir e quais as ações que podiam praticar para provocar aquela emoção noutra pessoa. As crianças mostraram-se muito participativas e entusiasmadas com a dinâmica da sessão.

Dentro da mesma faixa etária, crianças do primeiro ano, foi realizada uma outra sessão sobre o sono. O sono pode ser definido como um estado fisiológico reversível caracterizado por diminuição da atividade motora, da resposta e do metabolismo e é um fenómeno observado em todos os animais, sendo que os seres humanos passam aproximadamente um terço da sua vida a dormir (Siegel, 2009). De acordo com o mesmo autor, a razão pela qual o sono é tão importante para a nossa saúde e bem-estar ainda não é totalmente conhecida, no entanto, sabe-se alguns dos seus benefícios: efeito restaurador, conservação de energia e consolidação da memória. Um sono de qualidade é essencial para um bom desenvolvimento físico, cognitivo, emocional e social e, durante os primeiros anos de vida ocorrem várias mudanças no desenvolvimento que levam ao padrão esperado de sono-vigília no adulto (Rana et al., 2019). De acordo com os mesmos autores, as crianças com distúrbios do sono podem apresentar sintomas diferentes dos adultos e, na faixa etária pediátrica, as manifestações clínicas dos problemas do sono

podem variar de acordo com a idade e o nível de desenvolvimento; uma criança com padrão de sono insuficiente pode não parecer sonolenta, mas, por outro lado, pode apresentar hiperatividade, dificuldades na atenção e memória e comportamento agressivo. Para esta sessão foi elaborada uma história ilustrada acerca do sol e da lua, em que o sol tinha sempre muita energia e não queria dormir porque achava que tinha de tomar conta da terra sozinho. Por outro lado, a lua, sendo mais sábia, tentava explicar ao sol a necessidade de dormir e repousar para obter bons resultados no dia-a-dia. Após várias conversas ambos chegaram a um acordo: o sol tomava conta da terra durante o dia para a lua poder descansar e, durante a noite a lua tomava conta da terra para o sol poder descansar. As crianças revelaram-se muito entusiasmadas com a história e pareceram compreender a mensagem transmitida, no entanto, quando questionadas acerca dos seus hábitos de sono, verificou-se que a maioria das crianças que foram alvo desta sessão referiram ir para a cama após as 23 horas e levar consigo dispositivos eletrónicos como telemóveis e *tablets*. Algumas admitiram ficar a ver vídeos e a jogar jogos escondidos debaixo dos cobertores depois dos pais se terem ido deitar. De acordo com Silva et al. (2013), o número de horas de sono que dormem as crianças portuguesas é inferior ao número de horas recomendadas pelo que é necessário desenvolver uma intervenção direcionada à prevenção de distúrbios de sono em crianças. Silva et al. (2018), num estudo realizado em Portugal acerca da qualidade do sono em crianças com idade pré-escolar que revelou que um terço da população apresenta má qualidade de sono. Também Pinto et al. (2016), num estudo realizado com adolescentes portugueses, concluiu que estes dormem em média 7 horas e 41 minutos por noite (número de horas inferior ao recomendado para a sua faixa etária), o que revelou ter consequências no cumprimento das suas tarefas do dia-a-dia. Deste modo, é necessário reforçar ensinamentos junto das crianças/jovens e seus pais/cuidadores acerca da importância de uma correta higiene do sono e da adoção de hábitos de sono saudáveis, enfatizando as consequências da falta de repouso a nível dos comportamentos, das aprendizagens e do desenvolvimento das crianças. O EESIP detém competências para prestar cuidados no âmbito da promoção da saúde com segurança e competência, utilizando principalmente a educação para a saúde com vista à satisfação das necessidades da criança/jovens e famílias (OE, 2018).

O sono é também realçado pelo PNSIJ como um dos cuidados antecipatórios a abordar nas consultas desde o lactente ao adolescente. Devido às exigências da sociedade

atual, assistimos a uma negligência cada vez maior relativamente ao sono, sendo que não se respeitam os ciclos circadianos e existe muitas vezes uma tentativa de reprogramação do ritmo interno. O sono constitui um processo fisiológico ativo e dinâmico com um impacto crítico em diversos aspetos da saúde, função mental e desenvolvimento (Rana et al., 2019). Em contexto de consulta, quando questionados os pais ou as próprias crianças/jovens acerca dos hábitos de sono, é evidente que a grande maioria não dorme o total de horas adequadas e não tem um sono reparador. Muitos são os pais que referem má qualidade de sono ou dificuldades em dormir relativamente aos seus filhos (Crispim et al., 2011; Maia & Pinto, 2008). Segundo a Associação Portuguesa de Sono (2020), a higiene do sono consiste na adoção de um conjunto de comportamentos, rotinas e condições ambientais que contribuem para a melhoria da qualidade do sono. Também neste caso, tendo em conta a importância do tema e a lacuna verificada nos hábitos de sono das crianças e jovens da UCSP, em conjunto com a EESIP orientadora do estágio, foi elaborado um panfleto informativo acerca da temática “Estratégias Promotoras do Sono na Infância”, de modo a providenciar um documento de fácil leitura e compreensão com vista a simplificar o tema e esclarecer as dúvidas existentes durante a consulta de enfermagem de saúde infantil e juvenil (Apêndice III).

No próximo capítulo será elaborada uma RIL acerca da temática sono na infância, que surge como um problema comum aos diferentes contextos da prática clínica, com vista à melhor intervenção por parte do EESIP. A temática aborda os contributos do EESIP no “Sono na População Pediátrica”, temática que surge como uma preocupação decorrente da prática clínica, ao ser observado a inexistência de hábitos saudáveis de sono nas crianças e jovens de diferentes faixas etárias. A RIL consiste num dos pilares para a Prática Baseada na Evidência uma vez que permite a inclusão de uma grande quantidade de informação acerca do tema, nomeadamente através de estudos experimentais e não-experimentais (Sousa et al., 2018). A Prática Baseada na Evidência surgiu durante o século XX na sequência do trabalho desenvolvido por Archibald Cochrane e David Sackett (Faria et al., 2021). Esta abordagem envolve a definição de um problema, a pesquisa e análise crítica das evidências disponíveis, a implementação da melhor evidência na prática clínica e a avaliação dos resultados (Galvão et al., 2003). A prática de enfermagem baseada na evidência pressupõe a prestação de cuidados e tomada de decisão com base na melhor evidência científica, nomeadamente: resultados de pesquisas

e investigações, dados oriundos de programas de avaliação e de melhoria da qualidade, consensos de especialistas reconhecidos, não esquecendo a própria experiência clínica e as preferências dos utentes (Peixoto et al., 2017). A RIL pode definir-se como uma estratégia de pesquisa que reúne as investigações disponíveis sobre uma determinada temática e engloba as seguintes etapas: identificação do problema e formulação da questão de investigação, definição da estratégia de pesquisa e seleção de artigos científicos, análise crítica dos estudos encontrados e síntese integrativa (Trindade & Ramos, 2020).

2. CONTRIBUTOS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA: SONO NA POPULAÇÃO PEDIÁTRICA

A RIL relativa à temática “Sono na População Pediátrica” pretende compreender qual o contributo do EESIP na promoção do sono, surgindo como uma preocupação decorrente da prática clínica, ao ser observada a inexistência de hábitos saudáveis de sono nas crianças e jovens de diferentes faixas etárias. Este capítulo encontra-se dividido em cinco partes principais: pertinência da temática em estudo, metodologia, resultados, discussão e proposta de intervenção.

2.1. PERTINÊNCIA DA TEMÁTICA EM ESTUDO

O Sono na População Pediátrica

Em contexto de consulta, muitos são os pais que referem que os seus filhos apresentam má qualidade de sono ou dificuldades em dormir (Crispim et al., 2011; Maia & Pinto, 2008). De acordo com um estudo realizado por Maia e Pinto (2008), apenas 14% dos pais que participaram no estudo revelou ter recebido ensinamentos acerca dos hábitos de sono por parte dos profissionais de saúde, concluindo que estes problemas são uma queixa frequente nas consultas, mas que nem sempre é devidamente valorizada. De acordo com Silva et al. (2013), o número de horas de sono das crianças portuguesas é inferior ao número de horas recomendadas. Silva et al. (2018) refere um terço da sua amostra apresenta má qualidade de sono. Pinto et al. (2016), refere que a sua amostra de adolescentes dorme em média 7 horas e 41 minutos por noite (número de horas inferior ao recomendado para a sua faixa etária), o que revelou ter consequências nas suas tarefas do dia-a-dia. Dada a relevância do tema, o sono é realçado pelo PNSIJ como um dos cuidados antecipatórios a abordar nas consultas de enfermagem desde o lactente ao adolescente, sendo importante abordar temáticas como o número de horas de sono recomendadas para cada faixa etária, o ritmo circadiano, a rotina habitual antes de dormir, sinais de alerta, pesadelos, entre outros (DGS, 2015).

O sono pode ser definido como um estado fisiológico reversível caracterizado pela diminuição da atividade motora, da resposta e do metabolismo e é um fenómeno observado em todos os animais, sendo que os seres humanos passam aproximadamente um terço da sua vida a dormir (Siegel, 2009). De acordo com o mesmo autor, a razão pela qual o sono é tão importante para a nossa saúde e bem-estar ainda não é totalmente

conhecida, no entanto, sabe-se alguns dos seus benefícios: efeito restaurador, conservação de energia e consolidação da memória. Segundo Rana et al. (2019), o sono é um processo biológico natural que desempenha um papel essencial na recuperação de energia e manutenção do equilíbrio bio-psico-social e constitui um processo fisiológico ativo e dinâmico com um impacto crítico em diversos aspetos da saúde, função mental e desenvolvimento. O sono tem sido associado a processos de plasticidade cerebral, nomeadamente na maturação do sistema nervoso e na consolidação de memórias e aprendizagens, razão pela qual o sono é fundamental para o neurodesenvolvimento (Silva, 2014).

Ao longo do ciclo do sono são identificadas duas fases que alternam entre si em ciclos com duração de 45 a 60 minutos nos lactentes e de 90 a 100 minutos na idade escolar e adolescência: o sono *Rapid Eye Movements* (REM) e o sono não REM (Silva, 2014). De acordo com o mesmo autor, o sono REM é caracterizado por movimentos rápidos dos olhos, atividade elétrica cortical dessincronizada, hipotonia muscular e sonhos, o sono não REM é responsável por 75-80% do tempo total de sono, no qual a atividade elétrica se torna progressivamente mais sincronizada com ondas mais lentas e de maior amplitude. O estudo do sono, em particular os registos de eletroencefalografia permitem identificar os ciclos de sono-vigília nos bebés ainda antes de nascerem, apresentando às 32 semanas de gestação atividade cerebral sugestiva de períodos de vigília, sono REM e não REM (Berry, 2012). Os recém-nascidos e lactentes apresentam três estádios de sono: sono ativo, sono tranquilo e sono indeterminado e, devido à imaturidade do seu sistema nervoso, estes têm necessidade de dormir muito, mas apenas duas ou três horas de cada vez, quer seja de dia ou de noite (Rana et al., 2019). A partir dos quatro a seis meses de idade, segundo o mesmo autor, os bebés começam a adotar um padrão de sono-vigília consoante o dia e a noite e, a partir de um ano de idade a maioria dos bebés dorme oito a nove horas seguidas durante a noite. O padrão de sono do adulto estabelece-se no final da adolescência e resulta de várias alterações graduais como a diminuição do tempo total de sono diário, a diminuição progressiva das sestas até desaparecerem, a diminuição do número de despertares noturnos e o aumento da duração dos ciclos do sono (Mindell & Owens, 2015).

Relativamente às recomendações acerca do número de horas de sono para cada faixa etária, de acordo a Associação Portuguesa do Sono (APS) e a SPP (2020), as mesmas encontram-se representadas na tabela seguinte (Tabela 1):

Tabela 1. Número de horas de sono recomendadas (Adaptado de: APS & SPP, 2020).

Idade	Número de horas de sono recomendadas
0 aos 3 meses	14 a 17 horas
4 aos 11 meses	12 a 15 horas
1 aos 2 anos	11 a 14 horas
3 aos 5 anos	10 a 13 horas
6 aos 13 anos	9 a 11 horas
14 aos 18 anos	8 a 10 horas

Fatores que influenciam o sono na população pediátrica

O ritmo dos períodos de sono e vigília varia de pessoa para pessoa e é influenciado por diversos fatores externos e internos (APS & SPP, 2020). O ritmo circadiano, nomeadamente o ciclo sono-vigília, é regulado por um “relógio biológico” denominado núcleo supraquiasmático que se localiza no hipotálamo e recebe informação diretamente através dos nossos olhos (Fernandes, 2006). Deste modo, a luz solar é um importante fator externo pois, à medida que vai diminuindo, estimula a produção de melatonina, hormona reguladora do sono, e a temperatura do nosso corpo diminui, o que nos torna menos alerta e mais propensos a dormir (Tähhkämö et al., 2019). Os mesmos autores referem que a retina do olho deteta a luz do sol e envia uma mensagem ao cérebro, o que desencadeia alterações químicas e hormonais no organismo, como a produção de cortisol e, por outro lado, a melatonina deixa de ser produzida, uma vez que esta é sensível à luz, nomeadamente à luz azul emitida pelos dispositivos eletrónicos. Acrescentando que idealmente este “relógio biológico” e, consequentemente, o ciclo sono-vigília deve estar sincronizado com o período de luz solar, no entanto, ao longo dos últimos anos, tem sido observada uma tendência para as pessoas se deitarem cada vez mais tarde, o que pode ser prejudicial pela diminuição do total de horas de sono por noite. Alertando ainda que a utilização de dispositivos eletrónicos como telemóveis, computadores ou *tablets* tem sido associada a uma diminuição da produção de melatonina, o que retarda o início do sono e que no caso das crianças e adolescentes esta questão é particularmente preocupante, uma

vez que o uso excessivo destes dispositivos, para além das consequências diretas, leva também ao sedentarismo e diminui a exposição solar, fundamental aos ritmos circadianos.

O sono infantil é um fenómeno influenciado por diversos fatores que, de um modo geral, podem estar relacionados com a criança, com o ambiente ou com a interação com o ambiente (Silva, 2014) como é representado na tabela seguinte (Tabela 2).

Tabela 2. Fatores que influenciam o sono infantil (Adaptado de: Silva, 2014).

Fatores relacionados com a criança	Fatores relacionados com os pais/família
- Perfil neurobiopsicológico - Personalidade e comportamento - Idade e desenvolvimento - Perturbações do desenvolvimento, desequilíbrios emocionais - Doenças agudas ou crónicas	- Habilitações e estilo de vida - Conhecimentos e crenças sobre o sono infantil - Saúde mental dos pais/cuidadores - Estilo educativo - Estilo de vida - Agregado familiar e tipo de família - Níveis de <i>stress</i>
Fatores relacionados com a interação com o ambiente	Fatores relacionados com o ambiente
- Experiências anteriores diurnas e na hora de dormir - Crenças relativas à segurança e medos - Hábitos e rotinas - Prática de exercício físico - Medicação ou outras substâncias	- Local para dormir: temperatura, luminosidade, conforto, presença de estímulos

Apesar de serem definidos alguns dos fatores que podem influenciar o sono infantil, é importante ter em conta que todas as crianças são diferentes, sendo importante perceber quais as necessidades e estratégias que melhor se adaptam a cada uma (Pacheco, 2022).

Touchette et al. (2013) demonstraram que os fatores genéticos apresentam influência na duração do sono noturno e, por outro lado, os fatores ambientais apresentam maior influência no sono diurno. Os hábitos de sono da criança são definidos por um conjunto de fatores que podem ser mais ou menos previsíveis e consistentes (rotinas, regras, horários de sono, interações com os cuidadores e tipo de ambiente proporcionado na hora de dormir) (Silva, 2014). De acordo com Pacheco (2022), a higiene do sono consiste na implementação consistente e repetitiva de um conjunto de atividades

realizadas antes de dormir que proporcionam à criança uma sensação de segurança, diminuindo o tempo necessário para a mesma adormecer. Segundo o mesmo autor, esta rotina deve demorar cerca de 30 minutos e pode incluir atividades como lavar os dentes, urinar, ler um livro ou ouvir uma história e deve terminar com o cuidador a despedir-se com um beijo de boa noite, apagar as luzes e sair do quarto, deixando a criança sonolenta mas acordada para que ganhe o hábito de adormecer sozinha. O autor refere ainda que ambiente físico proporcionado na hora de dormir deve ser limpo, incluir uma temperatura amena, uma cama apropriada à idade da criança e, de preferência, estar escuro ou com pouca luminosidade e sem ruído.

Por outro lado, a adolescência é marcada por mudanças biológicas, psicológicas e sociais e, durante a puberdade, ocorre uma alteração na libertação da melatonina que resulta numa mudança do ritmo circadiano, surgindo uma tendência para os adolescentes se deitarem mais tarde e acordarem também mais tarde, não coincidindo com os horários escolares, o que resulta na diminuição do total de horas de sono e, consequentemente, na sonolência diurna (Oliveira, 2019). De acordo com o mesmo autor, também a vida familiar e social, as atividades escolares e extracurriculares e o uso constante de dispositivos eletrónicos são fatores que influenciam o sono dos adolescentes. O uso excessivo de dispositivos eletrónicos tem sido associado ao sedentarismo, à dificuldade em adormecer e à privação do sono (Tremblay et al., 2017). Gamble et al. (2014) revelaram pela sua amostra que 70,1% tinham dispositivos eletrónicos como televisão, telemóvel ou computador, no quarto, 80,2% mantinham os telemóveis no quarto durante a noite e 46,8% usavam o telemóvel quando deveriam estar a dormir. De acordo com os mesmos autores, o uso destes dispositivos esteve associado à dificuldade em iniciar o sono, diminuição do total de horas de sono e da qualidade do sono.

Perturbações do sono na infância

Os problemas de sono podem estar associados a um número de horas de sono insuficiente ou a uma má qualidade do sono e, em pediatria, estes estão frequentemente relacionados com hábitos, comportamentos e padrões de sono indesejáveis (Silva et al., 2013). Os distúrbios de sono, ainda que por vezes sejam transitórios, são uma das principais perturbações do comportamento das crianças e jovens, especialmente das mais jovens e interferem direta e indiretamente na dinâmica familiar (Monteiro, 2006). As crianças com distúrbios do sono podem apresentar sintomas diferentes dos adultos e, na

faixa etária pediátrica as manifestações clínicas dos problemas do sono podem variar de acordo com a idade e o nível de desenvolvimento; uma criança com padrão de sono insuficiente pode não parecer sonolenta, mas, por outro lado, pode apresentar hiperatividade, dificuldades na atenção e memória e comportamento agressivo (Carter et al., 2014).

Estima-se que os distúrbios de sono afetem 20% a 30% da população com idade pediátrica e que 40% a 80% das crianças com algum tipo de distúrbio de sono entre os 15 e os 48 meses de idade, apresente igualmente algum distúrbio de sono aos 2/3 anos de idade (Bruni & Novelli, 2010).

De um modo geral, os distúrbios de sono podem dividir-se em primários ou secundários, sendo que nos primários incluem-se as dissónias, em que há perturbação da duração ou da organização temporal do sono (resistência ou recusa a dormir, despertares noturnos) e as parassónias, em que existem comportamentos anormais durante o sono (terrores noturnos, sonambulismo); os secundários estão associados a situações de doença que interferem com o sono da criança (Monteiro, 2006). A *American Academy of Sleep Medicine* (2005) desenvolveu um sistema de Classificação Internacional de Distúrbios do Sono:

1. Insónias
2. Perturbações respiratórias relacionadas com o sono
3. Hipersónias de origem central
4. Perturbações do ritmo circadiano de sono-vigília
5. Parassónias
6. Perturbações do movimento relacionadas com o sono
7. Sintomas isolados, variantes do normal e questões por resolver
8. Outras perturbações do sono

Segundo Battaglia (2015), os distúrbios de sono começam a aparecer aos 9 e novamente aos 18 meses de idade devido ao desenvolvimento da ansiedade de separação, ao aparecimento dos pesadelos e à autonomia crescente da criança. De acordo com o mesmo autor, a ansiedade de separação trata-se de uma etapa normal do desenvolvimento e tem tendência a surgir por volta dos 8 meses, atingindo o seu pico entre os 10 e os 18 meses e desaparecendo por volta dos 24 meses de idade. Referindo ainda que esta surge quando o lactente é separado dos seus pais ou cuidadores habituais, pois este não

compreende que os pais ou cuidadores vão voltar e começa a compreender que é uma pessoa separada do seu cuidador principal, esta desaparece à medida que o lactente desenvolve a memória. Muitas vezes associada à ansiedade de separação ocorre a resistência ou recusa por parte da criança a dormir, o que se trata de uma insónia comportamental que pode estar associada à falta de limites e rotinas (Ophoff et al., 2018).

Por outro lado, existem os pesadelos, que ocorrem durante o sono REM e são sonhos que provocam medo e o despertar da criança, sendo que a mesma consegue lembrar-se do conteúdo do sonho e revivê-lo (Carter et al., 2014). De acordo com o mesmo autor, os pesadelos podem ocorrer maioritariamente durante períodos de *stress* ou após a criança ter estado exposta a filmes/vídeos com algum teor assustador no entanto, estes não devem ser considerados sinal de alarme a menos que ocorram com muita frequência. Por outro lado, entre os 3 e os 8 anos é comum ocorrerem episódios de terrores noturnos que podem ser definidos como episódios incompletos de sonambulismo nos quais a criança parece estar assustada, pode gritar, a sua frequência cardíaca e respiratória aumenta e volta a adormecer de seguida. O autor alerta ainda que, durante estes episódios a criança pode falar mas não responde às questões que lhe são colocadas nem ao conforto oferecido, podendo até reagir com alguma agressividade, mas referindo que o sonambulismo é comum nas crianças e caracteriza-se como um distúrbio de comportamento em que, apesar de a criança continuar a dormir, consegue desempenhar algumas atividade motoras como sair da cama e caminhar.

As consequências da privação de sono na criança expressam-se através dos seus comportamentos, aprendizagens e desenvolvimento (Trindade, 2019). De acordo com a SPP (2017), a privação do sono na criança pode apresentar consequências a curto e a longo prazo, como representado na tabela seguinte (Tabela 3).

