



CAPACITAÇÃO DOS PAIS PARA A PROMOÇÃO DA HIGIENE DO SONO NA CRIANÇA EM IDADE PRÉ-ESCOLAR: INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

Rute Raquel dos Santos Encarnação

Relatório de estágio do Mestrado de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica orientado pela Professora Doutora Goreti Marques e coorientado pela Professora Sofia Silva e apresentado à Escola Superior de Saúde de Santa Maria.

Abril de 2025

Porto

“Acho que os sentimentos se perdem nas palavras. Todos deveriam ser transformados em ações, em ações que tragam resultados.”

Florence Nightingale

DEDICATÓRIA

Um caminho... uma viagem!

Uma mala que se foi enchendo de experiências, aprendizagens e conquistas. A enfermeira que sou hoje em nada se compara à que iniciou esta viagem!

Um olhar mais atento, um cuidado humanizado... contribuir para a mudança em cada família que cruza o meu caminho!

Sozinha este caminho teria sido ainda mais difícil! Sem o apoio de todos os que se cruzaram comigo, esta viagem não teria sido tão especial e enriquecedora.

Uma viagem por caminhos desconhecidos, onde foi possível chegar mais longe com o apoio de todos os que se cruzaram comigo e me ajudaram a encher a mala de conhecimentos e experiências.

OBRIGADA ...

À minha família ...

Às amigas que são família...

Às amigas e amigos...

Aos colegas de trabalho...

Aos colegas de turma...

Às professoras e professores ...

A todas as enfermeiras que me orientaram e me acompanharam nos estágios ...

A todos os que acreditaram em mim...

OBRIGADA por toda a paciência, experiências partilhadas, orientação, compreensão e incentivo... por acreditarem que tudo isto seria possível!

Não foi uma viagem fácil, mas hoje é possível dizer que me orgulho da bagagem que levo! Podia ter viajado sozinha, mas acredito que o caminho teria sido mais difícil e não teria chegado tão longe! Mais uma vez, a todos os que se cruzaram comigo...

OBRIGADA!

CHAVE DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

AME	Aleitamento Materno Exclusivo
CCF	Cuidados Centrados na Família
CPCJ	Comissão Nacional de Proteção das Crianças e Jovens em Risco
DGS	Direção-Geral de Saúde
ESSSM	Escola Superior de Saúde de Santa Maria
EE	Enfermeiro Especialista
EESIP	Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica
ELI	Equipa Local de Intervenção
IPI	Intervenção Precoce na Infância
JBI	<i>Joanna Briggs Institute</i>
MAFC	Modelo de <i>Calgary</i> de Avaliação Familiar
MESIP	Mestrado de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica
NACJR	Núcleo de Apoio à Criança e Jovem em Risco
NIDCAP	Programa Individualizado de Avaliação e Cuidados Centrados no Desenvolvimento do Recém-nascido
OE	Ordem dos Enfermeiros
PBE	Prática Baseada na Evidência
PEA	Perturbação do Espectro do Autismo
PIIP	Plano Individual de Intervenção Precoce
PNSE	Programa Nacional de Saúde Escolar
PNSIJ	Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil
PNV	Plano Nacional de Vacinação
RN	Recém-nascido
SAI	Síndrome de Abstinência Iatrogénica
SAVP	Suporte Avançado de Vida Pediátrico
SIJ	Saúde Infantil e Juvenil
SNIPi	Sistema Nacional de Intervenção Precoce
SBV	Suporte Básico de Vida
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
UCIN	Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais
UCIP	Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos
USF	Unidade de Saúde Familiar

RESUMO

Introdução: enquanto aluna do Mestrado de Saúde Infantil e Pediátrica tornou-se pertinente realizar uma reflexão crítica e aprofundada sobre as várias competências, de forma a aperfeiçoar as práticas de enfermagem, com vista a uma intervenção especializada centrada na criança e família e a contribuir para a qualidade de vida máxima destes em todos os contextos de cuidados. Durante os vários ensinamentos clínicos percebeu-se que a temática do sono e repouso tem impacto no crescimento e desenvolvimento da criança, pelo que o enfermeiro tem um papel crucial na intervenção com os pais, contribuindo para a capacitação destes na gestão das rotinas de higiene de sono em casa, promovendo um sono mais adequado com um impacto positivo na vida da criança e família.

Objetivos: realizar uma reflexão crítico-reflexiva sobre as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica desenvolvidas ao longo dos ensinamentos clínicos; desenvolver uma *Scoping Review* para mapear a evidência científica disponível sobre a capacitação dos pais relativa a estratégias promotoras da higiene do sono da criança em idade pré-escolar.

Metodologia: num primeiro capítulo, apresenta-se um relatório reflexivo sobre o percurso formativo desenvolvido, enquanto aluna do Mestrado de Saúde Infantil e Pediátrica, salientando as competências específicas desenvolvidas em cada contexto. Num segundo capítulo, apresenta-se a *Scoping Review* realizada segundo os princípios da *Joanna Briggs Institute*, garantindo o rigor metodológico durante todo o processo de investigação.

Resultados: ao longo do processo formativo foram desenvolvidas diversas competências, não só gerais do Enfermeiro Especialista e do Enfermeiro Mestre, como específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. O desenvolvimento destas competências foi alicerçado na melhor evidência científica, procurando garantir contributos para a melhoria da prática clínica. Da investigação realizada identificaram-se quatro categorias de intervenções de enfermagem: programas de educação escolar sobre a saúde do sono, programas de orientação antecipatória, programas de educação para alterações do sono e programas de educação parental baseados na teoria da autoeficácia; que contribuem para a capacitação dos pais relativa a estratégias promotoras da higiene do sono da criança em idade pré-escolar.

Conclusões: Na área pediátrica, para se prestarem cuidados adequados, centrados na criança e família e em parceria com estes, é fundamental o desenvolvimento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. O papel do enfermeiro é crucial para a capacitação dos pais relativa a estratégias promotoras da higiene do sono da criança em idade pré-escolar, sendo importante o investimento em intervenções que aumentem os conhecimentos e habilidades dos pais, contribuindo para o empoderamento parental e para a perceção de autoeficácia desta relativa a esta temática.

Palavras-chave: Enfermagem Pediátrica; Pais de crianças em idade pré-escolar; Sono e Repouso.

ABSTRACT

Introduction: As a student of the Master's Degree in Child and Pediatric Health Nursing, it became pertinent to undertake a critical and in-depth reflection on the development of various competencies, with the aim of enhancing nursing practices through specialized interventions centered on the child and family, thereby contributing to the highest possible quality of life across all care settings. Throughout the various clinical placements, it was recognized that the theme of sleep and rest significantly influences the growth and development of the child, thereby underscoring the crucial role of nurses in intervening with parents. Such interventions aim to empower parents in the management of sleep hygiene routines at home, promoting healthier sleep patterns and positively impacting the lives of both the child and family.

Objectives: Conduct a critical and reflective analysis of the competencies developed by the Specialist Nurse in Child and Pediatric Health Nursing during the clinical placements; Develop a *Scoping Review* in order to map the available scientific evidence concerning the empowerment of parents regarding strategies that promote sleep hygiene in preschool-aged children.

Methodology: The first chapter presents a reflective report on the educational and professional development pathway undertaken during the Master's Degree in Child and Pediatric Health Nursing, with a particular focus on the specific competencies developed within each clinical context. The second chapter presents the Scoping Review, conducted in accordance with the methodological guidelines of the Joanna Briggs Institute, thereby ensuring rigor throughout the research process.

Results: Throughout the educational process, a range of competencies were developed, including general competencies of both the Specialist Nurse and the Master's-level Nurse, as well as specific competencies of the Specialist Nurse in Child and Pediatric Health Nursing. The development of these competencies was grounded in the best available scientific evidence, aiming to contribute to the continuous improvement of clinical practice. The Scoping Review identified four categories of nursing interventions that contribute to the empowerment of parents in promoting sleep hygiene in preschool-aged children: School-based sleep health education programs; Anticipatory guidance programs; Education programs for the management of sleep disturbances; Parental education programs grounded in the theory of self-efficacy.

Conclusions: In pediatric nursing care, the provision of appropriate, child- and family-centered services, delivered in partnership with families, requires the development of specific competencies by the Specialist Nurse in Child and Pediatric Health Nursing. The nurse plays a fundamental role in empowering parents regarding strategies that promote sleep hygiene in preschool-aged children. Therefore, it is crucial to invest in interventions that enhance parental knowledge and skills, fostering parental empowerment and strengthening perceptions of self-efficacy related to this domain.

Keywords: *Pediatric Nursing; Parents of Preschool-Aged Children; Sleep and Rest.*

SUMÁRIO

ÍNDICE DE FIGURAS.....	10
ÍNDICE DE TABELAS.....	11
INTRODUÇÃO.....	12
1. PROCESSO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA... 14	
1.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	14
1.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA	17
1.2.1. <i>Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde</i>	18
1.2.2. <i>Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade</i>	24
1.2.3. <i>Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e jovem</i>	36
1.3. COMPETÊNCIAS DE MESTRE.....	50
2. SCOPING REVIEW: Capacitação dos pais para a promoção da higiene do sono na criança em idade pré-escolar..... 52	
2.1. JUSTIFICAÇÃO DA PERTINÊNCIA DO ESTUDO.....	52
2.2. SCOPING REVIEW.....	55
2.3. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA – PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	80
CONCLUSÃO.....	89
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	91
ANEXOS	109
ANEXO I: CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO E DE APRESENTAÇÃO DE UM POSTER (O Papel do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica na Perturbação do Espectro do Autismo: um Estudo de Caso) NA 2ª REUNIÃO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM PEDIÁTRICA DA ULS SÃO JOÃO.....	110
ANEXO II: QUESTIONÁRIO DE HÁBITOS DE SONO DAS CRIANÇAS	113
APÊNDICES	117
APÊNDICE I: FORMAÇÃO AOS PROFISSIONAIS: “A PERTURBAÇÃO DO ESPETRO DO AUTISMO”	118
APÊNDICE II: GUIA DE ACOLHIMENTO DA CRIANÇA E FAMÍLIA NO SERVIÇO DE INTERNAMENTO PEDIÁTRICO E PROTOCOLO PARA A AVALIAÇÃO INICIAL	132
APÊNDICE III: POSTER: TRANSPORTE DA CRIANÇA NO AUTOMÓVEL – RECOMENDAÇÕES PARA OS PAIS.....	136
APÊNDICE IV: POSTER COM INFORMAÇÕES PARA OS PAIS SOBRE O PLANO NACIONAL DE VACINAÇÃO.....	139
APÊNDICE V: FOLHETO PARA OS PAIS: SONO E REPOUSO NA CRIANÇA E ADOLESCENTE.....	142
APÊNDICE VI: POSTER PARA OS PAIS: SABER PARA PENSAR - O SARAMPO EM IDADE PEDIÁTRICA.....	145
APÊNDICE VII: POSTER PARA OS ENFERMEIROS DA UCIP - A DOR NA CRIANÇA INTERNADA EM UCIP	148
APÊNDICE VIII: POSTER DE DIVULGAÇÃO DO CURSO DE MASSAGEM INFANTIL PARA AS FAMÍLIAS	150
APÊNDICE IX: FOLHETO DE DIVULGAÇÃO DO CURSO DE MASSAGEM INFANTIL PARA PROFISSIONAIS	152
APÊNDICE X: CAPACITAÇÃO DOS PAIS PARA A PROMOÇÃO DA HIGIENE DO SONO NA CRIANÇA EM IDADE PRÉ-ESCOLAR: UM PROTOCOLO DE SCOPING REVIEW - PUBLICADO E ACEITE EM ORS REGISTERS A 18 DE JUNHO DE 2024.....	155

