



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Os Contributos do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na Promoção do Sono da Criança Hospitalizada

Catarina Alexandra Sant'Ana Soares

Orientação: Professora Maria Eduarda Correia

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Relatório de Estágio

Setúbal, 2023

Esta dissertação inclui as críticas e as sugestões feitas pelo júri



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

**Os Contributos do Enfermeiro Especialista
em Enfermagem de Saúde Infantil e
Pediátrica na Promoção do Sono da Criança
Hospitalizada**

Catarina Alexandra Sant'Ana Soares

Orientação: Professora Maria Eduarda Correia

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Relatório de Estágio

Júri das Provas Públicas:

Presidente de Júri: Professor Doutor Adriano Pedro

Arguente: Professora Carla Trindade

Orientador: Professora Maria Eduarda Correia

Setúbal, 2023

“(...) Eis o meu segredo. E muito simples: só se vê bem com o
coração. O essencial é invisível para os olhos (...)”
(Antoine de Saint-Exupéry, 2015)

“Eram cerca das 3 horas da manhã quando ela acordou, num local desconhecido, caras desconhecidas. Ouvia muitas vozes, mas não reconhecia nenhuma. – Ela acordou! – Esta voz ela reconheceu, era do seu pai, parecia aflito. Rapidamente os olhares se viraram para ela. Ela não ficou assustada, o pai tranquilizou-se quando os olhos se cruzaram. As caras desconhecidas emanavam segurança. – Querida, vamos levar-te para outra sala, não tenhas medo! – Ela só acenou com a cabeça, ainda um bocadinho confusa com o que estava a acontecer. – Olha, vamos ter de pôr aqui um tubinho na tua mão. Vou mostrar-te como vai ficar aqui neste boneco, está bem? – A senhora de túnica branca que ela não conhecia picou o boneco com uma agulha e depois retirou-a, ficando apenas um tubo de borracha. Ela achou aquilo engraçado e apesar do seu pânico a agulhas ficou muito relaxada porque o boneco nem se mexeu. – Posso ver a tua mão? – A mesma senhora agarrou com cuidado na mão dela, era tão delicado aquele toque. Entretida com as outras senhoras que brincavam com ela e enquanto o pai a abraçava, lá ganhava ela um tubo igual ao boneco e conferiu. – Não doeu nada! – Disse entusiasmada. Trocaram de sala, para uma com bonecos nas paredes e muitas camas. Não sabia que sítio era aquele, mas as senhoras eram tão amáveis e a mãe e o pai estavam ali. Fechou os olhos e dormiu tranquila.”

A minha dedicatória é para todas as enfermeiras que trataram tão bem de mim e da minha família, num momento menos bom da minha vida e que, antes mesmo de ser enfermeira, me ensinaram o que é cuidar. A elas, que hoje são minhas colegas e continuamos a sorrir juntas.

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer a todos os que cruzaram o meu caminho durante este percurso, tornando-o mais rico.

À minha família que esteve presente em todos os momentos da minha vida, aparando as minhas quedas, orientando o meu caminho e festejando todas as minhas conquistas. Que me ensinaram e educaram para que fosse a pessoa que sou hoje. Especial à minha irmã, que é metade de mim e que torna alegres todas as minhas pisadas.

A todos os professores que colaboraram neste percurso académico, oferecendo os seus conhecimentos. À professora Maria Eduarda Correia, por toda a atenção, acompanhamento e orientação.

A todas as enfermeiras que orientaram o meu percurso, auxiliando o meu desenvolvimento enquanto enfermeira especialista.

A todas as colegas do serviço de pediatria onde exerço funções por me apoiarem e auxiliarem nos momentos mais difíceis.

Às minhas colegas do curso, pela boa disposição em todos os momentos.

Aos meus amigos, que me ouviram, me fizeram rir e me limparam as lágrimas.

À Paula, uma das melhores pessoas que conheci até hoje, que chegou à minha vida durante este percurso e que transformou esta etapa numa das mais memoráveis da minha vida.

A todos, muito obrigado!

RESUMO

Dormir é essencial para a vida humana e para o desempenho das atividades do dia-a-dia. Atualmente, mais se sabe sobre o sono e este deixa de ser encarado como um período de descanso, passando a ser essencial para a regulação de várias funções do corpo humano. Na infância, dormir torna-se ainda mais importante devido à plasticidade neuronal e ao forte desenvolvimento associado a esta etapa do ciclo vital.

A hospitalização de crianças e jovens produz alterações no sono e, deste modo, esta temática, bem como a área do conforto, devem ser um foco de atenção dos profissionais de saúde e, em especial, do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, garantindo os melhores cuidados de saúde à criança/jovem e sua família.

Tendo por base a temática do sono infantil das crianças e jovens hospitalizados desenvolveu-se um projeto, visando contribuir para a promoção do sono saudável e seguro das crianças hospitalizadas.

Neste relatório será ainda realizada uma reflexão crítica e estruturada acerca das competências comuns do enfermeiro especialista, específicas de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica e de mestre.

Palavras-chave: Competências, Conforto, Criança, Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, Hospitalização, Sono.

ABSTRACT

Sleep is essential for human life and for the performance of day-to-day activities. Currently, more is known about sleep and it is no longer seen as a period of rest, but as essential for the regulation of various functions of the human body. In childhood, sleep becomes even more important due to neuronal plasticity and the strong development associated with this stage of the life cycle.

The hospitalization of children and young people produces negative effects on sleep and, thus, this issue, as well as the area of comfort, should be a focus of attention of health professionals and, in particular, of the nurse specialist in child health nursing and pediatrics, ensuring the best health care to the child/youth and their family.

The method used in this report and that describes the activities carried out throughout the internships of the master's degree course in nursing was the project methodology. The project aims to contribute to the promotion of healthy and safe sleep in hospitalized children.

This report also includes a critical and structured reflection on the common competencies of specialist nurses, the specific competencies of specialist nurses in pediatric and child health nursing, and the master's competencies.

Keywords: Competencies, Comfort, Child, Child and Pediatric Health Nursing, Hospitalization, Sleep.

ÍNDICE DE APÊNDICES

Apêndice A – Resumo do Artigo «A Influência do Sono na Recuperação de Crianças Internadas em Unidades de Cuidados Intensivos: Uma Revisão Scoping».....	57
Apêndice B – Cronograma Geral das Etapas do Projeto de Estágio	58
Apêndice C – Planeamento do Projeto de Estágio Final	60
Apêndice D – Processo Assistencial Integrado de Saúde Infantil e Pediátrica	63
Apêndice E – Formação em Serviço «Processo Assistencial Integrado de Saúde Infantil e Pediátrica»	66
Apêndice F – Estudo de Caso da Bebé E. e a sua Família	68
Apêndice G – Póster «Promoção do Sono das Crianças»	70
Apêndice H – Livro «Dormir... A Arte que Permite Sonhar»	72
Apêndice I – Caixa dos Sonhos	74
Apêndice J – Questionário de Avaliação da «Caixa dos Sonhos» e livro «Dormir... A Arte que Permite Sonhar» e Respetivos Resultados	76
Apêndice L – Questionário para Diagnóstico de Situação no Serviço de Internamento de Pediatria e Respetivos Resultados.....	79
Apêndice M – Norma «Medidas de Higiene do Sono no Serviço de Internamento de Pediatria».....	88
Apêndice N – Formação «Medidas de Higiene do Sono no Serviço de Pediatria»	90
Apêndice O – Questionário de Avaliação da Sessão de Formação «Medidas de Higiene do Sono no Serviço de Pediatria» e seus Respetivos Resultados	92
Apêndice P – Norma «Promoção do Sono Seguro – Transição para o Domicílio»	95
Apêndice Q – Folheto «Promoção do Sono Seguro – Transição para o Domicílio»	97
Apêndice R – Sessão de Formação «Promoção do Sono Seguro – Transição para o Domicílio»	99
Apêndice S – Questionário de Avaliação da Sessão de Formação «Promoção do Sono Seguro – Transição para o Domicílio» e seus Respetivos Resultados	101

ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

APA	<i>American Psychological Association</i>
CA	Cuidados Atraumáticos
CCEE	Competências Comuns de Enfermeiro Especialista
CEEEESIP	Competências Específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
CCF	Cuidados Centrados na Família
CH	Centro Hospitalar
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CSP	Cuidados de Saúde Primários
DM	<i>Diabetes Mellitus</i>
ECG	Enfermeiro de Cuidados Gerais
EEEMC	Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica
EEER	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação
EEESIP	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
EEESMO	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
ME	Mestrado em Enfermagem
NREM	<i>Non-Rapid Eye Movement</i>
OE	Ordem dos Enfermeiros
PNSIJ	Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil
REM	<i>Rapid Eye Movement</i>
REPE	Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro
RN	Recém-Nascido
SMSL	Síndrome de Morte Súbita do Latente
SPP	Sociedade Portuguesa de Pediatria
SPS	Secção de Pediatria Social
UC	Unidade Curricular
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
UCIN	Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais
UCIP	Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos
USF	Unidade de Saúde Familiar

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	10
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL.....	14
1.1. FILOSOFIA DO CUIDAR EM PEDIATRIA	14
1.2. TEORIA DO CONFORTO	16
1.3. O SONO	17
1.3.1. Fisiologia do sono	18
1.3.2. O sono na criança	20
1.4. O EFEITO DA HOSPITALIZAÇÃO	22
2. PERCURSO PERCORRIDO.....	24
2.1. METODOLOGIA DE PROJETO.....	24
2.1.1. Diagnóstico de Situação	25
2.1.2. Objetivos	27
2.1.3. Planeamento	28
2.1.4. Execução	29
2.1.5. Avaliação	29
2.1.6. Divulgação dos resultados.....	29
2.2. DESCRIÇÃO E REFLEXÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS EM CONTEXTO CLÍNICO.....	30
2.2.1. Unidade de Saúde Familiar.....	30
2.2.2. Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos	31
2.2.3. Serviço de Internamento de Pediatria	34
2.2.4. Unidade de Neonatologia.....	36
3. ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS.....	39
3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	39
3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA.....	44
3.3. COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM	47
CONSIDERAÇÕES FINAIS	49
BIBLIOGRAFIA	Erro! Marcador não definido.
APÊNDICES	56

INTRODUÇÃO

O presente trabalho surge no âmbito da Unidade Curricular [UC] Relatório Final, presente no ciclo de estudos do primeiro semestre, do segundo ano, do Mestrado em Enfermagem [ME], com área de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Foi orientado pela Professora Maria Eduarda Correia.

O relatório representa todo o percurso formativo realizado ao longo dos vários contextos clínicos e destina-se a relatar e a refletir acerca da aquisição e desenvolvimento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista [CCEE], das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica [CEEEESIP] e das Competências de Mestre.

O estágio do ME englobou todos os contextos de cuidados à criança/jovem e sua família, e foi repartido em Estágio I e Estágio Final. O Estágio I foi realizado em contexto de Cuidados de Saúde Primários [CSP] numa Unidade de Saúde Familiar [USF]. O Estágio Final englobou os contextos: Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos [UCIP], Serviço de Internamento de Pediatria e Unidade de Neonatologia.

Cada vez mais, os cuidados de saúde assumem maior importância e exigência técnica. Independentemente da área de especialização, o enfermeiro especialista integra competências científicas, técnicas e humanas acrescidas, que permitem uma atuação multidimensional, em qualquer um dos níveis de cuidados, bem como na educação e na gestão, mobilizando os seus conhecimentos para avaliar, ponderar e solucionar adequadamente determinadas situações (Regulamento n.º140/2019, 2019). Esta linha de pensamento vai ao encontro das competências de mestre e o presente relatório final de estágio serve como método de comunicação de conclusões e conhecimentos, fundamentando a aprendizagem (Decreto-Lei n.º74/2006, 2006).

O presente relatório engloba o projeto de intervenção realizado ao longo dos estágios, realizado com base na metodologia de projeto. Esta metodologia baseia-se na “(...) investigação centrada num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução.” (Ruivo et al., 2010, p.2). Esta metodologia centra-se na resolução de problemas reais e prevê uma mudança, permitindo a aquisição de capacidades e conhecimentos para a elaboração e concretização de projetos, através de uma prática baseada em evidência científica (Ruivo et al., 2010).

A temática escolhida para a realização do relatório e que norteou o projeto e a prática clínica foi o sono das crianças hospitalizadas, nomeadamente as suas implicações para a saúde. A escolha desta temática emergiu durante a participação no “IX Encontro de Benchmarking da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica”, onde foi realizada a apresentação de um trabalho acerca da importância do sono infantil na recuperação das crianças hospitalizadas, suscitando assim o interesse no tema.

Com a evolução da medicina e dos cuidados de saúde, o conforto dos clientes nas unidades de saúde tem sido muito estudado. A disciplina da enfermagem tem o foco de assistir a saúde, humanizando os cuidados, garantindo um equilíbrio entre o bem-estar físico e psicológico, objetivando um cuidado ético (Ponte et al., 2015).

Em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, os cuidados são prestados ao binómio criança e família. A criança define-se como um ser em desenvolvimento físico, cognitivo e mental, dependente da família para a satisfação das necessidades básicas e aquisição de conhecimentos, capacidades e habilidades, até atingir a sua independência. A família, por sua vez, trata-se do conjunto de indivíduos próximo da criança, com a responsabilidade de dar resposta às suas necessidades e ser promotora do seu crescimento e desenvolvimento saudável (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2017).

No que toca à criança/jovem e família, os cuidados de enfermagem devem garantir a promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e jovem, a gestão do bem-estar da criança e a deteção de situações de risco que afetem a vida ou qualidade da mesma (OE, 2017; Ponte et al., 2015). O conforto da criança é um cuidado que representa um papel importante na prática do exercício profissional do enfermeiro e que carece de uma atenção especial do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica [EEESIP], no exercício das suas competências (Regulamento n.º 422/2018, 2018).

O conforto apresenta múltiplos significados, de acordo com os diferentes autores, no entanto pode ser definido como um estado imediato de consolo, comodidade, conchego ou satisfação de necessidades, promovendo o bem-estar da pessoa. Nos cuidados de saúde, o conforto é um estado holístico complexo, difícil de atingir devido ao *stress* associado, sendo o desafio aumentar ou proporcionar o melhor estado de conforto possível (Kolcaba, 2003; Oliveira, 2013).

Até meados do século XX, o conhecimento acerca do sono era limitado e este era considerado uma necessidade fisiológica que permitia o repouso do corpo e da mente. Com o desenvolvimento de tecnologias de estudo do sono, a perceção da necessidade do mesmo e dos seus benefícios para a saúde aumentou (Aldrich, 1999).

O sono pode ser definido como um período de repouso, onde ocorre uma diminuição do estado de consciência, da atividade muscular e da interação com o meio externo, permitindo

ao corpo e mente a recuperação de energia e a regulação de processos neurobiológicos. O sono constitui um ritmo fundamental na vida humana, particularmente importante durante a infância, devido ao grande desenvolvimento e plasticidade cerebral particular desta etapa (Aldrich, 1999; Leschziner, 2022).

A hospitalização de crianças, como qualquer condição médica, seja aguda ou crónica, representa efeitos negativos na qualidade e quantidade de sono das crianças ou jovens. A fragmentação e redução da qualidade e do tempo total do sono afeta a evolução clínica da criança, aumentando o risco de complicações que leva ao aumento do tempo de hospitalização (Kudchadkar et al., 2014; Mindell & Owens, 2015).

O sono adequado e o conforto são dois pilares importantes, quer para crianças saudáveis como para as crianças que se encontram em situação de doença, especialmente pelo papel que os mesmos desempenham no correto funcionamento do sistema imunitário e, consequentemente, na recuperação da saúde, sendo uma área que merece e carece de uma maior atenção (Kudchadkar et al., 2014).

Apesar da importância do sono na recuperação das crianças hospitalizadas, estudos revelam que existe pouca evidência científica acerca da temática, bem como carência de medidas protetoras do sono durante os cuidados de saúde (Kudchadkar et al., 2014).

A Teoria do Conforto, de Katharine Kolcaba, fundamenta, teoricamente, o tema escolhido para a realização do projeto e do presente relatório, relacionando intimamente os cuidados de enfermagem com o conforto.

Face ao exposto, o presente relatório tem como objetivo geral descrever o percurso realizado durante o estágio, ao longo dos diversos contextos clínicos, integrando a temática escolhida. Os objetivos específicos são: enquadrar os conceitos e teorias que fundamentam a prática clínica; descrever o projeto de intervenção do estágio final; descrever os contextos clínicos e as atividades desenvolvidas e, analisar e refletir acerca da aquisição e desenvolvimento de CCEE, CEEEESIP e competências de mestre.

O documento encontra-se organizado em cinco capítulos. Inicia-se com a introdução, onde é realizada uma contextualização do relatório, fundamentada com conceitos gerais acerca da temática, e onde são propostos os objetivos para o trabalho. Posteriormente é realizado um enquadramento conceptual que integra uma fundamentação teórica sobre o tema e a sua ligação com o modelo teórico de Katharine Kolcaba. O terceiro capítulo diz respeito à metodologia de projeto, onde se encontra a descrição do projeto, dos diversos contextos clínicos e das atividades desenvolvidas em cada campo de estágio. De seguida, estão descritas e analisadas, através de reflexão crítica, as CCEE, as CEEEESIP e competências de mestre. O último capítulo é a conclusão do relatório, onde é realizada uma reflexão do mesmo, através da análise do cumprimento dos objetivos, das limitações e

aspectos facilitadores na elaboração do relatório, da síntese de aprendizagens significativas e sugestões para o futuro.

O relatório final foi redigido de acordo com o novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa, segue as Normas e Orientações para Trabalhos Escritos do Instituto Politécnico de Portalegre e cumpre as normas de citação e referenciação da sétima edição da *American Psychological Association* [APA].

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

O conceito de cuidar esteve sempre presente, desde os primórdios da história da civilização humana, nas diversas dimensões do processo de viver, como essencial para a sobrevivência e promoção da vida (Salavessa & Vilariça, 2009).

O cuidar é encarado como a essência da enfermagem, já por Florence Nightingale, como um modo de alcançar o equilíbrio entre a saúde e o bem-estar (Salavessa & Vilariça, 2009). Watson citado por Salavessa & Vilariça (2009), encara o cuidado humano como o ideal moral da disciplina de enfermagem, com o pressuposto de proteger, melhorar e preservar a humanidade. A enfermagem ultrapassa o curar a doença, englobando todas as condições que a transcendem (Nightingale, 2005).

Segundo o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros [REPE], a

Enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível. (Decreto-Lei n.º 161/96, 1996, artigo 4º).

O Enfermeiro é responsável pelo seu desenvolvimento pessoal e profissional, devendo garantir a sua formação contínua e a procura de conhecimentos teóricos e científicos com vista a cuidados de enfermagem de elevada qualidade.