Tabela 3. Consequências a curto e a longo prazo da privação do sono na infância (Adaptado de: SPP, 2017).

CONSEQUÊNCIAS A CURTO PRAZO	CONSEQUÊNCIAS A LONGO PRAZO
- Irritabilidade/birras	- Mau aproveitamento escolar
- Alterações de humor	- Hiperatividade e défice de atenção
- Maior reatividade emocional	- Ansiedade
- Falta de atenção	- Depressão
- Incapacidade de concluir tarefas	- Alterações na função endócrina

- Diminuição do raciocínio abstrato	- Alterações na função imunológica
- Perturbações da memória	- Obesidade
- Sonolência diurna	- Hipertensão arterial
- Agressividade	- Aumento do risco de depressão materna
- Impulsividade/hiperatividade	- Aumento do risco de disfunção familiar
- Diminuição da destreza motora	
- Aumento do risco de quedas e lesões acidentais	

A privação de sono na criança e jovem parece estar associada ao aumento de comportamentos de risco como a ingestão de bebidas e alimentos açucarados, *fast-food* e consumo de álcool e tabaco, aumentando o risco de obesidade, hipertensão arterial e Diabetes *Mellitus* tipo II (Spiegel et al., 2005; Snell et al., 2007; Cao et al., 2015; Oliveira, 2019; Torres et al., 2021).

Os distúrbios de sono interferem com as capacidades cognitivas, prejudicando o desempenho escolar das crianças e jovens e podem levar a problemas comportamentais como irritabilidade, agressividade, dificuldade de atenção e hiperatividade, assim como alterações motoras, aumentando o risco de lesões acidentais como quedas (Torres et al., 2021). Na adolescência, os distúrbios de sono podem estar associados a um declínio na saúde mental, com sintomas depressivos e ideação suicida (Oliveira, 2019).

2.2. METODOLOGIA

A RIL engloba várias etapas na sua realização: identificação de um problema, elaboração da questão de investigação, elaboração de um protocolo de pesquisa com definição de critérios de inclusão e exclusão, pesquisa, análise e avaliação crítica dos dados encontrados, apresentação e discussão dos resultados (Sousa et al., 2017). A identificação do problema foi realizada e justificada anteriormente, ao longo do primeiro capítulo do trabalho e a sua pertinência explorada ao longo do capítulo anterior, sendo a temática “Sono na População Pediátrica”.

O passo seguinte prende-se com a formulação da questão de investigação, de acordo com a estratégia PICO seguidamente representada (Tabela 4).

Tabela 4. Estratégia PICO

P	Participantes	População pediátrica (0-18 anos)
I	Intervenções	Estratégias promotoras do sono
C	Comparação	Não aplicável
O	<i>Outcomes</i> (Resultados)	Melhorar a qualidade do sono na população pediátrica

A estratégia PICO (Participantes, Intervenções – podem ser diagnósticas, preventivas ou prognósticas, Comparação e *Outcomes*/Resultados – resultado esperado) é fundamental para a resolução da questão de pesquisa, uma vez que maximiza a recuperação de evidência, foca o objetivo da pesquisa e evita a realização de pesquisas desnecessárias (Santos et al., 2007; Donato & Donato, 2019). A utilização da estratégia PICO revelou-se fundamental para a construção da questão de investigação: “Qual o papel do EESIP na promoção do sono na população pediátrica?”.

O passo seguinte na realização desta RIL prende-se com a elaboração de um protocolo de pesquisa com definição de critérios de inclusão e exclusão. Os critérios de inclusão e exclusão pretendem direcionar a pesquisa de modo a responder à questão de investigação (Donato & Donato, 2019) e foram definidos em conjunto com as professoras orientadoras.

Deste modo, os critérios de inclusão definidos foram: intervenções ou pesquisas que foquem a população pediátrica (dos 0 aos 18 anos), artigos que respondam à questão de investigação, artigos relacionados com a promoção do sono no domicílio e artigos em português, inglês e espanhol. Os critérios de exclusão foram: artigos que abordem população com idade superior a 18 anos, artigos que abordem o sono em situações específicas de doença, artigos que abordem o sono em contexto hospitalar, artigos em idiomas que não os dos critérios de inclusão, revisões da literatura ou artigos de opinião. No entanto, os artigos de revisões de literatura ou artigos de opinião que abordam o tema e acrescentam ou reforçam ideias serão integrados na discussão, mas não nos resultados e tabela de análise de artigos.

Em conjunto com as professoras orientadoras e através da consulta do vocabulário MeSH (*Medical Subject Heading*) disponível na *Nacional Library Medicine*, foram definidas palavras chave a utilizar na pesquisa que, em linguagem natural foram as seguintes: *sleep hygiene* (higiene do sono), *sleep quality* (qualidade do sono), *sleep*

(sono), *strategies* (estratégias), *intervention* (intervenção), *promotion* (promoção), *education* (educação), *program* (programa) e *pediatric nursing* (enfermagem pediátrica) e respectivas troncaduras combinadas com os relacionais “and” e “or”. De acordo com Donato e Donato (2019), a utilização de vocabulários controlados fornece uniformidade, consistência e precisão ao trabalho.

Utilizando as palavras chave supracitadas, foi utilizada a seguinte expressão de pesquisa: Sleep hygiene OR sleep quality OR sleep AND strateg* OR intervention* or promotion* OR education OR program AND pediatric nurs*

A pesquisa foi realizada no dia 15 de julho de 2022 às 17 horas com recurso ao motor de busca EBSCO nas seguintes bases de dados: *Cinahl Complete*; *MEDLINE Complete*; *Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive*; *Cochrane Central Register of Controlled Trials*; *Cochrane Database of Systematic Reviews*; *Cochrane Methodology Register*; *Library, Informations Science & Technology Abstracts*; *MedicLatina* e *Cochrane Clinical Answers*.

Após a realização da pesquisa, é necessário realizar uma análise e avaliação crítica dos dados encontrados, processo em que, habitualmente, estão envolvidas pelo menos duas pessoas para minimizar o viés e garantir que não são excluídos trabalhos importantes (Donato & Donato, 2019). A análise e seleção de artigos foi realizada por partes e validada pelas duas professoras orientadoras. Houve necessidade de solicitar o acesso a textos integrais a autores e bibliotecários, sendo que no final foi obtido o acesso a todos os artigos. No capítulo seguinte será explanado com maior pormenor o processo de seleção de artigos e apresentados os resultados obtidos.

2.3. RESULTADOS

De acordo com Donato e Donato (2019), a pesquisa irá gerar um grande número de resultados, dos quais apenas uma pequena proporção deve ser incluída. De forma a representar de forma esquemática o processo de seleção dos artigos foi utilizado o fluxograma PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*), que se encontra representado na figura seguinte (Figura 1).

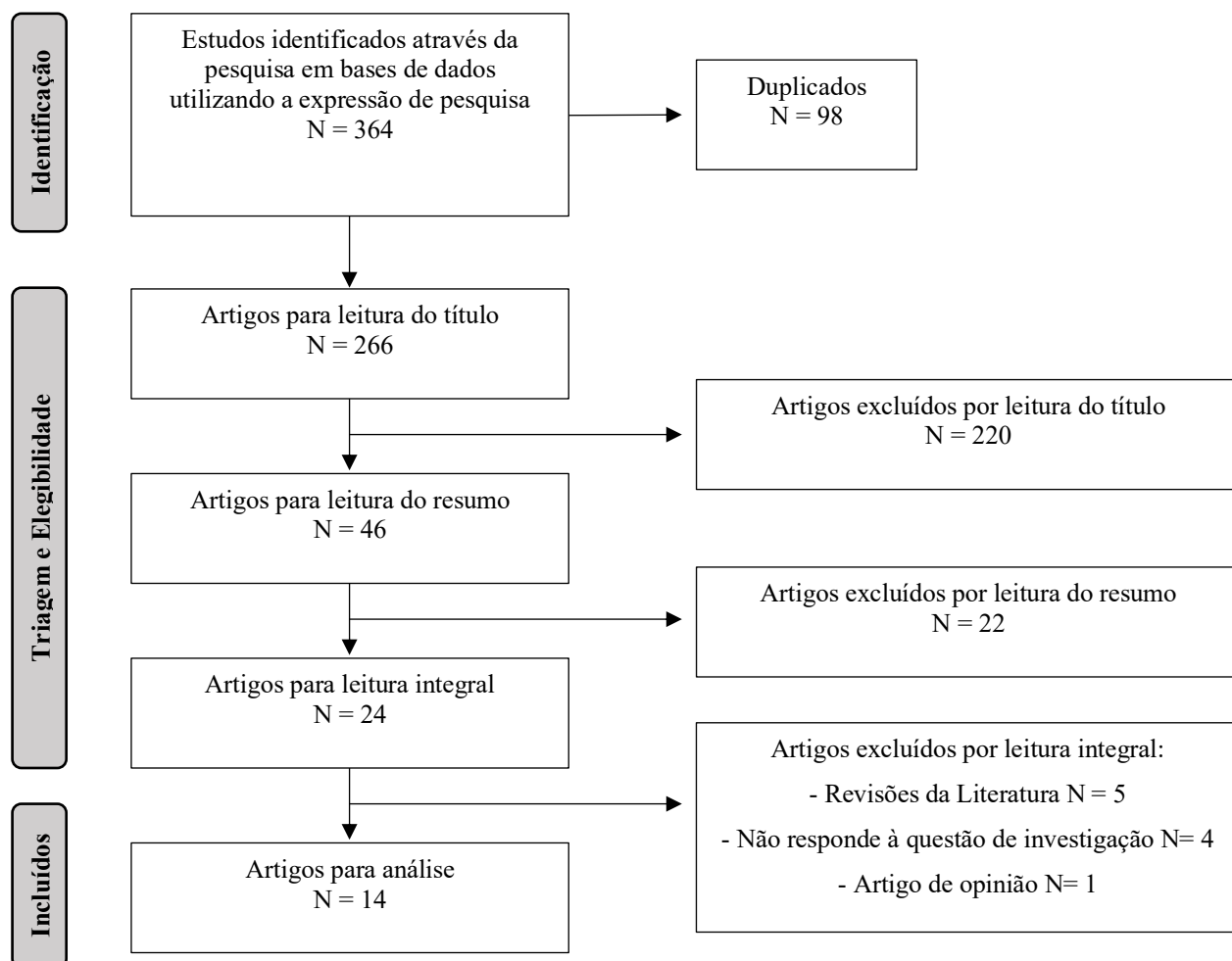


Figura 1. Fluxograma PRISMA (Adaptado de: Abreu et al., 2020).

A pesquisa realizada obteve um total de 364 artigos, distribuídos pelas bases de dados do seguinte modo: *MEDLINE Complete* (167 artigos); *Cinahl Complete* (104 artigos); *Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive* (77 artigos); *Cochrane Central Register of Controlled Trials* (15 artigos) e *MedicLatina* (1 artigo). Dos 364 artigos, 98 encontravam-se duplicados pelo que foram imediatamente eliminados, ficando 266 artigos para leitura do título. Depois da pesquisa, é necessário que sejam removidos os duplicados, procedendo à avaliação dos títulos e resumos dos restantes (Donato & Donato, 2019). Destes artigos, foram eliminados 220 por leitura do título por não cumprirem os critérios de inclusão e de exclusão, ficando 46 artigos para leitura do resumo. Após leitura do resumo foram excluídos 22 artigos, ficando 24 artigos para leitura do texto integral. Após leitura e análise integral dos 24 artigos foram excluídos 10 (5

artigos por serem revisões da literatura, 4 artigos por não responderem à questão de investigação e 1 artigo por ser artigo de opinião), sendo incluídos 14 artigos para análise.

Os 14 artigos incluídos são apresentados na tabela seguinte (Tabela 5), identificando o título, autores, data e metodologia utilizada. As tabelas de extração dos artigos encontram-se em apêndice (Apêndice IV).

Tabela 5. Identificação dos artigos incluídos.

Título	Autores	Data	Metodologia
“Effects of parental education on screen time, sleep disturbances and psychological adaptation among Asian preschoolers: a randomized controlled study.”	Lin, Y., Kuo, S., Chang, Y., Lin, P., Lin, Y., Lee, P., Lin, P. & Chen, S.	2021	Estudo Randomizado
“Child and Adolescent Sleep Patterns and Early School Start Times: Recognizing the Role of the Pediatric Nurse.”	Fogg, N. & Johnson, A.	2015	Consenso
“Nurses’ management of adolescent sleep disturbance: a qualitative study”	Vallido, T., Jackson, D. & O’Brien, L.	2009	Estudo Randomizado
“The specialist nurse in the field of childhood sleep disorders.”	Caulfield, A.	2011	Estudo de Caso
“Evaluating a family-centred intervention for infant sleep problems.”	Thome, M. & Skuladottir, A.	2004	Estudo Experimental
“Effects on parents of an intervention to resolve infant behavioral sleep problems.”	Hall, W., Causon, M., Carty, E., Jenssen, P. & Saunders, R.	2006	Estudo Experimental
“Sleep problems in pediatric practice: clinical issues for the pediatric nurse practitioner.”	Mindell, J. & Owens, J.	2003	Estudo Observacional

“Sleep Quality and related factors in Turkish high school adolescents.”	Tekcan, P., Çaliskan, Z. & Kocaöz, S.	2020	Estudo Randomizado
“Clinician and early childhood educator knowledge and advice given to parents regarding physical activity, screen time and sleep: an observational study.”	Hewitt, L., Frohmuller, C., Wall, J. & Okely, A.	2022	Estudo Observacional
“Caring for children with sleep problems.”	Ward, T., Rankin, S. & Lee, K.	2007	Estudo de Caso
“Sleep in infants and young children: Part One: Normal sleep.”	Davis, K., Parker, K. & Montgomery, G.	2004	Estudo de Caso
“Adolescent sleep and the impact of technology use before sleep on daytime function.”	Johansson, A., Petrisko, M. & Chasens, E.	2016	Estudo Randomizado
“The longitudinal association of young children’s everyday routines to sleep duration.”	Koulouglioti, C., Cole, R., Moskow, M., McQuilian, B., Ann-Carno, M. & Grape, A.	2014	Estudo Prospetivo
“Does assessing sleep inadequacy across its continuum inform associations with child and family health?”	Smaldone, A., Honig, J. & Byrne, M.	2009	Estudo Randomizado

Através da análise da tabela, é possível estabelecer algumas considerações em relação aos artigos incluídos, nomeadamente em termos de anos de publicação e metodologias utilizadas. Relativamente ao ano de publicação, podemos observar que o artigo mais antigo foi publicado em 2003 e o artigo mais recente publicado em 2022. Foram incluídos 3 artigos publicados nos últimos 5 anos e os restantes foram publicados entre 2003 e 2016 (11 artigos). Pela análise destes números, é possível concluir que o sono na infância é ainda uma temática pouco estudada, ideia corroborada por outros autores (Maia & Pinto, 2008; Silva et. al, 2013). Também as revisões de literatura

encontradas e excluídas pelos critérios de exclusão confirmam a afirmação, sendo que, todas foram publicadas entre 2004 e 2015.

Em relação à metodologia dos artigos, foram incluídos 5 estudos randomizados (35,7% do total de artigos). Os estudos randomizados representam uma das mais poderosas ferramentas na obtenção de evidências em saúde, na medida em que pretendem testar a eficácia de uma determinada abordagem terapêutica numa população selecionada aleatoriamente (Souza, 2009). Foram incluídos 3 estudos de caso (21,5% do total de artigos), sendo que estes representam uma situação clínica de um doente que pode ser real ou fictício, com vista à aplicação de conhecimentos no diagnóstico e planeamento/implementação de intervenções (Santos, 2020). Foram ainda incluídos 2 estudos experimentais (14,3% do total de artigos). Estes têm como finalidade testar uma hipótese (Souza et al., 2012). Incluídos foram ainda 2 estudos observacionais (14,3% do total de artigos), nos estudos observacionais não existe manipulação por parte do investigador, sendo que este se limita a observar os dados e a descrevê-los (Thiese, 2014). Nos artigos incluídos existe 1 estudo prospetivo (7,1% do total de artigos), nestes estudos a população-alvo é seguida ao longo de um período de tempo para testar uma hipótese previamente definida (Thiese, 2014). Por último, foi incluído 1 consenso nacional (7,1% do total de artigos), sendo que, se entende por consenso, a uniformidade de opiniões por parte dos membros de uma organização ou grupo de pessoas em relação a determinado assunto ou temática, com base na literatura mais atual e nas experiências pessoais dos participantes (Moraes-Filho, 2010).

Após a análise integral de todos os artigos incluídos para análise, foi possível categorizar os resultados encontrados, conforme representado na tabela seguinte (Tabela 6).

Tabela 6. Divisão dos artigos por categorias.

Categoria	Artigos
Distúrbios/Problemas de sono	- “Evaluating a family-centred intervention for infant sleep problems.” - “Effects on parents of an intervention to resolve infant behavioral sleep problems.” - “Sleep problems in pediatric practice: clinical issues for the pediatric nurse practitioner.”

	- “Sleep Quality and related factors in Turkish high school adolescents.” - “Caring for children with sleep problems.” - “Adolescent sleep and the impact of technology use before sleep on daytime function.”
Impacto na criança/jovem e família	- “Effects of parental education on screen time, sleep disturbances and psychological adaptation among Asian preschoolers: a randomized controlled study.” - “Evaluating a family-centred intervention for infant sleep problems.” - “Effects on parents of an intervention to resolve infant behavioral sleep problems.” - “Sleep problems in pediatric practice: clinical issues for the pediatric nurse practitioner.” - “Caring for children with sleep problems.” - “Adolescent sleep and the impact of technology use before sleep on daytime function.” - “Does assessing sleep inadequacy across its continuum inform associations with child and family health?”
Papel do EESIP	“Effects of parental education on screen time, sleep disturbances and psychological adaptation among Asian preschoolers: a randomized controlled study.” “Child and Adolescent Sleep Patterns and Early School Start Times: Recognizing the Role of the Pediatric Nurse.” “Nurses’ management of adolescent sleep disturbance: a qualitative study” “The specialist nurse in the field of childhood sleep disorders.” “Evaluating a family-centred intervention for infant sleep problems.” “Effects on parents of an intervention to resolve infant behavioral sleep problems.” “Sleep problems in pediatric practice: clinical issues for the pediatric nurse practitioner.” “Sleep Quality and related factors in Turkish high school adolescents.” “Clinician and early childhood educator knowledge and advice given to parents regarding physical activity, screen time and sleep: an observational study.” “Caring for children with sleep problems.” “Sleep in infants and young children: Part One: Normal sleep.”

		“Adolescent sleep and the impact of technology use before sleep on daytime function.” “The longitudinal association of young children’s everyday routines to sleep duration.” “Does assessing sleep inadequacy across its continuum inform associations with child and family health?”
Intervenções	direcionadas aos pais/família/educadores	- “Effects of parental education on screen time, sleep disturbances and psychological adaptation among Asian preschoolers: a randomized controlled study.” - “Child and Adolescent Sleep Patterns and Early School Start Times: Recognizing the Role of the Pediatric Nurse.” - “Nurses’ management of adolescent sleep disturbance: a qualitative study” - “Evaluating a family-centred intervention for infant sleep problems.” - “Effects on parents of an intervention to resolve infant behavioral sleep problems.” - “Sleep Quality and related factors in Turkish high school adolescents.” - “Clinician and early childhood educator knowledge and advice given to parents regarding physical activity, screen time and sleep: an observational study.” - “Caring for children with sleep problems.” - “Sleep in infants and young children: Part One: Normal sleep.” - “The longitudinal association of young children’s everyday routines to sleep duration.”
Intervenções	direcionadas à criança/jovem	- “Child and Adolescent Sleep Patterns and Early School Start Times: Recognizing the Role of the Pediatric Nurse.” - “Nurses’ management of adolescent sleep disturbance: a qualitative study” “Sleep Quality and related factors in Turkish high school adolescents.” “Adolescent sleep and the impact of technology use before sleep on daytime function.”

Após leitura e análise dos artigos, os resultados obtidos foram agrupados em cinco categorias: Distúrbios/problemas de sono; Impacto da privação de sono na criança/jovem e família; Papel do EESIP; Intervenções direcionadas aos pais/família/comunidade e Intervenções direcionadas à criança/jovem. Segue-se a discussão dos resultados encontrados, consoante as categorias definidas.

2.4. DISCUSSÃO

O objetivo principal desta RIL é responder à questão de investigação “Qual o papel do EESIP na promoção do sono na população pediátrica?”. Após a análise dos artigos e categorização dos resultados em cinco dimensões, estes serão agora apresentados consoante as categorias definidas, de modo a responder à questão de investigação.

Distúrbios/problemas de sono

Thome e Skuladottir (2004), Hall et al. (2006), Mindell e Owens (2003), Tekcan et al. (2020), Ward et al. (2007), Johansson et al. (2016), Smaldone et al. (2009) referem a existência de distúrbios ou problemas de sono na infância. Thome e Skuladottir (2004), Hall et al. (2006), Mindell e Owens (2003), Ward et al. (2007) mencionam distúrbios de sono no lactente, sendo que estes problemas são maioritariamente de origem comportamental. Os problemas comportamentais de sono ocorrem quando, para o bebé adormecer, é necessário que estejam presentes determinadas condições externas como a mãe, um boneco ou o ato de embalar (Ward et al., 2007). Mindell e Owens (2005) mostraram que os distúrbios de sono mais frequentes na prática clínica são os problemas comportamentais de sono, de acordo com 65,2% dos EESIP na sua amostra. Também Davis et al. (2004) e Hiscock e Davey (2018) concluíram que aproximadamente 25% das crianças com idade inferior a 5 anos apresentam algum tipo de problema de sono, sendo mais comuns os problemas comportamentais de sono.