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Fluxograma PRISMA ScR®.....	61
--	----

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Resultados dos estudos incluídos na <i>Scoping Review</i>	63
--	----

INTRODUÇÃO

No âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (MESIP), ao longo do terceiro semestre foi realizado este Relatório Final, sob orientação da Professora Doutora Goreti Marques e coorientação da Professora Sofia Silva, demonstrando não só a aquisição de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP), como também as competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE) e as competências de mestre.

Este Relatório Final divide-se em dois capítulos principais: o primeiro, onde recorrendo a uma metodologia critico-reflexiva, sustentada na melhor evidência científica, são descritas as competências comuns do EE e as específicas do EESIP desenvolvidas ao longo dos diversos contextos da prática clínica; o segundo, onde identificando um problema na população pediátrica, é apresentada uma *Scoping Review*, que tem como objetivo mapear a evidência científica sobre a capacitação dos pais relativa a estratégias promotoras da higiene do sono da criança em idade pré-escolar.

Numa primeira fase, em cada estágio foi elaborado um relatório com o objetivo de refletir sobre o processo de aquisição de competências desenvolvidas, fundamentando-o na melhor evidência científica. Este processo desenvolveu-se ao longo dos estágios realizados nos diferentes contextos de Saúde Infantil e Juvenil (SIJ) no período entre 11 de dezembro e 28 de julho de 2024, nomeadamente: Unidade de Cuidados Intensivos Pediátrica (UCIP), Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN), Unidade de Saúde Familiar (USF), Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) e no Internamento de Pediatria Médica e Cirúrgica. Ao longo destes estágios foi possível não só prestar cuidados à criança doente, como também promover a saúde da criança/família e prevenir a adoção de comportamentos de risco. Sendo a criança um ser vulnerável e em desenvolvimento, inserida num contexto familiar único, com as suas próprias rotinas, hábitos e crenças, prestam-se Cuidados Centrados na Família (CCF) com base nos princípios do Modelo de Parceria de Cuidados de *Anne Casey*. Procura-se assim selecionar, de forma holística e humanizada, as melhores intervenções para garantir a máxima qualidade de vida da criança e sua família.

Durante os estágios, perceberam-se as dificuldades que os pais apresentam na gestão das rotinas de sono da criança, contribuindo para o aparecimento de problemas de sono mais complexos. Conhecendo a importância do sono e repouso em idade pediátrica e o impacto destes no crescimento e desenvolvimento da criança, percebeu-se ser pertinente a realização de

uma investigação para mapear a evidência científica sobre a capacitação dos pais relativa a estratégias promotoras da higiene do sono da criança em idade pré-escolar. Para a realização da *Scoping Review* recorreu-se às normas recomendadas pelo *Joanna Briggs Institute*. Como recurso, utilizaram-se as bases de dados disponíveis no motor de busca *EBSCOhost* (*CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane, MedicLatina, Library, Information Science & Technology Abstracts*), no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal e na Biblioteca Virtual da Saúde.

Ao longo da elaboração deste trabalho, foram seguidas e cumpridas todas as normas de formatação de trabalhos escritos definidas pela Escola Superior de Saúde Santa Maria (ESSSM).

1. PROCESSO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

Com a evolução da sociedade, os cuidados de saúde foram-se tornando cada vez mais relevantes, exigindo dos profissionais maior rigor técnico e científico. Passou a dar-se mais valor à diferenciação e especialização dos enfermeiros numa área, tendo o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (OE) reconhecido o título de EE em seis áreas específicas (Diário da República, 2019, Artigo nº140 – Série II, artigo nº26).

O MESIP permite ao enfermeiro não só desenvolver as competências comuns do EE, como também as específicas do EESIP, contribuindo para a melhoria dos cuidados prestados, sustentando-os na melhor evidência científica. Na primeira fase deste percurso, foi possível investigar, refletir e discutir sobre várias temáticas, procurando aprofundar conhecimentos sobre a área da SIJ. Posteriormente, iniciou-se a segunda fase deste percurso, com o processo de aquisição de competências do EESIP ao longo dos estágios realizados nos vários contextos da prática.

Os estágios enquanto parte integrante do curso, contribuem para um processo enriquecedor de aprendizagem e aquisição de competências, revelando-se não só crucial para a aquisição de conhecimentos específicos, como também para a construção de uma identidade pessoal e única. Enquanto futuros EESIP, os estágios permitem não só aumentar os conhecimentos teóricos na área da Pediatria, como também refletir sobre o seu papel e a importância das suas ações (Pascoal & Souza, 2021; Merighi et al., 2014).

1.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

O EE, segundo o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, é o profissional que possui conhecimentos numa área específica de enfermagem, sendo-lhe reconhecida habilitação para prestar cuidados especializados com rigor científico, técnico e humano e que consideram as respostas humanas, os estilos de vida e as questões relativas à saúde (Diário da República, 2019, Artigo nº140 – Série II, artigo nº26).

As Competências Comuns do EE são: a responsabilidade profissional, ética e legal; a melhoria contínua da qualidade; a gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Diário da República, 2019, Artigo nº140 – Série II, artigo nº26). Estas características são importantes para se intervir de forma a solucionar problemas de saúde com um grau de complexidade superior.

Considerando os princípios éticos e deontológicos, o EE deve ser capaz de considerar o interesse individual de cada cliente, recorrendo aos seus conhecimentos mais atualizados para priorizar e selecionar as intervenções mais adequadas e que respeitem não só o domínio técnico, como também a dignidade humana de todos os intervenientes (Jesus et al., 2021; Pedrolo et al., 2009). Pela diferenciação que possui, é responsável por organizar, priorizar e selecionar as melhores intervenções, com base na melhor evidência científica (Peres et al., 2013).

É ainda um profissional habilitado para recorrer à comunicação, com o objetivo de obter melhores resultados em saúde. Muitos são os estilos de comunicação possíveis, mas percebe-se que a assertividade pode ser o mais benéfico, quando utilizado pelo EE no contexto de prestação de cuidados. Uma comunicação assertiva permite ao EE exprimir-se, de forma clara e sincera, sem desrespeitar os direitos de todos os intervenientes. Exige que se saiba ouvir a opinião dos outros, refletindo sobre as várias opções disponíveis e assumindo a responsabilidade pela decisão final (Machado et al., 2023).

Durante os vários estágios, muitos foram os momentos em que, deparando-se com a criança, foi necessário conhecer as suas individualidades, inserindo-a no contexto familiar (com as suas crenças e valores). Perante uma série de opções terapêuticas, avaliam-se os prós e contras de cada uma, de forma a selecionar a opção mais benéfica para a criança e família. Das várias situações, destaca-se uma criança com doença crónica internada por pneumonia de aspiração. Após os exames realizados e a avaliação pela terapeuta da fala, percebeu-se que a criança fazia microaspirações ao alimentar-se por via oral. Após esta avaliação, foi realizada uma reunião multidisciplinar para se definirem as opções terapêuticas, percebendo-se que a colocação de gastrostomia para alimentar a criança seria a opção mais segura, diminuindo-se o risco de aspiração. Depois da conversa com a mãe, compreendeu-se que esta se encontraria renitente a esta opção; ao avaliarem-se as suas crenças, percebeu-se que a mãe ainda não conseguia aceitar a evolução do estado de saúde do filho. Para a mãe, a alimentação era o único momento de interação com o filho, pelo que a fazia estar renitente em aceitar a opção terapêutica apresentada. Desta forma e sem qualquer juízo de valor, foi dado tempo à mãe para que pudesse aumentar os seus conhecimentos sobre as necessidades do filho e ser capaz de tomar uma decisão consciente e fundamentada. Ao mesmo tempo e para minimizar os riscos até à decisão final, foram realizados ensinamentos sobre a alimentação do filho e a utilização de espessante, de forma a diminuir o risco de microaspirações.

Para o desenvolvimento das aprendizagens profissionais, torna-se também imprescindível que o EE seja capaz de manter uma Prática Baseada na Evidência (PBE), isto é, consiga recorrer à melhor evidência científica disponível para sustentar as suas intervenções.

As pesquisas devem ser realizadas com rigor metodológico e com boa validade interna/externa para gerar conhecimentos essenciais ao contexto da prática de cuidados, mantendo-os atualizados ao longo do tempo (Silva et al., 2021). Durante os estágios, muitas foram as dúvidas e questões colocadas pelos pais/cuidadores. Perante estas questões, foram realizadas pesquisas nas diferentes bases de dados e reunida a melhor evidência científica; com a informação organizada e fundamentada, realizaram-se ensinamentos à criança e família, com recurso a diferentes folhetos e *posters*, procurando facilitar-se o processo de capacitação dos pais para tomar conta dos filhos.