Neste primeiro capítulo vão ser descritos os conceitos principais que serão a base de todo o percurso realizado ao longo da etapa final do curso de mestrado e que fundamentam o projeto elaborado.

1.1. FILOSOFIA DO CUIDAR EM PEDIATRIA

O EEESIP tem um papel diferenciado na prática da sua profissão, atuando num momento específico e crucial do ciclo vital do ser humano. O foco de intervenção do EEESIP incorpora a promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem, na procura da maximização da sua saúde e bem-estar e na avaliação e deteção de situações que ponham

em risco a sua vida ou qualidade de vida. O ciclo vital da infância é determinante para a vida adulta do ser humano e, conseqüentemente, para o desenvolvimento da sociedade, o que aumenta a complexidade dos cuidados de enfermagem a este grupo etário (Regulamento n.º 422/2018, 2018).

O cuidado em pediatria é fundamentado por duas filosofias de cuidados: a filosofia de Cuidados Centrados na Família [CCF] e a filosofia de Cuidados Atraumáticos [CA] (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

A criança é um ser único que se encontra em desenvolvimento e requer o seu sistema principal, da sua família, para a satisfação das suas necessidades. A família, é também, a principal fonte de afeto, conforto e segurança (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

A filosofia de CCF reconhece a importância da família na vida da criança e pressupõe que os serviços e profissionais de saúde apoiem, respeitem e encorajem as forças e competências da família nos cuidados de saúde à criança (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

De acordo com esta filosofia de cuidados, procura-se manter e reforçar os papéis da família e manter as rotinas. A essência dos CCF é o reconhecimento do papel fundamental da família na vida da criança, e das suas forças e capacidades, promovendo a sua valorização no planeamento e na prestação de cuidados. Pressupõe-se que os profissionais de saúde envolvam a família dos cuidados, garantindo a parceria, capacitação e negociação dos cuidados de saúde (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

Os CCF valorizam a dignidade e o respeito das crianças e famílias, pois pressupõe a valorização das suas escolhas, tendo em conta os seus conhecimentos, crenças, valores e cultura, durante o planeamento dos cuidados, sendo incluídos e incentivados na participação dos mesmos, no nível que desejarem e se sentirem confortáveis. Os profissionais de saúde envolvem a família, no cuidado à criança e nos processos de tomada de decisão, existindo partilha de informação completa e imparcial acerca da saúde da criança (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

A hospitalização das crianças é um fator desagradável e que desencadeia o *stress* para as crianças e suas famílias. Apesar da presença dos pais durante a hospitalização, esta está ainda associada à separação do ambiente familiar, medo do desconhecido, desconforto e procedimentos dolorosos (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

De acordo com as CEEESIP, o enfermeiro deve fazer "(...) a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem (...)" (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p.19192), adotando estratégias que minimizem os efeitos negativos da hospitalização e, por sua vez, o desconforto associado. Assim, falar em cuidado pediátrico inclui falar da filosofia de CA (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

A filosofia de CA pressupõe a prestação de cuidados de enfermagem com a utilização de estratégias que minimizem ou eliminem o desconforto, seja ele, psicológico ou físico, vivido pela criança e sua família, promovendo a segurança, conforto e bem-estar (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

O objetivo principal dos CA é não causar dano, prevenindo ou minimizando a separação da criança e família, promovendo uma sensação de controlo e prevenindo ou minimizando a dor e o desconforto associado a cuidados de saúde, em qualquer local ou serviço de saúde (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

1.2. TEORIA DO CONFORTO

Conforto é uma “(...) sensação de tranquilidades física e bem-estar corporal.” (OE, 2020, p.47). Falar de conforto é falar de Katharine Kolcaba, que contextualizou o conceito do conforto como parte integrante da profissão de enfermagem, dando-lhe significado e estrutura (Kolcaba, 1991).

O conceito de conforto é fortemente utilizado, por inúmeros autores, para descrever a arte de enfermagem. No entanto, a complexidade e ambiguidade deste conceito torna-o muito difícil de analisar, operacionalizar e estruturar. O significado contextual de conforto é vago, apresentando vários significados como força, suporte, encorajamento, assistência, entre outros, em vários contextos (Kolcaba, 1991).

Em enfermagem, o conceito utiliza-se em situações de necessidades de cuidados de saúde ou situações stressantes de saúde que provocam desconforto à pessoa (Kolcaba, 1991).

De acordo com Kolcaba, as sensações de conforto dividem-se em facilidade, alívio e transcendência (Kolcaba, 1991).

A facilidade é a sensação alcançada através da promoção de um ambiente tranquilo e confortável que permita uma melhoria da rotina e da recuperação da pessoa (Kolcaba, 1991).

O alívio tem como base teórica as primeiras teorias de enfermagem que definiram as necessidades humanas básicas (mentais e físicas). O alívio baseia-se na satisfação de alguma necessidade específica da pessoa (que está a provocar desconforto), permitindo-lhe alcançar o conforto e prosseguir com a sua recuperação (Kolcaba, 1991).

A transcendência refere-se à sensação de conforto que a pessoa sente quando se encontra num estado livre para controlar e planear a sua vida de acordo com o seu potencial num momento e situação específica. Esta sensação de conforto difere das restantes, uma vez que engloba a relação enfermeiro-cliente, como potencializador do melhor estado da pessoa, indo ao encontro do seu bem-estar (Kolcaba, 1991).

Assim sendo, a facilidade refere-se a um estado de calma e contentamento, o alívio é um sentimento da pessoa que se alcança através da satisfação de uma necessidade e a transcendência é um estado de potencialidade que se eleva apesar dos problemas ou dor (Kolcaba, 1991).

Tal como todos os cuidados de enfermagem, o conforto deve ser abordado através de um pensamento holístico, em que a pessoa tem uma dimensão biológica, psicológica e sociológica e encontra-se em constante interação com o ambiente que a rodeia (Kolcaba, 1991).

De acordo com este princípio, as necessidades de conforto englobam as vertentes física, social, psicológica e ambiental (Kolcaba, 1991).

O ser humano vive em constante interação com a sua dimensão física (relativa às suas sensações corporais), social (que é referente às suas relações interpessoais, familiares, sociais, amorosas), psicoespiritual (associada à consciência interna de si mesmo, à sua sexualidade, significado da vida, fé) e ambiental (relativas ao ambiente externo da experiência humana, luzes, temperatura) (Kolcaba, 1991).

Segundo Kolcaba (1991), os quatro contextos do conforto (as necessidades da pessoa) quando combinadas com as três sensações de conforto (facilidade, alívio e transcendência) formam a estrutura taxonómica do conforto. Esta estrutura representa o conforto da pessoa e a realização de todas as suas necessidades.

1.3. O SONO

O sono é definido como “Processo corporal: diminuição recorrente da atividade corporal evidenciada pela diminuição de consciência; não acordado acompanhado de; não consciente; diminuição do metabolismo; postura imóvel; atividade corporal diminuída; sensibilidade a estímulos externos.” (OE, 2020, p.85).

Segundo Roper, o sono é considerado uma das atividades de vida diárias. De acordo com a teoria do cuidado de enfermagem baseada nas atividades de vida diárias, é função do enfermeiro avaliar o dormir (avaliar a sua alteração com a doença e possíveis alterações na qualidade de vida da pessoa), de forma a planear intervenções que maximizem e potencializem a capacidade para a pessoa realizar esta atividade (Tierney & Roper, 2000).

Da mesma forma, Nightingale definiu o cuidado de enfermagem como um processo de cura, representado pela reunião de todos os aspetos do corpo, de modo a ser alcançado um equilíbrio, de forma holística, e oferece ao sono uma importância neste processo (Nightingale, 2005; Riegel et al., 2020).

1.3.1. Fisiologia do sono

Dormir é um elemento necessário e fundamental na vida humana. Desde sempre que a diminuição da consciência que acompanha o sono, as experiências do sonhar e a incapacidade para a realização de diversas funções do dia-a-dia, resultante da privação de sono, têm fascinado diversos autores (Aldrich, 1999).

Até meados do século XX, o conhecimento acerca do sono era limitado e o dormir era considerado um processo passivo, visto como uma necessidade fisiológica que permitia o repouso do corpo e da mente, embora não sendo conhecidas as suas vantagens e características, chegando mesmo a ser comparado à morte (Aldrich, 1999; Leschziner, 2022).

A descoberta da atividade elétrica cerebral e o aparecimento de técnicas de eletroencefalograma, permitiram o estudo do sono. O sono deixou de ser definido como um estado homogêneo, passando a caracterizar-se como um processo complexo e sequencial com características distintas. Segundo Aldrich (1999), o sono é definido com um estado cerebral governado pelo tronco cerebral neuronal e diencéfalo e é caracterizado por um período reversível de perda de consciência, redução da sensibilidade e função motora, redução da interação com o meio ambiente que rodeia a pessoa, promoção do ritmo neurobiológico e regulação homeostática. Dormir é um processo restaurador do corpo que não pode ser atingido através da satisfação de outras necessidades básicas (Aldrich, 1999; Leschziner, 2022).

O sono é uma função fisiológica fundamental para a saúde e bem-estar do ser humano. Durante o sono, o corpo passa por uma série de processos de reparação e restauração física, cognitiva e mental, essenciais para manter o equilíbrio físico, cognitivo, mental e emocional (Kryger, 2022).

O sono normal do ser humano compreende dois estados que alternam entre si: o sono *Non-Rapid Eye Movement* [NREM] e sono *Rapid Eye Movement* [REM] (Kryger, 2022).

O sono NREM é definido como a fase sincronizada do sono, onde existe um aumento progressivo das ondas de baixa frequência e de grande amplitude, que vão causar as alterações fisiológicas e comportamentais características desta fase (Kryger, 2022).

Segundo Leschziner (2022), o sono NREM é dividido em três estágios, que variam entre si devido ao grau de sincronização. O primeiro estágio trata-se da transição do estado de vigília para o sono superficial. Neste período, a pessoa fica relaxada, com os olhos fechados e há uma tendência para a diminuição do tônus muscular, embora ainda se encontre facilmente despertável, sendo considerado o período de sono superficial (Paiva & Penzel, 2011).

O segundo estágio do sono NREM é considerado o sono intermédio e é caracterizado pela inexistência de movimentos oculares e uma maior dificuldade em acordar aos estímulos

externos. O terceiro estágio é o período de sono lento e profundo, ocorrendo uma diminuição da frequência cardíaca e da frequência respiratória (Paiva & Penzel, 2011; Kryger, 2022).

Globalmente, o sono NREM é caracterizado por respostas fisiológicas típicas, sendo elas: diminuição da frequência cardíaca, da pressão arterial, do débito cardíaco, da temperatura, do consumo de oxigénio cerebral e do tônus muscular. A atividade cognitiva encontra-se presente, podendo existir a elaboração de sonhos lógicos, normalmente associados a preocupações ou situações vividas no dia-a-dia, que acabam por ser esquecidos (Paiva & Penzel, 2011; Kryger, 2022).

O sono REM é definido como uma fase rápida e dessincronizada, com uma atividade cerebral elétrica semelhante à do período de vigília. Neste período de sono dá-se uma variação da pressão arterial, da frequência cardíaca e da frequência respiratória, bem como uma inativação dos mecanismos de termorregulação. O consumo de oxigénio cerebral equipara-se ao do período de vigília. Esta fase do sono está associada ao aparecimento de movimentos oculares rápidos e irregulares sob a pálpebra fechada, devido à ativação de áreas cerebrais importantes para o alerta, a atenção e a emoção (Paiva & Penzel, 2011).

Os estados de sono NREM e REM vão-se alternando entre si. O padrão normal de sono inicia-se com o primeiro estágio do sono NREM, atingindo estágios progressivamente mais profundos. O primeiro episódio de sono REM ocorre, habitualmente, 80 a 100 minutos após o início do sono. Posteriormente, os estados vão-se alternando entre si em períodos de 90 minutos (Leschziner, 2022).

O estado de sono NREM ocupa 75 a 80% do período total que a pessoa se encontra a dormir, sendo o terceiro estágio deste estado (o período de sono profundo) mais concentrado no início dos ciclos. Os episódios de sono REM alongam-se durante todo o período de sono, ocupando 20 a 25% do tempo total, dividido, habitualmente, em 4 a 6 episódios discretos (Leschziner, 2022).

O tempo e a qualidade do sono são regulados pela interação de processos circadianos e homeostáticos, controlados pelo hipotálamo. O processo circadiano caracteriza-se pelo aumento da produção da hormona de melatonina quando ocorre a diminuição da luz solar. O processo homeostático baseia-se na acumulação de adenosina, que se produz no nosso corpo através do consumo de energia, e que aumenta o impulso para dormir (Leschziner, 2022).

Durante o período de sono são promovidas diversas funções importantes para o organismo. Durante o sono, o corpo liberta hormonas que auxiliam a recuperação muscular, a reparação dos tecidos e a regulação do sistema imunológico. O sono também promove a ativação do sistema glinfático. Este sistema permite a eliminação de proteínas, e produtos resultantes do metabolismo, do sistema nervoso central (Krause et al., 2023).

Um sono adequado permite, também, a plasticidade cerebral contínua, ao permitir a desconexão do cérebro com os estímulos do meio ambiente. Durante o período de vigília, as sinapses passam por um fortalecimento, como resultados nas aprendizagens do dia-a-dia e a exposição a um ambiente em constante mudança. No sono, vai existir uma reorganização e normalização das sinapses, fundamental para a sobrevivência do ser humano. Esta plasticidade cerebral está, também, associada a consolidação da memória, através da transformação de novas informações para antigas, que se dá durante o sono (Krause et al., 2023).

O sono ajuda a manter o equilíbrio emocional e, por outro lado, a privação do sono pode afetar negativamente o humor e a saúde mental, contribuindo para a ansiedade, depressão e *stress*. A desregulação dos períodos de sono aumenta o risco de desenvolvimento de doenças cardiovascular e obesidade (Krause et al., 2023).

1.3.2. O sono na criança

O cuidado à criança e jovem é um desafio. As crianças e jovens representam o futuro da humanidade, sendo fundamental que, no presente, lhes sejam oferecidas as ferramentas necessárias para um crescimento e desenvolvimento equilibrado, em todas as dimensões (física, social, afetiva, intelectual e espiritual). Esta fase na vida do ser humano compromete toda a vida adulta, sendo aqui que se iniciam os hábitos saudáveis (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

O sono é essencial para o crescimento e desenvolvimento saudável das crianças e jovens, e as necessidades de dormir e o padrão de sono variam em função da faixa etária e do período de desenvolvimento (Salavessa & Vilariça, 2009).

Até aos 2 anos de idade, as crianças passam a maior parte do tempo a dormir, comparativamente com outras atividades do dia-a-dia. Segundo Mindell & Owens (2015), a promoção do sono das crianças e jovens é de extrema importância, considerando o sono como uma questão de saúde pública, uma vez que compromete não só a criança ou jovem, e a sua futura vida adulta, como, também, o meio exterior, família e comunidade.

No recém-nascido [RN], o sono tem um papel importante na modulação da sua relação com os pais, além de favorecer o desenvolvimento de processos de autorregulação (Salavessa & Vilariça, 2009). Quando nasce, o RN alterna períodos de sono com períodos de vigília, que se relacionam com a fome. O ideal de sono nesta fase de desenvolvimento é de 16 a 17,5 horas de sono por dia. O sono do RN é predominantemente sono REM que, segundo evidência, assume um papel importante para o desenvolvimento cerebral do RN (Vasconcelos et al., 2017).

A partir do primeiro mês de vida, os períodos de vigília vão sendo mais frequentes e o sono do lactente vai-se consolidando em torno do período noturno. Até aos dois meses de vida, o sono divide-se entre sono ativo (semelhante ao sono REM do adulto) e sono tranquilo (semelhante ao sono NREM do adulto). No sono ativo, é habitual existirem movimentos dos dedos, membros superiores e inferiores, movimentos faciais e oculares. O sono tranquilo é um período de sono mais estável, onde, habitualmente, não se observam movimentos corporais e oculares, mas apenas sucções periódicas e espasmos ocasionais (Paiva & Penzel, 2011).

Por volta dos seis meses de vida, o lactente passa a fazer cerca de três períodos de sono nas 24 horas, habitualmente duas sestas por dia e um período de sono maior, durante a noite (Vasconcelos et al., 2017)

A Secção de Pediatria Social [SPS] e a Sociedade Portuguesa de Pediatria [SPP] lançaram recomendações acerca do número total de horas diárias de sono nas crianças. Segundo a mesma, os lactentes até aos 12 meses devem dormir cerca de 12 a 16 horas por dia. Entre o primeiro e o segundo ano de vida estão recomendadas 11 a 14 horas de sono por dia, incluindo sestas, enquanto entre os 3 e os 5 anos este número reduz para 10 a 13 horas. As crianças entre os 6 e os 12 anos devem ter um período de sono noturno de 9 a 12 horas por dia. Os jovens já têm um padrão de sono idêntico aos adultos, devendo dormir cerca de 8 a 10 horas por dia (Vasconcelos et al., 2017)

Os problemas de sono são cada vez mais comuns em crianças e jovens, estimando que 25% das crianças apresentam algum distúrbio relacionado com o dormir. Apesar de muitos destes problemas e distúrbios, na infância, serem transitórios e autolimitados, alguns fatores intrínsecos e extrínsecos predispõe a criança a desenvolver problemas do sono, que se estendem para a sua vida adulta (Mindell & Owens, 2015).

O sono afeta todas as dimensões – física, emocional, cognitiva e social – do desenvolvimento e crescimento infantil (Mindell & Owens, 2015). Segundo Mindell & Owens (2015), os distúrbios do sono, nas crianças, repercutem-se em:

- Exacerbação de humores negativos ou síndromes depressivos;
- Perturbações afetivas;
- Consequências negativas na saúde emocional;
- Comportamentos inapropriados;
- Decréscimo da atenção;
- Implicações negativas nas interações sociais;
- Alterações na memória e desenvolvimento cognitivo;
- Aumento do risco de acidentes e lesões;

- Aumento do risco de doenças cardiovasculares, metabólicas e endócrinas;
- Diminuição do sistema imunitário.

1.4. O EFEITO DA HOSPITALIZAÇÃO

A hospitalização é um evento stressante para as crianças, jovens e suas famílias, causando, habitualmente, regressões no estado de desenvolvimento e comportamental das crianças e jovens (Mindell & Owens, 2015).

A hospitalização de crianças, como qualquer condição médica, seja aguda ou crónica, representa efeitos negativos na qualidade e quantidade de sono das crianças ou jovens. Segundo vários autores, os distúrbios de sono relacionados com a hospitalização incluem a dificuldade em adormecer, a resistência em ir para a cama, os despertares noturnos, a diminuição da eficácia do sono e a sonolência diurna (Mindell & Owens, 2015).