Por outro lado, Johansson et al., (2016), Tekcan et al. (2020) e Smaldone et al. (2009) realçam a existência de distúrbios/problemas de sono na adolescência. Tekcan et al. (2020) concluiu que 1 em cada 2 adolescentes apresenta má qualidade de sono e estabeleceu algumas considerações em relação aos fatores de risco que interferem com a qualidade do sono na adolescência, nomeadamente a idade, o sexo, o desempenho académico, a exposição a violência verbal e física e a prática de exercício físico, sendo que, os adolescentes de 17 e 18 anos revelaram ser 6 vezes mais propensos a ter má qualidade de sono do que aqueles com 14 anos; adolescentes do sexo feminino eram 2 vezes mais propensas a ter má qualidade do sono do que os do sexo masculino; alunos com pior aproveitamento escolar eram 4 vezes mais propensos a ter má qualidade do sono do que aqueles com sucesso escolar; também os adolescentes expostos a violência verbal e física, revelaram ser 3 vezes mais propensos a ter má qualidade de sono e os

adolescentes que não praticavam desporto tinham 1,5 vezes maior probabilidade de ter má qualidade de sono do que os que praticavam desporto. Smaldone et al. (2009) já tinha chegado a conclusões semelhantes, sendo que os jovens pertencentes a famílias disfuncionais ou expostos a algum tipo de violência, tinham maior probabilidade de apresentar um sono inadequado. Também Vallido et al. (2009), Hounnaklang et al. (2016), Gomes et al. (2017), Chahine et al. (2018), Xu et al., (2012) e Magnavita e Garbarino (2017) nos seus trabalhos corroboram estes resultados, quer em relação à qualidade do sono dos adolescentes, quer em relação aos fatores influenciadores.

Johansson et al. (2016) concluiu que os adolescentes com o hábito de usar dispositivos eletrónicos como telemóvel, computador ou *tablet* antes de dormir, apresentavam pior qualidade de sono. Burke (2016) e Tähkämö et al. (2019) chegaram também à conclusão que a luz emitida pelos dispositivos eletrónicos, provoca alterações na produção de melatonina e na regulação dos ciclos circadianos.

Impacto da privação de sono na criança/jovem e família

Tendo em conta a prevalência dos distúrbios ou problemas de sono na infância, torna-se fundamental compreender qual o impacto da privação de sono na criança/jovem e família. Relativamente ao impacto na criança ou jovem, Lin et al. (2020) e Johansson et al. (2016) referem que a privação de sono pode causar alterações de comportamento, dificuldade em manter a atenção, sonolência diurna e dificuldade em cumprir tarefas. Mindell e Owens (2005) ao entrevistar EESIP, 88,1% destes percecionavam o impacto negativo da privação de sono no desempenho académico.

Torres et al. (2021), corroboram estes resultados, afirmando que os distúrbios de sono interferem com as capacidades cognitivas, prejudicando o desempenho escolar das crianças e jovens e podem levar a problemas comportamentais como irritabilidade, agressividade, dificuldade de atenção e hiperatividade.

Smaldone (2009) demonstrou que as crianças e jovens com sono insuficiente ou má qualidade de sono, apresentavam maior prevalência de cefaleias e sintomas depressivos. Também Oliveira (2019), concluiu que os distúrbios de sono podem estar associados a um declínio na saúde mental, com sintomas depressivos e ideação suicida. Torres et al. (2021) e Spiegel et al. (2005) destacam que privação de sono na criança e jovem parece estar associada ao aumento de comportamentos de risco como a ingestão

de bebidas e alimentos açucarados, *fast-food* e consumo de álcool e tabaco, aumentando o risco de obesidade, hipertensão arterial e Diabetes *Mellitus* tipo II

Por outro lado, Thome e Skuladottir (2004), Hall et al. (2006) e Ward et al. (2007) sugerem que a privação de sono na criança/jovem tem também impacto na sua família, já que os pais de lactentes com algum tipo de problema de sono apresentam elevados níveis de angústia, fadiga, *stress*, ansiedade e sintomas depressivos. Também Mindell e Owens (2005) através de entrevistas a EESIP, 82,7% concluíram que a privação do sono apresenta impacto no *stress* parental. Quando um bebê ou criança não dorme, consequentemente, os seus pais vão ter também dificuldade em dormir o que pode causar frustração, irritabilidade e dificuldades em concluir tarefas no dia-a-dia (Ward et al., 2007). De acordo com o mesmo autor, os distúrbios de sono podem causar tensão entre o casal, especialmente se um dos pais se sentir mais sobrecarregado, aumentando a probabilidade de conflitos na dinâmica familiar. Também DiLeo et al. (2002), numa revisão da literatura concluíram que os distúrbios de sono na infância apresentam um impacto negativo na saúde e bem-estar dos pais e família, aumentando o *stress* e ansiedade e diminuindo também a qualidade do sono destes. Jimmerson (1991), Hiscock e Wake (2002) e Lam et al. (2003), nos seus trabalhos já tinham estabelecido esta associação, chegando às mesmas conclusões.

Papel do EESIP

Tendo em conta a prevalência dos distúrbios ou problemas de sono na infância e o seu impacto na saúde da criança/jovem e família, o sono, tal como a alimentação e o exercício físico, é um dos fatores a ter em conta para uma vida saudável, pelo que é fundamental a intervenção na promoção de hábitos de sono saudáveis e na prevenção de problemas de sono (Oliveira et al., 2021). Ward et al. (2007) e Caulfield (2011) destacam o papel privilegiado do EESIP, pela sua proximidade com a criança/jovem e família, tornando favorecida a avaliação da qualidade e duração do sono, tal como a implementação de intervenções, com vista à melhoria da qualidade do sono e, consequentemente, à melhoria da qualidade de vida das crianças/jovens e família.

Assim, nos resultados desta RIL verificou-se a importância da família na resolução deste problema nas crianças e adolescentes, exigindo a parceria entre profissionais de saúde e pais para o restabelecimento do bem-estar de toda a família. O conceito de Cuidados Centrados na Família surgiu no final do século XX em resposta à prestação de cuidados à criança e jovem em situação de doença e assenta na premissa de

que os profissionais de saúde e as famílias são parceiros na prestação de cuidados à criança e jovem, não considerando apenas as necessidades da criança ou jovem, mas também as necessidades de todos os membros da família (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020). A utilização deste modelo é recomendada pela Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde infantil e Pediátrica da OE, afirmando que o EESIP utiliza na sua prestação de cuidados um modelo conceptual centrado na criança/jovem e sua família, encarando este binómio como o alvo dos seus cuidados (OE, 2018). Para a implementação eficaz dos Cuidados Centrados na Família na prática clínica é essencial que estejam presentes um conjunto de circunstâncias como: relação terapêutica baseada na confiança, respeito, honestidade, comunicação e ausência de juízos ou julgamentos; envolvimento dos pais nas tomadas de decisão acerca dos cuidados; negociação do envolvimento nos cuidados e capacitação dos pais para a prestação de cuidados e tomada de decisão (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

Deste modo, Lin et al. (2020), Hall et al. (2006) e Thome e Skuladottir (2004) demonstraram a eficácia de intervenções centradas na família, dinamizadas pelo EESIP, com melhoria significativa na qualidade e duração do sono das crianças/jovens e consequente impacto no humor, capacidades cognitivas e dinâmica familiar. Pate (2016) e Sutton (2011) corroboram estes resultados afirmando que, para promover o sono saudável na população pediátrica, é essencial adotar uma filosofia de Cuidados Centrados na Família, já que a família representa o cuidador habitual e a principal fonte de apoio e suporte da criança e jovem, representando ainda uma ponte entre a criança/jovem e a equipa de saúde.

Para que a intervenção na promoção do sono seja eficaz, é fundamental que os profissionais de saúde sejam dotados de conhecimentos específicos acerca da fisiologia do sono na infância, perturbações do sono que podem ocorrer e seu impacto na saúde da criança/jovem e família, tornando-os mais competentes na avaliação da qualidade do sono e na implementação de intervenções para a sua promoção (Fogg & Johnson, 2015; Vallido et al., 2009).

No entanto, Mindell e Owens (2003), Vallido et al. (2009) e Hewitt et al. (2022) sugerem que existe uma lacuna no conhecimento dos profissionais de saúde que trabalham em pediatria, incluindo os EESIP acerca da temática e o conhecimento que detêm, deriva da sua experiência pessoal, da prática clínica e da partilha de conhecimento

entre colegas, uma vez que estes conteúdos não são aprofundados nos seus currículos escolares, quer ao longo da licenciatura, quer no decorrer da formação pós-graduada. Esta carência de conhecimento em relação à temática tem um impacto negativo na intervenção por parte do EESIP, como demonstrou Mindell e Owens (2003), em que apenas 31,2% dos EESIP entrevistados se mostraram confiantes em relação à eficácia das intervenções implementadas para promover hábitos de sono saudáveis.

Hewitt et al. (2022) conduziram um estudo com profissionais de saúde envolvidos nos cuidados a recém-nascidos, em que apenas 43,6% da amostra revelou ter conhecimento acerca das diretrizes divulgadas em 2019 pela OMS acerca das recomendações para atividade física, tempo de ecrã e sono no bebé e isso refletia-se nos ensinamentos realizados aos pais, sendo que apenas 1% dos processos clínicos analisados continha referência a ensinamentos realizados aos pais acerca das recomendações para a atividade física e sono no lactente, não existindo qualquer referência a ensinamentos acerca do tempo de ecrã. Assim, realça-se a importância não só de realizar ensinamentos aos pais, mas também de registar estes ensinamentos nos processos clínicos, com vista à melhoria e continuidade dos cuidados. Sutton (2011) refere que a existência de um conhecimento aprofundado sobre o sono na infância, o aumento da evidência científica disponível acerca da temática e a existência de profissionais especializados na área (principalmente EESIP, que devem formar e apoiar os restantes enfermeiros), são fundamentais para desenvolver enfermeiros mais confiantes e competentes nas suas tomadas de decisão.

Neste sentido, é necessário formar os profissionais de saúde, em especial o EESIP, realizando inicialmente um levantamento das necessidades formativas, de forma a direcionar os módulos formativos, realçando as particularidades do sono em cada faixa etária, os sinais e sintomas de distúrbios ou privação do sono, o impacto na saúde e bem-estar das crianças/jovens e famílias, quais os instrumentos disponíveis para avaliação do sono e sua aplicabilidade, bem como quais as intervenções a implementar de acordo com a faixa etária e desenvolvimento da criança/jovem (Mindell & Owens, 2003; Vallido et al., 2009; Fogg & Johnson, 2015; Hewitt et al., 2022). A formação em serviço pode ser encarada como uma oportunidade para corrigir as lacunas de conhecimento, recorrendo a ações de formação dinamizadas por profissionais de saúde especializados no tema (Fogg & Johnson, 2015; Vallido et al., 2009). Caulfield (2011) salienta a importância da intervenção do EESIP na promoção do sono, já que este, ao ser detentor de conhecimentos

específicos acerca das etapas do crescimento e desenvolvimento na infância e de vasta experiência em pediatria, encontra-se mais desperto para detetar situações de alerta e detém competências específicas para intervir. Ward et al. (2007) sugere a utilização de um auxiliar de memória pelo EESIP, seja em situação de consulta, em contexto hospitalar ou no domicílio, para identificar situações de risco, sendo ele “BEARS”, que se traduz em:

B – Problemas na hora de dormir (*Bedtime problems*)

E – Sonolência diurna excessiva (*Excessive daytime sleepiness*)

A – Despertares noturnos (*Awakenings during the night*)

R – Regularidade e duração do sono (*Regularity of sleep and duration*)

S – Distúrbios respiratórios relacionados com o sono (*Sleep-disordered breath*)

A intervenção por parte do EESIP representa uma estratégia eficaz na promoção do sono na população pediátrica (Lin et al., 2020; Hall et al., 2006; Thome & Skuladottir 2004). Seguem-se as intervenções a implementar para os pais/cuidadores e para as crianças/jovens, tendo em conta a faixa etária e desenvolvimento infantil.

Intervenções direcionadas aos pais/família/educadores

Tendo em conta a necessidade de intervenção por parte do EESIP na promoção de um sono saudável, é importante perceber quais as intervenções a implementar e a quem se vão dirigir. De acordo com Trindade e Ramos (2020), o EESIP deve avaliar as necessidades e capacidades da criança/jovem e família para determinar se a intervenção deve ser direcionada à criança/jovem, à família ou a ambos.

No caso dos lactentes, tendo em conta a sua idade e desenvolvimento, a intervenção deve ser centrada na família (Thome & Skuladottir, 2004; Hall et al., 2006; Ward et al., 2007). Como visto anteriormente, os distúrbios de sono no lactente são maioritariamente de origem comportamental, pelo que as intervenções passam por: colheita de dados através de entrevista, escuta ativa e promoção da expressão de emoções, levantamento das necessidades formativas e sessões de educação aos pais e educadores promovendo a individualidade do bebé, com foco nos problemas comportamentais de sono (Thome & Skuladottir, 2004; Hall et al., 2006; Ward et al., 2007). Thome & Skuladottir (2004) e Hall et al. (2006) realizaram entrevistas e sessões formais de educação para a saúde dinamizadas por EESIP, num local adequado para o efeito. Hall et

al. (2006) utilizou as mesmas estratégias e incluiu ainda 2 chamadas telefónicas de apoio por semana. Para avaliar a ansiedade, *stress*, sintomas depressivos, fadiga e conhecimentos dos pais antes e após a intervenção foram utilizadas escalas e questionários, sendo possível concluir todos os pais de bebés com problemas de sono apresentavam elevados níveis de fadiga, ansiedade, *stress* e sintomas depressivos antes da intervenção e, após a mesma, houve diminuição significativa destes sentimentos e, por outro lado, aumento dos conhecimentos por parte dos pais (Thome & Skuladottir, 2004; Hall et al., 2006). Ward et al. (2007) refere também a intervenção direccionada aos pais mas num centro pediátrico especializado em distúrbios de sono, no qual os pais foram avaliados por uma equipa multidisciplinar (psicólogo, neurologista, EESIP, psiquiatra, etc.) que recolheram informações detalhadas acerca das rotinas implementadas antes de dormir, horários de dormir, ambiente proporcionado na hora de dormir, atividades diurnas, bem como, a presença ou não de *stress* familiar, estilo de vida dos pais e conhecimento acerca do sono infantil. Após esta avaliação inicial, foi elaborado um plano de intervenção detalhado, que incluiu ensinamentos aos pais como a necessidade de estabelecer rotinas consistentes de dormir, deitar o bebé no berço sonolento mas acordado para que adquirisse o hábito de adormecer sozinho e, em relação aos despertares noturnos frequentes, os pais foram aconselhados a responder alternadamente ao despertar do bebé, aproximando-se e dizendo “é hora de dormir”, voltando a afastar-se de seguida (Ward et al., 2007). Hiscock e Davey (2018), DiLeo et al. (2002) e Davis et al. (2004) reforçam a eficácia destas intervenções para o controlo de problemas comportamentais de sono em lactentes.

Também nas crianças com idade pré-escolar é sugerida a intervenção direccionada aos pais (Lin et al., 2020; Koulouglioti et al., 2013). Lin et al. (2020), no seu estudo comparativo incluiu um grupo controlo e um grupo experimental, sendo que este último participou num programa educacional dinamizado por profissionais de saúde, incluindo EESIP, ao longo de 8 semanas, e que incluiu temas como a saúde física e mental da criança e incluiu ações como: reflexão, discussão em grupo e exercícios de *role-playing*. Através da aplicação de um questionário acerca da qualidade do sono antes e após a intervenção, foi possível observar uma melhoria significativa da mesma após a intervenção.

Koulouglioti et al. (2013) estabeleceu uma relação direta entre a implementação de rotinas consistentes e a duração do sono, já que as crianças da sua amostra que participaram ativamente nas rotinas diárias aos 4 anos, apresentaram maior duração do sono e, conseqüentemente, maior envolvimento nas rotinas aos 6 anos de idade. Pacheco (2022) corrobora estes resultados, afirmando que a higiene do sono consiste na implementação consistente e repetitiva de um conjunto de atividades realizadas antes de dormir que proporcionam à criança uma sensação de segurança, diminuindo o tempo necessário para a mesma adormecer. Pacheco (2022) e Silva (2014) acreditam que a aquisição de bons hábitos de sono na infância contribui para um sono de maior qualidade na idade adulta. Davis et al. (2004) destacam outro dos temas a abordar com os pais de crianças com idade pré-escolar, que são as sestas, já que estas podem causar problemas de sono, tanto se não forem reduzidas ou eliminadas na altura certa, como se prolongadas por mais tempo do que o adequado, sendo fundamental que os pais tenham conhecimento do padrão normal de sono e número de horas de sono adequadas a cada faixa etária, de modo a detetarem situações de alerta.

No caso dos adolescentes, a intervenção é sugerida quer direcionada à família/educadores, quer direcionada diretamente aos adolescentes. Tekcan et al. (2020) estabeleceu algumas considerações em relação aos fatores de risco que interferem com a qualidade do sono na adolescência, nomeadamente a idade, o sexo, o desempenho académico, a exposição a violência verbal e física e a prática de exercício físico, sendo necessário que os pais e educadores conheçam estes fatores, de modo a prestarem especial atenção aos adolescentes com maior risco, identificando sinais de alerta e intervindo antecipadamente. Também o uso de dispositivos eletrónicos antes de dormir é apontado como um fator influenciador da qualidade do sono, pelo que devem ser realizados ensinamentos aos pais/família e educadores de modo a limitar o seu uso, especialmente antes de dormir (Fogg & Johnson, 2015; Johansson et al., 2016). Também Burke (2016) realça a importância de implementar estratégias e realizar ensinamentos com vista à diminuição do uso de dispositivos eletrónicos antes de dormir, nomeadamente, a prática de hábitos consistentes de sono, a não utilização destes dispositivos a partir de determinada hora e não os levar para o quarto. Fogg e Johnson (2015) focam também ensinamentos com vista ao estabelecimento de hábitos e rotinas consistentes antes de deitar.

Trindade e Ramos (2020) pela sua revisão da literatura concluíram que a implementação de programas de educação sobre o sono em qualquer faixa etária resultou numa estratégia eficaz para a sensibilização das famílias e comunidade e teve um impacto positivo quer na qualidade e duração do sono, quer na saúde e bem-estar das próprias crianças/jovens e famílias.

Intervenções direcionadas à criança/jovem

No que diz respeito às intervenções direcionadas à criança/jovem, são sugeridas intervenções direcionadas aos adolescentes. A adolescência é um período marcado por alterações na libertação da melatonina e, conseqüentemente, alterações no padrão de sono que originam uma tendência para os adolescentes se deitarem mais tarde e acordarem também mais tarde (Fogg e Johnson, 2015). No entanto, esta tendência não coincide com os horários escolares, o que resulta na diminuição do total de horas de sono e, conseqüentemente, na sonolência diurna (George & Davis, 2013).

Fogg e Johnson (2015) referem a importância da intervenção do EESIP no âmbito da saúde escolar, proporcionando a realização de ensinamentos em sala de aula a vários adolescentes simultaneamente, sendo que o foco deve ser o estabelecimento de rotinas e hábitos consistentes de sono; a hora de deitar deve ter em conta a hora de acordar, de modo a perfazer o total de horas recomendado para a idade e o uso de dispositivos eletrónicos deve ser limitado ou inexistente antes da hora de deitar. Tekcan et al. (2020) e Johansson et al. (2016) reforçam a necessidade destas intervenções e focam ainda a necessidade de realizar ensinamentos aos adolescentes acerca dos fatores influenciadores do sono, aumentando o seu conhecimento, consciencialização e probabilidade de adoção de hábitos de sono mais saudáveis. Burke (2016) dá também destaque a estas intervenções, nomeadamente à importância da restrição do uso de dispositivos eletrónicos antes de dormir. Trindade e Ramos (2020) numa revisão da literatura concluíram que a implementação de programas de educação sobre o sono revela uma melhoria não só na qualidade e duração do sono, mas também na saúde e bem-estar das crianças e jovens.

2.5. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Tendo em conta os resultados encontrados, é possível concluir que o sono é uma necessidade fundamental ao crescimento e desenvolvimento infantil e que um sono inadequado pode ter um impacto negativo não só na criança e jovem, mas também na sua família. Concluímos ainda que a aquisição de bons hábitos de sono na infância contribui para um sono de maior qualidade na idade adulta.

Neste sentido, emerge a necessidade de uma proposta de intervenção, com vista à consciencialização por parte dos profissionais de saúde, em particular do EESIP acerca da importância do sono e das consequências de um sono inadequado, dotando-o de conhecimentos essenciais e instrumentos para uma correta avaliação da qualidade do sono, capacitando-o para a realização de ensinamentos às crianças/jovens e famílias, com vista à melhoria da qualidade de vida.

De seguida são apresentadas sugestões como a formação dos enfermeiros na temática, nomeadamente do EESIP, bem como a implementação de um plano de intervenções quer para a família/educadores, quer para os adolescentes.

Formação aos Enfermeiros

Os resultados encontrados com a realização desta RIL evidenciam que o EESIP, pela sua proximidade com a criança/jovem e família, se encontra numa posição privilegiada à avaliação da qualidade e duração do sono, bem como à realização de ensinamentos, com vista à melhoria da qualidade do sono e, consequentemente, à melhoria da qualidade de vida das crianças/jovens e famílias.

No entanto, a evidência encontrada e a prática clínica demonstram uma lacuna no conhecimento dos profissionais de saúde que trabalham em pediatria, incluindo os EESIP, acerca da temática e o conhecimento que detêm deriva da sua experiência pessoal, da prática clínica e da partilha de conhecimento entre colegas.

Posto isto, sugere-se a formação dos profissionais de saúde, em particular do EESIP, por profissionais especializados na temática “Sono na Infância”. Primeiramente será necessário realizar um levantamento das necessidades formativas das equipas de saúde, seguindo-se a implementação de ações de formação inseridas em contexto de formação em serviço, sendo que os módulos devem focar essencialmente as particularidades do sono em cada faixa etária, os sinais e sintomas de distúrbios ou

privação do sono, o impacto na saúde e bem-estar das crianças/jovens e famílias, estratégias e ensinamentos a implementar, bem como, instrumentos disponíveis para avaliação do sono, nomeadamente escalas e questionários e a sua aplicabilidade. No final de cada módulo formativo sugere-se a aplicação de um questionário, com vista à avaliação dos conhecimentos adquiridos, bem como da própria formação e oportunidades de melhoria.