Por outro lado, além de se contribuir para a capacitação das famílias, a formação dos profissionais também se torna bastante importante. Esta deve ser adequada às exigências dos diferentes contextos e considerar as necessidades dos vários elementos da equipa, de forma a contribuir para que, ao reconhecer os pressupostos teóricos, se possa refletir sobre os cuidados prestados. Estas ações de formação permitem uma atualização de conhecimentos, apelando à inovação, criatividade e responsabilidade individual do enfermeiro, com o objetivo de melhorar a qualidade dos cuidados prestados, garantir a excelência e a segurança e obter mais resultados em enfermagem (Verez, 2009). Desta forma, após terem sido identificadas dificuldades nos cuidados prestados a crianças com Perturbação do Espectro do Autismo (PEA) durante o período de hospitalização e, de forma a contribuir para a melhoria contínua dos cuidados e para o desenvolvimento de conhecimentos, foi realizada uma formação dirigida aos enfermeiros do Serviço de Internamento de Pediatria Médica e Cirúrgica sobre esta alteração comportamental na criança (APÊNDICE I).

Assim, pelas competências que possui e através do desenvolvimento profissional, o EE torna-se um agente promotor de mudança, capaz de melhorar a qualidade dos cuidados prestados e satisfazer as necessidades de saúde (Peres et al., 2013). Durante os vários estágios, foi possível contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados através da colaboração na revisão de vários protocolos, nomeadamente no guia de acolhimento da criança no serviço de internamento.

Foi ainda possível desenvolver o autoconhecimento, o trabalho em equipa e adequar o estilo de liderança a cada situação, contribuindo para uma relação harmoniosa entre as equipas multidisciplinares e uma gestão eficaz dos cuidados e recursos materiais/humanos. Durante o estágio realizado no Serviço de Internamento de Pediatria Médica e Cirúrgica, foi possível acompanhar a enfermeira responsável durante a gestão de recursos, colaborando nos pedidos de medicação e material e na gestão dos recursos humanos com a distribuição dos enfermeiros pelo número de crianças internadas. Em cada turno, considerando as necessidades individuais

de cada criança, foram ainda geridos os cuidados de acordo com as prioridades, fazendo alterações sempre que se justificasse.

1.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

A OE define que o EESIP possui competências específicas para prestar cuidados centrados na criança e família, estando este binómio presente no planeamento das suas intervenções. O EESIP, profissional que intervém em parceria com a criança e a sua família/pessoa significativa, dedica a sua atenção a crianças desde o nascimento até aos 18 anos de idade ou, em casos especiais (doença crónica, incapacidade ou deficiência), até aos 21-25 anos (Ordem dos Enfermeiros, 2013b; Diário da República, 2018, Artigo nº422 – Série II, artigo nº133). Considerando que o EESIP intervém numa fase de vida crucial para a criança, é importante que este, após reconhecer as suas necessidades individuais, seja capaz de intervir considerando os pilares do Modelo de CCF e do Modelo de Parceria de Cuidados de *Anne Casey*.

Os CCF são transversais a qualquer idade e reconhecem a importância da família no cuidado à criança, favorecendo a manutenção da sua saúde e bem-estar. Ao considerar-se a família como um todo, os cuidados prestados procuram respeitar todas as especificidades do núcleo familiar, com o objetivo de se estabelecerem relações de confiança e respeito que maximizem os resultados obtidos (Salustino et al., 2022).

O Modelo de Parceria de Cuidados de *Anne Casey* reforça a importância da presença da família durante a prestação de cuidados à criança e inclui os pais como parceiros do EESIP na concretização do plano de cuidados, com o objetivo de se atingirem os melhores resultados em saúde para todos os intervenientes (Monteiro & Cerqueira, 2020).

Assim, o EESIP deve reconhecer e desenvolver as suas competências específicas, o que será apresentado seguidamente, fazendo referência às unidades de competência exploradas ao longo de cada estágio.

1.2.1. Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde

1.2.1.1. Utiliza a informação existente ou avalia a estrutura e o contexto do sistema familiar

A criança encontra-se inserida numa família - um grupo de pessoas, unidas por laços sanguíneos ou afetivos e que vivem num mesmo contexto e se relacionam entre si (Cecílio et al., 2014). Ao conceito de família associam-se crenças, valores e costumes transmitidos ao longo das gerações e que influenciam a forma de viver (Cecílio et al., 2014). O EESIP em toda a sua prática de cuidados considera o binómio criança-família, pelo que se torna imprescindível conhecer a família, desde a sua dimensão mais biológica à sua extensão social e cultural (Monteiro et al., 2016). Tendo em conta estes princípios, torna-se pertinente que o EESIP seja capaz de intervir, procurando respeitar, de forma individualizada e holística, as perspetivas, crenças e limitações de cada unidade familiar (Tsutumi et al., 2023).

O modelo de *Calgary* de Avaliação Familiar (MCAF) é uma ferramenta importante na área da SIJ pois permite uma avaliação aprofundada da família, conhecendo o seu contexto, as suas necessidades e expectativas (Cecílio et al., 2014). Através deste referencial metodológico, o EESIP utiliza um guia orientador para a colheita de dados, munindo-se de informação individualizada da família, para articular eficazmente os cuidados prestados (Souza et al., 2023). Esta fase de avaliação é fulcral para a humanização e planeamento dos cuidados, permitindo o reconhecimento das individualidades da família e dos limites da nossa intervenção (Cecílio et al., 2014; Souza et al., 2023).

Percebendo a importância da avaliação da criança e família, o primeiro contacto com o serviço de internamento torna-se imprescindível, favorecendo o estabelecimento de uma relação de confiança e interajuda entre o profissional e a família, que facilite a adaptação à hospitalização e favoreça a humanização dos cuidados (Jorge, 2004). Este primeiro momento de contacto é o acolhimento e corresponde à receção da criança/jovem no serviço, sendo influenciado pelo contexto, idade e estágio de desenvolvimento, situação de saúde/doença, experiências prévias, sentimentos de medo e angústia e pela situação atual de vulnerabilidade da criança e família (Curado, 2006). A necessidade de hospitalização por si só tem um impacto negativo na vida da criança e família pois retira-lhes o poder de decisão, tornando-se assim importante que o EESIP seja capaz de os acolher de forma holística, reconhecendo-os como únicos e fazendo-os sentirem-se parte integrante dos cuidados (Jorge, 2004). Compreendendo a importância deste processo de acolhimento, no Serviço de Internamento Pediátrico, foi

elaborado um guia de acolhimento e um protocolo para a avaliação inicial (APÊNDICE II) com o objetivo de: uniformizar o procedimento, favorecer a humanização dos cuidados, facilitar a integração no serviço, diminuir o impacto da hospitalização na qualidade de vida e a ansiedade da criança e família. Considerando cada família como única e adequando a comunicação às suas motivações, especificidades e crenças, foi possível diminuir o impacto da hospitalização no binómio criança-família, ao permitir que estas se sentissem mais acolhidas e expressassem sentimentos de medo e ansiedade, com menor frequência.

A colheita de dados percebe-se ser bastante importante em todos os contextos da SIJ. Assim, na UCIP onde foi realizado o estágio, aquando da admissão de uma criança no serviço, para além de se realizar a anamnese clínica (antecedentes clínicos, história de doença atual, alergias, dados antropométricos), foi possível colher dados sobre a avaliação familiar, utilizando os pressupostos do MCAF. Através deste modelo foi possível conhecer a constituição da família (nomeadamente a presença de irmãos, a existência de apoio da família mais alargada e da rede de suporte comunitário) e o contexto cultural e religioso; o papel parental assumido e os seus limites (compreender quais os cuidados que os pais estão dispostos a prestar) e o relacionamento familiar (existência de conflitos, capacidade de comunicação e resolução de problemas). Os dados colhidos foram registados na avaliação inicial do programa de registos utilizado – *Sclínico*® - e outros dados relevantes foram colocados nas notas gerais e, quando pertinentes, foram transmitidos na passagem de turno para conhecimento de toda a equipa.

A hospitalização da criança, independentemente do diagnóstico, torna-se uma experiência complexa não só para a criança como também para toda a família. De forma a gerir as exigências do contexto hospitalar e as mudanças nas rotinas familiares, torna-se importante que o EESIP, profissional privilegiado pelo contacto constante e direto com a criança, seja capaz de reconhecer as suas necessidades individuais e intervir com o objetivo de as satisfazer, contribuindo assim para o bem-estar e qualidade de vida de todos os intervenientes (Melo et al., 2014). Tendo como base estes princípios e reconhecendo a importância da colheita de dados, após a avaliação inicial realizada no momento da admissão da criança na UCIP, foi possível perceber quando os pais se encontravam deslocados da sua área de residência e não tinham qualquer rede de apoio disponível. Nestas situações foi possível referenciar a família para apoio da assistente social, de forma a ser-lhes dada a possibilidade de pernoitarem numa casa de apoio para puderem descansar, sem terem que se afastar dos seus filhos.

Por outro lado, no âmbito dos cuidados de saúde primários, a colheita de dados também é bastante importante para a adequação e planeamento de cuidados. Após o nascimento de um

bebé, é realizada a referenciação pelo hospital para a USF da área de residência, agendando-se a primeira consulta de vigilância. Neste momento, considerando a filosofia dos CCF e os princípios do MCAF, torna-se imprescindível a realização de uma colheita de dados rigorosa, não só dos dados relativos à gravidez e nascimento, como também das informações sobre a família. Considerando que todas as crianças têm o direito de ser tratadas de igual forma e sem qualquer tipo de preconceito (Instituto de Apoio à Criança, 2008), é importante que o EESIP seja capaz de adequar as suas intervenções às necessidades individuais da família, com o objetivo de facilitar o crescimento e desenvolvimento da criança. Após realizar-se a colheita de dados, é importante efetuar-se um registo adequado para que estas informações possam ser utilizadas por todos os profissionais de saúde, procurando obter o máximo de ganhos em saúde.

Em suma, independentemente do contexto de prática de cuidados, percebeu-se que a colheita de dados com recurso aos princípios do MCAF permite ao EESIP definir um plano de cuidados adequado às necessidades individuais da criança e família, considerando as suas potencialidades e fragilidades (Souza et.al, 2023). Reconhecendo o papel diferenciador do EESIP na melhoria contínua da qualidade dos cuidados, admite-se a importância da sua intervenção na evolução dos sistemas de informação, com o objetivo de contribuir para a sua adaptabilidade às diferentes áreas de atuação da SIJ.