O *stress* associado à hospitalização, a realização de técnicas, a dor e desconforto associados às patologias que levaram ao internamento e a utilização de medicações são os fatores mais associados a alterações no padrão do sono de crianças e jovens hospitalizados (Mindell & Owens, 2015).

É reconhecido o impacto que a hospitalização tem nas crianças/jovens e na sua família ao nível das atividades de vida diárias, nomeadamente no sono. As causas físicas, psicológicas e ambientais podem estar na origem da degradação da qualidade do sono ou, por outro lado, podem contribuir para o aumento dos problemas de sono já existentes nas crianças e jovens. O *stress* causado pela hospitalização é incontornável, sendo extremamente importante adaptar as práticas e rotinas dos serviços ao sono das crianças e suas famílias, tendo em conta a importância do sono para a recuperação da saúde (Teixeira, 2019).

Apesar dos protocolos de qualidade e das recomendações acerca dos cuidados promotores do sono da criança hospitalizada, existe um longo caminho a percorrer (Levy et al., 2017).

O EEESIP deve reger a sua prática na procura da recuperação da criança e família, na maximização da sua saúde, promovendo sempre o seu conforto. O sono adequado e o conforto são dois pilares relevantes, quer para crianças saudáveis como para as crianças que se encontram em situação de doença, especialmente pelo papel que os mesmos desempenham no correto funcionamento do sistema imunitário e, conseqüentemente, na recuperação da saúde (Mindell & Owens, 2015; Regulamento n.º 422/2018, 2018).

Assim sendo, avaliar e promover o sono infantil, em ambiente hospitalar, é fundamental devido à relação do sono com o desenvolvimento infantil, podendo as alterações na qualidade

do sono influenciar o desenvolvimento neurocomportamental e o estado de saúde e vida futura (Teixeira, 2019).

2. PERCURSO PERCORRIDO

O EEESIP realiza a sua prática profissional em torno de uma fase importante do ciclo vital, que compreende idades desde o nascimento até aos 18 anos. Considerando como beneficiário dos seus cuidados o binómio criança/jovem e família e através de um trabalho de parceria entre enfermeiro e família, no cuidado à criança e jovem, o EEESIP procura prestar cuidados de nível avançado, em qualquer contexto clínico, com vista à promoção do mais elevado estado de saúde possível (Regulamento n.º 422/2018, 2018).

Com este capítulo do relatório, pretendemos apresentar o percurso de aprendizagens e atividades realizadas ao longo do estágio. O contexto de estágio que permitiu a realização do presente relatório é constituído por Estágio 1 (que engloba o contexto de USF) e Estágio Final (que engloba os contextos de UCIP, Internamento de Pediatria e Unidade de Neonatologia).

O método que norteou o cumprimento dos objetivos delineados para o estágio e para a realização deste relatório foi a metodologia de projeto (Ruivo et al., 2010).

2.1. METODOLOGIA DE PROJETO

A metodologia de projeto centra-se na resolução de problemas, permitindo a aquisição de capacidades e competências através da elaboração e concretização de projetos numa situação real. Trata-se de um conjunto de atividades com vista à mudança de uma situação baseada na resolução de problemas reais (Ruivo et al., 2010).

A elaboração de um projeto pressupõe a existência de um problema que preocupa os intervenientes que o irão realizar. Através deste problema surge a investigação e estudo do mesmo, com o objetivo de planear estratégias para a sua resolução (Ruivo et al., 2010).

Esta metodologia permite que o estudante desenvolva as suas competências e capacidades, encontrando-se interessado e preocupado com o problema real identificado e criando objetivos práticos, sendo o próprio o interveniente da sua resolução, no seu ritmo de aprendizagem (Ruivo et al., 2010).

A metodologia de projeto engloba 6 etapas: diagnóstico de situação, definição de objetivos, planeamento de atividades, execução de atividades, avaliação e divulgação dos resultados obtidos (Ruivo et al., 2010).

Importa referir que todos os questionários realizados ao longo do projeto de intervenção, quer para diagnóstico de situação, quer para avaliação, mantém o anonimato de todos os participantes, garantindo a privacidade e as questões éticas. Para a realização dos mesmos foi pedida a autorização das enfermeiras chefe de cada contexto de estágio e o consentimento da equipa de enfermagem e das famílias.

2.1.1. Diagnóstico de Situação

A primeira etapa do trabalho de metodologia de projeto trata-se do diagnóstico de situação e baseia-se na formulação do problema/necessidade que se pretende resolver. Na área da saúde, o diagnóstico deve ser realizado com base numa análise das necessidades da população, de modo a serem desenvolvidas estratégias com base nos recursos disponíveis e já existentes (Ruivo et al., 2010).

Assim, o diagnóstico de situação pode ser definido como “(...) um mapa cognitivo sobre a situação-problema identificada (...) sobre a qual se pretende actuar e mudar.” (Ruivo et al., 2010, p.10).

Este diagnóstico deve corresponder às necessidades de saúde das populações, sendo dinâmico, contínuo e em atualização constante. A avaliação da situação-problema deve ser concreta e real, relevante, operacional e com condições para ser estudada e modificada (nomeadamente, recursos e disponibilidade por parte do contexto) (Ruivo et al., 2010).

De modo a realizar o diagnóstico de situação foi, em primeiro lugar, realizada uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados, *PubMed* e *Google Académico*, acerca do sono de crianças e jovens hospitalizadas, dos fatores influenciadores do sono e dos benefícios do sono adequado na recuperação da saúde. Posteriormente foi realizado em cada contexto do estágio final um estudo mais específico acerca das necessidades dos serviços, dos enfermeiros e das crianças/jovens e suas famílias.

Ao longo do estágio foi realizado um artigo científico, nomeadamente uma revisão *scoping*, com o título «A Influência do Sono na Recuperação de Crianças Internadas em Unidades de Cuidados Intensivos: Uma Revisão *Scoping*», que seguiu a metodologia *Joanna Briggs Institute*, onde foi realizado um mapeamento da evidência científica existente acerca do efeito do sono na recuperação das crianças e jovens internados na UCIP, que contribuiu para avaliar o estado de arte relativamente ao tema.

Nesta revisão *scoping* foram identificados cinco estudos, realizados em diversos locais do mundo, entre 2006 e 2021. Os resultados do artigo de revisão realizado apontam que crianças com privação de sono, ou alterações na qualidade do mesmo, revelaram compromisso dos processos fisiológicos essenciais para a recuperação da saúde em

situações críticas. Além disto, foi observado alterações no humor e nos processos cognitivos destas crianças, afetando a sua capacidade para lidar com os desafios psicológicos associados à hospitalização (Begun et al., 2006; El-Dib et al., 2014; Levy et al., 2017; Stremmler et al., 2021; Vásquez-Ruiz et al., 2014).

O mesmo artigo será, posteriormente, submetido para publicação em revista indexada, tendo sido já registado o seu protocolo no *Open Science Framework* (DOI 10.17605/OSF.IO/ZR9KM) e por isso, sendo, apenas, apresentado o resumo em apêndice (Apêndice A).

Os cuidados de enfermagem em saúde infantil e pediatria assentam em filosofias de cuidados. O conceito de CA é um dos pilares da enfermagem pediátrica e baseia-se na minimização de experiências traumáticas. Os processos de doença, dor e hospitalização expõem a criança a elevados níveis de stress, capazes de produzir trauma. A exposição a situações traumáticas na criança e/ou jovem e sua família provoca respostas biológicas, afetando o sistema imunitário, processo de cicatrização e, conseqüentemente, o tempo de hospitalização (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

Deste modo, esta filosofia de cuidado pediátrico assenta na premissa da minimização de experiências que causem *stress*, desconforto ou dor ao utente pediátrico (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

A promoção do bem-estar da criança é uma das premissas principais do cuidado de enfermagem, em especial do EEESIP. Na infância, o conforto é uma necessidade fundamental para o desenvolvimento e recuperação, e os cuidados de enfermagem são essenciais para atender essas necessidades. A preocupação com o sono da criança enquadra-se nas necessidades de conforto, anteriormente referidas, e tem benefícios fundamentais para a maximização do bem-estar e saúde da criança (Kolcaba, 1991).

A promoção com o sono da criança relaciona-se intimamente com a garantia de conforto da criança e da sua família, combinando as três sensações do conforto definidas por Kolcaba (Kolcaba, 1991).

A evolução da medicina e dos meios complementares de tratamento e diagnóstico aumentaram em grande escala a sobrevivência de crianças cada vez mais doentes e com necessidades de saúde complexas. No entanto, o conforto e, mais especificamente, o sono foram áreas que, conseqüentemente, sofreram alterações.

O sono é essencial para a saúde e bem-estar, especialmente no início da vida. A privação de sono nesta fase do ciclo de vida pode provocar alterações, nomeadamente: alterações no desenvolvimento cerebral; desempenho cognitivo diminuído; alterações na regulação emocional; depressão e obesidade (Hybschmann et al., 2021).

As crianças e jovens hospitalizados têm as necessidades de sono aumentadas, devido à sua situação de saúde, e constituem um grupo particularmente vulnerável ao risco de sono curto e desorganizado (Hybschmann et al., 2021). Segundo estudo realizado por Burger et al. (2022), a quantidade de sono foi inferior do que a recomendada para a faixa etária e menor comparado com o sono no domicílio. Este déficit foi de 0,7 a 3,8 horas, na quantidade de sono total, em crianças hospitalizadas. Além da diminuição do tempo total de sono, foram evidenciados despertares noturnos altos, com uma média de 122 minutos por noite. Estes despertares foram responsáveis por uma diminuição da qualidade do sono, e, consequentemente, por alteração da eficiência do mesmo, encontrando-se associados a fatores evitáveis (Burger et al., 2022).

Os resultados obtidos através da revisão *scoping* realizada observam que a hospitalização, em especial nas UCIP, é um fator de desequilíbrio do padrão de sono adequado, quer para recém-nascidos, crianças ou jovens, tanto pela situação crítica, como por todos os equipamentos e procedimentos necessários para a manutenção da vida e recuperação da saúde (Begum et al., 2006; El-Dib et al., 2014; Levy et al., 2017; Stremler et al., 2021; Vásquez-Ruiz et al., 2014).

A hospitalização está associada a um aumento do risco de distúrbios do sono. O ruído foi a causa relatada mais frequentemente, no entanto os fatores que provocam a privação de sono em crianças hospitalizadas são múltiplos, nomeadamente (Burger et al., 2022):

- Fatores relacionados com a doença: dor, desconforto, comorbidades, medicamentos;
- Fatores ambientais: rotinas relacionadas aos cuidados, ruído e luminosidade;
- Fatores psicológicos: ansiedade ou fadiga;
- Fatores sociais: estratégias parentais alteradas, perda de autonomia e rotinas familiares de dormir alteradas (Burger et al., 2022).

A privação do sono durante a hospitalização provoca redução do bem-estar e afeta negativamente a recuperação da criança e/ou jovem, estando associada a prolongamento do tempo de internamento. Além disto, a privação de sono pode provocar distúrbios do sono que podem permanecer durante meses ou anos após a alta (Burger et al., 2022).

A evidência científica aconselha um olhar crítico das instituições de saúde sobre as estruturas das enfermarias e os processos de cuidados, de modo a otimizar o sono das crianças internadas (Burger et al., 2022).

2.1.2. Objetivos

A definição de objetivos é uma etapa fundamental no trabalho de metodologia de projeto, embora não seja definida como etapa por todos os autores. A definição de objetivos pressupõe

a identificação e descrição sucinta do problema que o projeto visa resolver, de modo a delimitar o mesmo (Ruivo et al., 2010).

Os objetivos devem identificar os resultados que se pretendem alcançar com as atividades a desenvolver. São divididos por dois níveis: o objetivo geral e os objetivos específicos. O objetivo geral deve ser mais amplo e enunciar os resultados que se esperam alcançar. Os objetivos específicos podem ser definidos como indicadores de conhecimentos, capacidades ou aptidões que se esperam ser adquiridas ao longo do projeto (Ruivo et al., 2010).

Os objetivos devem ser “(...) claros; de linguagem precisa e concisa; em número reduzido; realizáveis; mensuráveis em termos de qualidade, quantidade e duração.” (Ruivo et al., 2010, p.19)

Para o presente projeto definimos como objetivo geral: Contribuir para a promoção do sono saudável e seguro da criança e jovem.

Como objetivos específicos foram definidos:

- Promover a capacitação da família da criança e jovem para a promoção do sono saudável e seguro;
- Sensibilizar a equipa de enfermagem sobre a importância do sono saudável e seguro das crianças e jovens.

2.1.3. Planeamento

O planeamento é a terceira fase do trabalho de projeto e refere-se à elaboração de um plano de atividades que vão ser realizadas, incluindo os recursos materiais e humanos necessários e os métodos utilizados. Esta fase da metodologia de projeto engloba a calendarização das atividades (Ruivo et al., 2010).

É fundamental calendarizar as atividades que são ser desenvolvidas ao longo do projeto, tendo sido, deste modo, realizado um cronograma onde se apresenta o início e final das atividades (Apêndice B).

As atividades desenvolvidas em cada contexto de estágio final estão relacionadas com as necessidades levantadas e com os objetivos definidos para a realização deste projeto e foram planeadas tendo em conta os recursos existentes em cada contexto. Estas devem, também, ir ao encontro dos recursos existentes (Ruivo et al., 2010).

Foi realizada uma tabela onde estão descritas as atividades desenvolvidas em cada contexto, bem como os recursos humanos e materiais necessários (Apêndice C).

2.1.4. Execução

“A etapa da Execução da Metodologia de Projeto materializa a realização, colocando em prática tudo o que foi planeado.” (Ruivo et al., 2010, p.23).

Esta é uma etapa significativa no trabalho de projeto, pondo em prática todas as atividades planeadas anteriormente e que irão contribuir para o cumprimento dos objetivos propostos e para a resolução do problema ou necessidade diagnosticado. É uma das etapas mais trabalhosas e que se encontra intimamente relacionada com a investigação (Ruivo et al., 2010).

Ao longo dos contextos de estágio foram realizadas diversas atividades com vista à contribuição da promoção do sono das crianças hospitalizadas. Estas atividades foram elaboradas de acordo com as necessidades dos vários contextos, respondendo às problemáticas identificadas de forma personalizada.

2.1.5. Avaliação

A avaliação de um trabalho de projeto é fundamental para verificar se as estratégias realizadas se encontram bem direcionadas para as necessidades encontradas. A avaliação permite a intervenção no projeto, de forma melhorar a relação entre o problema e o projeto, a eficiência e a eficácia. Deste modo, a avaliação deve ser feita ao longo de todo o projeto e não apenas numa fase final do mesmo (Ruivo et al., 2010).

Ao longo do estágio, nos vários contextos clínicos, foram realizadas reuniões com as enfermeiras orientadores, enfermeiras gestoras e professora orientadora do estágio, de modo a avaliar as diversas estratégias do trabalho de projeto que foram executadas. Foram, também, realizados questionários após as formações realizadas, para avaliar a *performance* enquanto formador e a adequação da temática nos contextos.

2.1.6. Divulgação dos resultados

A fase final da metodologia de projeto relaciona-se com a divulgação de todo o trabalho realizado e dos resultados obtidos. Esta etapa apresenta uma grande importância, uma vez que é realizada a exposição do caminho percorrido na resolução de um determinado problema (Ruivo et al., 2010).

No exercício profissional de enfermagem, a divulgação dos resultados permite que profissionais de saúde/serviços/departamentos, que não foram englobados no projeto,

conheçam o que foi desenvolvido, existindo uma disseminação da informação e evidência científica com vista na melhoria das práticas clínicas (Ruivo et al., 2010).

O presente relatório final surge com o objetivo de divulgar todas as atividades que foram desenvolvidas ao longo deste projeto, evidenciando os diagnósticos realizados, a fundamentação teórica para a necessidade encontrada e as estratégias utilizadas para a sua resolução.

2.2. DESCRIÇÃO E REFLEXÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS EM CONTEXTO CLÍNICO

O Estágio 1 contabilizou 162 horas de contato e decorreu entre 16 de maio de 2022 e 24 de junho de 2022. Foi realizado em contexto de CSP, nomeadamente numa USF.

O Estágio Final decorreu de 16 de setembro de 2022 a 3 de fevereiro de 2023 e dividiu-se em três períodos e, consequentemente, em três contextos de estágio distintos: a UCIP (19 de setembro de 2022 a 28 de outubro de 2022), o Internamento de Pediatria (31 de outubro de 2022 a 9 de dezembro de 2022) e a Unidade de Cuidados Neonatais (12 de dezembro de 2022 a 3 de fevereiro de 2023). Este estágio contabilizou 388 horas de contato.

A escolha dos locais de estágio foi realizada por cada estudante de acordo com as diversas necessidades de aprendizagem e desenvolvimento profissional e permitiu-nos experienciar novas realidades no cuidado à criança/jovem e família, que nos permitissem a aquisição e desenvolvimento de competências enquanto EEESIP e que nos proporcionasse o desenvolvimento de conhecimentos teóricos e práticos.

2.2.1. Unidade de Saúde Familiar

O estágio de CSP decorreu numa USF inserida num Agrupamento de Centros de Saúde [ACES] da região de Setúbal.

Em termos de espaço físico, a unidade encontra-se no mesmo edifício da Unidade de Cuidados na Comunidade [UCC]. A equipa multidisciplinar da USF é constituída por Enfermeiros, Médicos, Secretários Clínicos, Assistentes Operacionais e Técnicos de Limpeza. Existe, ainda, psicóloga, higienista oral e assistente social, que integram a equipa da UCC e que dão apoio à USF. A equipa de enfermagem é constituída por 6 enfermeiros, dos quais, uma EEESIP, uma Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica [EEESMO] e 4 Enfermeiros de Cuidados Gerais [ECG].

A USF tem diversos gabinetes onde decorrem as consultas médicas e as consultas de enfermagem, existindo um gabinete específico para as consultas de saúde infantil e juvenil,

com todo o material necessário para a realização da mesma. Existe, ainda, um gabinete para a realização da vacinação.

Os cuidados de enfermagem são realizados através do método de enfermeiro de família. Este método permite que o enfermeiro preste cuidados a toda a família e individualmente, em toda a fase do seu ciclo vital, baseada numa relação de confiança.

Habitualmente, o utente pediátrico chega à USF, pelo secretariado clínico, através da notícia de nascimento, sendo realizada a marcação da primeira consulta de saúde infantil e do teste de diagnóstico precoce, nos primeiros dias de vida do RN.

As consultas de saúde infantil e juvenil são realizadas pelo enfermeiro de família e, de seguida, pelo médico de família e têm como base o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil [PNSIJ], sendo marcadas pelas idades chave definidas no programa ou na existência de alguma intercorrência. Os registos clínicos são realizados no sistema operativo *SClínico®*.