Destaca-se ainda a necessidade de sensibilizar os enfermeiros, nomeadamente o EESIP, acerca da necessidade de realizar registos de enfermagem acerca dos ensinamentos realizados, necessidades identificadas e intervenções implementadas, de modo a facilitar a comunicação entre colegas, salvaguardando a continuidade dos cuidados e promovendo a saúde das crianças/jovens e famílias. Os registos devem ser realizados no sistema informático implementado em cada serviço, tendo por base a ontologia de enfermagem, disponível na área reservada da OE, onde é possível consultar diagnósticos de enfermagem e respetivas intervenções, destacando-se como exemplo acerca da temática: “sono comprometido” e “potencial para melhorar conhecimento sobre a promoção do sono”.

Tal como é fundamental a formação dos profissionais de saúde é igualmente importante intervir junto das famílias/educadores, sendo que a intervenção deve ter em conta a faixa etária e desenvolvimento da criança, pelo que sugerimos um plano de intervenção, explanado de seguida.

Plano de Intervenção de Enfermagem para a família/educadores

Os resultados obtidos com a realização desta RIL evidenciam a eficácia de intervenções centradas na família para a promoção do sono saudável.

No caso dos lactentes e crianças com idade pré-escolar, sugere-se a intervenção por parte do EESIP centrada na família e educadores de infância. Tendo em conta que os distúrbios de sono nestas faixas etárias são maioritariamente de origem comportamental, sugere-se que seja incluído no plano de saúde escolar a realização de sessões de educação para a saúde, direcionadas aos pais e educadores de infância, que promovam a individualidade de cada bebé e criança, com foco nos problemas comportamentais de sono. De modo a maximizar a adesão a estas sessões poderão ser implementadas algumas estratégias, nomeadamente a sua realização em horário pós-laboral, a marcação destas para que coincidam com avaliações intercalares ou reuniões escolares, bem como a possibilidade de assistir à distância, através de transmissão online. Ao longo destas

sessões, os ensinamentos devem focar a importância da consistência das rotinas diárias, bem como dos hábitos e horários de sono, a necessidade de adequar o ambiente proporcionado na hora de deitar e, no caso dos lactentes, a necessidade de deitar o bebê no berço sonolento mas acordado para que adquira o hábito de adormecer sozinho e como lidar com os despertares noturnos frequentes.

Nos cuidados de saúde primários, nomeadamente na consulta de enfermagem de saúde infantil e pediátrica a lactentes ou crianças de idade pré-escolar, sugere-se a aplicação de questionários e/ou escalas para avaliar a qualidade do sono. Sugere-se também que seja fornecido aos pais um diário de sono para que possam, no domicílio, registar os hábitos de sono da criança durante um mês, nomeadamente a hora de deitar e de levantar, quanto tempo demora a adormecer e número de despertares noturnos. No momento da consulta de enfermagem em que é entregue este diário de sono, deverá ser agendada nova consulta no prazo de um mês, na qual será realizada uma avaliação e reflexão em conjunto com os pais acerca dos hábitos de sono registados, com vista a detetar alterações no padrão de sono, delinear estratégias e possíveis alterações de comportamentos de forma a promover hábitos de sono saudáveis.

Destaca-se ainda o contexto de consulta de enfermagem como uma oportunidade à realização de ensinamentos aos pais/cuidadores, aumentando o seu conhecimento acerca das particularidades do sono na infância e número de horas recomendado para cada faixa etária, realçando a importância de um sono de qualidade para o crescimento e desenvolvimento infantil e o impacto negativo da privação de sono no bebê/criança e família, fornecendo estratégias para a promoção do sono, nomeadamente as rotinas diárias, hábitos repetitivos e consistentes na hora de dormir, prática das sestas e restrição do uso de dispositivos eletrónicos antes de dormir.

No caso dos adolescentes, sugere-se a participação do EESIP enquanto membro ativo em reuniões escolares com os pais e professores, com vista à identificação e consciencialização dos fatores influenciadores da qualidade do sono, nomeadamente os horários escolares, a exposição a violência verbal e física, a prática de exercício físico e o uso de dispositivos eletrónicos antes de dormir. Tendo em consideração que durante a adolescência existe uma tendência para os jovens se deitarem mais tarde e acordarem também mais tarde, sugere-se uma revisão do horário de início das aulas para que estas iniciem a partir das 9h, de modo a perfazer o total de horas recomendadas por noite para

a faixa etária, bem como a promoção de ações de sensibilização para a violência física e verbal, importância da atividade física e impacto dos dispositivos eletrônicos no sono.

A evidência científica tem vindo a demonstrar uma maior eficácia da intervenção nos adolescentes quando esta é direcionada não só aos pais mas também aos próprios adolescentes, pelo que se segue um plano de intervenção direcionado aos mesmos.

Plano de Intervenção de Enfermagem para os adolescentes

No que concerne às intervenções de enfermagem para os adolescentes propõe-se a intervenção do EESIP no âmbito da saúde escolar, dinamizando sessões de educação para a saúde por turmas, de modo a proporcionar um ambiente que promova a participação e partilha de hábitos pessoais. De modo a captar a atenção dos adolescentes, as sessões podem conter uma breve parte expositiva, recorrendo a uma apresentação em PowerPoint, na qual são realizados ensinamentos acerca da importância do sono, consequências da privação do sono e estratégias a implementar para uma correta higiene do sono, seguindo-se uma parte mais interativa, em que as turmas são divididas aleatoriamente em grupos mais pequenos e participam num jogo tipo quiz online com questões elaboradas previamente pelo EESIP acerca dos conteúdos apresentados, recebendo pontos consoante as respostas corretas.

Considerando o uso por parte dos adolescentes das novas tecnologias e redes sociais, recorrer aos meios audiovisuais pode ser uma estratégia a implementar para promover o sono na adolescência. Sugere-se que o enfermeiro ou psicólogo das escolas fique responsável pela articulação com as entidades de saúde, de forma a garantir a partilha do conteúdo elaborado sobre a temática nas redes sociais e site da escola, sensibilizando para os riscos de um sono inadequado e fornecendo estratégias para a adoção de hábitos saudáveis de sono.

A evidência científica encontrada sugere que a implementação de intervenções de enfermagem e programas de educação sobre o sono em qualquer faixa etária resultou numa estratégia eficaz para a sensibilização das famílias/educadores e adolescentes e teve um impacto positivo quer na qualidade e duração do sono, quer na saúde e bem-estar das próprias crianças/jovens e famílias. Deste modo, destaca-se a importância das intervenções sugeridas em contexto de saúde escolar, no domicílio ou em consulta, que devem ter em atenção a idade e desenvolvimento da criança/jovem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A frequência do Mestrado, que culmina com a realização deste relatório permitiu adquirir, mobilizar e aprofundar conhecimentos, planejar, implementar e avaliar intervenções baseadas na evidência, o que resultou em experiência adquirida e irá refletir-se na melhoria da prestação de cuidados enquanto EESIP. As diferentes etapas que constituem este relatório contribuíram para a compreensão da importância da prestação de cuidados à criança/jovem e família por parte do EESIP que, sendo detentor de um conhecimento abrangente na área de saúde infantil e pediátrica, diferencia-se do enfermeiro generalista, assistindo a criança/jovem e sua família na maximização da sua saúde, prestando cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e desenvolvimento da criança/jovem e mobilizando recursos de suporte, considerando sempre os pais/cuidadores como agentes ativos no planeamento e prestação de cuidados.

Os objetivos da realização deste trabalho prendiam-se inicialmente com a descrição e reflexão fundamentada acerca do percurso, experiências e aprendizagens experienciadas ao longo de todo o curso, nomeadamente ao longo dos estágios que contribuíram para a aquisição e o desenvolvimento de CCEE e de CEEESIP, de forma a prestar cuidados especializados à criança e jovem em parceria com a família/cuidadores em diferentes contextos.

Na segunda parte do relatório pretendeu-se aprofundar a temática “Sono na População Pediátrica”, através da realização de uma RIL, de modo a compreender qual o contributo do EESIP na promoção do sono na população pediátrica. Segundo Rana et al. (2019), o sono é um processo biológico natural que desempenha um papel essencial na recuperação de energia e manutenção do equilíbrio bio-psico-social e constitui um processo fisiológico ativo e dinâmico com um impacto crítico em diversos aspetos da saúde, função mental e desenvolvimento. O sono é uma necessidade fundamental ao crescimento e desenvolvimento infantil, no entanto a evidência científica e a prática clínica demonstram que as crianças e jovens não apresentam hábitos de sono saudáveis, o que resulta num sono inadequado e na diminuição do total de horas de sono, o que pode representar um impacto negativo na criança, jovem e sua família.

A importância da temática e as evidências encontradas reforçam a necessidade de intervenção por parte do EESIP na realização de ensinamentos, com vista à melhoria da

qualidade do sono e, consequentemente, à melhoria da qualidade de vida das crianças/jovens e famílias (Caulfield, 2011).

Para que a intervenção por parte do EESIP seja direcionada e especializada, é fundamental aprofundar os seus conhecimentos na temática, através da formação em serviço, nomeadamente acerca das especificidades do sono em cada faixa etária, sinais de problemas ou privação do sono e o seu impacto na saúde e bem-estar da criança/jovem e família, tornando-os mais competentes e confiantes na realização de ensinamentos para a sua promoção (Fogg & Johnson, 2015; Vallido et al., 2009). Salienta-se ainda a importância da utilização de instrumentos de avaliação da qualidade do sono válidos, fiáveis e de fácil aplicação e interpretação que pretendem auxiliar o EESIP na avaliação e planeamento de intervenções (Silva, 2012).

A evidência científica encontrada demonstra a eficácia de programas educacionais dinamizados pelo EESIP e direcionados às crianças/jovens e famílias, com melhoria significativa na qualidade e duração do sono e consequente impacto no humor, capacidades cognitivas e dinâmica familiar (Lin et al., 2020; Thome & Skuladottir, 2004). Pelo que se sugere a formação dos profissionais de saúde, nomeadamente do EESIP, e posterior intervenção no domicílio, saúde escolar e cuidados de saúde primários.

Reconhece-se que o sono na infância carece de maior sensibilização e investigação, pelo que são necessários mais estudos, nomeadamente acerca do impacto da intervenção centrada na família por parte do EESIP, aumentando o conhecimento e consciencialização para a importância da temática.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abreu, V., Gonçalves-Lopes, S., Sousa, J. & Oliveira, V. (2020). PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372(71). <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>

American Academy of Sleep Medicine. (2005). *The international classification of sleep disorders: diagnostic & coding manual* (2^a Ed.). Westchester: American Academy of Sleep Medicine.

Andrade, F., Vez, M., Berenguer, S. & Fernandes, S. (2018). Implementação de consulta de enfermagem ao adolescente/jovem: diagnósticos e intervenções. *Cadernos de Saúde*, 10(1), 48-53. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2018.5287>

Associação Portuguesa do Sono & Sociedade Portuguesa de Pediatria. (2020). *Higiene do sono da criança e adolescente*. <https://www.apsono.com/pt/noticias/14-centro-de-documentacao/material-pedagogico/52-higiene-do-sono-da-crianca-e-do-adolescente>

Batalha, L. (2017). *Doença crónica e hospitalização: implicações no desenvolvimento da criança e cuidados a prestar (Manual de estudo – versão 1)*. <https://repositorio.esenfc.pt/rc/>

Battaglia, M. (2015). Separation anxiety: at the neurobiological crossroads of adaptation and illness. *Dialogues in clinical neuroscience*, 17(3), 277–285. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2015.17.3/mbattaglia>

Bellman, M., Lingam, S. & Aukett, A. (1996). *Schedule of Growing Skills II – User's Guide*. GL Assessment: London.

Berry, R. (2012). *Fundamentals of Sleep Medicine*. Saunders: Elsevier.

Bruni, O. & Novelli, L. (2010). Sleep disorders in children. *BMJ Clinical Evidence*, 2304.

Burke S. (2016). The Impact of Media Use on Sleep in Adolescents. *Journal of pediatric nursing*, 31(5), 556–558. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2016.06.003>

Cao, M., Zhu, Y., He, B., Yang, W., Chen, Y., Ma, J. & Jing, J. (2015). Association between sleep duration and obesity is age- and gender-dependent in Chinese urban children aged 6–18 years: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 15, 1029. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2359-0>

Cardoso, S. (2016). *Transição para a Parentalidade na Prematuridade: Intervenções do Enfermeiro Especialista* [Tese de Mestrado]. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Carter, K. A., Hathaway, N. E., & Lettieri, C. F. (2014). Common sleep disorders in children. *American family physician*, 89(5), 368–377.

Caselhas, S. (2020). *ISBAR: A comunicação na transferência de doentes do Serviço de Urgência para o Serviço de Observação do Hospital Doutor José Maria Grande* [Tese de Mestrado]. Instituto Politécnico de Portalegre: Escola Superior de Saúde.

Caulfield, A. (2011). The specialist nurse in the field of childhood sleep disorders. *Community practitioner: the journal of the Community Practitioners' & Health Visitors' Association*, 84(2), 32-35.

Chahine, R., Farah, R., Chahoud, M., Harb, A., Tarabay, R., Sauleau, E & Godbout, R. (2018). Assessing sleep quality of Lebanese high school students in relation to lifestyle: pilot study in Beirut. *Eastern Mediterranean health journal = La revue de sante de la Mediterranee orientale = al-Majallah al-sihhiyah li-sharq al-mutawassit*, 24(8), 722–728. <https://doi.org/10.26719/2018.24.8.722>

Comité Português para a UNICEF (2019). *Convenção sobre os Direitos da Criança e Protocolos Facultativos*. https://www.unicef.pt/media/2766/unicef_convenc-a-o-dos-direitos-da-crianca.pdf

Costa, J., Marques, K., Frota, K. & Oliveira, L. (2021). Tecnologias educacionais no cuidado às crianças com diabetes mellitus tipo I: síntese do conhecimento. *Espaço Saúde*, 22(732), 1-11. <https://doi.org/10.22421/1517-7130/es.2021v22.e732>

Coughlin, M. (2017). Trauma-informed, neuroprotective care for hospitalized newborns and infants. *Infant*, 13(5), 176-179.

Crispim, J., Boto, L., Melo, I. & Ferreira, R. (2011). Padrão de sono e fatores de risco numa população pediátrica portuguesa. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 42(3), 93-98.

Cruz, M., Fernandes, A. & Oliveira, R. (2016). Epidemiology of painful procedures performed in neonates: a systematic review of observational studies. *European Journal of Pain*, 20(4), 489-498. <https://doi.org/10.1002/ejp.757>

Cunha, S. (2017). *Percursos de prática perita de enfermeiros a trabalhar numa unidade de cuidados intensivos* [Tese de Mestrado]. Instituto Politécnico de Viana do Castelo: Escola Superior de Saúde.

Davis, K., Parker, K. & Montgomery, G. (2004). Sleep in infants and young children: Part One: Normal sleep. *Journal of pediatric health care: official publication of National Association of Pediatric Nurse Associates & Practitioners*, 18(2), 65–71. [https://doi.org/10.1016/s0891-5245\(03\)00149-4](https://doi.org/10.1016/s0891-5245(03)00149-4)

Davis, K., Parker, K. & Montgomery, G. (2004). Sleep in infants and young children: Part Two: Common sleep problems. *Journal of pediatric health care: official publication of National Association of Pediatric Nurse Associates & Practitioners*, 18(3), 130–137. [https://doi.org/10.1016/s0891-5245\(03\)00150-0](https://doi.org/10.1016/s0891-5245(03)00150-0)

Dias, J. & Carvalho, J. (2017). Enfermagem em pedopsiquiatria: especificidades do cuidar. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* 17, 65-70. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0185>

DiLeo, H., Reiter, R. & Taliaferro, D. (2002). Chronobiology, Melatonin, and Sleep in Infants and Children. *Pediatric Nursing*, 28(1), 35-39.

Ding, S., Lin, F., & Gillespie, B. (2016). Surgical wound assessment and documentation of nurses: an integrative review. *Journal of wound care*, 25(5), 232–240. <https://doi.org/10.12968/jowc.2016.25.5.232>

Direção Geral de Saúde. (2017). *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>

Direção Geral de Saúde. (2010). *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças*. http://nocs.pt/wp-content/uploads/2016/03/DGS_dor_pedia%CC%81trica.pdf

Direção Geral de Saúde. (2012). *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças com doença oncológica*. https://www.aped-dor.org/images/documentos/avaliacao_dor_crianças/Orientacoes_tecnicas_sobre_o_controlo_da_dor_nas_crianças_com_doença_oncologica.pdf

Direção Geral de Saúde (2015). *Programa Nacional de Saúde Escolar*. <https://observatorio-lisboa.eapn.pt/ficheiro/Programa-Nacional-de-Sa%C3%BAdede-Escolar-2015.pdf>

Direção Geral de Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil-png.aspx>

Direção Geral de Saúde (2020). *Programa Nacional de Vacinação*. <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0182020-de-27092020-pdf.aspx>

Donato, H. & Donato, M. (2019). Stages for Undertaking a Systematic Review. *Acta Med Port*, 32(3), 227-235. <https://doi.org/10.20344/amp.11923>

Faria, L., Oliveira-Lima, J. & Almeida-Filho, N. (2021). Medicina baseada na evidência: breve aporte histórico sobre marcos conceituais e objetivos práticos do cuidados. *História, Ciências, Saúde*, 28(1), 59-78. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702021000100004>

Farias, D., Gabatz, R., Terra, A., Couto, G., Milbrath, M. & Schwartz, E. (2017). A hospitalização na perspetiva da criança: uma revisão integrativa. *Rev Enferm UFPE*, 11(2), 703-711. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i2a11988p703-711-2017>

Fassarella, B., Ribeiro, W., Freitas, L., Nascimento J., Santos, J. & Fonseca, C. (2019). Equipe de enfermagem x acompanhante na pediatria: o impacto dessa parceria na assistência pediátrica. *Nursing*, 22(258), 3319-3324. <https://doi.org/10.36489/nursing.2019v22i258p3319-3324>

Fernandes, R. (2006). O sono normal. *Medicina*, 29(2), 157-168. <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v39i2p157-168>

Ferreira, F., Freire, V., Vasconcelos, P. & Rouberte, E. (2020). Implementação da consulta de enfermagem ao adolescente por meio de instrumento direcionador. *Research, Society and Development*, 9(7), 1-14. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i7.4796>

Figueiredo, C. (2016). *Estratégias não farmacológicas ao cuidar da criança com dor* [Tese de Mestrado]. Instituto Politécnico da Guarda: Escola Superior de Saúde.

Filho, S. (2017). *Revisão bibliográfica sobre tratamento atual da osteogênese imperfeita* [Tese de Mestrado]. Universidade Federal do Maranhão: Centro de Ciências Biológicas e da Saúde – Curso de Medicina.

Fogg, N. & Johnson, A. (2015). Child and Adolescent Sleep Patterns and Early School Start Times: Recognizing the Role of the Pediatric Nurse. *Journal of pediatric nursing*, 30(4), 628–631. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2015.04.005>.

Fonseca, I. (2019). *Crenças e atitudes parentais em relação à vacinação pediátrica* [Tese de mestrado]. Universidade de Lisboa: Faculdade de Psicologia.

Gaíva, M., Monteschio, C., Moreira, M. & Salge, A. (2017). *Avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil na consulta de enfermagem* [Tese de Mestrado]. Universidade Federal de Mato Grosso.

Galvão, C., Sawada, N. & Mendes, I. (2003). A busca das melhores evidências. *Rev Esc Enferm USP*, 37(4), 43-50. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342003000400005>

Gamble, A., D'Rozario, A., Barlett, D., Williams, S., Bin, Y., Grusteins, R. & Marshall, N. (2014). Adolescent sleep patterns and night-time technology use: results of the Australian Broadcasting Corporation's Big Sleep Survey. *PLoS One*, 9(11), e111700. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0111700>

George, N. & Davis, J. (2013). Assessing sleep in adolescents through a better understanding of sleep physiology. *American journal of nursing*, 113(6), 26–32. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000430921.99915.24>

Goleman, D. (2012). *Inteligência Emocional*. Lisboa: Temas e Debates.

Gomes, G., Passos, M., Silva, H., Oliveira, V., Novaes, W., Pitanguí, A. & Araújo, R. (2017). Sleep quality and its association with psychological symptoms in adolescent athletes. *Revista paulista de pediatria: órgão oficial da Sociedade de Pediatria de São Paulo*, 35(3), 316–321. <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2017;35;3;00009>

Gomez-Baya, D., Garcia-Moro, F., Nicoletti, J. & Lago-Urbano, R. (2022). A Cross-National Analysis of the Effects by Bullying and School Exclusion on Subjective Happiness in 10-Year-Old Children. *Children*, 9(2), 287. <https://doi.org/10.3390/children9020287>

Guerra, A., Rêgo, C., Silva, D., Ferreira, G., Mansilha, H., Antunes, H. & Ferreira, R. (2012). Alimentação e nutrição do lactente. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 43(2), 17-40.

Grade, J. (2018). *Uniformizar os cuidados de enfermagem à criança com ventilação mecânica invasiva no serviço de urgência pediátrica* [Tese de Mestrado]. Universidade de Évora: Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus.

Hall, W., Causon, M., Carty, E., Jenssen, P. & Saunders, R. (2006). Effects on parents of an intervention to resolve infant behavioral sleep problems. *Pediatric Nursing*, 32(3), 243-250.

Hewitt, L., Frohmuller, C., Wall, J. & Okely, A. (2022). Clinician and early childhood educator knowledge and advice given to parents regarding physical activity, screen time and sleep: an observational study. *Journal of Pediatric Nursing*, 66, 143-150. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2022.06.010>

Higa, J., Vilagra, J., Amaro, F. & Gobo, A. (2018). A influência do tempo de internamento hospitalar e a prevalência de assimetrias cranianas em recém-nascidos. *Revista Varia Científica – Ciências da Saúde*, 4(1), 1-10. <https://doi.org/10.48075/vscs.v4i1.18817>

Hiscock, H. & Davey, M. (2018). Sleep disorders in infants and children. *Journal of Pediatrics and Child Health*, 54(9), 941–944. <https://doi.org/10.1111/jpc.12033>

Hiscock H. & Wake M. (2002). Randomised controlled trial of behavioural infant sleep intervention to improve infant sleep and maternal mood. *British Medical Journal* 324(7345), 1062–1065. <https://doi.org/10.1136/bmj.324.7345.1062>

Hockenberry, M. & Wilson, D. (2014). *Wong enfermagem da criança e do adolescente* (9.^a ed.). Loures: Lusociência.