1.2.1.2. Procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/ jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde

O EESIP, pelas competências que possui, é um profissional capaz de prestar cuidados à criança com um nível avançado de segurança e competência, utilizando a educação como estratégia para promover a saúde da criança (doente ou saudável), de forma a se satisfazerem as suas necessidades (Trindade & Ramos, 2020).

A promoção da saúde, incluída nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, ajuda a criança e sua família a conseguirem atingir o potencial máximo de saúde. Define-se como o processo através do qual o EESIP consegue fornecer conhecimentos e capacidades à família, para que consigam não só melhorar a saúde, como controlar os aspetos que a podem influenciar (Loureiro et.al, 2012a).

Os termos de educação para a saúde e prevenção de doença podem surgir associados à promoção da saúde, quando se junta a preocupação educativa. No domínio da SIJ, a família assume um papel imprescindível no cuidado à criança, sendo também foco dos nossos cuidados

quando o objetivo é promover a adoção de comportamentos potenciadores de saúde (Loureiro et al., 2012b). Em suma, através da promoção da saúde, o EESIP intervém nos vários contextos pediátricos, procurando atingir o nível máximo de saúde para a criança e família e aumentar o nível de literacia destes (Trindade & Ramos, 2020).

Na área da SIJ, quando falamos em promoção de saúde, os cuidados antecipatórios têm um lugar de destaque, permitindo ao EESIP fornecer aos pais conhecimentos ajustados à idade da criança e que promovam o seu crescimento e desenvolvimento (Direção-Geral de Saúde, 2013). Nos cuidados de saúde primários, a criança é acompanhada nas consultas de SIJ e nos momentos de vacinação, sendo nestes contactos que a intervenção do EESIP pode ter maior impacto, ao nível da promoção da saúde e prevenção da doença (Loureiro et al., 2012b). O EESIP tem as competências necessárias para capacitar os pais para reconhecerem os seus recursos e utilizá-los para se sentirem autónomos na promoção e gestão da saúde e bem-estar dos seus filhos (Direção-Geral de Saúde, 2013; Diário da República, 2018, Artigo nº422 – Série II, artigo nº133).

Através da educação para a saúde, o EESIP é também capaz de sensibilizar a população, maximizando os resultados obtidos. Esta permite a apresentação de informação adaptada ao nível social e cultural de cada família, procurando desmistificar crenças erróneas e facilitar mudanças de atitudes e/ou comportamentos (Rodrigues, 2018). Relativamente aos cuidados antecipatórios, estes devem considerar não só a individualidade da criança e o seu estágio de desenvolvimento, como também o seu contexto familiar. Os temas podem ser abordados de forma individual ou em grupo e em qualquer contexto, podendo utilizar-se material informativo ou sessões de educação para a saúde para facilitar a capacitação dos pais (Direção-Geral de Saúde, 2013).

Na USF onde foi realizado estágio, acompanharam-se diversas crianças juntamente com as suas famílias. Considerando o papel do EESIP na capacitação dos pais para a deteção de sinais de alarme no desenvolvimento dos filhos e para a adoção de estratégias de acordo com a faixa etária, durante as consultas foram realizados ensinamentos aos pais com base nos princípios da Escala de *Mary Sheridan* Modificada.

Durante a avaliação do crescimento e desenvolvimento realizada nas consultas de SIJ, os pais foram colocando dúvidas sobre a evolução ponderal, amamentação, transporte seguro da criança, padrão de eliminação, Plano Nacional de Vacinação (PNV), diversificação alimentar, convivência com os irmãos, sono e repouso, coto umbilical, entre outras temáticas; tendo sido imprescindível aproveitar todas as oportunidades para esclarecer as questões

colocadas, fornecendo aos pais informações ajustadas às suas necessidades, para que estes se sentissem mais confiantes e menos ansiosos.

De forma a complementar os ensinamentos realizados nas consultas de SIJ e facilitar a capacitação dos pais, foram disponibilizados folhetos sobre as temáticas que mais suscitaram dúvidas, nomeadamente sobre: o transporte seguro da criança (APÊNDICE III), PNV (APÊNDICE IV) e sono e repouso da criança (APÊNDICE V). Durante o período deste estágio, verificaram-se alguns casos de sarampo que muitas questões e preocupação suscitaram nos pais pelo que, para além do reforço dos sinais e sintomas durante as consultas de SIJ, foi também realizado um folheto para complementar os ensinamentos (APÊNDICE VI). Estes folhetos após terem sido enviados ao conselho científico da USF, foram aceites e validados, tendo ficado disponíveis na base de dados da unidade para serem disponibilizados aos pais em complemento aos ensinamentos realizados.

Também durante a hospitalização da criança, sobretudo em internamentos mais prolongados por doença aguda ou cirurgia, o EESIP possui competências para acompanhar o desenvolvimento da criança e detetar possíveis sinais de alarme, de forma a referenciar para avaliação e acompanhamento precoce. É ainda um profissional capaz de aproveitar todas as oportunidades para ensinar e treinar com os pais estratégias que contribuam para o potencial máximo da criança, de acordo com a sua faixa etária (Direção-Geral de Saúde, 2013).

1.2.1.3. Identifica situações de risco para a criança e jovem (ex. maus-tratos, negligência e comportamentos de risco)

A criança é um ser vulnerável que necessita do apoio dos adultos para conseguir obter proteção e satisfazer as suas necessidades básicas (Pastor et.al, 2023). Quando estas não são satisfeitas, a criança fica exposta a um risco (quando os seus direitos não são respeitados) e a um perigo (quando os riscos passam a ser efetivos) (Pastor et.al, 2023; Direção-Geral de Saúde, 2011).

Torna-se assim pertinente abordar a questão dos maus-tratos, situação que influencia a criança ao nível do desenvolvimento físico, motor e psicológico e que tem impacto em toda as dimensões da sua vida (Pastor et al., 2023). Os maus-tratos caracterizam-se por qualquer atitude ou ausência de ação, adotada pelos pais/cuidadores e que ameaça a segurança, dignidade, desenvolvimento biopsicossocial e afetivo e o bem-estar da criança (Direção-Geral de Saúde, 2011). Existem vários tipos de maus-tratos infantis: negligência – os pais/cuidadores não são capazes de satisfazer as necessidades básicas e essenciais da criança/jovem; agressão

física - ação não acidental que provoca (ou pode vir a provocar) um dano físico na criança; abuso sexual – participação da criança em atividades sexuais com o objetivo de satisfazer o desejo do adulto; psicológico/emocional – inexistência de um ambiente seguro e afetivo e Síndrome de Munchausen - forma rara de maus tratos e que se refere à tentativa de convencerem os profissionais de saúde da existência de uma doença com necessidade de procedimentos invasivos e/ou hospitalização (Pastor et al., 2023; Direção-Geral de Saúde, 2011).

De acordo com o artigo 91º da Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo, qualquer profissional de saúde deve intervir de forma a garantir a proteção da criança/jovem em situações de perigo iminente. Considerando as competências específicas do EESIP, este tem um papel imprescindível na identificação de situações de risco, na sensibilização dos pais/cuidadores e dos profissionais, na prevenção dos maus-tratos e no cuidar/proteger as crianças vitimizadas (Pastor et al., 2023). Para se evitarem consequências a longo prazo, é importante que se identifiquem as situações de risco o mais precocemente possível. Assim, a referenciação destas situações, por parte dos profissionais de saúde, é um passo essencial para a proteção das crianças/jovens (Pastor et al., 2023).

Desta forma, para se prevenirem situações de maus-tratos, identificar ou atuar para as controlar, podem implementar-se intervenções em vários níveis. No primeiro nível, encontram-se as entidades que trabalham diretamente com as crianças e jovens, desde a saúde à educação e entre outras áreas. No segundo nível, fica a Comissão Nacional de Proteção das Crianças e Jovens em Risco (CPCJ), que procura encontrar estratégias para promover mudanças que anulem o perigo para a criança. No último nível, quando os anteriores não conseguem proteger a criança, encontra-se a intervenção judicial. Os cuidados de saúde primários encontram-se no primeiro nível e quando esgotam todos os seus meios de intervenção, têm o dever de referenciar para os níveis superiores, complementando e articulando as ações que forem necessárias com a CPCJ e/ou tribunal (Direção-Geral de Saúde, 2011).

No primeiro nível, o EESIP procura eliminar o perigo e garantir que todos os direitos da criança são cumpridos, com vista à sua proteção, bem-estar e desenvolvimento adequado. Com o objetivo de proteger a criança/jovem, a DGS (2008) delineou a Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco que pretende apoiar e orientar a intervenção em saúde. De forma a operacionalizar esta ação, foi criada uma rede estruturada de Núcleos de Apoio à Criança e Jovem em Risco (NACJR) ao nível dos cuidados de saúde primários, com a intervenção da UCC. O NACJR é constituído por um médico, um enfermeiro e outro(s) profissional(ais) de saúde e tem como objetivo detetar e gerir situações de risco e/ou perigo para as crianças/jovens,

sobretudo relacionadas com o Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) e o Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE). As ações do NACJR são numerosas: formação e sensibilização dos profissionais de saúde e das escolas para a identificação de situações de maus-tratos e a referenciação para seguimento pelas entidades responsáveis; gestão e intervenção de forma a eliminar o risco e, quando se esgotam todas as possibilidades de intervenção primária e a criança/jovem se mantém em risco, referenciação para os níveis de atuação superior (Direção-Geral de Saúde, 2011).

Na UCC onde foi realizado estágio, existe um NACJR constituído por uma EESIP e uma assistente social, que se reúne semanalmente para gestão dos casos referenciados. Ao longo do estágio, foi possível participar nas reuniões semanais, percebendo que a maioria dos casos eram referenciados por não cumprimento do PNSIJ, com faltas sucessivas em consultas de vigilância ou de especialidade. Nestes casos foi realizada a articulação entre as famílias e a USF e/ou hospitais para se remarcarem as consultas, dotando os pais de conhecimento e alertando-os para a importância da presença nas mesmas, conseguindo-se eliminar o risco/perigo para a criança sem haver necessidade de avançar para os níveis de intervenção superior. Para além da gestão dos casos do NACJR, foi mantida articulação com a CPCJ e o tribunal, disponibilizando a informação clínica solicitada relativa aos casos em seguimento pelo nível de intervenção superior.