A vacinação é realizada no gabinete próprio e são realizadas com ou sem agendamento.

Neste contexto de estágio foi realizada uma entrevista com a enfermeira orientadora e com a enfermeira coordenadora da unidade. Nesta entrevista exposta a necessidade de realização de um Processo Assistencial Integrado [PAI] de Saúde Infantil e Pediátrica. Deste modo, em colaboração com a enfermeira coordenadora, EEESIP, médica coordenadora e secretária clínica, foi realizado o PAI de saúde infantil e pediátrica, que teve o principal objetivo de harmonizar os procedimentos na consulta de vigilância de saúde infantil e juvenil, servindo de ferramenta de melhoria contínua e organização da prestação dos cuidados à criança/jovem e sua família (Apêndice D). O PAI foi, posteriormente, apresentado à equipa de enfermagem e equipa médica, numa formação em serviço (Apêndice E).

No final do estágio 1, considerado método de avaliação, foi realizado um estudo de caso de uma criança e sua família, que permitiu desenvolver capacidades e conhecimentos acerca do processo de enfermagem, mais especificamente relacionado com a saúde da criança e com os cuidados em enfermagem pediátrica (Apêndice F).

2.2.2. Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos

O primeiro contexto do estágio final foi realizado numa UCIP de um Centro Hospitalar [CH] da área de Lisboa. A UCIP abrange uma população pediátrica dos 0 aos 17 anos e 364 dias. São prestados cuidados de saúde diferenciados e avançados a crianças gravemente doentes ou feridas, incluindo em risco de vida. As situações mais frequentes que foram observadas no internamento na UCIP foram: intervenções cirúrgicas que necessitaram de maior vigilância (como neurocirurgias, transplantes, cirurgias cardiotorácicas, entre outras);

lesões ou ferimentos graves; doenças metabólicas; hérnia diafragmática no recém-nascido; bronquiolites; sépsis; doenças oncológicas e pneumonias com derrame pleural.

A equipa multidisciplinar é constituída por médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, técnicos de limpeza e técnicos administrativos. Existe colaboração com o serviço social e de psicologia da área pediátrica do CH. A equipa de enfermagem é constituída pela Enfermeira Gestora e por 26 enfermeiros na prestação direta de cuidados, entre eles, 8 EEESIP, 2 Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação [EEER] e 1 Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica [EEEMC] Pessoa em Situação Crítica. Por cada turno estão, habitualmente, 4 enfermeiros e 2 assistentes operacionais. É utilizado o método individual de trabalho.

Fisicamente, a UCIP encontra-se dividida entre a zona de internamento/trabalho e as salas de apoio à mesma. A unidade tem capacidade para 8 crianças ou jovens, com 3 unidades de isolamento, uma delas de pressão negativa. Todas as unidades têm acesso a suporte ventilatório, aspirador de secreções, monitor de avaliação de sinais vitais contínuos, fonte luminosa, computador, mesa de apoio com material para técnicas e mesa de refeição. Tem, ainda, um cadeirão para os pais, familiares ou pessoa significativa. As unidades estão divididas entre si com cortina, à exceção das unidades de isolamento.

Ainda dentro da zona de internamento, a unidade tem uma sala de enfermagem, com vidro que permite a visualização de toda a unidade e de todas as crianças internadas, onde é realizada a preparação de terapêutica, registos clínicos através de *software* próprio de cuidados intensivos e passagem de turno. A passagem de turno é realizada com recurso a folha de ISBAR.

Na zona de apoio à unidade, encontram-se a copa de alimentação dos profissionais de saúde, 2 casas de banho para profissionais de saúde, a sala de repouso para pais e/ou familiares das crianças internadas (equipa com sofá, frigorífico para pequenas refeições e casa de banho), sala de limpos e sujos, vestiário para profissionais de saúde, gabinetes médicos, gabinete da enfermeira gestora e 3 salas de arrumos (quer para materiais como para equipamentos). A UCIP conta com o apoio do serviço de nutrição que cede as alimentações para as crianças internadas e dos serviços de imagiologia para a realização de exames complementares de diagnóstico, que não sejam possíveis de ser realizados na unidade.

Todas as crianças têm direito à permanência de dois acompanhantes durante o período diurno e um acompanhante durante o período noturno.

De forma a alcançar os objetivos definidos para o projeto foi, primeiramente, realizado o levantamento das necessidades do contexto clínico, através de uma entrevista com a enfermeira gestora da unidade e com a EEESIP. Nesta entrevista as enfermeiras referiram considerar uma temática muito importante, especialmente pela influência do sono na

recuperação das crianças. Foi-nos mostrado o que já existia, previamente, acerca da temática e foi-nos proposta a realização de atividades que incluíssem as famílias das crianças e jovens internados. Devido à complexidade do estado de saúde das crianças internadas neste unidade, os familiares não se mostraram predispostos à realização de questionário, no entanto, em momentos de prestação de cuidados de enfermagem, referiram diversas vezes um sentimento de impotência face à situação da criança, demonstraram preocupação com o sono e questionaram estratégias para o promover.

A família, grupo de indivíduos que interagem entre si, é a unidade de cuidado da criança, influenciando o seu desenvolvimento e promovendo a troca de informações, soluções e sentimentos (Ramos et al., 2016).

Com a hospitalização, a criança e a família precisam de se adaptar a uma nova realidade (Ramos et al., 2016). A hospitalização de crianças na UCIP provoca uma desorganização fisiológica e comportamental na família, causando um nível alto de ansiedade e *stress* para a família devido à gravidade e instabilidade das situações clínicas das crianças e jovens internados e, também, devido ao ambiente complexo e altamente tecnológico (Maciel et al., 2022; Ramos et al., 2016).

A gravidade da doença, com o risco iminente de morte, associado às limitações na comunicação nestas unidades provoca sentimentos negativos na família, que já sente, por si só, uma grande quebra da dinâmica familiar (Maciel et al., 2022). De acordo com Ramos et al. (2016), os pais referem que devido à complexidade da situação de saúde e dos cuidados, se sentem limitados. Cabe ao profissional de saúde promover a consciencialização dos pais para a situação de saúde da criança e para a sua participação nos cuidados (Ramos et al., 2016).

Os cuidados de enfermagem pediátrica, assentam na filosofia de CCF, sendo abordagens que reconhecem que o cuidado da criança e jovem não envolve apenas os profissionais de saúde, mas também a família ou cuidadores. O conceito de CCF enfatiza que, para fornecer cuidados eficazes para a criança, os profissionais de saúde devem trabalhar em colaboração com os pais e cuidadores, valorizando as suas experiências e os seus conhecimentos (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

Esta abordagem destaca a importância da comunicação e da criação de uma relação com a família, de forma a auxiliar os pais e cuidadores no desenvolvimento das suas habilidades parentais dando resposta às necessidades da criança (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

As atividades desenvolvidas neste contexto de estágio tiveram foco na promoção do sono e do conforto da criança e sua família. A promoção do sono da criança internada em UCIP permite que a mesma atinja um estado de alívio, vendo satisfeita uma das suas necessidades básicas de vida, promovendo a sua recuperação e maximização da sua saúde. Por outro lado,

o envolvimento da família nestas atividades promove uma sensação de conforto, aumentando o seu potencial e a sua capacidade para satisfazer as necessidades da criança (Kolcaba, 1991).

Deste modo, as estratégias desenvolvidas com o objetivo de promover a capacitação dos pais e cuidadores para a promoção de um sono saudável na UCIP foram:

- Elaboração de um póster acerca do sono infantil, para colocação na sala de repouso dos familiares, com informações acerca dos benefícios do sono, necessidades de sono de acordo com a idade e estratégias para a promoção de um sono adequado e saudável (Apêndice G);
- Elaboração do livro «Dormir... A Arte Que Permite Sonhar» com as mesmas informações para ser entregue aos pais e cuidadores das crianças internadas na UCIP (Apêndice H);
- Construção de «Caixa dos Sonhos» com material de apoio às estratégias promotoras do sono das crianças (Apêndice I).

Os materiais elaborados foram validados pela EEESIP orientadora, enfermeira gestora da unidade e professora orientadora, e foram apresentados à equipa de enfermagem que deu o seu parecer sobre os mesmos.

Posteriormente, foram colocados em utilização pelos pais e cuidadores das crianças internadas. Foi criado um pequeno questionário anónimo, para ser preenchido por cada família que utilizasse a «Caixa dos Sonhos» e o livro «Dormir... A Arte Que Permite Sonhar», para percebermos a opinião das famílias relativamente aos mesmos (Apêndice J).

2.2.3. Serviço de Internamento de Pediatria

O serviço de internamento de pediatria, onde decorreu o segundo contexto do estágio final, pertence a um hospital da zona a sul do Tejo e localiza-se no mesmo espaço físico da UCIP e unidade de cuidados intensivos neonatais [UCIN] deste hospital. Trata-se de um hospital de referência para vários concelhos, em diversas valências de saúde. O serviço de internamento de pediatria admite utentes com idades entre os 28 dias e os 17 anos e 364 dias, com patologias do foro médico ou cirúrgico. As patologias do foro médico mais comuns durante o estágio foram: infeções do trato urinário, infeções respiratórias, Diabetes Mellitus [DM] inaugural e doenças crónicas agudizadas. Do foro cirúrgico, as especialidades mais comuns são ortopedia, oftalmologia e otorrinolaringologia. O serviço possui uma ala de cirurgia de ambulatório, que funciona em dias específicos conforme as cirurgias agendadas.

A equipa multidisciplinar é constituída por médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, técnicas de limpeza, técnicos administrativos, assistente social e educadora de

infância. A equipa de enfermagem é constituída por 20 enfermeiros, entre eles a Enfermeira Gestora, 8 EEESIP e 11 ECG. É utilizado o método individual de trabalho.

O serviço tem capacidade para 16 crianças internadas. As crianças dão entrada no serviço através da urgência pediátrica, de ambulatório (em situações de cirurgia programada) e por transferência da UCIP. Cada criança tem direito a dois acompanhantes durante o dia, um acompanhante durante o período noturno e, ainda, o período de visitas.

Fisicamente, o serviço é dividido entre enfermarias (com 3 camas) e quartos individuais (utilizados, habitualmente, para situações de isolamento). Apresenta ainda estruturas de apoio como: casas de banho para profissionais de saúde, para familiares e para as crianças internadas; sala de registos de enfermagem e de passagem de turno dos enfermeiros; sala de preparação de medicação; gabinete de enfermeira gestora; salas de arrumos e sala de procedimentos.

Durante este estágio, foi possível conhecer o hospital de dia e a equipa de cuidados paliativos pediátricos, que são assegurados pela equipa de enfermagem e geridos pela mesma enfermeira gestora.

O hospital de dia permite a realização de técnicas, observação clínica de crianças e administração de terapêuticas, permitindo que a criança não fique internada e não saia do seu contexto familiar para estas atividades.

A equipa de cuidados paliativos pediátricos apoia as crianças da área de residência (abrangida pelo hospital) que têm situações paliativas, sendo realizadas visitas ao domicílio, contatos telefónicos e resolução de problemas.

Neste contexto de estágio foi verificado um grande interesse na promoção do conforto das crianças. Deste modo, a sensibilização para a promoção do sono, atuando na eliminação ou atenuação desse desconforto relacionado com a hospitalização, é fundamental para a promoção da saúde da criança e do seu desenvolvimento adequado (Kolcaba, 1991).

Para cumprir os objetivos do projeto no contexto de internamento de pediatria foi realizado um questionário à equipa de enfermagem do serviço, para compreender o interesse da equipa relativamente à temática e as necessidades da mesma, com a autorização da enfermeira gestora do serviço e da EEESIP. Obtivemos resposta a 18 questionários. Dos enfermeiros que responderam ao questionário, 8 são especialistas em enfermagem de saúde infantil e pediátrica e a média de anos de experiência é de 16 anos no geral e 14 em área pediátrica. A partir do questionário foi possível observar que a equipa apresentou interesse na área da promoção do sono infantil e que considerou a temática bastante pertinente e atual. Foram referidos alguns exemplos de medidas de promoção do sono, tais como: gestão do ambiente; diminuição do ruído; diminuição da luminosidade; parceria de cuidados; promoção da rotina da criança; promoção do conforto; planeamento de cuidados.

O questionário realizado foi adaptado de Trindade (2019) e os respetivos resultados encontram-se no Apêndice L.

Em relação à realização de norma de procedimento acerca da higiene do sono no serviço de pediatria, a equipa considerou pertinente a sua realização, inclusive formação em serviço, de forma a sensibilizar toda a equipa.

Desde modo, foi elaborada uma norma de procedimento acerca da higiene do sono no serviço de internamento de pediatria (Apêndice M). Esta norma tem como principal objetivo sensibilizar a equipa de enfermagem acerca da importância do sono e como promover o mesmo, em especial para novos elementos que integrem a equipa de enfermagem deste serviço. Devido à integração de novos enfermeiros durante o estágio, considerou-se pertinente a realização de formação onde é explicada a temática e a norma elaborada (Apêndice N).

Foi realizado um questionário após a sessão de formação para avaliar a *performance* do formador e a utilidade e importância do conteúdo abordado, de acordo com a perceção da equipa de enfermagem (Apêndice O). A norma foi validada pela EEESIP e enfermeira gestora do serviço de pediatria e posteriormente enviada para a administração, de modo a poder pertencer ao livro de normas e procedimentos oficiais do serviço.

2.2.4. Unidade de Neonatologia

O terceiro contexto de estágio final foi realizado numa unidade de cuidados neonatais de um CH da zona sul do Tejo. Em termos de níveis de cuidados, a unidade disponibiliza cuidados a RN moderadamente doentes, com idade gestacional superior a 32 semanas e com peso ao nascer superior a 1500 gramas, sem necessidade de cuidados intensivos neonatais. Os RN podem ser admitidos diretamente do bloco de partos, transferidos do serviço de obstetrícia, através do serviço de urgência pediátrica, através da consulta aberta de saúde da mulher e do RN (que são efetuadas em casos específicos que exista necessidade de reavaliação da mãe ou do bebé e têm lugar no serviço de obstetrícia) ou por transferência inter-hospitalar para continuidade de cuidados. Os diagnósticos mais frequentes nesta unidade são: prematuridade, taquipneia transitória do RN, hipoglicémia, icterícia, risco infeccioso e sépsis precoce do RN.

A equipa multidisciplinar é constituída por médicos, enfermeiros, assistentes operacionais e técnicos de limpeza. Os técnicos administrativos dão apoio à neonatologia, consultas externas e serviço de pediatria médica deste CH. A equipa de enfermagem é constituída pela Enfermeira Gestora e por 12 enfermeiros na prestação direta de cuidados, entre eles, 7

EEESIP. Por turno encontram-se 2 enfermeiros e 1 assistente operacional, e o método de trabalho é individual.

A unidade tem vagas para 8 RN, sendo que 4 em incubadora e 4 em berço, podendo este número variar conforme necessidade. Os pais podem permanecer durante todo o dia com o RN e um deles pode pernoitar caso deseje. São permitidas as visitas dos irmãos, previamente combinadas com a equipa de enfermagem.

Fisicamente, a unidade possui estruturas físicas de apoio, nomeadamente: sala de arrumos, casa de banho para os profissionais de saúde e para os pais ou familiares, copa de alimentação para os profissionais de saúde e copa para a preparação de leites.

No último contexto de estágio, para cumprir o idealizado com o projeto foi realizada uma entrevista com a enfermeira gestora da área pediátrica, com a enfermeira responsável pela unidade de neonatologia e com a EEESIP. Nesta entrevista foi verificada a existência de material realizado, previamente, acerca da salvaguarda do sono do RN internado em unidades de neonatologia. Ao mesmo tempo, foi verificada a necessidade de revisão das normas e folhetos acerca da promoção do sono seguro aquando da alta.

De acordo com Kolcaba (1991), o conforto não se relaciona apenas com a satisfação das necessidades ou com a eliminação de um desconforto, mas, também, com a capacidade da pessoa para garantir a satisfação das suas necessidades e promover, de forma autónoma, o seu maior estado de conforto. Em saúde infantil e pediátrica, o alvo dos cuidados é a criança e a sua família. No caso do RN, este é totalmente dependente na satisfação das necessidades básicas de vida e na promoção do conforto, tornando-se fundamental capacitar as famílias (Kolcaba, 1991).

A Síndrome de Morte Súbita do Lactente [SMSL] foi descrita como a causa de morte mais frequente no período pós-natal e caracteriza-se como a morte súbita e inexplicada, mesmo após investigação clínica, de uma criança com menos de 1 ano de idade, associada a períodos de sono do bebé. A fisiopatologia da SMSL é complexa e embora as causas não estejam completamente identificadas, pensa-se que exista uma associação de 3 fatores (Fonseca et al., 2022; SPP, 2023).

Segundo a Academia Americana de Pediatria [AAP] (2022), a SMSL pode ocorrer quando uma criança com vulnerabilidade intrínseca (comprometimento da função cardíaca ou respiratória) é exposta a um ambiente de sono pouco seguro, durante um período de desenvolvimento infantil crítico, que é frequente durante os primeiros meses de vida. Embora a investigação clínica apoie a existência de causas anatómicas, fisiológicas e genéticas em alguns latentes, estudos de casos realizados revelaram a associação de fatores externos modificáveis (AAP, 2022).

Os RN com baixo peso ao nascer ou prematuros apresentam risco aumentado de morte súbita comparativamente aos recém-nascidos saudáveis e, deste modo, é particularmente importante a promoção de um ambiente de sono seguro que se inicie na unidade de neonatologia e que se estenda até ao domicílio.

A alta nas unidades de neonatologia é um processo complexo que envolve a valorização de determinados critérios, nomeadamente: a estabilidade fisiológica do RN, a aquisição das competências básicas e a capacidade para o cuidado no domicílio, por parte dos pais (Osorio-Galeano et al., 2020). Na transição para o domicílio, os riscos do RN, associados à prematuridade, mantêm-se e os cuidados que estes bebés recebem em casa são determinantes para a sua saúde e bem-estar. Esta transição engloba uma alteração de um ambiente complexo e altamente diferenciado, em que o recém-nascido pré-termo se encontra em vigilância vinte e quatro horas por dia, com monitorização e cuidados por profissionais com conhecimentos técnicos, para um ambiente domiciliário, onde os pais são os principais cuidadores, sem apoio diferenciado (Goés et al., 2021; Osorio-Galeano et al., 2020).

A AAP recomenda a existência de um programa de transição para o sono seguro no domicílio que inclua mudança das práticas dos profissionais de saúde e educação dos pais. Este programa assenta na premissa de serem iniciadas, ainda na unidade de neonatologia, as estratégias de promoção do sono seguro, assim que o RN se encontre estabilizado do ponto de vista clínico, promovendo um aumento da sensibilização dos pais para a prevenção da SMSL (AAP, 2021).