Hounnaklang, N., Lertmaharit, S., Lohsoonthorn, V. & Rattananupong, T. (2016). Prevalence of poor sleep quality and its correlates among high school students in Bangkok, Thailand. *Health Research*, 30(2), 91-98. doi: [10.14456/jhr.2016.13](https://doi.org/10.14456/jhr.2016.13)

Hunter, J. & Malloy, M. (2002). Effect of sleep and play positions on infant development: Reconciling developmental concerns with SIDS prevention. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 2(1), 9-16. <https://doi.org/10.1053/nbin.2002.31484>

Instituto Nacional de Estatística (2016). *Inquérito Nacional de Saúde 2014*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.

Jimmerson K. (1991). Maternal, environmental and temperamental characteristics of toddlers with and toddlers without sleep problems. *Journal of Pediatric Health Care* 5(2), 71–77. [https://doi.org/10.1016/0891-5245\(91\)90094-7](https://doi.org/10.1016/0891-5245(91)90094-7)

Johansson, A., Petrisko, M. & Chasens, E. (2016). Adolescent sleep and the impact of technology use before sleep on daytime function. *Journal of Pediatric Nursing*, 31(5), 498-504. doi: [10.1016/j.pedn.2016.04.004](https://doi.org/10.1016/j.pedn.2016.04.004)

Koller, D. & Goldman, R. (2012). Distraction techniques for children undergoing procedures: a critical review of pediatric research. *Journal of Pediatric Nursing*, 27(6), 652-681. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2011.08.001>

Koulouglioti, C., Cole, R., Moskow, M., McQuilian, B., Ann-Carno, M. & Grape, A. (2014). The longitudinal association of young children's everyday routines to sleep duration. *Journal of pediatric health care: official publication of National Association of Pediatric Nurse Associates & Practitioners*, 28(1), 80–87. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2012.12.006>

Lam, P., Hiscock, H. & Wake, M. (2003). Outcomes of infant sleep problems: a longitudinal study of sleep, behaviour and maternal well-being. *Pediatrics*, 111(3), 203-207. <https://doi.org/10.1542/peds.111.3.e203>

Leal, P. (2020). *Ser diferente: o contributo do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica no cuidar da criança em idade escolar com perturbações de leitura e da escrita* [Tese de Mestrado]. Instituto Politécnico de Portalegre: Escola Superior de Saúde.

Lin, Y., Kuo, S., Chang, Y., Lin, P., Lin, Y., Lee, P., Lin, P. & Chen, S. (2021). Effects of parental education on screen time, sleep disturbances and psychological adaptation among Asian preschoolers: a randomized controlled study. *Journal of Pediatric Nursing*, 56, e27-e34. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2020.07.003>.

Lopes, I. (2021). *Humanização dos cuidados de enfermagem em pediatria: atuação do enfermeiro especialista* [Tese de Mestrado]. Universidade Católica Portuguesa: Instituto de Ciências da Saúde – Escola de Enfermagem.

Lopes, N. (2012). *Parceria nos cuidados à criança nos serviços de pediatria: perspectiva dos enfermeiros* [Tese de Mestrado]. Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Magnavita, N. & Garbarino, S. (2017). Sleep, health and wellness at work: a scoping review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(11), 1347. <https://doi.org/10.3390/ijerph14111347>

Maia, Í. & Pinto, F. (2008). Hábitos de sono: nascer e crescer. *Rev Hosp Crianças Maria Pia*, 17(1), 9-12.

Marques, J. (2017). *Qualidade de sono de adolescentes em contexto escolar* [Tese de Mestrado]. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Meleis, A. (2010). *Transitions theory: Middle range and situation specific theories in research and practice*. New York: Springer Publishing Company.

Mendes, K., Silveira, R. & Galvão, C. (2008). Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*, 17(4), 758-764. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>

Mindell, J., & Owens, J. (2003). Sleep problems in pediatric practice: clinical issues for the pediatric nurse practitioner. *Journal of pediatric health care: official publication of National Association of Pediatric Nurse Associates & Practitioners*, 17(6), 324–331. [https://doi.org/10.1016/s0891-5245\(03\)00215-3](https://doi.org/10.1016/s0891-5245(03)00215-3)

Mindell, J. & Owens, J. (2015). *The clinical guide to pediatric sleep: diagnosis and management of sleep problems* (3ª ed.). Wolters Kluwer.

Monteiro, A., Ferrari, R., Tacla, M. & Souza, A. (2017). Consulta de enfermagem à criança após alta das maternidades: seguimento na atenção primária. *Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras*, 17(1), 7-13.

Monteiro, T. (2006). Perturbações do sono na criança, perspectivas do pediatra. *Nascer e crescer: revista do hospital de crianças maria pia*, 15(3), 180-183.

Moraes-Filho, J. (2010). Até onde são válidos os consensos? *Arq Gastroenterol*, 47(2), 128-129. <https://doi.org/10.1590/S0004-28032010000200002>

Moreira, P. (2010). *Ser Professor: competências básicas 3 – Emoções positivas e regulação emocional*. Porto: Porto Editora

Neves, C. (2011). Novas recomendações na prevenção da morte súbita do lactente. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 27(6), 566-568. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v27i6.10909>

Oliveira, D., Carvalho, C. & Oliveira, S. (2021). Hábitos e perturbações do sono numa população pediátrica. *Gazeta Médica*, 2(8), 87-93.

Oliveira, G., Silva, I. & Oliveira, E. (2019). O sono na adolescência e os fatores associados ao sono inadequado. *Rev Bras Pesq Saúde*, 21(1), 135-145.

Ophoff, D., Slaats, M., Boudewyns, A., Glazemakers, I., Van Hoorenbeeck, K., & Verhulst, S. (2018). Sleep disorders during childhood: a practical review. *European journal of pediatrics*, 177(5), 641–648. <https://doi.org/10.1007/s00431-018-3116-z>

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia profissional de enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia orientador de boa prática: estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*.

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

Ordem dos Enfermeiros (2009). *Linhas de orientação para a elaboração de catálogos CIPE*. Genebra: International Council of Nurses.

Ordem dos Enfermeiros (2019). *Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Diário da República, 2ª série, nº 26.

Ordem dos Enfermeiros (2018). *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Diário da República, 2ª série, nº 133.

Organização Mundial de Saúde (2015). *WHO global report on trends in prevalence of tobacco smoking 2015*. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/156262/9789241564922_eng.pdf?sequence=1

Pacheco, D. (2022). *Bedtime routines for children*. <https://www.sleepfoundation.org/children-and-sleep/bedtime-routine>

Padez, C., Mourão, I., Moreira, P., & Rosado, V. (2005). Prevalence and risk factors for overweight and obesity in Portuguese children. *Acta paediatrica*, 94(11), 1550–1557. <https://doi.org/10.1080/08035250510042924>

Pate, T. (2016). Families of children with chronic illness and the relational family model. *The person and the challenges*, 6(2), 57-65. <https://doi.org/10.15633/pch.1892>

Pender, N., Murdaugh, C. & Parsons, M. (2015). *Health promotion in nursing practice* (8ª. ed.). Pearson Education, Inc.

Peixoto, M., Pereira, R., Martins, A., Martins, T. & Barbieri, M. (2017). *Enfermagem baseada em evidência: atitudes, barreiras e práticas entre contextos de cuidados*. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/31753/1/2016_Jornadas26-34.pdf

Pinto, T., Pinto, J., Rebelo-Pinto, H. & Paiva, T. (2016). O sono em adolescentes portugueses: proposta de um modelo tridimensional. *Análise Psicológica*, 34(4), 339-352. <https://doi.org/10.14417/ap.1221>

Precioso, J., Araújo, A., Samorinha, C. & Correia, C. (2016). Porque é que pais e mães fumadores fumam dentro de casa? *Análise Psicológica*, 34(4), 177-192.

<https://doi.org/10.14417/ap.912>

Precioso, J. (2006). Boas práticas em prevenção do tabagismo em meio escolar. *Revista Portuguesa de Clínica Geral* 22(2), 201-222. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v22i2.10230>

Proença, R., Vaz, H. & Pais, S. (2021). O papel da formação profissional contínua no processo de humanização do ambiente hospitalar. *On*, 42(4), 30-37. <https://doi.org/10.31877/on.2021.42.04>

Querido, D. & Lourenço, M. (2022). A promoção da vinculação – um valor em saúde in Instituto de Ciências da Saúde, *Enfermagem Especializada: Um Valor em Saúde – IV Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem* (pp. 46-50). <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/37286/1/9789895479368.pdf#page=46>

Ramos, A. & Barbieri-Figueiredo, M. (2020). *Enfermagem em saúde da criança e do jovem* (1.ª ed.). Lidel – Edições Técnicas, Lda

Rana, M., Allende, C., Latorre, T., Astorga, K., & Torres, A. (2019). Sueño en los niños: fisiología y actualización de los últimos conocimientos [Sleep in children: physiology and update of a literature review]. *Medicina*, 79(3), 25–28.

Reis, D. (2017). *Cuidar de crianças submetidas a cirurgia: o trabalho emocional em enfermagem na preparação da criança e sua família* [Tese de Mestrado]. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Rodrigues, C. (2015). *Dificuldades sentidas pelos pais de crianças com diabetes mellitus em idade pré-escolar na gestão da terapêutica e alimentação* [Tese de Mestrado]. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Rosário, P., Nuñez, J., Azevedo, R., Cunha, J., Pereira, A. & Mourão, R. (2014). Understanding gypsy children's conceptions of learning: A phenomenographic study. *School Psychology International*, 35(2), 152-166. <https://doi.org/10.1177/014303431246930>

Santos, C., Pimenta, C. & Nobre, M. (2007). The PICO strategy for the research question construction and evidence search. *Revista latino-americana de enfermagem*, 15(3), 508-511. <https://doi.org/10.1590/s0104-11692007000300023>

Santos, M. (2020). A metodologia do estudo de caso pode ser aplicada a nível da saúde ocupacional? *Revista Portuguesa de Saúde Ocupacional Online*, 10, 1-20.

Santos, M. (2010). *Vivência parental da doença crónica: estudo sobre experiência subjetiva da doença em mães de crianças com fibrose quística e com diabetes*. Lisboa: Edições Colibri.

Siegel J. M. (2009). Sleep viewed as a state of adaptive inactivity. *Nature reviews, Neuroscience*, 10(10), 747–753. <https://doi.org/10.1038/nrn2697>

Silva, B. (2020). *Repercussão da prática do tummy time sobre os marcos motores de lactentes* [Tese de Mestrado]. Universidade Federal do Rio Grande do Norte: Faculdade de Ciências de Saúde do Trairí.

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(7), 63-72. <https://doi.org/10.12707/RIV17103>

Silva, F. (2014). *Hábitos e problemas do sono dos 2 aos 10 anos* [Dissertação de Doutoramento]. Universidade Nova de Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas.

Silva, F., Silva, C., Braga, L. & Neto, A. (2013). Hábitos e problemas do sono dos 2 aos 10 anos: estudo populacional. *Portuguese Journal of Pediatrics*, 44(5), 196-202. <https://doi.org/10.25754/pjp.2013.2898>

Silva, J., Monteiro, A., Coutinho, E., Cruz, L., Araújo, L., Dias, W. & Costa, P. (2020). The instructional therapeutic toy as a tool in child cancer care. *Research, Society and Development*, 9(7). <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i7.4253>

Silva, J., Oliveira, W., Zequinão, M., Lizzi, E., Pereira, B. & Silva, M. (2018). Resultados de Intervenções em Habilidades Sociais na Redução de Bullying Escolar: Revisão Sistemática com Metanálise. *Trends in Psychology*, 26(1), 509-522. <https://doi.org/10.9788/TP2018.1-20Pt>

Silva, M. (2017). *Método de trabalho de enfermeiro responsável – melhoria da qualidade* [Tese de Mestrado]. Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (2022). *Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância*. <https://snipi.gov.pt/quem-somos#no-back>

Smaldone, A., Honig, J. & Byrne, M. (2009). Does assessing sleep inadequacy across its continuum inform associations with child and family health? *Journal of pediatric health care : official publication of National Association of Pediatric Nurse Associates & Practitioners*, 23(6), 394–404. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2008.10.006>

Snell, E., Adam, E. & Duncan, G. (2007). Sleep and body mass index and overweight status of children and adolescents. *Child Development*, 78(1), 309-323. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2007.00999.x>

Sobral, M., Pessoa, V., Florêncio, R., Solon, A., Bento, J., Cestari, V. & Menezes, L. (2018). Elementos essenciais da consulta de enfermagem à criança e ao adolescente. *Revista de Enfermagem UFPE online*, 12(12), 3464-3475. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i12a235064p3464-3475-2018>

Sociedade Portuguesa de Pediatria. (2013). Recomendação de curvas de crescimento para crianças pré-termo. *Acta Pediátrica Portuguesa* 44(2), 94-99.

Sociedade Portuguesa de Pediatria & Sociedade Pediatria Social. (2017). *Recomendações: prática da sesta da criança nas creches e infantários, públicos ou privados*.

https://www.spp.pt/UserFiles/file/Noticias_2017/VERSAO%20PROFISSIONAIS%20DE%20SAUDE_RECOMENDACOES%20SPS-SPP%20SESTA%20NA%20CRIANCA.pdf

Sousa, L., Firmino, C., Marques-Vieira, C., Severino, S. & Pestana, H. (2018). Revisões da literatura científica: tipos, métodos e aplicações em enfermagem. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 1(1), 45-54.

Sousa, L., Marques-Vieira, C., Severino, S., Antunes, A. (2017). A metodologia de revisão integrativa da literatura em enfermagem. *Revista investigação em enfermagem*, 17-26.

Souza, M., Leal, G. & Huzita, E. (2012). Um exemplo de estudo experimental conduzido sob a perspectiva de um processo. *Revista Tecnológica*, 21(1), 43-52. <https://doi.org/10.4025/revtecnol.v1i21.9928>

Souza, R. (2009). O que é um estudo clínico randomizado? *Medicina (Ribeirão Preto)*, 42(1), 3-8. <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v42i1p3-8>

Spiegel, K., Knutson, K., Leproult, R., Tasali, E. & Cauter, E. (2005). Sleep loss: a novel risk factor for insulin resistance and type 2 diabetes. *Journal of applied physiology*, 99(5), 2008-2019. <https://doi.org/10.1152/jappphysiol.00660.2005>

Sutton, J. (2011). Promoting effective interventions for sleep problems. *Nursing Children and Young People*, 23(8), 14-18. <https://doi.org/10.7748/ncyp2011.10.23.8.14.c8721>

Tähkämö, L., Partonen, T., & Pesonen, A. (2019). Systematic review of light exposure impact on human circadian rhythm. *Chronobiology international*, 36(2), 151–170. <https://doi.org/10.1080/07420528.2018.1527773>

Tekcan, P., Çaliskan, Z. & Kocaöz, S. (2020). Sleep Quality and related factors in Turkish high school adolescents. *Journal of Pediatric Nursing*, 55, 120-125. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2020.07.020>

Thiese M. (2014). Observational and interventional study design types; an overview. *Biochemia medica*, 24(2), 199–210. <https://doi.org/10.11613/BM.2014.022>

Thome, M. & Skuladottir, A. (2004). Evaluating a family-centred intervention for infant sleep problems. *Journal of Advanced Nursing*, 50(1), 5-11. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03343.x>

Torres, A., Preira, A., 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 ESSCVP*, 12, 28-33.

Touchette, E., Dionne, G., Forget-Dubois, N., Petit, D., Pérusse, D., Falissard, B., Tremblay, R., Boivin, M. & Montplaisir, J. (2013). Genetic and environmental influences on daytime and nighttime sleep duration in early childhood. *Pediatrics*, 131(6), 1874-1880. <https://doi.org/10.1542/peds.2012-2284>

Tremblay, M., Aubert, S., Barnes, J., Saunders, T., Carson, Vi., Latimer-Cheung, A, Chastin, S., Alterburg, T. & Chinapaw, M. (2017). Sedentary Behaviour Research Network – Terminology Consensus Project process and outcome. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 75(14), 1-17. <https://doi.org/10.1186/s12966-017-0525-8>

Trindade, C. (2019). *O sono na infância: educar para promover o sono saudável – atuação do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica* [Tese de Mestrado]. Mestrado em Enfermagem em Associação: Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde.

Trindade, C. & Ramos, A. (2020). Influência dos programas de educação sobre o sono de crianças e adolescentes: revisão integrativa. *Acta Paulista de Enfermagem*, 33, 1-9. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2020AR01936>

Vale, C., Santos, N. & Angelo, M. (2019). Conhecendo o uso do genograma entre enfermeiras de unidades pediátricas de um hospital universitário. *Rev Soc Bras Enferm Ped*, 19(1), 23-31. <http://dx.doi.org/10.31508/1676-3793201900004>

Vallido, T., Jackson, D. & O'Brien, L. (2009). Nurses' management of adolescent sleep disturbance: a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 19(3-4), 324-331. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.03059.x>

Ward, T., Rankin, S. & Lee, K. (2007). Caring for children with sleep problems. *Journal of Pediatric Nursing*, 22(4), 283-296. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2007.02.006>

Warren, I., Mat-Ali, E., Green, M. & Nyathi, D. (2019). Evaluation of the Family and Infant Neurodevelopmental Education (FINE) programme in the UK. *Journal of Neonatal Nursing*, 25(2), 93-98. <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2018.11.004>

Xu, Z., Su, H., Zou, Y., Chen, J., Wu, J., & Chang, W. (2012). Sleep quality of Chinese adolescents: distribution and its associated factors. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 48(2), 138-145. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1754.2011.02065.x>

Zachariasse, J., Maconochie, I., Ruud, N., Greber-Platzer, S., Smit, F., Nieboer, D., Van der Lei, J., Alves, C. & Moll, H. (2021). Improving the prioritization of children at the emergency department: Updating the Manchester Triage System using vital signs. *PLoS One*, 16(2), e0246324. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0246324>

ANEXOS

ANEXO I: Escala "Schedule of Growing Skills II"

Data das Avaliações				Data das Avaliações			
CAPACIDADES POSTURAS PASSIVAS (0 - 6 MESES)				16	Mantém-se sentado por períodos prolongados (8)	2	
POSIÇÃO SUPINA				17	Passa para a posição sentado de decúbito ventral e dorsal (10)	3	
01	Cabeça na linha média (1)	1		APOIO NOS MEMBROS INFERIORES			
02	Levanta as pernas para vertical e agarra os pés (6)	2		18	Apoia algum peso nos membros inferiores (6)	1	
SUSPENSÃO VENTRAL				19	Apoia algum peso nos membros inferiores (8)	2	
03	Cabeça alinhada com o corpo, ancas semi-estendidas (1)	1		20	Mantém-se de pé agarrado (10)	3	
04	Cabeça acima da linha do corpo, ancas e ombros estendidos (3)	2		21	Põe-se de pé sozinho, agarrado à mobília (12)	4	
TRACÇÃO PARA A POSIÇÃO SENTADA				PONTUAÇÃO DA POSTURA ACTIVA			
05	Queda considerável da cabeça, quando o corpo está na vertical, controle momentâneo da cabeça antes da queda para a frente (1)	1		CAPACIDADES LOCOMOTORAS (9 - 60 MESES)			
06	Pouca queda da cabeça (3)	2		MOVIMENTO E BALANÇO			
07	Tracção pelas mãos, faz força para se sentar (6)	3		22	Desloca-se rebolando e arrastando-se (10)	1	
POSIÇÃO SENTADO (APOIADO)				23*	Tenta gatinhar (por vezes para trás) (10)	2	
08	Dorso moderadamente curvado, levanta momentaneamente a cabeça (3)	1		24	Caminha pela mão (12)	3	
09	Costas direitas (6)	2		25	Caminha agarrado à mobília ou a empurrar brinquedos com rodas (12)	4	
PONTUAÇÃO DA POSTURA PASSIVA				26	Caminha sozinho, pés afastados e braços levantados para equilíbrio (15)	5	
				27	Pés apenas um pouco afastados, já dá curvas e pára subitamente (15)	6	
				28	Levanta um objecto do chão sem cair (18)	7	
CAPACIDADES POSTURAS ACTIVAS (0 - 12 MESES)				29	Corre com confiança, pára e inicia com cuidado, evitando obstáculos (18)	8	
DECUBITO VENTRAL				30	Salta com pés juntos do último degrau (24)	9	
10	Cabeça de lado, os joelhos flectidos sob o abdómen, com as ancas levantadas, os braços encostados ao tórax com os cotovelos flectidos (RN)	1		31*	Consegue caminhar em "bicos dos pés" (30)	10	
11	Cabeça de lado, os membros flectidos, os cotovelos afastados do tórax, as ancas moderadamente levantadas (1)	2		32*	Consegue correr em "bicos dos pés" (36)	11	
12	Levanta a cabeça e o tórax com apoio nos antebraços. Ancas planas (3)	3		33	Salta num pé 3 passos (36)	12	
				34*	Marcha pé-ante-pé 4 passos (3 tentativas) (48)	13	
13	Apoia peso nas palmas das mãos, com braços estendidos e atitude de alerta (6)	4		35*	Mantém-se 8 segundos apoiado em cada pé (60)	14	
14	Passa para a posição de gatas (8)	5		ESCADAS			
				36	Sobe escadas de gatas e desce de "rabo" (18)	1	
				37	Sobe escadas pela mão, com 2 pés no mesmo degrau (24)	2	
				38	Sobe e desce escadas acompanhado, com dois pés no mesmo degrau (24)	3	
				39*	Sobe (alterna pés) e desce (2 pés) escadas sozinho (30)	4	