1.2.2. Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade

1.2.2.1. Mobiliza conhecimentos e habilidades para a rápida identificação de focos de instabilidade e resposta pronta antecipatória

As situações de emergência pediátrica possuem diversas causas, devendo o EESIP mobilizar conhecimentos para detetar alterações indicativas de deterioração clínica, antecipando-as o mais precocemente possível. Na área pediátrica, esta deteção acaba por ser mais complexa, porque associado ao estado clínico e nível de desenvolvimento das crianças, estas nem sempre conseguem referir e/ou descrever os sintomas (Melo et al., 2011).

Na UCIP onde foi realizado estágio, todas as crianças internadas encontravam-se em monitorização contínua com registos no sistema a cada três horas, de forma a detetarem-se alterações no estado clínico. Muitas foram as situações onde foi possível detetarem-se alterações nos sinais vitais através dos dados objetivos obtidos da monitorização contínua, em

complemento com os dados subjetivos resultantes da observação realizada pelos profissionais ou percebidos pelos pais, permitindo intervir-se precocemente e prevenir o agravamento do estado clínico da criança.

Considerando que a criança e família, independentemente do contexto, são indissociáveis, podemos referir que a qualidade de vida de um depende do bem-estar do outro e vice-versa; pelo que, o EESIP sendo o profissional que presta cuidados centrados na família, ao cuidar de criança está também a cuidar da família (Silva et al., 2020).

A permanência dos pais junto dos filhos durante as situações de emergência pode ser um desafio para os enfermeiros, sendo importante, reconhecerem-se os benefícios da presença da família para a criança. Em situações de instabilidade clínica em que a criança se mantém consciente, a presença dos pais deixa-a mais tranquila e menos ansiosa, para além de permitir obterem-se informações imprescindíveis para o processo de tomada de decisão clínica, de forma mais rápida. Para os pais, manterem-se junto dos filhos, mesmo que numa situação de imprevisibilidade, permite-lhes observar e sentir que a equipa se está a esforçar para ajudar, diminuindo sentimentos de ansiedade e frustração e, em casos de perda, facilita o processo de luto (Mendes & Guareschi, 2018). Por outro lado, tendo em conta o impacto de uma emergência, a presença dos pais pode levar a um momento de elevado *stress* e/ou a comportamentos inadequados com atitudes ou palavras mais agressivas, o que pode comprometer o desempenho dos cuidados prestados à criança e tornar-se um marco traumático para os pais. Assim, o EESIP reconhecendo a importância da presença dos pais e, apesar dos riscos associados, pode encontrar estratégias para os incluir de forma mais segura, nomeadamente: definir um elemento facilitador, de preferência EESIP, que esteja disponível e não necessite de intervir nos cuidados, para assumir a responsabilidade de garantir apoio emocional aos pais, utilizando uma comunicação efetiva para lhes dar informações do estado clínico e do objetivo de cada procedimento (Silva et al., 2017).

Tanto na UCIN como na UCIP onde foi realizado estágio, em situações de instabilidade clínica, reconhecendo a importância da família para a criança, foi permitido aos pais permanecerem junto dos filhos mesmo durante os procedimentos. Ao ficarem junto dos filhos, verificou-se que, apesar de preocupados, os pais sentiam que estavam a ajudar e ficavam mais satisfeitos por serem incluídos nos cuidados, diminuindo sentimentos de ansiedade e frustração. Considerando os pilares do Modelo de Parceria de Cuidados de *Anne Casey*, ao permitir que os pais permaneçam junto da criança, o EESIP eleva a sua intervenção além do domínio técnico, valorizando a comunicação assertiva e adequada com os pais, mantendo-os informados e tranquilos e permitindo-lhes ter um papel ativo durante os cuidados prestados.

1.2.2.2. Demonstra conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida pediátrico

No caso de uma criança em paragem cardiorrespiratória e em risco de vida, é importante uma avaliação rápida e rigorosa, iniciando-se manobras de reanimação cardiorrespiratória de alta qualidade, o mais rápido possível. O Suporte Avançado de Vida Pediátrico (SAVP), além do Suporte Básico de Vida (SBV) (reconhecimento de situações graves com necessidade de manter a estabilidade circulatória e respiratória, recorrendo a manobras de reanimação) inclui também a utilização de equipamentos específicos para monitorizar a criança e estabilizar/manter a circulação e ventilação, a administração de fármacos/reposição de fluidos e os cuidados em unidade especializada, após a reanimação (Melo et al., 2011).

Tendo em conta o papel do EESIP durante uma emergência pediátrica, é importante manterem-se atualizados os conhecimentos sobre SBV e SAVP (Melo et al., 2011). Tanto na UCIN como na UCIP onde decorreram os estágios, foi possível perceber que os conhecimentos nesta área favorecem uma rápida atuação, prevenindo que a criança entre em paragem cardiorrespiratória e, nos casos em que mesmo assim esta se verifique, se intervenha de forma a reverter o estado com o mínimo de sequelas possível.

Seja qual for a situação que o EESIP enfrenta, este procura intervir antecipadamente, com vista a minimizar o erro e proteger a criança que cuida. Isto torna-se importante, na medida em que a manutenção da segurança do doente é um dever ético de todos enfermeiros e é reconhecida como um critério para a avaliação da qualidade dos cuidados prestados. O EESIP, profissional que cuida da criança e família em todos os contextos, reconhece que o risco está inerente aos cuidados prestados, sobretudo numa UCIP onde estes são mais complexos e a probabilidade de existirem falhas na segurança pode ser maior, pelo que se procura garantir a máxima segurança em todas as intervenções implementadas (Silva et al., 2016).

Desta forma, procurando evitar perdas de tempo, minimizar o erro e permitir uma atuação antecipada e eficaz em situações de emergência ocorridas na UCIP, foi possível identificar a localização do carro de emergência e conhecer a sua constituição e organização. Aquando da admissão de uma criança na UCIP, um dos primeiros dados a colher, além do diagnóstico e antecedentes, foi o peso e a idade da criança, para se reunirem atempadamente todas as informações necessárias numa emergência. Este protocolo, em situações de agravamento clínico da criança, permitiu uma atuação precoce, eficaz e mais segura, contribuindo para prevenir a paragem cardiorrespiratória.

Também no estágio na UCIN, através da vigilância dos sinais vitais foi possível identificar uma degradação do estado clínico de um Recém-nascido (RN), que após uma cirurgia de encerramento do canal arterial se manteve entubado e ventilado. Durante o período pós-cirúrgico, houve um deslocamento do tubo endotraqueal do RN com dessaturação e bradicardia e que evoluiu para uma paragem cardiorrespiratória. As manobras de reanimação foram iniciadas precocemente, com estabilização do RN e garantia do seu suporte ventilatório e hemodinâmico até garantida a nova reentubação endotraqueal. Aquando deste episódio, os pais estiveram presentes, tendo sido importante não só os cuidados de reanimação ao RN, como também a gestão emocional da família com o objetivo de diminuir os sentimentos de ansiedade, medo e frustração. Os pais foram acompanhados por uma EESIP, que não estando a participar diretamente nos cuidados ao RN, explicou os procedimentos realizados e esteve disponível para os apoiar em todas as solicitações.

1.2.2.3. Garante a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor e aplica conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor

A dor caracteriza-se por uma experiência desagradável, provocada por uma lesão tecidual (real ou potencial), que causa sofrimento nas crianças (Azevedo et.al, 2014). Percebendo o impacto da dor na qualidade de vida das crianças, passou-se a considerá-la como “5º sinal vital” e uma norma de boa prática (Direção-Geral de Saúde, 2010).

Os enfermeiros prestam cuidados a crianças hospitalizadas e, sendo a gestão da dor um dever dos profissionais de saúde e um direito da criança, deve procurar-se diminuir a dor e o seu sofrimento durante todos os procedimentos (Correia et al., 2020; Instituto de Apoio à Criança,1988; Direção-Geral de Saúde, 2010). A gestão da dor em pediatria é uma área complexa e desafiadora pois as crianças têm dificuldade em expressar a sua dor, referir a intensidade ou a localização da mesma. Estas dificuldades podem levar a que a dor possa ser subestimada e o seu tratamento inadequado, comprometendo a qualidade de vida da criança e dos seus pais/pessoas significativas (Alves et al., 2021; Azevedo et al., 2014; Santos et al., 2018). A criança é um ser frágil, tornando-se mais sensível à dor, com um impacto maior no seu bem-estar (sentimento que vai além da dor física e se associa ao medo e ansiedade) (Correia et al., 2020). Assim, percebe-se a importância da avaliação da dor de forma recorrente, rigorosa e sensível, incluindo as informações transmitidas pelos pais/pessoas significativas e

procurando diagnosticar, planejar e colocar em ação intervenções que tenham como foco a dor percebida pela criança (Correia et. al.2020).

Partindo do pressuposto que os pais/pessoas significativas são quem melhor conhece os filhos, percebe-se que a presença destes durante o internamento, além de fornecer segurança e proteção à criança, torna-se importante durante o processo de avaliação da dor. São os pais que, na maioria das vezes, identificam os primeiros sinais de dor, pelo que é importante que os enfermeiros reconheçam a importância de trabalhar em parceria com a família, procurando avaliar corretamente o estado emocional da criança com o objetivo de prevenir ou eliminar a dor (Correia et al., 2020; Sedrez & Monteiro, 2019; Ordem dos Enfermeiros, 2013a).

Nas crianças internadas na UCIP onde foi realizado estágio, a presença do pai/mãe/pessoa significativa junto da criança durante as 24 horas permitiu uma avaliação mais sensível e rigorosa da dor, favorecendo uma intervenção precoce que evite sofrimento acrescido. De forma objetiva, estando as crianças monitorizadas, foi possível identificar sinais de dor pelas alterações nos sinais vitais. Além destes sinais, muitas vezes foram os pais que identificaram a presença de dor através de dados mais subjetivos (o olhar, a expressão facial, o choro persistente, a ansiedade, entre outros). Para além da avaliação dos sinais vitais e dos dados subjetivos, foi importante complementar-se a avaliação com recurso a escalas adequadas.

Para uma avaliação rigorosa podem utilizar-se quatro tipos de métodos: fisiológico, comportamental, autorrelato e multidimensional. O fisiológico inclui a avaliação direta dos sinais de alteração no funcionamento normal do organismo; o comportamental, considera a forma como a criança reage à dor; o autorrelato utiliza-se quando a criança é capaz de comunicar e inclui as informações que esta nos transmite; o multidimensional considera os dados dos três tipos anteriormente referidos. De acordo com a idade e desenvolvimento cognitivo da criança, podem utilizar-se diferentes escalas que facilitam a sua avaliação e monitorização (Azevedo et al., 2014).