Deste modo, para cumprimento dos objetivos propostos para o presente projeto de intervenção, foi realizada uma norma de procedimento «Promoção do Sono Seguro – Transição para o Domicílio» (Apêndice P) que engloba o enquadramento acerca da SMSL, os ensinamentos a ser realizados aos pais aquando da preparação da alta e as recomendações da AAP para a implementação do programa. Foi, também, revisto e atualizado o folheto da promoção do sono do RN no domicílio, para ser entregue aos pais durante os ensinamentos sobre o mesmo (Apêndice Q).

A norma e o folheto foram validados pela EEESIP e enfermeira responsável da unidade e, posteriormente, foi realizada uma sessão de formação em serviço, para a equipa de enfermagem, para dar a conhecer a norma de procedimento realizada, bem como as mais recentes recomendações da AAP (Apêndice R).

Após a sessão de formação em serviço foram realizados questionários anónimos, de modo a avaliar a postura do formador e a pertinência da formação (Apêndice S).

3. ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS

A prática reflexiva é um processo fundamental no percurso formativo do enfermeiro especialista, uma vez que permite avaliar e refletir acerca dos seus comportamentos e experiências de forma crítica com o objetivo de compreender a sua prática. Isto envolve refletir sobre o que foi aprendido, como influencia a sua prática e as implicações para o futuro. Refletir acerca das competências e conhecimentos adquiridos e desenvolvidos permite, ainda, desenvolver habilidades de pensamento crítico e aumenta a consciencialização do processo de aprendizagem (Netto et al., 2018).

O enfermeiro especialista é um profissional que detém conhecimentos, capacidades e habilidades de nível avançado que lhe permite prestar cuidados especializados e de alta qualidade, ponderando as necessidades de saúde do grupo-alvo da sua área de especialização e atuando em todos os contextos de saúde e níveis de prevenção. Além disto, o enfermeiro especialista é detentor de capacidade de tomada de decisões, de comunicação e de solução de problemas, seguindo uma conduta ética e deontológica (Regulamento n.º140/2019, 2019).

O EEESIP concentra a sua prática na criança/jovem e sua família, prestando cuidados de nível avançado, com segurança, conhecimentos e habilidades à criança e sua família, em qualquer contexto que esta se encontre, e trabalha com vista à maximização da saúde, bem-estar e máximo desenvolvimento infantil (Regulamento n.º 422/2018, 2018).

3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

As CCEE

(...) são as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria (...) (Regulamento n.º140/2019, 2019, p. 4745).

As CCEE integram competências em quatro domínios: A – Responsabilidade profissional, ética e legal; B – Melhoria contínua da qualidade; C – Gestão de cuidados; e, por último, D – Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento n.º140/2019, 2019).

O primeiro domínio, **A – Responsabilidade profissional, ética e legal**, engloba duas competências:

- a) Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional (A1);
- b) Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (A2). (Regulamento n.º140/2019, 2019, p. 4745).

A ética pode ser definida como o estudo do comportamento correto e/ou incorreto para os seres humanos, baseando-se na preocupação com os valores e meios necessários para a promoção do bem-estar, da saúde, da prosperidade e da felicidade das pessoas. A ética engloba princípios e valores éticos e morais e, em enfermagem, orienta a prática clínica, garantido o respeito pelos direitos humanos e cuidados de enfermagem focados nas necessidades individuais de cada ser humano (Thompson et al., 2004).

O cuidado em enfermagem preocupa-se com a satisfação das necessidades específicas de cada ser humano, mas também em agir de acordo com os direitos e regras que protegem a vulnerabilidade daqueles de quem cuidam (Thompson et al., 2004). Em pediatria, a ética pressupõe um foco na criança e família e apresenta uma importância maior, devido à fase de desenvolvimento, maturidade pessoal e conquista de autonomia (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

Deste modo, surge a deontologia em enfermagem que fornece os deveres profissionais pelos quais se regem a profissão, enquadrados nos direitos humanos (Lei n.º 156/2015, 2015).

Ao longo do estágio nos diversos contextos clínicos adotamos uma correta postura ético-deontológica, demonstrando um exercício profissional seguro e assente numa base legal.

Durante o estágio ocorreram diversas situações complexas, que exigiram processos de tomada de decisões em enfermagem complexos. Nestas situações aproveitamos para desenvolver a capacidade e habilidade de tomada de decisão em enfermagem, procurando aumentar os nossos conhecimentos, quer a nível teórico-prático, quer a nível ético-legal. Procuramos sempre avaliar todos os fatores envolvidos, de modo a estabelecer a melhor abordagem de cuidados para a criança e sua família.

O contexto de CSP e UCIP foram os mais desafiantes neste âmbito, devido à pouca experiência na área, mas foi possível, através de estudo e pesquisa, participar em todos os processos de tomada de decisão que envolveram os utentes pediátricos destes contextos.

O cuidado à criança/jovem e família apresenta especificidades no que se relaciona com as questões éticas. Deste modo, baseamos a nossa prática clínica nos princípios éticos orientando os cuidados de enfermagem, de modo a garantir a segurança e o bem-estar da criança/jovem e família, além de promover uma relação de confiança entre o enfermeiro e o utente pediátrico. Durante todo o estágio privilegiamos sempre o superior interesse da criança, garantindo que todas as decisões tomadas fossem as mais benéficas, protegendo o seu bem-estar. Foi, também, garantido o princípio da beneficência e o da não maleficência. Durante o estágio na UCIP existiram situações complexas, com risco de vida para as crianças. Nestas situações, garantimos que os cuidados de enfermagem fossem sempre no sentido do seu bem-estar e em prol da maximização do seu estado de saúde. Houve uma situação em que as medidas de suporte de vida não foram suficientes, terminando na morte da criança, e foi garantido que as nossas ações de enfermagem não causassem danos evitáveis, priorizando a dignidade humana e promovendo a privacidade da criança e família.

Além disto, foram respeitadas as normas legais e deontológicas em vigor, nomeadamente, a Carta dos Direitos da Criança, a Carta da Criança Hospitalizada, a Declaração dos Direitos Humanos e o Código Deontológico. O sigilo profissional e a privacidade da criança/jovem e família foram sempre garantidos. As informações das crianças/jovens e famílias foram sempre mantidas em locais seguros e acessíveis, apenas, a profissionais de saúde autorizados e envolvidos no cuidado a estas crianças. Do mesmo modo, as informações eram partilhadas com os pais, ou representantes legais das crianças. Os registos foram realizados em *softwares* próprios através de um sistema de proteção com número de utilizador e senha e garantimos sempre que a sessão era terminada quando abandonávamos os computadores.

Todas as crianças tiveram direito a acompanhantes durante as consultas e durante os seus internamentos, inclusive na UCIP, de acordo com o descrito na legislação.

O segundo domínio, **B – Melhoria contínua da qualidade**, engloba as seguintes competências:

- a) Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica (B1);
- b) Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua (B2);

c) Garante um ambiente terapêutico e seguro (B3). (Regulamento n.º140/2019, 2019, p. 4745).

Os programas de melhoria contínua são o «(...) fim de linha de todo um processo de mudanças substantivas, que se inicia na forma como os enfermeiros conceptualizam as suas práticas, o sentido e o valor que dão à construção do (novo) cuidado, sua apropriação, a disponibilidade afectiva para o uso de uma prática sistematicamente reflectida (...)» (Petronilho, 2010, p.22). No fundo, os programas de melhoria contínua da qualidade promovem o crescimento das equipas, através de projetos de intervenção e de evidência mais recente, em determinada área (Petronilho, 2010).

Com o projeto de intervenção foi possível participar em programas de melhoria contínua, através da elaboração de normas e protocolos de procedimentos, dentro da temática. Estas normas e protocolos foram apresentados às equipas de enfermagem, permitindo a disseminação de conhecimentos.

Deste modo, ao longo dos contextos, garantimos ser um elemento dinamizador dentro da equipa, que promovesse o desenvolvimento da equipa. Nos CSP foi realizado um processo assistencial integrado que permitiu desenvolver o conhecimento da equipa acerca da vigilância em saúde infantil e, também, dar a conhecer as normas existentes. O processo assistencial integrado permitiu, também, que os cuidados à criança/jovem e família fossem realizados da mesma forma por toda a equipa.

No contexto de internamento de pediatria e unidade de neonatologia foram realizadas normas de procedimento, dentro da temática do sono, que permitiram aumentar o conhecimento das equipas de enfermagem acerca da fisiologia do sono, benefícios do sono e estratégias para o promover de forma segura.

A elaboração de normas foi sempre realizada tendo em conta as necessidades do serviço, de modo que fossem mais valias para a equipa de enfermagem e para futuros enfermeiros destes serviços, permitindo uma melhoria das práticas.

Ao longo do estágio, preocupamo-nos, também, em garantir um ambiente seguro de trabalho, quer no espaço físico, quer no ambiente terapêutico, prevenindo acidentes. A medicação administrada foi, sempre, preparada com dupla verificação.

Nos diversos locais de estágio foi, também, garantido o controlo de infeção, através da lavagem e desinfeção das mãos e através do uso de equipamentos de proteção individual quando necessário.

O terceiro domínio, **C – Gestão dos cuidados**, engloba duas competências, nomeadamente:

- a) Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde (C1);
- b) Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados (C2). (Regulamento n.º140/2019, 2019, p. 4745).

Uma gestão adequada dos cuidados em enfermagem é fundamental para garantir os melhores cuidados de saúde, prevenir e reduzir os erros e aumentar a segurança da pessoa/cliente. O trabalho em equipa, não só dentro do serviço/unidade, mas entre instituição e comunidade, promove melhores cuidados de saúde, ajustando os recursos existentes e garantindo que o sistema de saúde funcione de forma eficiente, com menores custos e maior qualidade (Potra, 2015).

Ao longo do estágio, este domínio foi desenvolvido, através de uma postura adequada perante toda a equipa multidisciplinar nos vários contextos. Foram criadas relações de trabalho de confiança entre nós e os restantes profissionais de saúde, o que permitiu uma articulação entre a equipa nos cuidados de saúde.

Em diversas situações foi necessária a colaboração de outros profissionais de saúde, nomeadamente psicólogos, assistentes sociais e nutricionistas, e foi promovida a articulação para aumentar os ganhos em saúde das crianças/jovens e famílias a quem prestámos cuidados.

Em todos os locais de estágio procuramos, desde o primeiro dia, perceber qual o método de trabalho, a dinâmica e os recursos disponíveis dos diversos contextos, de modo a podermos ser um elemento ativo e dinâmico na equipa, auxiliando na gestão dos cuidados e resolução de problemas e situações.

O quarto domínio, **D – Desenvolvimento das aprendizagens profissionais**, engloba as competências:

- a) Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade (D1);
- b) Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica (D2). (Regulamento n.º140/2019, 2019, p. 4745).

A evidência científica é fundamental na prática de enfermagem, fornecendo uma base científica para as decisões clínicas e para o planeamento dos cuidados. A prática baseada em evidência é um processo que envolve pesquisa científica relevante e atualizada para a tomada de decisão (Peixoto et al., 2016).

Este domínio consideramos que vem a ser desenvolvido durante todo o curso e ainda durante a experiência profissional. Além de enfermeiros, somos, também, pessoas, com sentimentos, emoções e necessidades e, é importante realizarmos diariamente uma percepção de nós mesmos, das nossas atitudes e dos nossos comportamentos. Na profissão de enfermagem, é fundamental termos as percepções das nossas fragilidades e identificar fatores que possam interferir no relacionamento com a pessoa que está ao nosso cuidado.

A experiência profissional oferece-nos diversos momentos em que somos confrontados com situações mais difíceis de gerir e que nos tornam competentes na gestão dos sentimentos e emoções.

Durante todo o percurso formativo baseamos o nosso desenvolvimento teórico e a nossa prática clínica em evidência científica atual e relevante, procurando prestar os melhores cuidados de enfermagem para cada situação individual. Além disto, a realização da Revisão *Scoping* permitiu, além do mapeamento da informação existente acerca da temática, o desenvolvimento de nova evidência científica na área do sono, sendo objetivado uma sensibilização dos profissionais de saúde sobre a sua importância, procurando a melhoria da qualidade dos cuidados prestados e contribuindo para o avanço da enfermagem enquanto ciência e profissão.

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

A intervenção do EEESIP é vasta e complexa, atuando em qualquer contexto onde as crianças ou jovens necessitem de cuidados de enfermagem, visando a promoção da saúde, prevenção de complicações e/ou acidentes, promoção do bem-estar físico, mental e emocional e o auto cuidado (Regulamento n.º 422/2018, 2018).

A fundamentação dos cuidados especializados em saúde infantil e pediátrica baseia-se nos conceitos meta paradigmáticos. A saúde da criança e do jovem tem uma definição subjetiva, relacionando-se com a satisfação das necessidades nas várias etapas de desenvolvimento e crescimento infantil. Este conceito é um processo dinâmico e contínuo, traduzido pela potenciação do crescimento e desenvolvimento da criança e jovem, promoção da adaptação às transições e promoção do bem-estar físico, psicológico, intelectual, social e espiritual (OE, 2017).

Nesta área de especialidade, a pessoa não diz respeito apenas à criança ou jovem, mas sim ao binómio criança/jovem e sua família. Em saúde infantil e pediátrica, a família é parceira nos cuidados de enfermagem, revelando-se como uma forte influência do crescimento e desenvolvimento da criança e é fundamental o seu empoderamento, de modo a proporcionar

o máximo de recursos, conhecimentos e habilidades para promover a maximização da saúde da criança ou jovem (OE, 2017).

O ambiente em que a criança vive e se desenvolve tem uma forte influência nos restantes conceitos, afetando-os diretamente. Este ambiente deve ter características promotoras da saúde, desenvolvimento e independência (OE, 2017).

Assim, o exercício profissional do EEESIP assenta na filosofia dos cuidados da enfermagem pediátrica, baseados nos modelos de CA e CCF e na teoria de parceria de cuidados de Anne Casey (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020). As competências do EEESIP são:

- a) Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde;
- b) Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade;
- c) Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem. (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p.19192)

A realização do Estágio 1 e Estágio Final ofereceram-nos oportunidades de consolidação e desenvolvimento das competências específicas de EEESIP, que conhecemos e aprendemos ao longo de todo o curso de ME. Durante a prática clínica procuramos, sempre, assentar o nosso exercício profissional nos modelos de cuidados em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, referidos anteriormente.

Foram prestados cuidados holísticos e baseados nas necessidades da criança, em todas dimensões. O conforto foi um dos nossos focos, aliado à nossa temática e ao conceito de cuidados atraumáticos, tentando sempre diminuir qualquer desconforto que fosse associado às nossas práticas e procedimentos, bem como ao desconforto associado ao internamento e situação clínica.

Consideramos que, em todos os contextos, procuramos prestar cuidados de enfermagem de qualidade e permitissem o aumento e melhoria do estado de saúde da criança/jovem. A prestação de cuidados foi em parceria com os pais/família/cuidadores, sempre que possível, procurando contribuir para o desenvolvimento das suas competências e habilidades parentais, garantindo uma parentalidade positiva e promotora do desenvolvimento adequado e saudável da criança/jovem.

O contexto de CSP foi muito rico em experiências de promoção da saúde. Apesar da experiência profissional na área pediátrica, o nosso foco emerge maioritariamente para a sintomatologia e situação de doença. A observação e realização de consultas de vigilância da saúde infantil e juvenil permitiram-nos adquirir e desenvolver competências, e conhecimentos, acerca da promoção da saúde e prevenção da doença e acidentes, bem como compreender

a atuação do EEESIP e a sua importância na maximização da saúde e deteção de situações (quer patológicas, como outras situações de risco) que pudessem afetar o adequado crescimento e desenvolvimento da criança/jovem.

Nestas consultas foi possível consolidar conhecimentos acerca do PNSIJ e trabalhar com a escala de *Mary Sheridan* modificada. A utilização desta escala permitiu-nos conhecer as diversas etapas de desenvolvimento infantil, permitindo uma correta avaliação do desenvolvimento psicomotor, dos sinais de alarme, bem como a realização de ensinamentos relacionados com os cuidados antecipatórios.

Tivemos a oportunidade de assistir e realizar consultas de saúde infantil em diversas idades chave e, com isto, perceber as diversas etapas de desenvolvimento infantil. Isto permitiu consolidar competências na implementação e gestão de planos de cuidados individualizados e personalizados para cada criança/jovem e família. O facto de o estágio de CSP ter sido realizado numa USF, em que o método de trabalho é baseado em enfermeiro de família, permitiu-nos conhecer a estrutura familiar de cada criança e perceber a importância de relações de confiança entre o enfermeiro e a família.

A passagem pelos variados contextos permitiu-nos dar resposta às necessidades de crianças/jovens em várias etapas do ciclo de vida e de desenvolvimento. A variedade de idades das crianças e jovens nas consultas foi uma experiência enriquecedora, tendo sido possível adequar a linguagem e dinâmica da consulta à etapa de desenvolvimento da criança. No serviço de internamento de pediatria observamos uma diversificação cultural, além da idade e etapa de desenvolvimento, que foi muito positiva e enriquecedora, sendo possível conhecer novas crenças, respeitando-as.

Consideramos que a escolha dos locais de estágio foi de encontro às nossas necessidades e ao máximo desenvolvimento das nossas competências, habilidades e conhecimentos.

O contexto de UCIP foi completamente novo, em termos de cuidados prestados e de situações complexas e graves. Neste contexto focámos não só no desenvolvimento de competências, como também no desenvolvimento de conhecimentos e práticas.

Surgiram diversas oportunidades para assistir a situações de alta complexidade e de suporte avançado de vida, promovendo a consolidação dos conhecimentos obtidos na etapa teórica do curso de ME. Existiu, também, uma situação de insucesso, que levou à morte de uma criança. Esta situação apesar do misto de emoções e sentimentos negativos, permitiu-nos aplicar os conhecimentos e capacidades para lidar com estas situações, focando o nosso exercício profissional na dignificação da criança e da sua família, em todos os momentos e situações.

Assentamos a nossa prática clínica no binómio criança e família como alvo do cuidar, garantindo que eram elementos ativos e participativos no cuidado, mesmo nas situações de alta complexidade, nos contextos de UCIP e unidade de neonatologia. Esta parceria de cuidados ofereceu confiança, quer à família, quer à criança, e foi um elemento fundamental no processo de vinculação.

Tivemos a oportunidade de participar nos domicílios da equipa de cuidados paliativos pediátricos de um hospital que foi muito benéfico para o percurso formativo e de desenvolvimento profissional. Visitámos diversas famílias, com variadas necessidades económicas e de recursos e foi enriquecedor apoiar a equipa de enfermagem na mobilização dos recursos e na capacitação das famílias para dar resposta às diversas situações.