POSIÇÃO SENTADA					40*	Sobe e desce escadas sozinho - 1 pé em cada degrau (48)	5			
					41	Sobe escadas a correr (60)	6			
15	Mantém-se sentado momentaneamente sem apoio (6)	1			PONTUAÇÃO DAS CAPACIDADES LOCOMOTORAS					
Data das Avaliações					Data das Avaliações					
CAPACIDADES MANIPULATIVAS					80	Aponta para objectos distantes (12)	5			
MÃOS					81	Mostra-se interessado em gravuras (15)	6			
42	Mãos fechadas e polegar flectido (1)	1			82	Reconhece detalhes em livros e gravuras (18)	7			
43	Olha para as mãos e brinca com os dedos (3)	2			83	Completa placa círculo, quadrado e triângulo (24)	8			
44	Junta as mãos e aperta as palmas uma contra a outra (3)	3			84*	Completa placa dos peixes (24)	9			
45	Preensão palmar usando toda a mão (6)	4			85*	Reconhece detalhes minúsculos em livros (30)	10			
46	Transfere objectos (6)	5			86*	Combina 2 cores primárias (36)	11			
47	Segura dois cubos, um em cada mão, e junta-os (8)	6			87	Combina 4 cores primárias (36)	12			
48	Pega num pequeno objecto entre o polegar e o indicador com pinça imperfeita (10)	7			88	Combina 10 cores (48)	13			
49	Pinça correcta (12)	8			89	Coopera com testes de visão de carta linear (6 metros) (60)	14			
50	Atira deliberadamente os brinquedos ao chão (12)	9			PONTUAÇÃO DAS CAPACIDADES VISUAIS					
51	Vira páginas de um livro (várias de cada vez) (18)	10			AUDIÇÃO E LINGUAGEM					
52	Vira uma página de cada vez (24)	11			FUNÇÃO (0 - 12 MESES)					
53*	Pregos dentro da chávena em 30 segundos. 10 + (3 tentativas) (36)	12			90	Assusta-se com ruído súbito (RN)	1			
54*	Pregos na placa em 30 segundos. 8 + (3 tentativas) (60)	13			91	Responde à voz ou som suave (3)	2			
CUBOS					92	Orienta-se para a voz da mãe (6)	3			
55*	Torre de 2 cubos (15)	1			COMPREENSÃO					
56	Torre de 3 cubos (18)	2			93	Vira a cabeça em direcção a fonte sonora (6)	1			
57	Torre de 4 - 6 cubos (24)	3			94	Atento aos sons rotineiros (8)	2			
58*	Torre de 7 ou + (30)	4			95	Compreende "não / adeus" (10)	3			
59*	Cópia ponte (36)	5			96	Reconhece o seu próprio nome (12)	4			
60*	Constrói 3 degraus com 6 cubos, após demonstração (48)	6			97*	Mostra compreender os nomes de pessoas ou objectos familiares (12)	5			
DESENHO					98*	Selecciona, a pedido, 2 objectos de 4 (15)	6			
61	Rabisco para cá e para lá (15)	1			99	Aponta para 2 partes do corpo - Nariz e Mãos (18)	7			
62	Rabisco circular (18)	2			100	Aponta para partes do corpo de uma boneca - Olhos e Barriga (18)	8			
63*	Imita linha vertical e / ou horizontal (24)	3			101*	Segue ordem de 2 passos - "Dá de beber à boneca" (24)	9			
64*	Imita círculo (30)	4			102*	Compreende os verbos das gravuras (24)	10			
65*	Imita cruz (36)	5			103*	Compreende as funções dos objectos das gravuras (30)	11			
66*	Cópia quadrado (48)	6			104*	Segue instruções com preposições (30)	12			
FIGURA HUMANA					105*	Compreende adjectivos de tamanho (36)	13			
67*	Cabeça e uma outra parte (36)	1			106*	Compreende negativos (36)	14			
68*	Cabeça, pernas e (geralmente) braços e dedos (48)	2			107*	Cumprir uma ordem com 2 instruções (48)	15			
69*	Cabeça, tronco, pernas, braços e outras características (24)	3			108*	Compreende questões mais complicadas (48)	16			
PONTUAÇÃO DAS CAPACIDADES MANIPULATIVAS					109*	Cumprir uma ordem com 3 instruções (60)	17			
CAPACIDADES VISUAIS					110*	Compreende negativos em instruções complexas (60)	18			
70	Volta-se para a luz difusa (RN)	1			PONTUAÇÃO DA AUDIÇÃO E LINGUAGEM					
71	Segue brevemente foco a 30 cm de distância (1)	2			FALA E LINGUAGEM					
72	Fixa a face ou objecto na linha da visão e segue-o com os olhos < 90º (1)	3			VOCALIZAÇÃO (0 - 12 MESES)					
73	Segue objecto 180º (3)	4			111	Sons guturais ocasionais (1)	1			
74	Converge os olhos com a aproximação do objecto (3)	5			112	Vocaliza quando satisfeito (3)	2			

75	Aponta com o indicador, com precisão, para pequeno objecto (12)	6				113	Ri e gruta durante o jogo (6)	3			
						114	Palra continuamente para atrair a atenção (8)	4			
						115	Imita sons dos adultos (tosse, b´rrr) (10)	5			
	COMPREENSÃO						LINGUAGEM EXPRESSIVA				
76	Observa objecto que cai e esquece-o rapidamente (6)	1									
77	Olha para o local correcto à procura do objecto que cai (6)	2									
78	Procura brinquedo escondido (8)	3				116	Jargon incessante, contendo essencialmente vogais e muitas consoantes (12)	1			
79	Atento ao movimento à distância (olha pela janela) (10)	4									
	Data das Avaliações						Data das Avaliações				
117	Uma palavra com significado (12)	2				149	Encontra rapidamente objecto escondido (12)	3			
118	Comunica utilizando simultaneamente gesto e vocalização (15)	3				150	Explora as propriedades e possibilidades dos brinquedos e outros objectos com interesse (15)	4			
119	Várias palavras com significado (15)	4				151	Brinca sozinho perto de pessoa familiar (15)	5			
120	Usa mais de 7 palavras com significado (15)	5				152	Empurra e puxa grandes brinquedos com facilidade (18)	6			
121	Tenta repetir palavras usadas pelos outros (18)	6				153	Chuta bola pequena (24)	7			
122	Junta 2 ou mais palavras para formar frases (15)	7				154	Atira com a mão bola pequena (30)	8			
123	Nomeia objectos e gravuras familiares (24)	8				155	Sabe aguardar pela sua vez no jogo (36)	9			
124	Fala geralmente compreendida pela mãe (24)	9				156	Jogo imaginativo complicado, cumpre regras (60)	10			
125	Usa palavras interrogativas (O quê? Onde?) e usa 2 pronomes pessoais (p.e., mim, tu) (30)	10					PONTUAÇÃO DAS CAPACIDADES DE INTERACÇÃO SOCIAL				
126	Capaz de manter conversação simples e descreve acontecimentos (30)	11									
127	Sabe várias canções infantis ou comerciais (36)	12					CAPACIDADES SOCIAIS D E AUTONOMIA (6 - 60 MESES)				
128*	Dá apropriada conta de acontecimentos recentes (36)	13					ALIMENTAÇÃO				
129	Discurso fluente e claro (48)	14				157	Segura no biberon quando está a ser alimentado (6)	1			
130*	Frase de 5 ou + palavras (48)	15				158	Tenta pegar na colher (8)	2			
131*	Descreve sequência de acontecimentos (60)	16				159	Segura, morde e mastiga uma bolacha (10)	3			
132*	Consegue explicar acontecimentos (60)	17				160	Bebe por um copo com ajuda (12)	4			
	PONTUAÇÃO DAS CAPACIDADES DA FALA E LINGUAGEM					161	Segura na colher mas não se alimenta (12)	5			
	CAPACIDADES DE INTERACÇÃO SOCIAL					162	Segura na colher, leva-a à boca, mas não consegue deixar de entornar (15)	6			
	COMPORTAMENTO SOCIAL					163	Segura na chávena com ambas as mãos e bebe sem entornar muito (18)	7			
133	Sorri à estimulação social (1)	1				164	Come com colher sem entornar (18)	8			
134	Responde ao tratamento carinhoso (3)	2				165	Levanta o copo, bebe e coloca-o na mesa sem dificuldade (24)	9			
135	Gosta do banho e das rotinas higiénicas (3)	3				166	Come perfeitamente com colher (30)	10			
136	Leva tudo à boca (6)	4				167	Come com colher e garfo (36)	11			
137	Mostra-se irritado quando frustrado (10)	5				168	Come perfeitamente com pouquíssima ajuda (48)	12			
138	Faz gracinhas e acena "adeus" (12)	6				169	Não necessita de ajuda durante a refeição (60)	13			
139	Curioso e atento às pessoas, objectos e acontecimentos à sua volta (12)	7					HIGIENE 1 (171 - 175) HIGIENE 2 (176 - 179)				
140	Imita actividades simples da vida diária (15)	8				170	Dá sinal quando está molhado ou com fezes (15)	1			
141*	Resistente e rebelde, quando contrariado (18)	9				171	Dá sinal antes de fazer (irritabilidade / vocalização) (18)	2			
142	Brinca com outras crianças, mas não partilha os brinquedos (24)	10				172	Seco durante o dia (24)	3			
143*	Partilha brinquedos e a atenção dos adultos (30)	11				173	Verbaliza a necessidade de ir à casa de banho em tempo razoável (24)	4			
144*	Mostra-se preocupado com irmãos e amigos (36)	12				174	Geralmente seco durante a noite (30)	5			
145	Conforta activamente irmãos e amigos (36)	13				175	Lava as mãos (36)	1			
146	Nomeia o melhor amigo (48)	14				176	Lava e seca as mãos e escova os dentes (48)	2			
	Jogo					177	Lava e seca mãos e cara, com competência (48)	3			

						178	Veste-se e despe-se sozinho (sem botões e fechos) (60)	4			
147	Quando lhe é oferecida uma roca, garra-a e abana-a até obter som (6)	1				179	Veste-se e despe-se sozinho (incluindo botões e fechos) (15)	5			
148	Encontra um objecto parcialmente escondido (8)	2					PONTUAÇÃO DAS CAPACIDADES SOCIAIS E AUTONOMIA				

ANEXO II: Folha de perfil da escala "Schedule of Growing Skills II"

Folha do Perfil do Aluno											
Nome _____						Processo nº _____					
Data de Nascimento _____						Idade: 1ª Observação _____					
						2ª Observação _____					
Teste realizado por _____						3ª Observação _____					

Áreas											
Idade (meses)	Postura Passiva	Postura Activa	Locomoção	Manipulação	Visão	Audição e Linguagem	Fala e Linguagem	Interação Social	Autonomia	Cognição	Idade (meses)
60 m			20 19	28 27	20	21 20	22 21	24	23 22 21	34 33 32	60 m
48 m			18 17	26 25 24	19	19 18	20 19	23	20 19 18	31 30 29 28	48 m
36 m			16 15	23 22 21	18 17	17 16	18 17	22 21 20	17 16	27 26 25 24	36 m
30 m			14 13	20 19 18	16	15 14	16 15	19 18	15 14	23 22 21 20	30 m
24 m			12 11 10	17 16 15	15 14	13 12	14 13 12	17 16	13 12 11	19 18 17 16	24 m
18 m			9 8 7	14 13 12	13	11 10	11	15 14	10 9 8	15 14 13 12	18 m
15 m			6 5	11 10	12	9	10 9 8	13 12 11	7 6	11 10 9	15 m
12 m		12	4 3	9 8	11 10	8 7	7 6	10 9 8	5 4	8 7 6	12 m
10 m		11 10	2 1	7	9	6	5	7	3	5 4	10 m
8 m		9 8 7		6	8	5	4	6	2	3 2	8 m
6 m	9 8 7	6 5 4		5 4	7 6	4 3	3	5 4	1	1	6 m
3 m	6 5 4	3		3 2	5 4	2	2	3 2			3 m
1 m	3 2 1	2			3 2		1	1			1 m
0 m		1			1	1					0 m
Áreas	Postura Passiva	Postura Activa	Locomoção	Manipulação	Visão	Audição e Linguagem	Fala e Linguagem	Interação Social	Autonomia	Cognição	
Qualidade*											

* Use um "X" para indicar preocupação relativamente à qualidade da performance.

APÊNDICES

APÊNDICE I: Panfleto "Alimentação no Primeiro Ano de Vida"



INTRODUÇÃO DA CARNE E PEIXE

- Introduzir a carne e o peixe ao 6º mês;
- Oferecer cerca de 30g por dia (peso cru e sem gordura);
- Oferecer 4 dias carne e 3 peixe;
- Preferir carnes brancas (frango, peru, coelho) e peixes como pescada e linguado;
- Podem ser adicionados à sopa de legumes.



ASPETOS IMPORTANTES A TER EM CONSIDERAÇÃO

- A ordem de introdução deve ser adaptada a cada criança;
- A introdução de novos alimentos deve ter intervalos de cerca de uma semana;
- Os alimentos sólidos devem ser dados por colher;
- Não dar papa por biberão;
- A textura deve ser progressivamente menos homogênea;
- Oferecer apenas uma papa por dia (substituindo apenas uma refeição de leite);
- Utilizar água fervida até aos 6 meses;
- Não oferecer guloseimas;
- Não adicionar sal, açúcar, mel ou condimentos;
- Não introduzir alimentos em dias de vacinas;
- Não acompanhar as refeições ricas em ferro com leite ou iogurte.



SALMÃO INTRODUIR SÓ APÓS OS 12 MESES



INTRODUÇÃO DO OVO

- Introduzir a gema do ovo aos 9 meses;
- Começar com meia gema cozida por semana, em substituição da carne ou do peixe;
- A clara do ovo pode ser introduzida a partir dos 11 meses.



INCENTIVAR O CONSUMO DE ÁGUA



RITA VILALOBOS
MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA, 2022



ALIMENTAÇÃO NO PRIMEIRO ANO DE VIDA



Aleitamento Materno Exclusivo

Recomendações:

- O leite materno é o alimento mais adequado para o seu bebé;
- O aleitamento materno exclusivo é recomendado nos primeiros 6 meses de vida e deve ser mantido mesmo depois da introdução de alimentos sólidos;
- Se está a amamentar é importante que tenha uma dieta equilibrada e variada e ingira bastante água;
- Evite o consumo de álcool, tabaco, cafeína e outras substâncias que possam ser prejudiciais para o bebé.



Vantagens:
Nutricionalmente equilibrado;
Adapta-se às necessidades do seu bebé;
Contribui para a vinculação mãe-filho;
Fornece anticorpos ao bebé;
Económico e não requer preparação.

Diversificação Alimentar

INTRODUÇÃO DE NOVOS ALIMENTOS

- **ENTRE OS 4 E OS 6 MESES** (se aleitamento materno exclusivo)

Deve iniciar com pequenas quantidades e aumentar gradualmente;
Introduzir os alimentos com cerca de uma semana de intervalo, de forma a detetar alguma alergia;
O bebé deve começar pelo caldo de legumes.



ATENÇÃO À TEMPERATURA DOS ALIMENTOS

PREPARAÇÃO DA PRIMEIRA SOPA

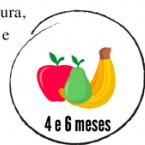
- Lavar bem os legumes antes de os cozinhar;
- Cozer 4 a 5 dos seguintes: cenoura, batata, abóbora, cebola, alho, alho francês, alface, curgete, brócolos ou couve-flor;
- Triturar tudo e temperar com uma colher de chá de azeite.
- **Não adicionar sal!**



NÃO INTRODUIR ANTES DOS 12 MESES

Introdução da Fruta

- Os frutos devem ser oferecidos individualmente e consumidos por inteiro, após a sopa;
- Deve ser fresca, crua e madura, desfeita ou triturada, sem casca e preparada na hora.



Kiwi, Morango, Maracujá
NÃO INTRODUIR ANTES DOS 12 MESES

Introdução da Papa

- Pode ser preparada com o leite do bebé ou com água (engarrafada ou fervida), sendo que a quantidade depende do peso do bebé;
- Deve ser dada apenas uma vez ao dia;
- **Não adicionar açúcar!**



PAPA COM GLÚTEN

Introduzir entre os 4 e os 7 meses;
Deve ser introduzida gradualmente e, preferencialmente, com a manutenção do aleitamento materno.

APÊNDICE II: Documento informativo "Consulta do Adolescente"

**APROVEITA ESTA OPORTUNIDADE!
SEM MARCAÇÃO!
BASTA APARECERES!**

UNIDADE FUNCIONAL DE OLHÃO

QUARTAS-FEIRAS
PRIMEIRA E TERCEIRA
DE CADA MÊS

14:30H - 16:30H

CONSULTA DO ADOLESCENTE



 **REPÚBLICA PORTUGUESA**
SAÚDE

40  **SNS**
SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

120  **DGS**
Direção-Geral da Saúde

 Programa Nacional
para a Promoção
da Alimentação Saudável

 **ARS**
alentejo
Autoridade Regional de Saúde do Alentejo

 **acas central**

APÊNDICE III: Panfleto "Estratégias Promotoras do Sono na Infância"

UM BOM SONO É MUITO IMPORTANTE PARA UMA VIDA SAUDÁVEL

A **higiene do sono** é a forma de garantir os 3 elementos necessários para um sono de boa qualidade:

- **Duração:** deve ser adequado à idade e necessidade de cada um
- **Continuidade:** os ciclos de sono devem ser contínuos e sem interrupções
- **Profundidade:** o sono deve ser profundo o suficiente para ser reparador



SABIA QUE ...

- As máquinas de ruído branco podem ser úteis para bloquear sons exteriores

Funcionam como um som ambiente constante, reduzindo a diferença entre os sons de fundo e um pico de som.

- Banho ou massagem com óleos aromáticos pode ajudar a dormir mais profundamente

Alguns estudos defendem que certos odores, como lavanda, jasmim e extrato de cedro, promovem a qualidade do sono.



ESTRATÉGIAS PROMOTORAS DO SONO:

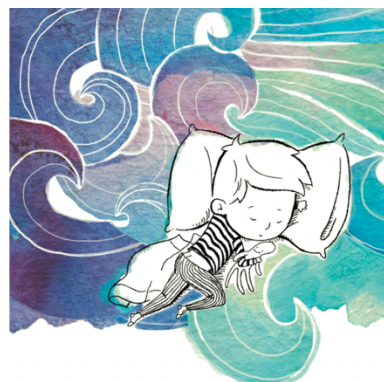
- **Ter um horário regular de sono:** o horário de levantar e de deitar deve ser o mesmo todos os dias, com pequenas variações em fins de semana ou férias.
- **Rotina da hora de deitar:** sequência habitual de preparação para o sono, por exemplo, tomar banho, lavar os dentes, vestir o pijama, ouvir uma história.
- **Ambiente sossegado, escuro e temperatura amena.**
- **Desligar todos os equipamentos eletrônicos** uma hora antes de dormir e deixá-los fora do quarto.
- **Não ir para a cama com fome.**
- **Evitar alimentos ou bebidas estimulantes** antes de dormir (chocolate, refrigerantes, chá, café).
- **Não ingerir muitos líquidos** antes de deitar.
- **Evitar atividades vigorosas** nas 2 horas antes de deitar.

zzz



RITA
VILALOBOS

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE
SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA.
2022



Estratégias Promotoras do Sono na Infância



- O sono é uma **função vital** que evolui ao longo da nossa vida e é essencial para um **bom desenvolvimento físico, mental e intelectual**.
- Os períodos de sono e vigília são regulados pelo nosso relógio biológico. Estes são **influenciados por fatores internos** (idade, ansiedade) e **fatores externos** (luz, ruído...).
- O tempo de sono diário varia com a idade.

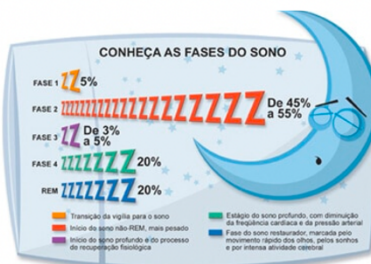
IDADE	TEMPO RECOMENDADO
0 – 3 meses	14 a 17 horas
4 – 11 meses	12 a 15 horas
1 – 2 anos	11 a 14 horas
3 – 5 anos	10 a 13 horas
6 – 13 anos	9 a 11 horas
14 – 18 anos	8 a 10 horas

FUNÇÕES DO SONO

- Crescimento e desenvolvimento do sistema nervoso central;
 - Recuperação de energia;
 - Renovação de células e cicatrização de tecidos;
 - Produção de anticorpos e hormonas;
 - Funções cognitivas (memória e aprendizagem);
 - Auto regulação das emoções.
- Diminuição da capacidade de atenção;
 - Dificuldades na memória e aprendizagem;
 - Comportamento hiperativo;
 - Irritabilidade e humor variável;
 - Sonolência;
 - Comportamentos de risco;
 - Obesidade.

CONSEQUÊNCIAS DE UM SONO INADEQUADO

O CORPO PASSA POR VÁRIOS CICLOS DE SONO DURANTE A NOITE



ADOLESCENTE

- O adolescente apresenta um horário mais variável influenciado pelos horários escolares e atividades extra-curriculares, no entanto, o **total de horas deve ser mantido**.
- Deve dormir entre **9 a 10 horas por noite**.
- Deve evitar o consumo de álcool, tabaco ou outras drogas.
- Evitar os **dispositivos eletrônicos** na hora antes de dormir e os mesmos devem ficar fora do quarto.

A luz emitida pela televisão, telemóvel ou computador tem efeitos nocivos no sono

zzz

CRIANÇA



- É importante existir **tempo de convívio** com os pais no fim do dia e manter uma **rotina habitual** na hora de deitar.
- Deve ser **deitada sonolenta mas acordada** para aprender a adormecer sozinha.
- Contactos durante a noite devem ser **breves e monótonos**, mantendo a criança na sua cama (não ligar a luz, não pegar ao colo, não estimular).
- Permitir o uso de **objetos de transição** (manta, boneco).



APÊNDICE IV: Tabela de extração dos artigos

Effects of parental education on screen time, sleep disturbances and psychological adaptation among Asian preschoolers: a randomized controlled study.