No contexto da UCIP, em crianças com sedoanalgesia e em ventilação mecânica que não conseguiam expressar adequadamente a sua dor por interferência medicamentosa, recorreu-se à escala CONFORT-B (utilizada para avaliar a dor, ansiedade e nível de sedação, onde se consideram seis itens – alerta, calma/agitação, resposta respiratória ou choro, movimentos físicos, tônus muscular, tensão facial – em crianças ventiladas avaliamos a resposta respiratória e em crianças com respiração espontânea consideramos o choro). Em crianças internadas na UCIP e que não se encontravam com sedoanalgesia, a avaliação da dor foi realizada com recurso a escalas adaptadas à idade, nível de desenvolvimento e estado clínico da criança (Alves et al., 2021; Direção-Geral de Saúde, 2010; Amoretti et al., 2008). As escalas

mais utilizadas foram a FLACC (em crianças com menos de quatro anos que não conseguiam autoavaliar a sua dor), a Escala de Faces (em crianças com mais de quatro anos) e a Escala Numérica (em crianças com mais de seis anos). Desta forma e em parceria com os pais, foi possível se otimizar a resposta à dor da criança, identificando-a precocemente e evitando o seu tratamento tardio e inadequado.

Após o diagnóstico de dor, para a diminuir e evitar a sua interferência na qualidade de vida da criança, o EESIP deve procurar gerir a dor, utilizando protocolos multidisciplinares que combinem medidas farmacológicas com as estratégias não farmacológicas (Direção-Geral de Saúde, 2010; Ordem dos Enfermeiros, 2013a; Correia et al., 2020).

Tendo em conta a fragilidade das crianças e a complexidade dos procedimentos a que estão sujeitas numa UCIP, a DGS (2012) definiu uma norma para a gestão da dor em procedimentos invasivos, indicando o tipo de sedação/analgesia aconselhada de acordo com a intensidade prevista. Em complemento aos fármacos recomendados e, sendo o recurso a estratégias não farmacológicas uma das competências do EESIP, a OE (2013) elaborou um documento com as estratégias mais adequadas na gestão da dor em pediatria. As medidas farmacológicas são importantes na gestão da dor na criança, mas o seu efeito consegue ser maximizado se complementadas com as medidas não farmacológicas (Ordem dos Enfermeiros, 2013a).

As crianças internadas em UCIP estão em risco iminente de vida perante uma situação potencialmente letal ou instável, com necessidade de intervenções complexas e monitorização contínua (Dini et al., 2011). A maioria destas crianças têm necessidade de permanecer entubadas sob ventilação mecânica, prevendo-se uma dor moderada a elevada por um período contínuo, pelo que se mantém a criança sob analgesia e sedação para diminuir a ansiedade e o desconforto (Dini et al., 2011; Ordem dos Enfermeiros, 2013a). A sedação deixa as crianças mais relaxadas, mas durante os procedimentos invasivos estas ficam mais ativas e ansiosas, pelo que se procurou organizar e agrupar os cuidados com o objetivo de diminuir o número de manipulações e recorreu-se a medidas não farmacológicas em complemento aos fármacos prescritos (presença dos pais para deixar a criança mais tranquila e segura, gestão do ambiente com diminuição do ruído e luminosidade, utilização do frio com a aplicação de crioterapia, massagem terapêutica e recurso a técnicas de distração - musicoterapia, vídeos, entre outras) (Dini et al., 2011; Ordem dos Enfermeiros, 2013a). Assim, foi possível desenvolver competências essenciais para gerir a dor na criança. Ao selecionar as estratégias mais adequadas para a sua avaliação e as melhores intervenções, o EESIP consegue diminuir ou eliminar a dor, contribuindo para a qualidade de vida da criança e família.

Considerando a dor como um foco da nossa atenção, foi realizado um poster com os aspetos mais importantes sobre a gestão da dor da criança numa UCIP (APÊNDICE VII). Este poster ficou disponível na UCIP onde foi realizado estágio, para que possa ser consultado por todos os enfermeiros, dando ênfase às escalas de avaliação da dor mais adequadas e às estratégias não farmacológicas disponíveis para o alívio da mesma.

No contexto de cuidados na UCIP torna-se também importante abordar a sedoanalgesia. Os opióides e anestésicos/sedativos permitem manter a criança mais relaxada, mas podem tornar-se um problema quando os internamentos são mais prolongados. Após se verificar a estabilização clínica da criança, quando se decide passar para a sua extubação, surge o risco do Síndrome de Abstinência Iatrogénica (SAI). Esta síndrome caracteriza-se pelo aparecimento de um conjunto de sinais e sintomas (choro gritado e inconsolável, tremores não controlados, alucinações, alterações no padrão de sono, vômitos, diarreia, presença de conteúdo gástrico entre refeições, sudorese intensa, taquicardia, taquipneia, pele marmoreada, hipertensão, entre outras alterações) em resposta à diminuição/ausência de um fármaco que causa dependência na criança (Ávila-Alzate et al., 2020; Harris et al., 2016; Anand et al., 2010; Ista et al., 2008). A avaliação do risco desta síndrome é considerada um critério de qualidade do serviço e permite intervir precocemente, prevenindo o seu aparecimento (Harris et al., 2016). O SAI, pelos sintomas que provoca e pela incapacidade da criança em conseguir controlá-los ou de os pais saberem como ajudar a ultrapassá-los, gera um momento de grande ansiedade para as crianças e de preocupação para os pais, tornando-se um foco de atenção do EESIP.

Durante o estágio na UCIP, quando se iniciou o processo de extubação das crianças com diminuição da sedoanalgesia, foi mantida a avaliação dos sinais e sintomas juntamente com o pai/mãe, de forma a identificar precocemente a presença do SAI. Em alguns casos, mesmo com a terapêutica de substituição oral, observaram-se períodos de choro inconsolável, tremores persistentes e não controlados, alterações nos sinais vitais e, em adolescentes a presença de alucinações com agitação e ansiedade associada. Perante estes sinais e sintomas, as crianças ficaram bastante ansiosas, não sendo capazes de se autocontrolarem. Os pais perante este panorama, ficavam mais preocupados e *stressados*, manifestando sentimentos de impotência por não conseguirem confortar e tranquilizar os filhos. Primeiramente, tornou-se importante manter uma avaliação continua e rigorosa para se controlarem os sintomas com os fármacos prescritos; por outro lado e, em complemento com estas medidas farmacológicas, foi possível diminuir o sofrimento da criança através do posicionamento/contenção, diminuição dos estímulos ambientais (ruído, luminosidade), organização dos cuidados com menor número de manipulações possível, fornecimento de um objeto significativo (chupeta, boneco),

massagem de relaxamento, entre outras estratégias. A disponibilidade para ouvir as preocupações dos pais, explicar-lhes que estes sintomas seriam transitórios e fornecer-lhes ensinamentos sobre estratégias que pudessem utilizar para ajudar os filhos, permitiu diminuir sentimentos de ansiedade e promover a capacitação destes para lidar com esta síndrome.

Tendo realizado estágio numa UCIN, torna-se também pertinente abordar a dor no RN. Ao contrário do que se pensava há algumas décadas atrás, o RN é capaz de guardar memória sobre a dor percebida e, quando esta sensação desagradável não é tratada adequadamente, podem existir consequências a curto e longo prazo (Direção-Geral de Saúde, 2012; Balda & Guinsburg, 2019). O RN não é capaz de verbalizar e quantificar a dor que sente, mas existe uma série de modificações comportamentais e fisiológicas que demonstram a sua presença, nomeadamente: respostas motoras simples, expressões faciais de desagrado, choro agudo, alterações no ciclo vigília-sono, irritabilidade e variações nos sinais vitais (Silva & Silva, 2010; Balda & Guinsburg, 2019).

Em situações de necessidade de internamento do RN numa UCIN, com potencial exigência de uma série de procedimentos invasivos e dolorosos, é importante identificar, prevenir e controlar a dor recorrendo não só às medidas farmacológicas, como também às estratégias não farmacológicas/sensoriais. O controlo da dor no RN, além de ser um dever ético, é um indicador de qualidade dos cuidados prestados pelo EESIP, juntamente com o impacto que a sua gestão inadequada pode ter no seu neurodesenvolvimento e qualidade de vida (Direção-Geral de Saúde, 2012). Para uma avaliação adequada da dor no RN, devem ser considerados os parâmetros mais subjetivos e comportamentais juntamente com os mais objetivos e fisiológicos, utilizando a escala mais adequada para a idade gestacional do prematuro e o seu estado clínico (Silva & Silva, 2010).

Muitos são os instrumentos que podem ser utilizados para a avaliação da dor no RN. Quando se recorre a uma escala, esta deve ser de utilização e interpretação simples, permitindo no mínimo de tempo possível, classificar a dor do RN, quanto ao tipo, intensidade e duração. Para além disso, o EESIP ao selecionar uma escala, esta também deve ser a mais adequada, quanto à idade do RN, situação clínica e tipo de dor. Tendo em conta o número de escalas existentes e as exigências para a sua seleção, ainda não foi definida uma como modelo para ser utilizada em todas as UCIN, o que dificulta a escolha e as comparações entre serviços (Silva & Silva, 2010). A melhor escala deve ser capaz de avaliar tanto a dor aguda como a prolongada, quer no RN de termo como no pré-termo, considerando que as melhores opções são a *Neonatal Facial Coding System* (NFCS) e a *Premature Infant Pain Profile* (PIPP) (Silva & Silva, 2010). Assim, não existindo consenso sobre a melhor escala a utilizar, cada UCIN acaba por adotar a

que considera ser a mais adequada. Pelo que, de forma a uniformizar os cuidados ao RN, deve ser uma prioridade da Sociedade Portuguesa de Neonatologia recomendar uma ou duas escalas, de forma a facilitar e uniformizar a seleção das melhores estratégias para avaliação e tratamento (Silva & Silva, 2010; Balda & Guinsburg, 2019).