3.3. COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM

O curso de ME é um nível de formação que permite o desenvolvimento de conhecimentos e práticas avançadas e que promove a aquisição de habilidades na área de investigação em enfermagem.

O grau de mestre é conferido aos que demonstrem:

- a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que:
 - I.Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde;
 - II.Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;
- b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;
- c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
- d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;

- e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo. (...). (Decreto-Lei n.º74/2006, 2006, artigo 15º)

O curso de ME promoveu a aquisição e desenvolvimento do pensamento crítico e reflexivo do mestre em enfermagem através de todas as unidades curriculares lecionadas. Durante todo o curso fomos realizando pesquisa científica para a elaboração de trabalhos académicos, que permitiu a consolidação de habilidades na área da investigação. Foi também realizado investimento na área da ética e deontologia, bem como questões legais, relacionadas com a profissão de enfermagem, que nos permitiu a aquisição de conhecimentos fundamentais para as tomadas de decisão em situações clínicas, quer sejam elas simples ou complexas.

O trabalho de metodologia de projeto consolidou as nossas capacidades no diagnóstico de situações problema, no respetivos contextos clínicos, e no desenvolvimento de estratégias com vista à resolução das mesmas. Permitiu, ainda, o desenvolvimento de capacidades de comunicação, devido às várias reuniões, exposição de informação aos profissionais de saúde e formações relacionadas com a temática. O estágio, nos vários contextos clínicos, proporcionou o desenvolvimento de um olhar crítico sobre as práticas de enfermagem, refletindo sobre as mesmas, e facilitou a consolidação e aprofundamento dos conhecimentos teóricos adquiridos, projetando-os para a prática clínica.

A realização do artigo científico, como trabalho final de estágio, foi fundamental para o desenvolvimento das nossas habilidades de pesquisa científica. Juntamente com o relatório permitiram a disseminação de novo conhecimento e informações, baseadas em evidência científica, na área do conforto, promovendo a melhoria das práticas em enfermagem e fomentando a qualidade dos cuidados de enfermagem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente relatório simboliza o culminar de um percurso formativo, baseado em constantes e estruturadas reflexões sobre a prática, bem como a aquisição de conhecimentos teóricos e desenvolvimento de competências enquanto enfermeiro especialista, baseadas nos modelos e conceitos da enfermagem pediátrica e assentes na perspetiva de cuidados holísticos e éticos.

A reflexão inerente a este percurso de aprendizagens permitiu a compreensão da prática de EEESIP que, independentemente do contexto dos cuidados, é responsável pela otimização e melhoria dos cuidados de enfermagem à criança/jovem e sua família, implementando práticas de enfermagem de qualidade e baseadas na mais recente evidência científica, incentivando a adoção de comportamentos potenciadores da saúde, promotores do conforto e maximizadores do melhor estado de saúde.

O método utilizado para o desenvolvimento do projeto de intervenção, a metodologia de projeto, permitiu o cumprimento dos objetivos propostos para o estágio e a aquisição e desenvolvimento das CCEE, competências específicas de EEESIP e competências relacionadas com o grau de mestre, relacionando a teoria com a prática.

A teoria do conforto de Katharine Kolcaba e as filosofias de cuidados da enfermagem pediátrica, nomeadamente os CCF e os CA, destacam-se como referenciais teóricos para a nossa prática de enfermagem enquanto EEESIP, tendo sido fundamentais para a orientação da linha de pensamento e para a realização do presente relatório.

Em suma, os objetivos propostos para a realização deste relatório foram cumpridos. A temática do sono infantil foi enquadrada, tendo sido exposta através de referenciais bibliográficos importantes, e relacionada com a teoria do conforto. Foi descrita a metodologia utilizada para a realização do estágio, refletindo posteriormente sobre a aquisição das competências.

O percurso formativo na profissão de enfermagem deve ser constante, permitindo a atualização dos conhecimentos, promovendo a melhoria dos cuidados prestados. O caminho

de aprendizagens percorrido ao longo deste curso de mestrado permitiu um crescimento profissional e pessoal, promovendo a aquisição de conhecimentos e competências e provocando mudanças de comportamento positivas, bem como a construção de um pensamento crítico e holístico. O caminho nem sempre foi fácil, revelando obstáculos que foram sempre superados, tornando o caminho mais rico. Em termos profissionais, todo o curso foi fundamental para a melhoria dos cuidados prestados, permitindo hoje um olhar mais especializado, atento e competente para as crianças, jovens e suas famílias, e para as suas necessidades.

No futuro, tencionamos realizar a publicação da revisão *scoping* numa revista indexada, bem como participar em eventos científicos através de comunicações orais e/ou pósters, promovendo a divulgação dos conhecimentos dos resultados obtidos, destacando, deste modo, as competências adquiridas enquanto EEESIP e Mestre.

Profissionalmente, pretendemos desenvolver as CEEEEESIP no nosso serviço onde desempenho funções nomeadamente no serviço de internamento de pediatria, sensibilizando a restante equipa de enfermagem para a melhoria da qualidade dos cuidados à criança e sua família e sendo elementos de referência no seio da equipa. No que diz respeito ao tema central do presente relatório, pretendo aprofundar a temática, integrando um grupo responsável pela criação de um protocolo de promoção do sono saudável e seguro ao longo do ciclo infanto-juvenil.

O presente relatório, bem como o artigo realizado ao longo dos estágios, foram importantes formas de disseminação de conhecimento, e o percurso percorrido durante o curso de mestrado levou a uma mudança de perspetiva, visando divulgar os conhecimentos obtidos e propondo-nos a novas investigações promovendo a melhoria da qualidade dos cuidados e o crescimento da enfermagem, em especial, da enfermagem de saúde infantil e pediátrica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aldrich, M. (1999). *Sleep Medicine*. Oxford University Press.

American Academy of Pediatrics. (2021). Transition to a Safe Home Sleep Environment for the NICU Patient. *Pediatrics*, 148 (1), 1-13.

American Academy of Pediatrics. (2022). Sleep-Related Infant Deaths: Updated 2022 Recommendations for Reducing Infant Deaths in the Sleep Environment. *Pediatrics*, 150 (1), 1-22. <https://doi.org/10.1542/peds.2022-057990>

Begun, E., Bonno, M., Obata, M., Yamamoto, H., Kawai, M. & Komada, Y. (2006). Emergence of physiological rhythmicity in term and preterm neonates in a neonatal intensive care unit. *Journal of Circadian Rhythms*, 4(11), 1-7. <https://doi.org/10.1186/1740-3391-4-11>

Begun, E., Bonno, M., Obata, M., Yamamoto, H., Kawai, M. & Komada, Y. (2006). Emergence of physiological rhythmicity in term and preterm neonates in a neonatal intensive care unit. *Journal of Circadian Rhythms*, 4(11), 1-7. <https://doi.org/10.1186/1740-3391-4-11>

Burger, P., Ende, E., Lukman, W., Burchell, G., Steur, L., Merten, H., Nanayakkara, P. & Gemke, R. (2022). Sleep in hospitalized pediatric and adult patients e A systematic review and meta-analysis. *Sleep Medicine: X*, 4, 1-15. <https://doi.org/10.1016/j.sleepx.2022.100059>

Decreto-Lei n.º 161/96 Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. (1996). Diário da República n.º 205, Série 1-A de 1996-09-04.

Decreto-Lei n.º 74/2006 Regime Jurídico dos Graus e Diplomas do Ensino Superior. (2006). Diário da República n.º 60, Série I-A de 2006-03-24.

El-Dib, M., Massaro, A., Glass, P. & Aly, H. (2014). Sleep wake cycling and neurodevelopmental outcome in very low birth weight infants. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 27(9), 892-897. <https://doi.org/10.3109/14767058.2013.845160>

El-Dib, M., Massaro, A., Glass, P. & Aly, H. (2014). Sleep wake cycling and neurodevelopmental outcome in very low birth weight infants. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 27(9), 892-897. <https://doi.org/10.3109/14767058.2013.845160>

Fonseca, T., Cerqueira, J., Santos, M., Fonseca, G., Sousa, M., Warol, P. & Siqueira, E. (2022). Uma análise acerca das características da síndrome da morte súbita do lactente: revisão bibliográfica. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 15 (3), 1-7. <https://doi.org/10.25248/reas.e9866.2022>

Góes, F., Pereira, F., Silva, L. & Silva, L. (2021). Transição do recém-nascido pré-termo da unidade neonatal para o domicílio. In Sociedade Brasileira dos Enfermeiros Pediatras (Eds.), *Cuidado Integral ao Recém-Nascido Pré-Termo e à Família* (pp. 314-328). Sociedade Brasileira dos Enfermeiros Pediatras.

Hybschmann, J., Topperzer, M., Gjørde, L., Born, P., Mathiasen, R., Sehested, A., Jennum, P. & Sørensen, J. (2021). Sleep in hospitalized children and adolescents: A scoping review. *Sleep Medicine Reviews*, 59, 1-9, <https://doi.org/10.1016/j.smr.2021.101496>

Kolcaba, K. (1991). A taxonomic structure for the concept comfort. *Image the journal of nursing scholarship*, 23(4), 237-240. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1991.tb00678.x>

Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory and Practice*. Springer Publishing Company.

Krause, A., Vallat, R., Simon, E. & Walker, M. (2023). Sleep Loss Influence the Interconnected Brain-Body Regulation of Cardiovascular Function in Humans. *Psychosomatic Medicine*, 85(1), 34-41. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000001150>

Kryger, M. (2022). *Principles & Practice of Sleep Medicine* (7ª ed.). Elsevier.

Kudchadkar, S., Aljohani, O. & Punjabi, N. (2014). Sleep of Critically Ill Children in the Pediatric Intensive Care Unit: A Systematic Review. *Sleep Medicine Reviews*, 18(2), 103-110. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2013.02.002>

Lei n.º 156/2015 Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. (2015). Diário da República n.º 181, Série I de 2015-09-16.

Leschziner, G. (2022). *Oxford Handbook of Sleep Medicine*. Oxford University Press.

Levy, J., Hassan F., Plegue, M., Sokoloff, M., Kushwaha, J., Chervin, R., Barks, J. & Shellhaas, R. (2017). Impact of Hands-On Care on Infant Sleep in the Neonatal Intensive Care Unit. *Journal of Pediatric Pulmonology*, 52(1), 84-90. <https://doi.org/10.1002/ppul.23513>

Levy, J., Hassan F., Plegue, M., Sokoloff, M., Kushwaha, J., Chervin, R., Barks, J. & Shellhaas, R. (2017). Impact of Hands-On Care on Infant Sleep in the Neonatal Intensive Care Unit. *Journal of Pediatric Pulmonology*, 52(1), 84-90. <https://doi.org/10.1002/ppul.23513>

Maciel, S., Cardoso, G., Monari, F., Magalhães, F. & Oliveira, A. (2022). Vivências dos Familiares sobre a Hospitalização de Crianças em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. *Enfermagem Foco*, 13, 1-7.

Mindell, J. & Owens, J. (2015). *A Clinical Guide to Pediatric Sleep. Diagnosis and Management of Sleep Problems* (3ª ed). Wolters Kluwer.

Netto, L., Silva, K. & Rua, M. (2018). Prática reflexiva e formação profissional: aproximações teóricas no campo da Saúde e da Enfermagem. *Escola Anna Nery*, 22(1), 1-6.

Nightingale, F. (2005). *Notas sobre Enfermagem: O que é e o que não é*. Lusociência.

Oliveira, C. (2013). Conforto e Bem-estar enquanto Conceitos em Uso em Enfermagem. *Pensar Enfermagem*, 17(2), 2-8.

Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*.

Ordem dos Enfermeiros. (2020). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Artmed.

Osorio-Galeano, S., Salazar-Maya, A. & Villamizar-Carvajal, B. (2020). Preparação dos pais para a alta hospitalar da criança prematura: Análise de conceito. *Revista Ciência Cuidado*, 17(2), 88-101. <https://doi.org/10.22463/17949831.1623>

Paiva, T. & Penzel, T. (2011). *Centro de Medicina do Sono. Manual Prático*. Lidel.

Peixoto, M., Pereira, R., Martins, A., Martins, T. & Barbieri, C. (2016). Enfermagem baseada em evidência: atitudes, barreiras e práticas entre contextos de cuidados, *Jornadas Internacionais de Enfermagem Comunitária*.

Petronilho, F. (2010). Autonomia Profissional em Enfermagem. Da Produção de Indicadores aos Programas de Melhoria Contínua da Qualidade. *Revista de Enfermagem do Centro Hospitalar de Setúbal*, (7), 15-23.

Ponte, K., Gomes, M., Ponte, H. & Farias, M. (2015). Cuidados de Enfermagem que Proporcionam Conforto à Criança Hospitalizada: Visão do Responsável. *UNOPAR Científica Ciências biológicas e da saúde*, 17(3), 165-168.

Potra, T. (2015). *Gestão de cuidados de enfermagem : das práticas dos enfermeiros chefes à qualidade de cuidados de enfermagem* [Tese de Doutoramento, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/20608>

Ramos, A. & Barbieri-Figueiredo, M. (2020). *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem*. Lidel.

Ramos, D., Lima, C., Leal, A., Prado, P., Oliveira, V., Souza, A., Figueiredo, M. & Leite, M. (2016). A Participação da Família no Cuidado às Crianças Internadas em Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Brasileira Promoção da Saúde*, 29(2), 189-196.

Regulamento n.º 422/2018 Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. (2018). Diário da República n.º 133, Série II de 2018-07-12.

Regulamento n.º140/2019 Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. (2019). Diário da República n.º26, Série II de 2019-02-06.

Riegel, F., Crossetti, M., Martini, J. & Nes, A. (2020). A teoria de Florence Nightingale e suas contribuições para o pensamento crítico holístico na enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(2), 1-5. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0139>

Ruivo, A., Ferrito, C. & Nunes, L. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Revista Percursos*, (15), 1-37.

Salavessa, M. & Vilariça, P. (2009) Problemas de sono em idade pediátrica. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, (25), 584-591.

Sociedade Portuguesa de Pediatria. (2023). *Como reduzir o risco de Síndrome da Morte súbita do Lactente*. <https://www.spp.pt/noticias/default.asp?IDN=116&op=2&ID=132>

Stremmer, R., Micsinszki, S., Adams, S., Parshuram, C., Pullenayegum, E. & Weiss, S. (2021). Objective Sleep Characteristics and Factors Associated With Sleep Duration and Waking During Pediatric Hospitalization. *JAMA Network Open*, 4(4), 1-12. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.3924>

Stremmer, R., Micsinszki, S., Adams, S., Parshuram, C., Pullenayegum, E. & Weiss, S. (2021). Objective Sleep Characteristics and Factors Associated With Sleep Duration and Waking During Pediatric Hospitalization. *JAMA Network Open*, 4(4), 1-12. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.3924>

Teixeira, M. (2019). *Qualidade do sono das crianças e adolescentes internados em unidades pediátricas* [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. Repositório Científico da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. <http://web.esenfc.pt/?url=6ZsjGrLH>

Thompson, I., Melia, K., & Boyd, K. (2004). *Ética em Enfermagem* (4a ed.). Lusociência.

Tierney, A. & Roper, N. (2000). *Roper-Logan-Tierney Model Of Nursing. Based On Activities Of Living*. Elsevier Health Sciences.

Trindade, C. (2019). *O Sono na Infância: Educar para Promover o Sono Saudável – Atuação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica* [Relatório de Estágio para atribuição de Grau de Mestre, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico

de Beja]. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Beja. <http://hdl.handle.net/20.500.12207/4923>

Vasconcelos, A., Prior, C., Estevão, H., Loureiro, H., Ferreira, R. & Paiva, T. (2017). *Recomendações SPS-SPP: Prática da Sesta da Criança nas Creches e Infantários, Públicos ou Privados*.

Vásquez-Ruiz, S., Maya-Barrios, J., Torres-Narváez, P., Veja-Martínez, B., Rojas-Grana-dos, A., Escobar, C. & Ángeles-Castellanos, M. (2014). A light/dark cycle in the NICU acceler-ates body weight gain and shortens time to discharge in preterm infants. *Early Human Deve-lopment*, 90, 535-540. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2014.04.015>

Vásquez-Ruiz, S., Maya-Barrios, J., Torres-Narváez, P., Veja-Martínez, B., Rojas-Grana-dos, A., Escobar, C. & Ángeles-Castellanos, M. (2014). A light/dark cycle in the NICU acceler-ates body weight gain and shortens time to discharge in preterm infants. *Early Human Deve-lopment*, 90, 535-540. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2014.04.015>

APÊNDICES

APÊNDICE A – RESUMO DO ARTIGO “A INFLUÊNCIA DO SONO NA
RECUPERAÇÃO DE CRIANÇAS INTERNADAS EM UNIDADES DE CUIDADOS
INTENSIVOS: UMA REVISÃO SCOPING”

A INFLUÊNCIA DO SONO NA RECUPERAÇÃO DE CRIANÇAS INTERNADAS EM UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS: UMA REVISÃO SCOPING

The influence of sleep on the recovery of children hospitalized in intensive care units: a scoping review

Catarina Alexandra

Sant'Ana Soares

Enfermeira no Centro
Hospitalar Barreiro-Montijo

[https://orcid.org/0000-](https://orcid.org/0000-0001-5379-1166)

[0001-5379-1166](https://orcid.org/0000-0001-5379-1166)

Maria Eduarda Correia

Professora Adjunta na
Escola Superior de Saúde
do Instituto Politécnico de
Portalegre

[https://orcid.org/0000-](https://orcid.org/0000-0001-8322-4437)

[0001-8322-4437](https://orcid.org/0000-0001-8322-4437)

10 de fevereiro de 2023

Resumo

Introdução: O sono adequado promove o correto crescimento e desenvolvimento do ser humano, representando um papel fundamental do ponto de vista neurobiológico, emocional e social.

Objetivo: Explorar e mapear as evidências disponíveis na literatura acerca da influência das alterações do sono na recuperação das crianças internadas em unidades de cuidados intensivos.

Método de Revisão: Foi elaborada uma *scoping review*, segundo método de revisão proposto pelo Instituto Joanna Briggs. O processo de seleção de resultados foi realizado por dois revisores independentes.

Resultados: Foram identificados cinco estudos, realizados em diversos locais do mundo, entre 2006 e 2021. O sono promove a recuperação de crianças e recém-nascidos internados em unidades de cuidados intensivos, diminuindo o tempo de internamento.

Conclusão: Devem ser realizados mais estudos neste âmbito que sustentem a prática clínica, com vista à melhoria da qualidade dos cuidados prestados. O protocolo da presente revisão *scoping* foi registado no *Open Science Framework* (DOI 10.17605/OSF.IO/ZR9KM)

Palavras-Chave: Criança; Sono; Revisão; Enfermagem; Hospitalização

Abstract

Background: Adequate sleep promotes the correct growth and development of human beings, representing a fundamental role from a neurobiological, emotional and social point of view.