Autores	Lin, Y., Kuo, S., Chang, Y., Lin, P., Lin, Y., Lee, P., Lin, P. & Chen, S.
Ano	2021.
País	China.
Objetivos	Compreender o impacto da implementação de um programa educacional dirigido aos pais de crianças com idade pré-escolar acerca do uso de ecrãs, qualidade do sono e adaptação psicossocial.
Participantes	129 díades pais-filhos.
Metodologia	Estudo randomizado controlado. Foram selecionadas aleatoriamente crianças de idade pré-escolar saudáveis (4 a 6 anos) com tempo de ecrã habitual superior ou igual a 2 horas por dia, obtendo uma amostra de 129 díades pais-filhos que foram distribuídas aleatoriamente pelo grupo experimental (programa educacional N=63) e ao grupo controlo (atividades diárias N=66). O grupo experimental participou num programa educacional acerca dos efeitos do tempo de ecrã nas crianças ao longo de 8 semanas, 50 minutos por semana. Este programa foi elaborado por profissionais de saúde, nomeadamente EEESIP e médicos pediatras. Algumas das estratégias utilizadas foram a reflexão, discussão em grupo e exercícios de representação. 97% dos pais do grupo experimental participaram em todas as sessões e apenas 3% participaram apenas em 7 sessões. Para avaliação do tempo de ecrã foi aplicado um questionário acerca do tempo de ecrã, em que o mesmo foi calculado da seguinte forma: $[(\text{tempo de ecrã em dia de semana} \times 5) + (\text{tempo de ecrã ao fim de semana} \times 2)] / 7$. Para avaliar a qualidade do sono foi utilizada a “<i>Children’s Sleep Habits Questionnaire</i>” (pontuação entre 33 e 99, quanto mais elevada, menor a qualidade do sono). No que concerne à adaptação psicossocial foi utilizada a escala “<i>Pediatric Symptom Checklist-17</i>”, que inclui 17 perguntas, cada uma com resposta numa escala de 3 pontos, em 3 subgrupos: internalização, problemas de atenção e externalização (quanto mais alta a pontuação, pior a adaptação psicossocial). Os dados foram colhidos antes e após a intervenção.
Resultados	Após a intervenção, foi possível observar uma redução no tempo total de ecrã das crianças do grupo experimental (206,7 vs. 138,8 min/dia), notando-se maior diferença

	no tempo de ecrã durante a semana (122,7 vs. 84,9 min/dia), o que não se verificou no grupo controlo (215,2 vs. 225,4 min/dia). Quanto à qualidade do sono, também se verificou uma melhoria no grupo experimental após a intervenção (52,1 vs. 50,1 – pontuação na escala “<i>Children’s Sleep Habits Questionnaire</i>”), o que não se verificou no grupo controlo (51,9 vs. 53,5 – pontuação na escala “<i>Children’s Sleep Habits Questionnaire</i>”). Quanto à adaptação psicossocial, foi possível observar uma diminuição dos problemas de atenção no grupo experimental após a intervenção (3,2 vs. 2,6 – pontuação na escala “<i>Pediatric Symptom Checklist-17</i>”) e, por outro lado, o contrário no grupo controlo (3,6 vs. 4,2 – pontuação na escala “<i>Pediatric Symptom Checklist-17</i>”). As pontuações relativas à internalização e externalização não diferiram significativamente entre os dois grupos.
Conclusão	Esta intervenção por parte dos profissionais de saúde direcionada aos pais ao longo de 8 semanas revelou diminuir significativamente o tempo de ecrã das crianças no grupo experimental. Além disso, a intervenção melhorou a qualidade de sono e a pontuação relativa à atenção na escala “<i>Pediatric Symptom Checklist-17</i>” no grupo experimental. Os resultados fornecem evidências empíricas para apoiar o desenvolvimento de mais medidas de intervenção, no entanto, são necessários mais estudos para avaliar os efeitos a longo prazo.

Child and Adolescent Sleep Paterns and Early School Start Times: Recognizing the Role of the Pediatric Nurse

Autores	Fogg, N. & Johnson, A.
Ano	2015.
País	Estados Unidos da América.
Objetivos	Compreender quais os fatores que interferem com o sono dos adolescentes, nomeadamente o horário de início das atividades letivas e reconhecer qual o papel do EEESIP.
Metodologia	<i>Consensus from National Association of School Nurses.</i>
Resultados	Existem vários fatores relacionados com a qualidade do sono em crianças e adolescentes, nomeadamente, o uso de dispositivos eletrónicos na hora de dormir, os horários de deitar e os horários escolares. Vários estudos sugerem melhoria da qualidade do sono e melhor função diurna em crianças e adolescentes com rotinas consistentes na hora de deitar e horários escolares a iniciar mais tarde. Iniciar as aulas dos adolescentes não antes das 8h45m está associado a um aumento da duração do sono nas noites de semana. Posto isto, várias organizações juntaram-se para definir estratégias para melhor o sono das crianças e jovens. Estas estratégias incluem a intervenção do EEESIP ou do enfermeiro de saúde escolar na educação dos pais, professores e alunos acerca da importância de um sono adequado e da identificação dos fatores que influenciam o sono. Os pais devem conhecer a importância de adotar uma rotina consistente na hora de dormir e de restringir o uso de dispositivos eletrónicos antes de dormir.
Conclusão	A adolescência é um período em que os padrões de sono mudam podendo levar a uma diminuição da qualidade do sono e à privação de sono. O atraso no horário de início das aulas é uma das medidas que podem promover a qualidade de sono no adolescente. Também o EEESIP tem um papel fundamental na educação acerca do sono na adolescência, sinais de alerta e medidas a implementar.

Nurses' management of adolescent sleep disturbance: a qualitative study

Autores	Vallido, T., Jackson, D. & O'Brien, L.
Ano	2009.
País	Austrália.
Objetivos	Avaliar o conhecimento dos enfermeiros acerca do sono e distúrbios de sono em adolescentes, bem como as estratégias promotoras do sono.
Participantes	8 enfermeiros envolvidos nos cuidados a adolescentes.
Metodologia	Estudo randomizado. Foram selecionados aleatoriamente 8 enfermeiros envolvidos nos cuidados a adolescentes para participar no estudo. Estes enfermeiros foram submetidos a várias entrevistas semiestruturadas via <i>email</i> que decorreram, em média, durante 5 meses, uma a duas vezes por semana. Os dados recolhidos foram combinados e relacionados entre si.
Resultados	Com base nas respostas obtidas por parte dos enfermeiros, foram criadas 3 categorias: • Um conjunto de experiências, incluindo a formação e conhecimentos derivados da experiência acerca do sono e distúrbios do sono na adolescência • Crenças pessoais relacionadas com o sono, remédios tradicionalmente utilizados e senso comum, que ditam as estratégias utilizadas pelos enfermeiros para promover o sono • Medicação e aconselhamento médico. Os participantes no estudo revelaram que ao longo da sua formação, mesmo em contexto de especialização em saúde infantil e pediátrica, não foram abordados conteúdos como a importância do sono no adolescentes, os distúrbios de sono e intervenções a implementar. Os enfermeiros revelaram adquirir os conhecimentos ao longo das suas experiências pessoais, partilha de conhecimento entre colegas e prática clínica. Todos os enfermeiros que participaram no estudo reconheceram o sono como essencial na saúde e bem-estar físico e mental do adolescente e todos pareceram conhecer a mudança que ocorre nos padrões de sono dos adolescentes, no entanto, revelaram não conhecer a causa dessa mudança (relacionada com alterações na libertação de melatonina). Muitas das crenças pessoais relacionadas com o sono revelaram ter origem nas experiências relacionadas com o sono ao longo da própria infância ou observada nos seus próprios filhos. Também as intervenções implementadas pelos enfermeiros revelaram surgir das próprias experiências, remédios tradicionais ou senso comum, não havendo depois uma avaliação fidedigna dos efeitos dessas intervenções. Algumas das

	intervenções implementadas foram: ingestão de leite morno, promoção do conforto na hora de dormir e implementação de rotinas antes de dormir (tomar um banho quente, ler um livro ou ouvir música calma, evitar ingestão de substâncias estimulantes como cafeína e nicotina). A administração de medicação para dormir surgiu apenas como último recurso, pelos possíveis efeitos adversos e potencial para criar dependência.
Conclusão	Os resultados deste estudo demonstram a necessidade de formar os enfermeiros, em especial os EEESIP acerca da importância e fisiologia do sono no adolescente, fatores que podem influenciar o sono, distúrbios de sono e intervenções a implementar, contribuindo para a conscientização do problema. Aumentar o conhecimento do enfermeiro sobre a temática torna-o mais propenso a realizar ensinamentos aos adolescentes e familiares acerca do mesmo. O EEESIP deve estar atento aos sinais de alerta de forma a detectar precocemente situações que influenciem o sono para poder intervir e/ou encaminhar.

The specialist nurse in the field of childhood sleep disorders

Autores	Caulfield, A.
Ano	2011.
País	Inglaterra.
Objetivos	Compreender qual o papel do EEESIP no âmbito dos distúrbios de sono na infância.
Metodologia	Estudo de caso.
Resultados	Os distúrbios de sono são comuns na infância e podem ter um impacto negativo na saúde, comportamento, desempenho escolar e dinâmica familiar da criança e jovem. A intervenção do EEESIP tem sido um importante indicador da melhoria da qualidade de vida dos jovens e da melhoria dos serviços de saúde. O EEESIP com intervenção específica em distúrbios do sono necessita de ser dotado de vários conhecimentos e experiência em desenvolvimento infantil, problemas básicos de otorrinolaringologia, fisiologia do sono, distúrbios do sono, terapia comportamental, dinâmica familiar, intervenções direcionadas à comunidade e intervenções multidisciplinares. De modo a compreender a etiologia dos distúrbios de sono é importante que as famílias sejam avaliadas como um todo e, de preferência, no seu ambiente familiar, de modo a identificar forças e vulnerabilidades com o objetivo de planear intervenções. É também papel do EEESIP ensinar sobre o sono a outros profissionais de saúde, bem como aos professores e educadores de modo a que estes estejam também atentos a sinais de alerta. Realça-se ainda a importância da organização de sessões de educação para a saúde, através da criação de “oficinas do sono” direcionadas às crianças/jovens e seus pais/cuidadores habituais.
Conclusão	O EEESIP apresenta um papel fundamental na deteção, intervenção e tratamento dos distúrbios do sono na infância. A educação para a saúde tem um papel fundamental na consciencialização do problema, contribuindo para o diagnóstico e intervenção precoce, aumentando a qualidade do sono e qualidade de vida da população pediátrica.

Evaluating a family-centred intervention for infant sleep problems

Autores	Thome, M. & Skuladottir, A.
Ano	2004.
País	Islândia.
Objetivos	Avaliar o impacto de uma intervenção centrada na família de bebés com distúrbios de sono.
Participantes	33 bebés (idades entre os 6 e os 23 meses de idade), 33 mães e 30 pais.
Metodologia	Estudo experimental. Participaram no estudo 33 bebés saudáveis mas com algum tipo de perturbação do sono (idades entre os 6 e os 23 meses de idade), 33 mães e 30 pais. Foram avaliados aspetos como a qualidade do sono e irritabilidade do bebé, angústia dos pais, fadiga, <i>stress</i> parental, ansiedade e sintomas depressivos através da aplicação de questionários aos pais. Foram utilizados vários instrumentos de avaliação como o “Índice de <i>stress</i> parental” (pontuação varia entre 36 e 180, sendo que, acima de 90 é considerado um fator de risco), a “Escala de depressão pós-parto de Edimburgo” (<i>scores</i> mais elevados, indicam maior sofrimento emocional) e a escala “<i>State-anxiety inventory</i>”. Os questionários e escalas foram aplicados uma semana antes da intervenção e 2 meses após a mesma. A intervenção foi dinamizada por um EEESIP e englobou intervenções como: colheita de dados através da entrevista, escuta ativa e incentivo à expressão de emoções, educação dos pais promovendo a individualidade do bebé com foco nos problemas comportamentais e avaliação do estado de saúde dos pais, com base nos questionários e dados recolhidos, encaminhando para intervenção especializada, se necessário.
Resultados	De acordo com a análise dos dados e questionários, foi possível concluir que tanto os pais como as mães apresentavam um elevado grau de angústia antes da intervenção. Após a intervenção a angústia e o <i>stress</i> parental foram diminuindo significativamente. De acordo com a avaliação da escala “Índice de <i>stress</i> parental”, antes da intervenção a pontuação média nas mães era de 80 pontos e nos pais 82 pontos e, após a intervenção esta reduziu para uma média de 64 pontos e 66 pontos, respetivamente. Analisando a “Escala de depressão pós-parto de Edimburgo” observa-se a mesma tendência com uma pontuação de 11 pontos nas mães e 10 pontos nos pais antes da intervenção e de 6 pontos nas mães e 7 pontos nos pais após a intervenção, o que revela uma diminuição significativa nos sintomas depressivos. Esta diminuição da angústia e <i>stress</i> mostrou estar diretamente relacionada com a melhoria da qualidade do sono dos bebés após a

	intervenção. Os despertares noturnos do bebé diminuíram significativamente após a intervenção (5,1 antes da intervenção vs 1,2 após a intervenção), e a duração média do sono noturno aumentou após a intervenção (9,2 antes da intervenção vs 10,9 após a intervenção).
Conclusão	Os resultados deste estudo demonstram o impacto negativo que os distúrbios de sono têm na dinâmica familiar e saúde dos pais, aumentando os seus níveis de angústia, <i>stress</i> e sintomas depressivos. Os resultados revelam que uma intervenção por parte do EEESIP centrada na família pode melhorar significativamente o sono do bebé e, consequentemente diminuir a angústia, <i>stress</i> e sintomas depressivos nos pais.

Effects on parents of an intervention to resolve infant behavioral sleep problems

Autores	Hall, W., Causon, M., Carty, E., Jenssen, P. & Saunders, R.
Ano	2006.
País	Canadá.
Objetivos	Avaliar o impacto de uma intervenção direcionada aos pais com objetivo de resolver problemas comportamentais de sono em bebés.
Participantes	39 bebés saudáveis, com idades entre os 6 e os 12 meses de idade com algum tipo de problemas comportamentais de sono e seus pais (n=117).
Metodologia	Estudo experimental. De um total de 97 pais que contactaram uma linha direta de apoio a recém-nascidos em busca de ajuda relacionada com problemas de sono, foram selecionados para este estudo 39 bebés saudáveis, com idades entre os 6 e os 12 meses de idade com algum tipo de problemas comportamentais de sono e seus pais (n=117). Os participantes foram divididos em 7 grupos e cada grupo foi alvo de uma intervenção dinamizada por um EEESIP que englobou intervenções como: sessão de educação para a saúde com perguntas e respostas sobre o sono infantil, rotinas e horários de sono e estratégias a implementar nos distúrbios de sono; 2 chamadas telefónicas de apoio por semana e preenchimento de vários questionários. Foram avaliados aspetos como a qualidade do sono dos pais, conhecimentos dos pais acerca do sono infantil, depressão parental, fadiga/sonolência, <i>stress</i> parental e qualidade da dinâmica familiar. Foram utilizados vários instrumentos de avaliação como o “<i>Centre for Epidemiologic Studies Depression Scale</i>” (pontuação varia entre 0 e 60 pontos, sendo que, quanto maior a pontuação, mais prevalentes e severos os sintomas depressivos), a “<i>Epworth Sleepiness Scale</i>” (scores mais elevados, indicam maior sonolência) e a escala “<i>Sleep Quality Index</i>” (scores mais elevados, indicam menor qualidade do sono). Os resultados foram analisados em 3 tempos distintos (1: antes da intervenção, 2: 6 semanas após a intervenção e 3: 16 semanas após a intervenção).
Resultados	A análise dos resultados demonstrou uma melhoria na qualidade do sono dos pais após a intervenção, bem como uma diminuição na fadiga e <i>stress</i> parental. Também após a intervenção foi possível observar um aumento dos conhecimentos dos pais acerca do sono infantil e uma diminuição dos sintomas depressivos nos pais.
Conclusão	Os resultados deste estudo demonstram o impacto negativo que os distúrbios de sono infantil têm na dinâmica familiar e saúde dos pais, aumentando os seus níveis de <i>stress</i> , fadiga e sintomas depressivos. Os resultados revelam que uma intervenção por parte do

EEESIP pode melhorar significativamente o sono do bebé e, consequentemente diminuir os níveis de *stress*, fadiga e sintomas depressivo nos pais.

Sleep problems in pediatric practice: clinical issues for the pediatric nurse practitioner

Autores	Mindell, J. & Owens, J.
Ano	2003.
País	Estados Unidos da América
Objetivos	Compreender qual o papel do EEESIP em relação aos problemas de sono na infância, bem como estratégias a implementar para a sua prevenção e tratamento.
Participantes	317 EEESIP que participaram num inquérito realizado na “ <i>Annual Conference of the Association of Pediatric Nurse Practitioners</i> ” de abril de 2003.
Metodologia	Estudo observacional. 317 EEESIP que participaram num inquérito realizado na “ <i>Annual Conference of the Association of Pediatric Nurse Practitioners</i> ” de abril de 2003. Este inquérito teve como objetivo realizar um levantamento de necessidades e continha 21 questões sobre práticas relacionadas com o sono na infância. As questões pretendiam recolher informação acerca da prevalência de distúrbios de sono observados em contexto da prática clínica, frequência com que os EEESIP em contexto de prática clínica avaliam a qualidade de sono das crianças e jovens e avaliam a existência de problemas de sono, capacidade dos EEESIP de lidar e intervir nos distúrbios de sono e impacto do sono no domínio cognitivo e desempenho académico, dinâmica familiar e saúde.
Resultados	Relativamente à prevalência de distúrbios de sono, foi possível concluir que os mais comuns são problemas comportamentais do sono, de acordo com 65,2% dos EEESIP. Relativamente à avaliação da qualidade do sono e avaliação da existência de problemas de sono, foi possível concluir que a maior parte dos EEESIP estão atentos aos problemas de sono em bebés (61,7%), diminuindo esta preocupação à medida que a criança vai crescendo: 48,8% em idade pré-escolar, 36% em idade escolar e 35,3% em adolescentes. Por outro lado, no que concerne à capacidade do EEESIP para intervir nos distúrbios de sono, apenas 31,2% se demonstraram confiantes acerca da eficácia das intervenções. Em relação ao impacto do sono, este foi altamente reconhecido pelos EEESIP em todos os domínios (88,1% desempenho académico, 82,7% <i>stress</i> parental e 82,1% saúde).
Conclusão	O contexto de consulta pediátrica deve ser encarado como uma oportunidade para realizar ensinamentos às crianças/jovens e pais/cuidadores acerca dos distúrbios de sono, de modo a prevenir que os mesmos ocorram (prevenção primária) ou a tratar os problemas já existentes (prevenção secundária). No entanto, o nível de confiança nas intervenções

demonstrado pelos EEESIP revela uma lacuna nos seus conhecimentos que necessita de ser corrigida.

Sleep Quality and related factors in Turkish high school adolescents

Autores	Tekcan, P., Çaliskan, Z. & Kocaöz, S.
Ano	2020
País	Turquia
Objetivos	Determinar a qualidade do sono e os fatores de risco relacionados com a mesma em adolescentes do ensino secundário
Participantes	400 adolescentes do ensino secundário
Metodologia	Estudo randomizado realizado com 400 adolescentes do ensino secundário selecionados aleatoriamente. Os alunos incluídos no estudo tinham idades compreendidas entre os 14 e os 18 anos e frequentavam aulas do 9º ao 12º ano no ano letivo 2017-2018. Os estudantes aceitaram participar e os seus pais forneceram consentimento verbal e escrito. Foi utilizado um formulário de colheita de dados elaborado para o efeito com 55 questões sendo que, 29 eram questões sobre as características demográficas dos alunos e 26 questões eram sobre os hábitos de sono dos adolescentes e os fatores influenciadores. Para avaliar a qualidade do sono, foi utilizada a escala “<i>Pittsburgh Sleep Quality Index</i>” (pontuação entre 0 e 21, sendo que acima de 5 indica má qualidade do sono).
Resultados	A avaliação dos hábitos de sono dos adolescentes revelou que: • 78,6% (313) sentiam-se cansados ao acordar; • 34,6% (136) sentiam-se cansados durante o dia; • 61,9% (247) tinham problemas de sono; • 2% (8) usavam comprimidos para dormir; • 78,8% (313) dormiam durante as aulas; • 85% (339) dormiam durante o dia; • 21,6% (86) acordavam frequentemente durante a noite; • 49,8% (199) acordavam todos os dias à mesma hora; • 64,4% (257) tinham o hábito de comer antes de dormir; • 16,5% (66) ressonavam; • 65,6% (257) não conseguiam adormecer quando se iam deitar. A qualidade do sono foi avaliada como má em 53% (212) dos adolescentes. Foi utilizada a análise de regressão logística para determinar o efeito de determinados fatores na qualidade do sono. Os adolescentes de 17 e 18 anos revelaram ser 6 vezes

	mais propensos a ter má qualidade de sono do que aqueles com 14 anos; adolescentes do sexo feminino eram 2 vezes mais propensas a ter má qualidade do sono do que os do sexo masculino; alunos com pior aproveitamento escolar eram 4 vezes mais propensos a ter má qualidade do sono do que aqueles com sucesso escolar; também os adolescentes expostos a violência verbal e física, revelaram ser 3 vezes mais propensos a ter má qualidade de sono e os adolescentes que não praticavam desporto tinham 1,5 vezes maior probabilidade de ter má qualidade de sono do que os que praticavam desporto.
Conclusão	Embora as intervenções direcionadas aos adolescentes nem sempre sejam eficazes, é fundamental formar os enfermeiros e, conseqüentemente, os adolescentes e os familiares acerca dos fatores que influenciam a qualidade do sono (idade, sexo, sucesso escolar, exposição a violência verbal e física, prática de desporto). Este estudo concluiu que 1 em cada 2 adolescentes que participaram no estudo tinham má qualidade de sono, com maior prevalência em adolescentes com idade entre os 17 e os 18 anos, adolescentes do sexo feminino, adolescentes que não praticavam desporto ou expostos a violência física e verbal. É aconselhada a realização de formação direcionada aos adolescentes e famílias acerca de bons hábitos de higiene do sono.

Clinician and early childhood educator knowledge and advice given to parents regarding physical activity, screen time and sleep: an observational study.