Durante o estágio na UCIN, a avaliação da dor foi realizada com recurso à escala *Echelle Douleur Inconfort Nouveau-né* (EDIN). Esta escala considera apenas as variáveis comportamentais, sendo por vezes difícil de aplicar sobretudo no RN ventilado e sedado em que, mesmo não se verificando alterações ao nível da expressão facial ou movimento, pode haver presença de dor. Para além de se avaliar a dor com recurso a esta escala, percebeu-se ser importante a observação e a avaliação dos sinais vitais. Nos procedimentos invasivos prestados ao RN foram adotadas várias estratégias não farmacológicas para diminuir a dor e o *stress*, nomeadamente: a massagem, contenção manual ou com o apoio dos pais (quando estes se demonstraram disponíveis), sucção não nutritiva com a chupeta (nos RN com mais de 30 semanas de gestação), método canguru ou amamentação (quando possível e uns minutos antes do procedimento), administração de solução oral de sacarose a 24% (na chupeta ou diretamente na porção anterior da língua) (Direção-Geral de Saúde, 2012; Motta & Cunha, 2015).

No estágio realizado no Internamento de Pediatria, compreendendo o impacto da dor na qualidade de vida da criança e família, o EESIP também a considerou como foco de atenção no cuidado à criança. A criança exposta ao ambiente de hospitalização, seja em situação de doença aguda ou após uma intervenção cirúrgica, vê-se sujeita a vários procedimentos invasivos e dolorosos, sendo dever do EESIP contribuir para diminuir ou eliminar a dor, e controlar os sentimentos negativos percebidos. Tal como se viu anteriormente, existem várias estratégias não farmacológicas que podem ser utilizadas para diminuir a dor da criança durante os procedimentos realizados. As estratégias são numerosas e devem ter em consideração a idade e o nível de desenvolvimento da criança, o tipo de dor (aguda, crónica ou recorrente), o contexto de dor (procedimentos, exigências pós-cirúrgicas ou inerentes à própria doença) e as suas características (localização, intensidade e duração) (Gasparado et al., 2020).

No Internamento de Pediatria, conhecendo os princípios do Modelo de Parceria de Cuidados, com o objetivo de diminuir a ansiedade e o medo da criança, foi ainda promovida a permanência do pai/mãe durante os procedimentos invasivos realizados. Considerando a idade e preferências da criança, foram também utilizadas diversas estratégias de distração, tais como: a musicoterapia com recurso a vídeos ou músicas preferidas, a imaginação guiada, técnicas de relaxamento, jogos, brinquedos preferidos, entre outras estratégias, de forma a descentralizar o

foco da criança da dor e diminuir as sensações negativas percebidas (Gasparado et al., 2020; Ordem dos Enfermeiros, 2013a).

Não é apenas em contexto de doença que a dor é um foco de atenção do EESIP, também ao nível dos cuidados de saúde primários é importante gerir-se adequadamente a dor da criança. A vacinação é uma das principais causas de dor na criança e, quando esta é desvalorizada e não controlada adequadamente, pode associar-se a sentimentos negativos que contribuem para o afastamento dos profissionais de saúde e a não aceitação da vacinação por parte da criança (Fontes et al., 2018). A criança possui mecanismos de gestão da dor bastante limitados, o que se reflete na falta de cooperação e recusa, com conseqüente adiamento da vacinação ou incumprimento do PNV, pela preocupação dos pais com o sofrimento dos filhos (Associação Portuguesa para o Estudo da Dor, 2021).

Apesar de subutilizada, a gestão da dor durante a vacinação torna-se imprescindível pois permite diminuir o sofrimento percebido pela criança, deixando-a mais satisfeita com a experiência (Galvão et al., 2015). Percebe-se então, a importância da intervenção do EESIP durante a imunização, procurando manter-se um olhar holístico e prestarem-se cuidados não-traumáticos/atraumáticos, isto é, cuidados que minimizem ou eliminem o desconforto sentido pela criança (Carvalhais et al., 2022). Desta forma, foi importante conhecer as estratégias mais adequadas para a gestão da dor durante a vacinação, sendo capaz de as implementar e de as ensinar às crianças e aos pais/cuidadores durante as consultas de SIJ ou em qualquer momento oportuno (Associação Portuguesa para o Estudo da Dor, 2021; Taddio et al., 2015).

Quando as crianças visitam a USF para as consultas de SIJ, procura-se diminuir o impacto negativo da vacinação ao afastar o foco da criança do estímulo doloroso. Conhecendo as estratégias recomendadas para a gestão da dor, nas consultas de SIJ as mais utilizadas foram as relacionadas com a técnica (a vacina mais dolorosa foi administrada em último lugar e não se aspirou o conteúdo da seringa para se diminuir o tempo de administração) e as relacionadas com o posicionamento (dependendo da idade da criança, esta foi mantida ao colo dos pais ou sentada na cadeira numa posição confortável, podendo a mãe manter a amamentação durante o procedimento). Foram ainda utilizadas diferentes técnicas de distração adequadas à idade, estágio de desenvolvimento e cultura da criança e família (visualização de vídeos, audição de músicas infantis, por exemplo) (Associação Portuguesa para o Estudo da Dor, 2021; Taddio et al., 2015). Ao longo do estágio percebeu-se que, com recurso a estas estratégias, é possível favorecer-se uma gestão da dor durante a vacinação mais adequada, contribuindo para uma menor ansiedade nos pais/cuidadores e um menor sofrimento experienciado pelas crianças.

Tendo como princípio os CCF, as crianças têm o direito a estar acompanhadas pelos pais, sendo que o comportamento destes também vai influenciar a capacidade da criança em gerir a dor. Assim, o EESIP tem o dever de ensinar e treinar com os pais estratégias antecipatórias que possam ser implementadas no dia da vacinação, para que estes possam sentir-se úteis e consigam ajudar os filhos a gerir a dor provocada pelas agulhas. Em crianças com mais de três anos e com um nível de desenvolvimento adequado, também se tornou importante a fomentação de estratégias de *coping* que lhes permitam autogerir a dor. O papel dos pais é crucial, uma vez que, quando estes são capazes de antecipar e preparar as crianças, estas conseguem recorrer mais facilmente a estratégias de *coping* adequadas, mantendo-se mais tranquilas durante o procedimento (Associação Portuguesa para o Estudo da Dor, 2021; Taddio et al., 2015; Figueiredo, 2016).

Em suma, a educação do EESIP e de todos os profissionais sobre a avaliação e gestão da dor em pediatria, percebe-se ser uma prioridade e uma necessidade, procurando intervir-se de forma a diminuir o impacto dos procedimentos invasivos na qualidade de vida da criança (Associação Portuguesa para o Estudo da Dor, 2021; Taddio et al., 2015).

1.2.2.4. Diagnostica necessidades especiais e incapacidades na criança/jovem

A PEA é uma doença cada vez mais comum na pediatria, atingindo uma em cada 88 crianças (Oliveira, 2018). Normalmente é um distúrbio que se manifesta antes dos três anos de idade, inicialmente com reações a estímulos sonoros e, posteriormente com comportamentos repetitivos e dificuldades na linguagem e gestão de mudanças. Podem surgir diferentes manifestações clínicas de acordo com o nível de gravidade, com impacto negativo tanto na vida da criança como na da família. O diagnóstico é um processo demorado e coloca toda a unidade familiar exposta a uma transição, com necessidade de adaptação às novas exigências da criança, reformulação do papel parental e atingimento da mestria e identidade fluida (Magalhães et al., 2022; Rodrigues et al., 2021; Feifer et al., 2020; Fonseca, 2018)

Quando mais precocemente forem identificados os primeiros sinais de alarme na criança, mais cedo é realizado o diagnóstico e se iniciam as terapias, permitindo obter resultados mais positivos na sua evolução. Os enfermeiros referem falta de conhecimentos sobre a patologia e dificuldades nos cuidados prestados às crianças com PEA, o que pode atrasar o diagnóstico e dificultar o tratamento e desenvolvimento da autonomia da criança (Oliveira, 2018).

De facto, durante o estágio realizado no Internamento de Pediatria, vários foram os casos de crianças com PEA onde se notaram dificuldades na equipa durante os cuidados prestados. Percebeu-se que a hospitalização em crianças com PEA pode ter um impacto ainda maior, pois mesmo não sendo este o motivo de internamento, a mudança de rotinas e ambiente causa mais *stress* e instabilidade, com impacto negativo ao nível de interação social, comunicação e comportamento da criança (Oliveira, 2018). O EESIP deve assim ser capaz de conhecer as necessidades individuais da criança, prestando cuidados holísticos e em parceria com a família com o objetivo de se diminuir o impacto da hospitalização na sua qualidade de vida.

Sendo um tema pertinente e tendo em conta o aumento da prevalência desta perturbação, foi realizada uma formação (APÊNDICE I) dirigida aos enfermeiros do Internamento de Pediatria, de forma a aumentar os conhecimentos sobre a PEA, favorecer a identificação de sinais de alarme mesmo que em contexto de hospitalização, compreender a transição vivenciada pela criança e família, perceber a forma como se pode facilitar a adaptação e conhecer estratégias para diminuir o impacto da hospitalização. Esta formação tornou-se um momento útil para todos os enfermeiros, havendo espaço para se refletir e partilhar as experiências e opiniões.

Dando ênfase ao diagnóstico e intervenção precoce e adequada na PEA e, de forma a contribuir para uma melhor prestação de cuidados, foi também realizada a partilha de um estudo de caso, sob a forma de poster na 2ª Reunião Científica Internacional de Enfermagem Pediátrica organizada pela Unidade Local de Saúde - São João (ANEXO I). Tornou-se assim, mais uma oportunidade de partilha de conhecimentos sobre esta perturbação, incidindo a nossa atenção nas intervenções de enfermagem mais ajustadas necessidades específicas destas crianças.

1.2.3. Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e jovem

1.2.3.1. Demonstra conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento; Avalia o crescimento e desenvolvimento da criança e jovem; Transmite orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantojuvenil

No cuidado à criança, a vigilância do crescimento e desenvolvimento é também uma área de atenção prioritária do EESIP, considerando-se todo o contexto biológico, afetivo, psíquico e social onde esta se insere. A criança, sendo um ser frágil e vulnerável, exige um cuidado atento e prioritário, onde se considere as suas necessidades individuais. Com o objetivo de promover a saúde da criança, o EESIP recorre a consultas de SIJ periódicas para vigiar e acompanhar o seu crescimento e desenvolvimento, através dos instrumentos adequados. Através destas consultas, o EESIP é capaz de identificar possíveis alterações, planejar intervenções e implementá-las para ajudar a criança/família a ultrapassar os problemas detetados (Gaiva et al., 2018).