Objective: To explore and map the evidence available in the literature about the influence of sleep disorders on the recovery of children hospitalized in intensive care units.

Review Method: A scoping review was prepared, according to the review method proposed by the Joanna Briggs Institute. The result selection process was carried out by two independent reviewers.

Results: Five studies were identified, carried out in different parts of the world, between 2006 and 2021. Sleep promotes the recovery of children and newborns hospitalized in intensive care units, reducing the length of hospital stay.

Conclusion: More studies should be carried out in this area to support clinical practices, with a view to improving the quality of care provided. The protocol of this scoping review was registered in the Open Science Framework (DOI 10.17605/OSF.IO/ZR9KM)

Keywords: Child; Sleep; Review; Nursing; Hospitalization.

APÊNDICE B – CRONOGRAMA GERAL DAS ETAPAS DO PROJETO DE ESTÁGIO

		2022								2023					
Etapas	Mês	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho
Diagnóstico de Situação															
Definição de Objetivos															
Planeamento das Atividades															
Execução															
Avaliação															
Divulgação de Resultados	Elaboração do Relatório Final														
	Discussão do Relatório														

APÊNDICE C – PLANEAMENTO DO PROJETO DE ESTÁGIO FINAL

Planeamento do Projeto de Estágio Final				
Objetivo Geral: Contribuir para a promoção do sono saudável e seguro da criança e jovem.				
Objetivo Específico	Atividades		Recursos	
			Humanos	Materiais
Promover a capacitação da família da criança e jovem para a promoção do sono saudável e seguro	Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos	• Elaboração de um póster acerca do sono infantil, para colocação na sala de repouso dos familiares, com informações acerca dos benefícios do sono, necessidades de sono de acordo com a idade e estratégias para a promoção de um sono adequado e saudável; • Elaboração de um livro com as mesmas informações para ser entregue aos pais e cuidadores das crianças internadas na UCIP; • Construção de «Caixa dos Sonhos» com material de apoio às estratégias promotoras do sono das crianças.	• Enfermeira chefe; • Enfermeira orientadora; • Equipa de Enfermagem; • Docente Orientadora.	• Computador; • Impressora; • Bases de dados; • Livros, artigos e outros documentos importantes sobre a temática; • Software Microsoft Word e Canva.
	Unidade de Neonatologia	• Revisão e atualização do folheto da promoção do sono seguro do RN, no domicílio.		

Sensibilizar a equipa de enfermagem sobre a importância do sono saudável e seguro das crianças e jovens	Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos	- Sensibilizar a equipa de enfermagem, em momento informal de passagem de turno, para a importância da promoção do sono saudável das crianças internadas; - Dar a conhecer , em momento informal de passagem de turno, a «Caixa dos Sonhos» e a sua forma de utilização.		
	Serviço de Internamento de Pediatria	- Elaboração da norma de procedimento «Medidas de Higiene do Sono no Serviço de Internamento de Pediatria»; - Realização de formação com a equipa de enfermagem, «Medidas de Higiene do Sono no Serviço de Pediatria», para apresentação da norma de procedimento e sensibilização dos enfermeiros para a importância da promoção do sono.		
	Unidade de Neonatologia	- Elaboração da norma de procedimento «Promoção do Sono Seguro – Transição para o Domicílio»; - Realização de formação com a equipa de enfermagem, «Promoção do Sono Seguro – Transição para o Domicílio», para apresentação da norma de procedimento e sensibilização dos		

		enfermeiros para a importância dos ensinamentos acerca do sono do RN.		
--	--	---	--	--

APÊNDICE D – PROCESSO ASSISTENCIAL INTEGRADO DE SAÚDE INFANTIL E
PEDIÁTRICA



PROCESSO ASSISTENCIAL INTEGRADO

SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

Realizado por:

Enfermeira Catarina Soares

Estudante do Mestrado em Enfermagem com Área de Especialização em

Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Com Orientação de:

Enfermeira [redacted]

Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Responsável:

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]



Junho de 2022

APÊNDICE E – FORMAÇÃO EM SERVIÇO «PROCESSO ASSISTENCIAL INTEGRADO
DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA»



PROCESSO ASSISTENCIAL INTEGRADO

SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

Realizado por: Catarina Soares, Estudante de Mestrado em Enfermagem

Orientada por:



Docente Orientadora: Professora Maria Eduarda Correia

APÊNDICE F – ESTUDO DE CASO DA BEBÉ E. E SUA FAMÍLIA

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA
Escola Superior de Saúde



Escola Superior de Saúde
IPS
IPPortalegre



IPS
Instituto Politécnico de Setúbal
Escola Superior de Saúde



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

CATARINA SOARES

ESTUDO DE CASO BEBÉ E. E SUA FAMÍLIA

- Criança Prematura com Necessidades de
Saúde Especiais: A Importância da
Intervenção do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica -

Realizado no âmbito da unidade curricular
Estágio I, 2º semestre, do 1º ano, do 6º Curso
de Mestrado em Enfermagem

ORIENTADOR:

Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediátrica C.L.M.

DOCENTE ORIENTADOR:

Professora Maria Eduarda Correia

Junho, 2022

APÊNDICE G – PÓSTER «PROMOÇÃO DO SONO DAS CRIANÇAS»



PROMOÇÃO DO SONO DAS CRIANÇAS

o que é o sono?

O sono constitui uma atividade fundamental na vida humana, particularmente importante durante a infância.

O sono pode ser definido como um estado comportamental e fisiológico imprescindível, no qual existe uma diminuição da consciência, da atividade motora e da capacidade de resposta aos estímulos exteriores.

quais são os benefícios do sono?

- Equilíbrio emocional;
- Libertação de hormonas do crescimento;
- Melhoria na aprendizagem, criatividade e memória;
- Remoção de toxinas e resíduos do cérebro;
- Regulação da temperatura do corpo;
- Maior tolerância à dor;
- Melhoria do sistema imunitário.

O sono adequado e o conforto são pilares muito importantes para o correto funcionamento do sistema imunitário e para a recuperação da saúde.

A hospitalização está relacionada com a alteração do sono das crianças devido à diversidade de estímulos existentes.

como promover o sono?

- Diminuir a utilização de dispositivos eletrónicos, como tablet's, smartphones ou televisões perto da hora de dormir.
- Realizar massagens relaxantes antes de dormir.
- Aproximar-se da criança e dar a mão até adormecer.
- Música calma e ler histórias antes de dormir.
- Dar à criança o seu objeto preferido.

bibliografia

- Andrade, R., Santos, R., Santos, A., Andrade, N., Macedo, I. & Nunes, M. (2018). Instrumentos para Avaliação do Padrão de Sono em Crianças com Doenças Crônicas: Revisão Integrativa. *Revista Enfermagem UERJ*, 26, 1-7.
- García, O. (2018). *Promoção do Sono/Repouso da Criança Durante o Primeiro Ano de Vida: A Importância do Controlo do Ruído Ambiente* [Relatório de Estágio para Obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem, Universidade de Évora].
- Nascimento, F. (2018). *Sono e Luz: Repercussões da Era Digital* [Dissertação para Obtenção do Grau de Mestre em Medicina, Universidade da Beira Interior].
- Nunes, D. (2018). *Avaliação do Sono de Crianças Prematuras Egressas da Unidade Neonatal* [Monografia para Obtenção do Grau de Bacharel em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará].
- Oliveira, L. (2020). *Efeito de uma Cartilha Educativa sobre o Sono de Crianças Egressas da Unidade Neonatal: Avaliação do Conhecimento, Atitude e Prática dos Pais* [Dissertação para Obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará].
- Sociedade Portuguesa de Pediatria. (2017). *Dia Mundial do Sono*. <https://www.spp.pt/noticias/default.asp?dn=590&ID=132&op=2>
- Vasconcelos, A., Prior, C., Estevão, H., Loureiro, H., Ferreira, R. & Paiva, T. (2017). *Recomendações SPS-SP: Prática da Sesta da Criança nas Creches e Infantários, Públicos ou Privados*. Sociedade Portuguesa de Pediatria. <https://www.spp.pt/noticias/default.asp?dn=617&ID=132&op=2>

Poster realizado por: Catarina Soares, Estudante do Mestrado em Enfermagem com Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Com Orientação de: Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Aprovado por: Enfermeira Coordenadora



APÊNDICE H – LIVRO «DORMIR... A ARTE QUE PERMITE SONHAR»



BIBLIOGRAFIA

- Andrade, R., Santos, R., Santos, A., Andrade, N., Macedo, I. & Nunes, M. (2018). Instrumentos para Avaliação do Padrão de Sono em Crianças com Doenças Crônicas: Revisão Integrativa. *Revista Enfermagem UERJ*, 26, 1-7.
- García, O. (2018). *Promoção do Sono/Repouso da Criança Durante o Primeiro Ano de Vida: A Importância do Controlo do Ruído Ambiente* [Relatório de Estágio para Obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem, Universidade de Évora].
- Nascimento, F. (2018). *Sono e Luz: Repercussões da Era Digital* [Dissertação para Obtenção do Grau de Mestre em Medicina, Universidade da Beira Interior].
- Nunes, D. (2018). *Avaliação do Sono de Crianças Prematuras Egressas da Unidade Neonatal* [Monografia para Obtenção do Grau de Bacharel em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará].
- Oliveira, L. (2020). *Efeito de uma Cartilha Educativa sobre o Sono de Crianças Egressas da Unidade Neonatal: Avaliação do Conhecimento, Atitude e Prática dos Pais* [Dissertação para Obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará].
- Sociedade Portuguesa de Pediatria. (2017). *Dia Mundial do Sono*. <https://www.spp.pt/noticias/default.asp?Idn=590&ID=132&op=2>
- Vasconcelos, A., Prior, C., Estevão, H., Loureiro, H., Ferreira, R. & Paiva, T. (2017). *Recomendações SPS-SPP: Prática da Sesta da Criança nas Creches e Infantários, Públicos ou Privados*. Sociedade Portuguesa de Pediatria. <https://www.spp.pt/noticias/default.asp?Idn=617&ID=132&op=2>

Livro realizado por: Catarina Soares, Estudante do Mestrado em Enfermagem com Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Com Orientação de: Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Aprovado por: Enfermeira Coordenadora.



APÊNDICE I – CAIXA DOS SONHOS



APÊNDICE J – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA «CAIXA DOS SONHOS» E
LIVRO « DORMIR... A ARTE QUE PERMITE SONHAR» E RESPETIVOS
RESULTADOS

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



QUESTIONÁRIO

AVALIAÇÃO DA «CAIXA DOS SONHOS» E LIVRO «DORMIR... A ARTE QUE PERMITE SONHAR»

O presente questionário foi realizado no âmbito do Estágio Final do curso de Mestrado em Enfermagem com Área de Especialização em Enfermagem de Saúde infantil e Pediátrica.

Este questionário destina-se aos familiares/cuidadores das crianças internadas na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos, que utilizaram a «Caixa dos Sonhos» e o livro »Dormir... A Arte Que Permite Sonhar».

Tem como principal objetivo recolher a opinião acerca dos materiais acima descritos.

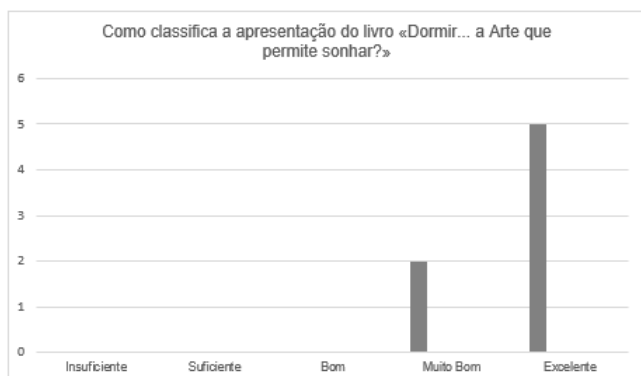
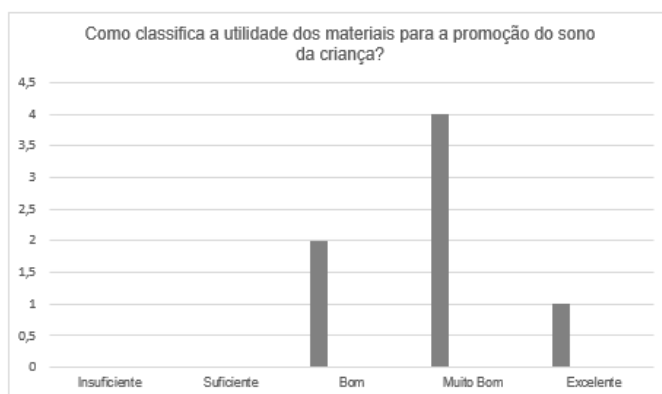
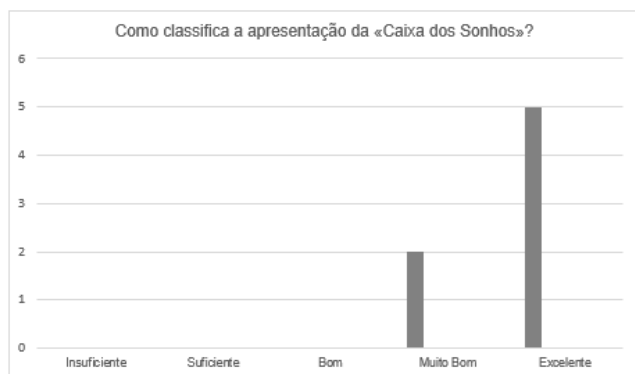
Este questionário é anónimo e as respostas recolhidas serão utilizadas apenas para uso escolar.

Obrigada pela sua colaboração!

Assinale com uma cruz a sua resposta, de acordo com a escala apresentada:

Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom	Excelente
1	2	3	4	5

	Avaliação				
	1	2	3	4	5
Como classifica a apresentação da «Caixa dos Sonhos»?					
Como classifica a utilidade dos materiais para a promoção do sono da criança?					
Como classifica a apresentação do livro «Dormir... a Arte que permite sonhar?»					
Como classifica a linguagem utilizada?					



APÊNDICE L – QUESTIONÁRIO PARA DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO NO SERVIÇO
DE INTERNAMENTO DE PEDIATRIA – Adaptado de Trindade (2019)

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Questionário

“Promoção do Sono Infantil”

Eu, Catarina Alexandra Sant’Ana Soares, Enfermeira, Estudante do Mestrado em Enfermagem com Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, lecionado na Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Setúbal, em associação com a Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, da Universidade de Évora; Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Beja; Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Portalegre e Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias, do Instituto Politécnico de Castelo Branco, encontro-me a realizar um projeto sobre **“Os contributos do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na promoção do sono da criança hospitalizada”**.

O presente questionário tem como principal objetivo: identificar a sensibilização da equipa de enfermagem sobre o Sono Infantil, as estratégias utilizadas para a promoção do sono saudável e as necessidades sentidas acerca desta temática.

A participação no preenchimento do questionário é anónima, sendo garantido que todos os dados são tratados de modo confidencial e para fins de investigação.

Os participantes têm conhecimento do estudo em causa, da informação da temática e da necessidade do estudo, podendo recusar participar no mesmo, sem qualquer tipo de prejuízo ou consequência.

Deste modo, o preenchimento do questionário assume o consentimento informado livre e esclarecido do participante em participar no estudo e permitir a utilização dos dados para fins de investigação e com garantia de confidencialidade.

Agradeço a sua disponibilidade.

A Estudante

Catarina Alexandra Sant’Ana Soares

A Docente Orientadora

Prof. Eduarda Correia

Caracterização:

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

Coloque uma cruz na opção que considere correta:

1. Um sono saudável favorece o crescimento e o desenvolvimento infantil.

☐ — ☐ — ☐ — ☐ — ☐
 Discordo totalmente Discordo Não concordo/nem discordo Concordo Concordo totalmente

2. Um sono saudável, durante a hospitalização, favorece a recuperação da saúde.

☐ — ☐ — ☐ — ☐ — ☐
 Discordo totalmente Discordo Não concordo/nem discordo Concordo Concordo totalmente

3. As alterações do sono podem perturbar a dinâmica familiar.

☐ — ☐ — ☐ — ☐ — ☐
 Discordo totalmente Discordo Não concordo/nem discordo Concordo Concordo totalmente

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

☐ — ☐ — ☐ — ☐ — ☐
 Discordo totalmente Discordo Não concordo/nem discordo Concordo Concordo totalmente

Quais as estratégias, de promoção da higienização do sono, que considera serem utilizadas para promover o sono infantil saudável, no local onde exerce funções?

Relativamente à temática “Promoção do Sono Infantil”, qual a sua opinião relativamente a:

1. A temática na prestação de cuidados à criança/jovem e sua família.

☐ ☐ ☐ ☐

Nada importante Pouco importante Importante Muito importante

2. Necessidade de atualização de conhecimentos sobre a Promoção do Sono Infantil.

☐ ☐ ☐ ☐

Nada importante Pouco importante Importante Muito importante

3. Necessidade de elaboração de suporte bibliográfico para empoderamento da equipa de enfermagem sobre o Sono Infantil (exemplos: posters, folhetos, normas de procedimento).