Autores	Hewitt, L., Frohmuller, C., Wall, J. & Okely, A.
Ano	2022.
País	Sydney, Austrália.
Objetivos	Este estudo teve como objetivo determinar o conhecimento dos profissionais de saúde acerca das diretrizes divulgadas pela OMS em 2019 acerca da saúde do lactente e quais os ensinamentos realizados aos pais acerca da atividade física, tempo de ecrã e sono do bebé.
Participantes	52 profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e outros) de uma unidade de saúde local, envolvidos diretamente nos cuidados a bebés.
Metodologia	Estudo observacional. Foi solicitado a 52 profissionais de saúde que preenchessem um questionário online acerca dos ensinamentos realizados aos pais em relação aos cuidados com o bebé, nomeadamente acerca da atividade física, tempo de ecrã e sono. Com base numa amostra de 6788 bebés, foram selecionados aleatoriamente alguns processos clínicos (N=272) que foram analisados para determinar se os ensinamentos realizados tinham por base as diretrizes da OMS divulgadas em 2019 acerca da atividade física, tempo de ecrã e sono. Os dados foram analisados de modo descritivo. O questionário online decorreu entre agosto e setembro de 2020 e participaram de livre vontade 52 profissionais de uma unidade de saúde (62% enfermeiros, 23% médicos e 15% outros profissionais de saúde, sendo que, 69,2% com mais de 10 anos de experiência).
Resultados	Menos de metade dos profissionais de saúde que participaram no estudo (43,6%) revelou ter conhecimento acerca das diretrizes divulgadas em 2019 pela OMS. No entanto, a grande maioria revelou conhecimentos acerca da necessidade de colocar os bebés em decúbito ventral quando acordados pelo menos 30 minutos por dia (86,1%), da necessidade de promover o sono adequado no bebé (95,4%) e da necessidade de restringir o tempo de ecrã dos bebés, contribuindo para a sua saúde (100%). Cerca de 81% dos profissionais de saúde que participaram no estudo realizaram ensinamentos aos pais relativamente à necessidade de colocar os bebés em decúbito ventral quando acordados pelo menos 30 minutos por dia e à necessidade de promover o sono de qualidade no bebé. 62% dos profissionais de saúde treinaram com os pais o decúbito ventral e técnicas de promoção do sono no bebé. 57% dos profissionais de saúde realizaram ensinamentos acerca do modo como a atividade física e sono adequado interferem

	na saúde do lactente. Aproximadamente 50% dos profissionais de saúde aconselharam os pais a evitar expor os seus bebés a ecrãs como telemóveis, televisão, computador ou <i>tablets</i>. Relativamente aos processos clínicos analisados, apenas 1% continha informação sobre a atividade física e o sono do lactente, não sendo encontrada qualquer informação acerca do tempo de ecrã.
Conclusão	Apesar de menos de metade dos profissionais de saúde conhecer as diretrizes de 2019 da OMS, a grande maioria revelou deter conhecimentos acerca da importância da atividade física, qualidade do sono e tempo de ecrã do bebé. A maioria dos profissionais de saúde realizou ensinamentos relativamente à necessidade de colocar o bebé em decúbito ventral pelo menos 30 minutos por dia, no entanto apenas 62% treinou com os pais esta prática. Apenas 57% dos profissionais de saúde realizaram ensinamentos acerca da influência da atividade física e qualidade do sono na saúde do bebé, pelo que há necessidade de formar os profissionais de saúde para que estejam a par das mais recentes diretrizes e conheçam a importância dos ensinamentos realizados. Em termos de registos clínicos, apenas 1% continha informação sobre a atividade física e o sono do lactente, não sendo encontrada qualquer informação acerca do tempo de ecrã. Existe necessidade de educar os profissionais e fornecer ferramentas para aumentar a exatidão associada aos registos clínicos, favorecendo a continuidade dos cuidados.

Caring for children with sleep problems

Autores	Ward, T., Rankin, S. & Lee, K.
Ano	2007.
País	Estados Unidos da América.
Objetivos	Fornecer uma visão geral acerca dos distúrbios de sono na infância, consequências de um sono inadequado e parâmetros a ter em consideração na avaliação do sono infantil.
Metodologia	Estudo de caso: “Andrew, um bebé saudável de termo com dificuldades em dormir, sendo que acorda 3 a 4 vezes todas as noites entre as 00h e as 5h da manhã e, durante esses episódios, chora inconsolavelmente por 30 a 40 minutos. Ao longo do último mês a mãe de Andrew embalou-o até que este voltasse a dormir todas as vezes que ele acordou, o que reconhece não ser adequado. Os pais de Andrew durante o dia encontram-se exaustos, com irritabilidade e apresentam dificuldades em concluir tarefas no trabalho. O médico pediatra recomendou aos pais de Andrew que o deixassem chorar, no entanto, estes referem sentir-se culpados por deixar o filho chorar 30 a 40 minutos. Após 3 meses de frequentes despertares noturnos, Andrew e seus pais foram encaminhados para um centro pediátrico de distúrbios de sono onde foram avaliados por uma equipa multidisciplinar (psicólogo, neurologista, EEESIP, psiquiatra, entre outros) que recolheram informações acerca das rotinas implementadas antes de dormir, horários de dormir, ambiente proporcionado na hora de dormir, atividades diurnas, bem como, o <i>stress</i> familiar, rotinas e estilo de vida dos pais e conhecimento acerca do sono infantil. Após avaliação do caso, foi elaborado um plano de intervenção detalhado, incluindo como intervenções o estabelecimento de rotinas consistentes de dormir, deitar Andrew no berço sonolento mas acordado para que adquirisse o hábito de adormecer sozinho e, em relação aos despertares noturnos, os pais foram aconselhados a responderem alternadamente ao despertar do bebé, aproximando-se e dizendo “é hora de dormir”, voltando a afastar-se de seguida. Os ensinamentos apresentados aos pais focam na consistência como chave para a aquisição de hábitos de sono saudáveis.”
Resultados	Pela análise do estudo de caso apresentado, é possível concluir que a avaliação do sono nas crianças e jovens deve iniciar com uma entrevista pormenorizada acerca dos hábitos de sono, rotinas e horários de sono, sinais de alerta, consumo de cafeína ou outras substâncias estimulantes, bem como acerca do <i>stress</i> familiar, rotinas e estilo de vida dos pais e conhecimento dos mesmos acerca do sono infantil. Devem ainda ser colhidos dados relativos ao ambiente físico proporcionado na hora de dormir (ruído, luminosidade,...). Nas situações em que há algum distúrbio de sono, é frequente os pais

	se sentirem frustrados por o seu filho não dormir e, consequentemente, eles também não conseguem dormir. Além disso, é comum ser o mesmo cuidador a responder aos despertares noturnos, o que cria tensão entre o casal e pode gerar conflitos na dinâmica familiar. É necessário fornecer informações aos pais acerca dos hábitos de sono saudáveis, bem como estratégias a implementar para a aquisição de bons hábitos de sono. Para identificar crianças e jovens com risco de desenvolver distúrbios de sono, o EEESIP pode utilizar em diversos contextos (consulta, saúde escolar,...) um auxiliar de memória “BEARS”, que se traduz em: • B – Problemas na hora de dormir (<i>Bedtime problems</i>) • E – Sonolência diurna excessiva (<i>Excessive daytime sleepiness</i>) • A – Despertares noturnos (<i>Awakenings during the night</i>) • R – Regularidade e duração do sono (<i>Regularity of sleep and duration</i>) • S – Distúrbios respiratórios relacionados com o sono (<i>Sleep-disordered breath</i>)
Conclusão	Os distúrbios de sono na infância estão associados ao aumento do cansaço e <i>stress</i> sentido pelos pais e podem ser geradores de situações de conflito familiar. O EEESIP, pela sua proximidade com a criança/jovem e família, encontra-se numa posição privilegiada para a realização de ensinamentos direcionados à criança/jovem e sua família.

Sleep in infants and young children: Part One: Normal sleep

Autores	Davis, K., Parker, K. & Montgomery, G.
Ano	2004.
País	Estados Unidos da América.
Objetivos	Fornecer uma visão geral acerca do sono na infância e fornecer uma base de intervenção para o EEESIP.
Metodologia	Estudo de caso: “Sarah é uma bebé saudável com 4 anos e meio. A mãe da Sarah iniciou a redução das sestas realizadas por Sarah quando esta tinha 2 anos e meio de idade, eliminando a sesta do período da manhã e mantendo uma sesta de aproximadamente 2 horas no período da tarde. Ultimamente, na hora da sesta da tarde a Sarah parece estar bem desperta mas deitava-se na mesma e acabava por adormecer. Ao longo do tempo, a mãe da Sarah começou a notar que, na hora habitual de deitar (19h) a Sarah não tinha sono e não queria ir para a cama. Posto isto, é provável que a Sarah esteja pronta para eliminar também a sesta da tarde ou pelo menos reduzir a sua duração para 30 a 45 minutos. Os ensinamentos realizados à mãe de Sarah devem passar por explicar a etiologia das sestas, sua necessidade e benefícios de acordo com a faixa etária, bem como a sua influência no sono noturno quando estas são desnecessárias. A mãe de Sarah deve estar alerta para a necessidade de aumentar o tempo de sono noturno quando são removidas as sestas diurnas, havendo necessidade de ajuste da hora de deitar.”
Resultados	O conhecimento por parte do EEESIP acerca dos aspetos normais do sono na infância é fundamental para esclarecer as preocupações e dúvidas apresentadas pelos pais. Também os pais devem conhecer os aspetos normais do sono na infância para ajudarem os seus filhos a dormir melhor e estarem atentos a sinais de alerta ou situações fora do normal, de modo a procurarem ajuda. Ao analisar o estudo de caso apresentado, é possível concluir que as sestas fazem parte do padrão de sono normal e pretendem complementar o número de horas total de sono da criança, sendo que a sua necessidade vai diminuindo à medida que a criança vai crescendo. Por volta dos 5 anos de idade a criança consegue dormir o número de horas adequado à sua faixa etária durante o período noturno, tornando as sestas desnecessárias que podem até ter um impacto negativo no sono noturno. Os ensinamentos realizados aos pais nesta fase devem focar a importância das sestas de acordo com cada faixa etária, os sinais que indicam que a criança está pronta para reduzir ou eliminar as sestas, bem como as estratégias a implementar para uma transição gradual do período de sono noturno/diurno para o período de sono apenas diurno (rotinas regulares na hora de deitar,

	ajuste na hora de deitar de forma a perfazer o total de horas necessário para cada faixa etária, de acordo com a hora de acordar).
Conclusão	O conhecimento por parte do EEESIP acerca dos aspetos normais do sono na infância é fundamental para esclarecer as preocupações e dúvidas apresentadas pelos pais. Também os pais devem conhecer os aspetos normais do sono na infância para ajudarem os seus filhos a dormir melhor e estarem atentos a sinais de alerta ou situações fora do normal, de modo a procurarem ajuda.

Adolescent sleep and the impact of technology use before sleep on daytime function

Autores	Johansson, A., Petrisko, M. & Chasens, E.
Ano	2016
País	Estados Unidos da América
Objetivos	Avaliar os efeitos do uso de dispositivos eletrônicos antes de dormir nas funções do dia-a-dia dos adolescentes.
Participantes	255 adolescentes com idade entre os 13 e os 21 anos.
Metodologia	Estudo randomizado observacional. Foram selecionados aleatoriamente 255 adolescentes com idade entre os 13 e os 21 anos. Foi aplicado um questionário incluindo questões de 4 categorias: demografia, hábitos e sono, qualidade do sono e uso de dispositivos eletrônicos antes de dormir. A qualidade do sono e a função diurna foram avaliadas através da aplicação de uma Para avaliar a sonolência diurna foi aplicadas um série de questões relativas às últimas 2 semanas, com resposta numa escala de 1 a 4, em que 1 = nunca e 4 = sempre ou quase sempre, sendo elas: • Teve dificuldade em adormecer; • Acorda durante a noite; • Acorda antes da hora programada para acordar; • Acorda sem se sentir descansado. Para avaliar a sonolência diurna foi utilizada Escala de Sonolência de Epworth (pontuações acima de 10 pontos indicam alta sonolência diurna). Foram ainda utilizados os testes “<i>Student’s T-tests</i>”, “<i>Mann-Whitney U</i>” e “<i>Fisher’s exacts tests</i>” para avaliar as diferenças demográficas, a duração do sono e o uso de tecnologia.
Resultados	A duração média do sono da amostra estudada foi de $7,3 \pm 1,3$ horas por noite e houve uma diminuição do tempo total de sono com a idade, existindo aos 13 anos uma média de 8,3 horas de sono por noite e de 7,4 horas aos 17 anos. Não houve diferença significativa na duração do sono entre o sexo feminino e masculino. Cerca de metade da amostra referiu deitar-se entre as 23 e as 2 horas e 9% após as 2 horas da manhã e 58% da amostra total revelou acordar antes das 7 horas, o que impossibilita um número de horas de sono adequado. 30% dos adolescentes revelou necessitar de mais de 30 minutos para adormecer e 40% dos adolescentes acordaram durante a noite, relatando uma média de $28,2 \pm 32,4$ minutos acordados. 67% dos adolescentes revelou acordar sem se sentir descansado e aproximadamente 20% revelou uma elevada sonolência diurna. Relativamente ao uso de dispositivos eletrônicos antes de dormir, 97% dos adolescentes

	usam algum tipo de dispositivo eletrônico antes de dormir (74% telemóvel, 69% computador, 61% leitor de música e 55% televisão), sendo que 47% usou entre 3 a 4 dispositivos eletrônicos diferentes. Foi possível estabelecer uma relação entre a hora de deitar e a qualidade do sono, sendo que, os adolescentes que revelaram ter um sono adequado tinham hábito de se deitar entre as 22 e as 22:59 horas e, por outro lado, aqueles que revelaram um sono inadequado tinham por hábito deitar-se depois das 23 horas. Também os que revelaram sono inadequado apresentaram maior probabilidade de acordar sem se sentir descansado e de apresentar sonolência diurna. Também o uso de dispositivos eletrônicos pode ser associado à qualidade do sono, sendo que, os adolescentes que utilizaram mais dispositivos eletrônicos antes de dormir eram mais propensos a revelar um sono inadequado e sonolência diurna, o que interfere diretamente nas funções diurnas.
Conclusão	O uso de dispositivos eletrônicos antes de dormir foi associado a sonolência diminuição da função diurna, diminuição da qualidade do sono, refletindo-se num sono inadequado e no “acordar sem se sentir descansado”. Estes resultados revelam a importância de realizar ensinamentos aos adolescentes acerca da implementação de hábitos de sono saudáveis, bem como da necessidade de restrição e diminuição da utilização de dispositivos eletrônicos antes de dormir.

The longitudinal association of young children's everyday routines to sleep duration

Autores	Koulouglioti, C., Cole, R., Moskow, M., McQuilian, B., Ann-Carno, M. & Grape, A.
Ano	2014
País	Estados Unidos da América
Objetivos	Compreender de que forma a participação em rotinas diárias das crianças num período de 2 anos interferem com a duração do seu sono.
Participantes	177 famílias
Metodologia	Estudo prospectivo, no qual várias mães foram entrevistadas quando os seus filhos tinham 3 (N=278), 4 (N=264) e 6 (N=181) anos de idade, relatando as suas rotinas diárias, bem como a duração do seu sono. As entrevistas decorreram entre 2002 e 2007 e os pais foram encorajados pelos profissionais de saúde a manter rotinas e medidas para uma boa higiene do sono. A amostra final foi de 177 famílias. Como instrumento de avaliação foi utilizada uma adaptação da subescala “Rotinas de vida diária” do “<i>Child Routines Questionnaire</i>”, com inclusão de 10 questões com resposta numa escala de 0 a 4, em que 0 = nunca e 4 = quase sempre (pontuação total entre os 0 e os 40 pontos, sendo que uma maior pontuação revela maior consistência na rotina diária), sendo elas: 1. Tem uma rotina definida para se arranjar de manhã; 2. Faz a refeição com a família à mesa todos os dias; 3. Recebe abraços/beijos dos pais antes de dormir; 4. Passa tempo de qualidade a conversar ou a ler com os pais todos os dias; 5. Tem a mesma rotina todos os dias antes de deitar; 6. Acorda mais ou menos à mesma hora todos os dias; 7. Janta mais ou menos à mesma hora todos os dias; 8. Escova os dentes antes de dormir; 9. Vai para à cama mais ou menos à mesma hora todos os dias; 10. Toma o pequeno-almoço mais ou menos à mesma hora todos os dias. Por outro lado, para avaliar a duração do sono foi utilizada a subescala “Duração do Sono” do “<i>Children's Sleep Habits Questionnaire</i>” que inclui 3 questões com resposta numa escala de 1 a 3, em que 1 = raramente e 3 = geralmente (pontuação total entre os 3 e os 9 pontos, sendo que uma maior pontuação revela menor duração do sono), sendo elas: 1. O meu filho dorme a quantidade adequada de horas;

	2. O meu filho dorme aproximadamente as mesmas horas todas as noites; 3. O meu filho dorme muito pouco. A relação entre as rotinas e as horas de sono foi analisada através de uma análise de regressão múltipla hierárquica, com o objetivo de prever os <i>scores</i> relativos à duração do sono das crianças aos 6 anos de idade, tendo em conta o seu envolvimento nas rotinas diárias e os <i>scores</i> relativos à duração do sono das crianças aos 4 anos de idade.
Resultados	Foi possível estabelecer uma relação direta entre a duração do sono aos 4 e aos 6 anos, sendo que, um sono de menor duração aos 4 anos, revelou também um sono de menor duração aos 6 anos de idade. Também foi possível concluir que as crianças que se envolveram mais nas rotinas diárias aos 4 anos, eram mais propensas a fazê-lo também aos 6 anos de idade. Tanto o envolvimento nas rotinas como a duração do sono aos 4 anos revelaram ser preditores significativos da duração do sono aos 6 anos sendo que, menor envolvimento nas rotinas, revelou menos duração do sono. A maioria das mães revelou que os seus filhos dormiram a quantidade de horas adequada (80,4%), apresentando uma baixa pontuação na subescala “Duração do Sono”, sendo que, apenas 19,6% revelou sono insuficiente aos 4 anos e 16,5% aos 6 anos de idade. A grande maioria das crianças participaram nas rotinas diárias estabelecidas, sendo que, apenas 10,8% e 2,8% das mães revelaram que os seus filhos raramente se envolviam nas rotinas diárias aos 4 e 6 anos, respetivamente.
Conclusão	O estabelecimento e manutenção de rotinas diárias parece estar relacionado com a aquisição de bons hábitos de sono. As crianças que se envolveram mais nas rotinas diárias aos 4 anos, eram mais propensas a fazê-lo também aos 6 anos de idade e um sono de maior duração aos 4 anos, revelou também um sono de maior duração aos 6 anos. Estes resultados reforçam a necessidade de realizar ensinamentos aos pais acerca da necessidade de estabelecer rotinas diárias consistentes e previsíveis. O EEESIP deve explicar aos pais que o estabelecimento de rotinas diárias tem um impacto profundo no sono das crianças.

Does assessing sleep inadequacy across its continuum inform associations with child and family health?

Autores	Smaldone, A., Honig, J. & Byrne, M.
Ano	2009.
País	Estados Unidos da América.
Objetivos	Compreender de que modo um sono inadequado pode ser relacionado com a saúde da criança e família e com as variáveis ambientais.
Participantes	68.418 pais de crianças e jovens com idades compreendidas entre os 6 e os 17 anos.
Metodologia	Estudo randomizado. De um total de 102.353 pais ou cuidadores de crianças desde o nascimento até aos 18 anos que responderam ao “<i>National Survey of Children's Health (NSCH)</i>” entre janeiro de 2003 e julho de 2004, foram selecionados aleatoriamente 68.418 pais de crianças e jovens para participar neste estudo. Este inquérito tem como objetivo fornecer estimativas nacionais sobre vários indicadores da saúde infantil. Assim, a amostra conta com 68.418 pais de crianças e jovens com idades compreendidas entre os 6 e os 17 anos que responderam à pergunta “Durante a semana passada, quantas noites o seu filho dormiu o suficiente para a sua idade?”, pergunta que consta no “<i>National Survey of Children's Health (NSCH)</i>”, sendo que era dada informação aos pais acerca das recomendações de horas de sono consoante cada faixa etária. Foi definida como variável dependente o sono inadequado, sendo que, para ser considerado inadequado, os pais deveriam responder à questão indicando que a criança não dormiu bem pelo menos uma noite na semana anterior. Com base nas respostas dos pais, foram criados 4 grupos: • Sono adequado (dormiu bem em todas as 7 noites) • Sono inadequado leve (dormiu bem 5-6 noites) • Sono inadequado moderado (dormiu bem 3-4 noites) • Sono inadequado severo (dormiu bem 0-2 noites)
Resultados	Através da análise das respostas dos 68.418 pais, conclui-se que 68,7% dos pais responderam que os seus filhos dormiram bem todas as noites, 18,6% dos pais responderam que os seus filhos dormiram bem 5-6 noites, 6,8% que os filhos dormiram bem 3-4 noites e 5,8% que os filhos dormiram bem 0-2 noites. Da amostra estudada, os adolescentes revelaram ser os mais afetados, sendo que, mais de metade das crianças descritas como tendo sono inadequado moderado e severo são desta faixa etária. Também as crianças que não dormiram bem a maior parte das noites apresentavam mais

	comorbilidades como cefaleias (apenas de 6% nas crianças com sono adequado e de 14,1% nas crianças com sono inadequado severo) e depressão (4,6% nas crianças com sono adequado e de 11,1% nas crianças com sono inadequado severo). De acordo com as respostas dos pais, as crianças com sono inadequado leve, moderado e severo apresentavam 1,7, 1,8 e 2,5 vezes, respectivamente, mais probabilidade de apresentarem sintomas depressivos do que as crianças com sono adequado. 16,8% das crianças com sono inadequado severo pertenciam a uma família disfuncional ou estavam expostas a algum tipo de violência.
Conclusão	Os resultados do estudo revelam a prevalência do sono inadequado nas crianças e jovens e estabelecem uma relação entre o sono inadequado e a saúde das crianças e jovens, aumentando o risco para comorbilidades como cefaleias e depressão. Posto isto, torna-se fundamental que os profissionais de saúde, nomeadamente o EEESIP esteja atento a sinais de alerta como sintomas depressivos ou disfunção familiar, com vista à intervenção. É ainda fundamental a realização de ensinamentos por parte do EEESIP em relação ao sono infantil, rotinas diárias e à boa higiene do sono.