☐ ☐ ☐ ☐

Nada importante Pouco importante Importante Muito importante

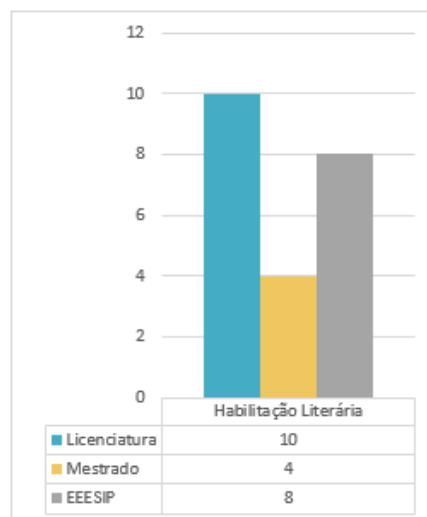
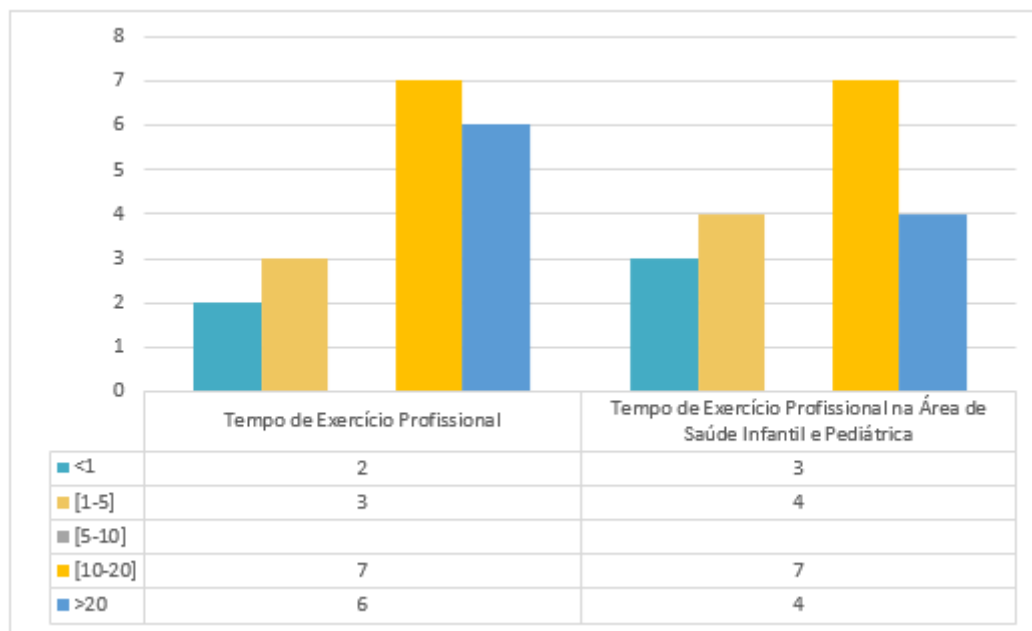
4. Necessidade de elaboração de suporte bibliográfico para empoderamento dos pais/cuidadores sobre o Sono Infantil (exemplos: posters, folhetos, sessões de educação para a saúde).

☐ ☐ ☐ ☐

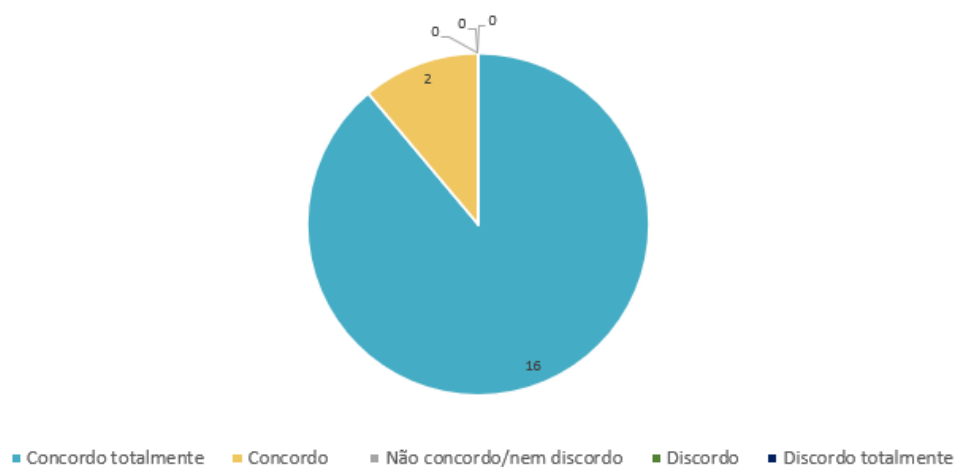
Nada importante Pouco importante Importante Muito importante

Terminou o preenchimento do questionário.

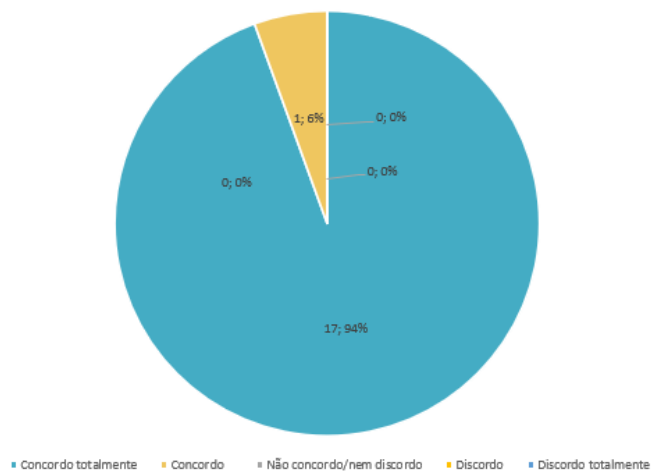
Obrigado.



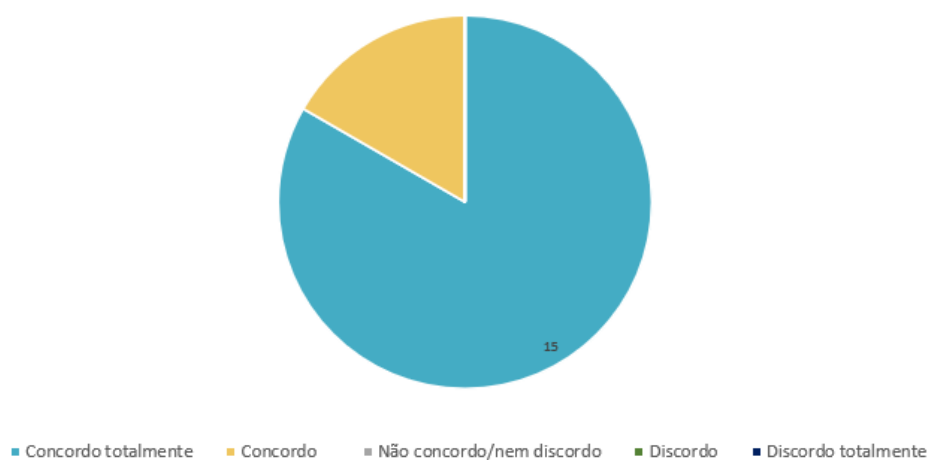
Questão 1 - Um sono saudável favorece o crescimento e o desenvolvimento infantil



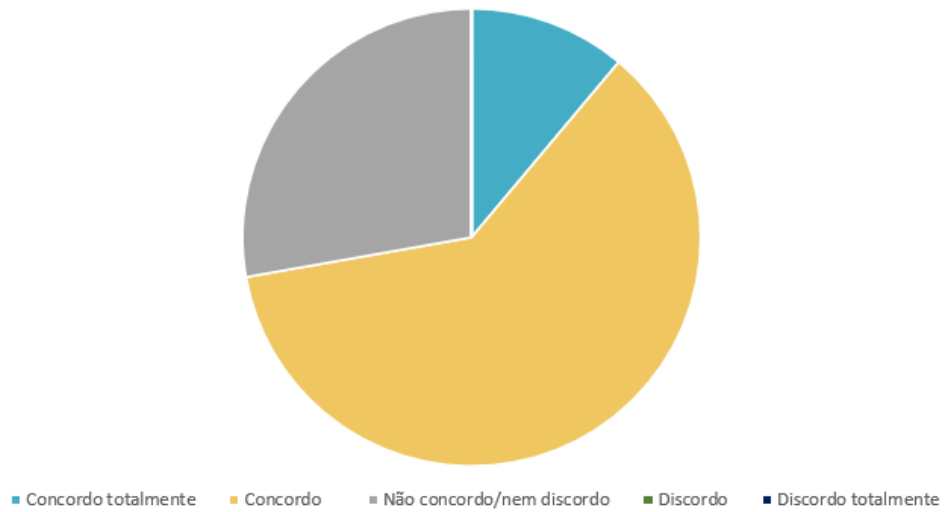
Questão 2 - Um sono saudável, durante a hospitalização, favorece a recuperação da saúde.



Questão 3 - As alterações do sono podem perturbar a dinâmica familiar.



Questão 4 - No local onde exerce funções promove-se o sono infantil saudável.



Relativamente à temática "Promoção do Sono Infantil", qual a sua opinião relativamente a:

Questão 1 - A temática na prestação de cuidados à criança/jovem e sua família.



Relativamente à temática "Promoção do Sono Infantil", qual a sua opinião relativamente a:

Questão 2 - Necessidade de atualização de conhecimentos sobre a Promoção do Sono Infantil.



■ Muito importante ■ Importante ■ Pouco importante ■ Nada importante

Relativamente à temática "Promoção do Sono Infantil", qual a sua opinião relativamente a:

Questão 3 - Necessidade de elaboração de suporte bibliográfico para empoderamento da equipa de enfermagem sobre o Sono Infantil.



■ Muito importante ■ Importante ■ Pouco importante ■ Nada importante

Relativamente à temática "Promoção do Sono Infantil", qual a sua opinião relativamente a:

Questão 4 - Necessidade de elaboração de suporte bibliográfico para empoderamento dos pais/cuidadores sobre o Sono Infantil.



■ Muito importante ■ Importante ■ Pouco importante ■ Nada importante

Quais as estratégias, de promoção de higienização do sono, que considera serem utilizadas para promover o sono infantil saudável, no local onde exerce funções?		
Categoria	Unidade de Contexto	Unidade de Registo
Estratégias de Promoção do Sono da Criança no Internamento de Pediatria	Gestão do Ambiente	• "Ambiente tranquilo (...)"; • "Promoção de um ambiente calmo (...)"; • "Redução de estímulos (...)"; • "(...) temperatura do ambiente adequada (...)"; • "Promoção de ambiente físico adequado no âmbito da promoção de um sono tranquilo";
	Diminuição do Ruído	• "Promoção de um ambiente (...) sem ruído (...)"; • "Diminuição do ruído (...)"; • "Diminuição do ruído dos profissionais"; • "Distinção do período diurno do noturno no que diz respeito à diminuição do ruído (...)"; • "Diminuição de sons envolventes (...)"; • "Tentativa de diminuição de barulho (...) desnecessários (...)"; • "Diminuição do ruído (...) a partir das 21-22h (...)";
	Diminuição da Luminosidade	• "Redução das luzes (...)"; • "Promoção de um ambiente (...) com diminuição das luzes (...)"; • "Redução da luminosidade (...)"; • "Diminuição da luminosidade (...)"; • "Luzes de presença no quarto para os profissionais não acenderem luzes"; • "Luzes apagadas no final do turno da tarde"; • "Reduzir a luz no turno da noite"; • "Distinção do período diurno do noturno no que diz respeito à diminuição (...) da iluminação (...)"; • "Tentativa de diminuição de (...) iluminação desnecessários (...)"; • "Diminuição (...) e luz a partir das 21-22h (...)";
	Parceria de Cuidados	• "Acompanhante de referência presente (...)"; • "Permitir (...) a pessoa de referência a estar presente (...)"; • "(...) permitir (...) a permanência dos pais";

APÊNDICE M – NORMA «MEDIDAS DE HIGIENE DO SONO NO SERVIÇO DE
INTERNAMENTO DE PEDIATRIA»

PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM

Medidas de Higiene do Sono no Serviço de Internamento de Pediatria

APROVAÇÃO

FINALIDADE	Uniformizar a atuação dos profissionais de saúde para a promoção do sono infantil no serviço de internamento de pediatria.
DESTINATÁRIOS	Equipa de Enfermagem do Serviço de Internamento de Pediatria.
PALAVRAS-CHAVE	Sono Infantil; Pediatria; Estratégias; Higiene do Sono; Internamento de Pediatria; Lactente; Recém-Nascido; Criança; Jovem.

[Não escrever nesta zona da página]

Autores	Catarina Soares, Estudante do Mestrado em Enfermagem com Área de Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica	[Data de Elaboração]
Verificação SGQ/CQS	[Identificar responsáveis pela verificação]	[Data de Verificação]
Aprovação	[Identificar responsáveis pela aprovação]	[Data de Aprovação]
Divulgação	[Identificar o modo de divulgação do documento]	[Data de Divulgação]
Versão	[Indicar versão]	[Data de Revisão]

APÊNDICE N – FORMAÇÃO «MEDIDAS DE HIGIENE DO SONO NO SERVIÇO DE
PEDIATRIA»

Higiene do Sono no Internamento de Pediatria

Realizado por:

Catarina Soares, Estudante do Mestrado em Enfermagem

Orientado por:

EEESIP

Professora Maria Eduarda Correia

No âmbito do Estágio Final da Especialização em
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica



APÊNDICE O – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO
«MEDIDAS DE HIGIENE DO SONO NO SERVIÇO DE PEDIATRIA» E SEUS
RESPECTIVOS RESULTADOS

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO E DO FORMADOR PELO FORMANDO

Nome da Sessão de Formação: Medidas de Higiene do Sono no Serviço de Pediatria

Data da Sessão de Formação: 05/12/2022

Nome do Formador: En^{fa} Catarina Soares

De modo a avaliar a sessão de formação realizada, para fins académicos, propõe-se a resposta ao seguinte questionário, anónimo.

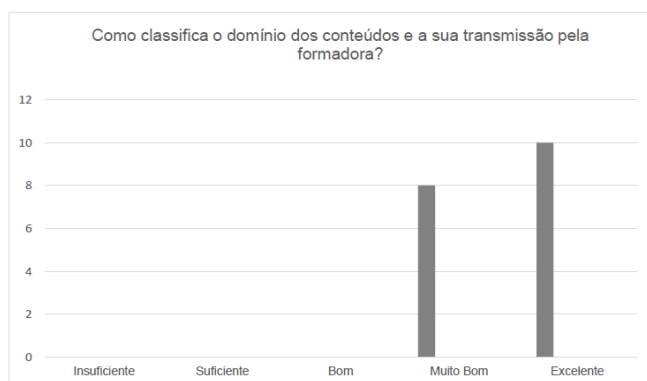
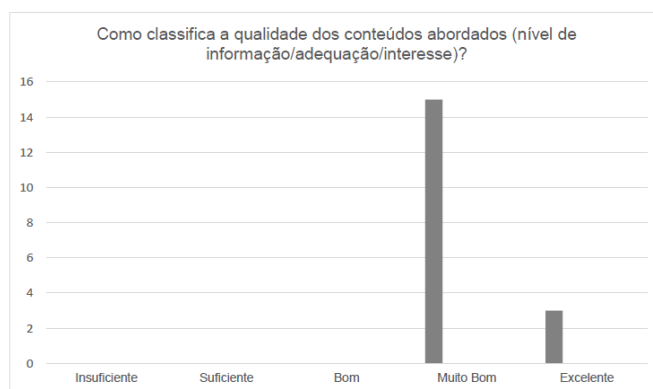
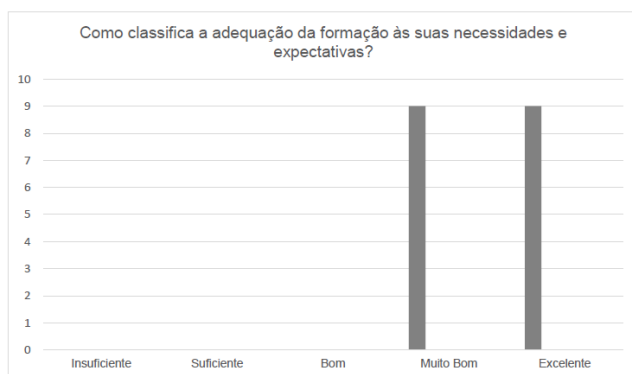
Obrigada!

Assinale com uma cruz a sua resposta, de acordo com a escala apresentada:

Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom	Excelente
1	2	3	4	5

	Avaliação				
	1	2	3	4	5
Como classifica a adequação da formação às suas necessidades e expectativas?					
Como classifica a qualidade dos conteúdos abordados (nível de informação/adequação/interesse)?					
Como classifica o domínio dos conteúdos e a sua transmissão pela formadora?					
Como classifica os meios audiovisuais utilizados na sessão de formação?					

Sugestões de Melhoria



APÊNDICE P – NORMA «PROMOÇÃO DO SONO SEGURO – TRANSIÇÃO PARA O
DOMICÍLIO»

	PROCEDIMENTO GERAL		
	PROMOÇÃO DO SONO SEGURO – TRANSIÇÃO PARA O DOMICÍLIO		

SÉRIE E DATA DE EDIÇÃO			APROVADO PELO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO
Nº E DATA DE REVISÃO			

1. OBJECTIVO

- Capacitar os Enfermeiros para a preparação da alta do recém-nascido, na promoção do sono seguro.

2. ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Este procedimento aplica-se aos Enfermeiros da Unidade de Neonatologia.

3. DISTRIBUIÇÃO

Publicado em Circular Informativa nº em __/__/__

4. RESPONSABILIDADES

4.1 Pela implementação do procedimento:

Enfermeira Chefe da Área Pediátrica.

ELABORAÇÃO	VERIFICAÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO
------------	-------------	----------------

APÊNDICE Q – FOHETO «PROMOÇÃO DO SONO SEGURO – TRANSIÇÃO PARA
O DOMÍLIO»

6

Coloque o bebé a dormir no seu quarto, mas num berço próprio, separado da sua cama.



O bebé deve dormir no quarto dos pais nos primeiros meses de vida.

No entanto, deve dormir num berço separado da cama dos pais.



SEIS RECOMENDAÇÕES PARA A PREVENÇÃO DO SÍNDROME DE MORTE SÚBITA DURANTE O PRIMEIRO ANO DE VIDA:

- DEITAR O BEBÉ DE BARRIGA PARA CIMA;
- NÃO COBRIR A CABEÇA DO BEBÉ;
- AMAMENTAR O BEBÉ;
- PROMOVER UM AMBIENTE SEGURO PARA O BEBÉ DORMIR;
- NÃO FUMAR PERTO DO BEBÉ;
- COLOCAR O BEBÉ EM CAMA PRÓPRIA.

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Sono Seguro em Casa

Realizado por Catarina Soares
Orientada por EEESIP



APÊNDICE R – SESSÃO DE FORMAÇÃO «PROMOÇÃO DO SONO SEGURO –
TRANSIÇÃO PARA O DOMÍLIO»



Sessão de Formação

Com Orientação de: EEESIP

23 de Janeiro de 2023

APÊNDICE S – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO
«PROMOÇÃO DO SONO SEGURO – TRANSIÇÃO PARA O DOMICÍLIO» E SEUS
RESPECTIVOS RESULTADOS

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO E DO FORMADOR PELO FORMANDO

Nome da Sessão de Formação: Promoção do Sono Seguro – Transição para o Domicílio

Data da Sessão de Formação: 23/01/2023

Nome do Formador: En^h Catarina Soares

De modo a avaliar a sessão de formação realizada, para fins académicos, propõe-se a resposta ao seguinte questionário, anónimo.

Obrigada!

Assinale com uma cruz a sua resposta, de acordo com a escala apresentada:

Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom	Excelente
1	2	3	4	5

	Avaliação				
	1	2	3	4	5
Como classifica a adequação da formação às suas necessidades e expectativas?					
Como classifica a qualidade dos conteúdos abordados (nível de informação/adequação/interesse)?					
Como classifica o domínio dos conteúdos e a sua transmissão pela formadora?					
Como classifica os meios audiovisuais utilizados na sessão de formação?					

Sugestões de Melhoria