O crescimento e o desenvolvimento são duas áreas imprescindíveis no cuidado à criança. Por um lado, o crescimento corresponde à evolução estado-ponderal, avaliado através do peso corporal, estatura e índice de massa corporal; enquanto o desenvolvimento tem em consideração as habilidades linguísticas, motoras, cognitivas e psicossociais que a criança consegue atingir, de forma a promover a sua competência e autonomia, segundo diferentes etapas definidas para cada faixa etária (Sousa et al., 2020).

Cada criança é um ser único que se desenvolve no seu próprio ritmo, passando por um processo contínuo de aquisição e maturação de várias competências, designado por neurodesenvolvimento. A aprendizagem destas competências, sejam elas cognitivas, motoras, sensoriais, sociais ou emocionais, permite à criança ser capaz de executar tarefas cada vez mais complexas. Durante os primeiros anos de vida, o neurodesenvolvimento ocorre em quatro áreas: motricidade global e postura, visão e motricidade fina, audição e linguagem e comportamento e adaptação social (Afonso, 2020). Assim, torna-se imprescindível que a monitorização do neurodesenvolvimento seja realizada de forma atenta e periódica pelo EESIP, com o objetivo de se identificarem precocemente alterações que possam ser trabalhadas.

Para a avaliação do desenvolvimento podem utilizar-se dois instrumentos: (1) Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary *Sheridan* Modificada, utilizada desde o primeiro mês de vida até aos cinco anos de idade da criança (fornece dados sobre o que é esperado a criança conseguir fazer consoante a sua idade e sobre os sinais de alarme, indicando quais as estratégias mais adequadas para estimular o desenvolvimento da criança); (2) *Modified Checklist for Autism in Toddlers* (questionário preenchido pelos pais para se identificarem precocemente sinais da PEA). O EESIP deve ser capaz de avaliar o desenvolvimento da criança e identificar possíveis alterações em cada consulta de SIJ, fazendo a referenciação para a Intervenção Precoce na Infância (IPI), caso se verifique a necessidade de uma intervenção diferenciada (Afonso, 2020).

Na USF onde foi realizado estágio, foram realizadas consultas de SIJ a crianças de diferentes idades. Em cada consulta fez-se o acolhimento da criança e família, facilitando a criação de uma relação de empatia e confiança. Posteriormente, foi realizada a avaliação do crescimento através do peso corporal, comprimento/altura e índice de massa corporal. Os dados foram registados no Boletim de Saúde Infantil, monitorizando a evolução dos percentis. Seguidamente, realizou-se também a monitorização do desenvolvimento com recurso à Escala de Avaliação do Desenvolvimento de *Mary Sheridan* Modificada, onde seguindo os tópicos da escala foi feita a avaliação através da observação e negando os possíveis sinais de alarme.

Após a avaliação da criança, foram realizados ensinamentos aos pais sobre as estratégias a utilizar para estimular o desenvolvimento dos filhos (cuidados antecipatórios), de acordo com o que seria esperado para a próxima faixa etária. Esta monitorização frequente permitiu acompanhar o desenvolvimento das crianças, detetando precocemente qualquer alteração indicativa de uma possível patologia que justificasse a referenciação.

Das consultas realizadas durante o estágio na USF, dá-se ênfase à primeira consulta do RN. Esta consulta deve ocorrer na primeira semana de vida do RN e é o primeiro contacto com a equipa dos cuidados de saúde primários. Neste contacto, o EESIP procura cumprir alguns objetivos importantes para o bem-estar do RN e da sua família, nomeadamente: conferir o registo adequado da criança, *anamnese* clínica (dados familiares, antecedentes obstétricos, doenças familiares, apoio da família alargada, existência de irmãos, entre outros dados que possam ser importantes), exame físico do RN completo e céfalo-caudal (realizado juntamente com o médico de família), esclarecimento das dúvidas e gestão das dificuldades sentidas pelos pais (aleitamento materno, sono, eliminação, segurança, entre outras temáticas), verificação do cumprimento dos rastreios neonatal e auditivo, cumprimento do PNV e do PNSIJ com a marcação das consultas de acordo com as idades-chave recomendadas, avaliação do papel

parental e da vinculação e realização de ensinamentos aos pais sobre os cuidados antecipatórios (Cavalcanti & Pires, 2023).

Percebe-se assim, que o EESIP tem um papel crucial neste primeiro contacto com o RN e os pais, fazendo uma avaliação rigorosa do crescimento e desenvolvimento do RN e da dinâmica familiar com recurso ao MCAF. Neste momento de transição para a parentalidade, esta primeira abordagem permite que os pais se sintam mais seguros, procurando esclarecer as suas dúvidas, anseios e disponíveis para aprender estratégias que possam utilizar no desempenho do papel parental.

A prematuridade também influencia o crescimento e desenvolvimento infantil, sendo importante abordá-la neste contexto. A evolução dos cuidados intensivos neonatais permitiu aumentar a sobrevivência dos neonatos com doença e menor idade gestacional. Associado à diminuição da taxa de mortalidade dos prematuros, torna-se pertinente encontrar estratégias para aumentar a qualidade de vida do RN. Quando o parto ocorre abaixo das 37 semanas, designamos o RN de pré-termo, variando a sua classificação com a idade gestacional e o peso à nascença (Tsopanoglou et al., 2021).

O crescimento do RN é um processo complexo e contínuo no tempo, sendo influenciado por diversos fatores, nomeadamente genéticos, nutricionais, hormonais e ambientais. No caso dos prematuros, quanto menor for o peso ao nascimento, mais difícil será prever o seu crescimento ao longo do tempo. Os prematuros com pesos inferiores a 1500 gramas geralmente são sujeitos a várias intercorrências clínicas e procedimentos complexos, pelo que apresentam maiores gastos energéticos e dificuldades na absorção nutricional (Tsopanoglou et al., 2021). Tendo em conta a fragilidade do RN pré-termo e a necessidade mais rápida de aumento de peso, o EESIP deve manter uma avaliação atenta e regular dos parâmetros antropométricos, de forma a acompanhar o RN, implementar intervenções que promovam o seu crescimento e adaptar o plano nutricional à sua evolução (Cardoso-Demartini et al., 2011). A média de ganho de peso por dia, deve variar entre as 15 e as 45 gramas, sendo importante considerar-se a perda fisiológica de peso que pode ocorrer nos primeiros dias e que no caso dos prematuros, deve ser o mínimo valor possível (Campos et al., 2020).

Compreendendo a importância de se acompanhar o crescimento do RN pré-termo, na UCIN onde foi realizado estágio, o peso foi avaliado de dois em dois dias para perceber se estaria a haver uma evolução adequada – os valores eram registados no sistema informático e quando o aumento de peso foi inferior ao esperado para a idade gestacional, foram realizadas alterações no plano nutricional do RN. O comprimento e o perímetro cefálico foram avaliados uma vez por semana.

Associado à vulnerabilidade e imaturidade, os prematuros quando nascem ainda não têm as suas funções cognitivas totalmente desenvolvidas, estando mais suscetíveis a apresentarem compromissos ao nível do desenvolvimento psicomotor, com alterações na aprendizagem, visão, audição e na regulação comportamental, com dificuldades na adaptação social e emocional (Santos, 2011).

Percebendo-se assim o impacto da prematuridade na vida do RN, torna-se imprescindível a avaliação do desenvolvimento e a adoção de estratégias de proteção. O EESIP, enquanto elemento das equipas multidisciplinares da UCIN, tem a responsabilidade e o dever de assegurar a melhor qualidade de vida para o RN e família (Santos, 2011).

Completando as 40 semanas de gestação, o RN encontra-se totalmente desenvolvido e com todo o sistema sensorial a funcionar, conseguindo reagir ao meio externo. No entanto, em situações de parto prematuro, o RN nasce imaturo e vulnerável, necessitando de ser transferido para uma UCIN por depender de equipamentos e procedimentos para sobreviver (Santos, 2011). Neste serviço, o RN exposto a uma série de estímulos e procedimentos invasivos e dolorosos (Balbino, 2024; Acevedo et al., 2017; Santos, 2011). Tendo em conta que o RN depois do nascimento deixa de ter a proteção do útero materno, é responsabilidade do EESIP intervir para garantir a sua proteção e a promoção do seu desenvolvimento.

Na década de 80, considerando o impacto negativo do internamento do RN na UCIN, surgiu o Programa Individualizado de Avaliação e Cuidados Centrados no Desenvolvimento (NIDCAP), com o objetivo de diminuir o impacto do ambiente destas unidades no cérebro imaturo do RN e atenuar as consequências da prematuridade a longo prazo. Este modelo defende uma ação comportamental e holística, centrada na relação que o EESIP está disposto a estabelecer com o RN e os pais. Exige uma avaliação rigorosa das necessidades do RN para se definir um plano de cuidados que fortaleça os seus pontos fortes e procure evitar ou diminuir o desconforto, *stress* e/ou a dor (Balbino, 2024; Acevedo et al., 2017; Santos, 2011).

O NIDCAP engloba uma série de recomendações e princípios para garantir o bem-estar do RN: coordenação dos cuidados - considera-se a criança inserida no seu contexto familiar com a sua história clínica; avaliação - realiza-se uma monitorização das respostas do RN antes, durante e após os procedimentos, procurando reduzir o seu *stress* comportamental); meio ambiente tranquilo - uma UCIN associa-se a um local ruidoso, agitado e bastante iluminado, influenciando o sono e desenvolvimento do RN, nomeadamente ao nível da linguagem, memória e aprendizagem; agrupamento de cuidados ao longo do dia - estes devem ser prestados de acordo com as rotinas do RN e realizados no número mínimo de contactos possível, respeitando os seus ciclos de sono; posicionamento - o RN procura perceber os seus limites

através do movimento dos braços e pernas, pelo que para se evitar um gasto de energia desnecessário e o deixar mais tranquilo, utilizam-se estratégias para o conter e lateralizar; contacto pele-a-pele - a técnica Canguru, através do contacto direto mãe/pai-bebé, permite estimular o equilíbrio dos sistemas tátil e proprioceptivo do RN, de forma a promover o seu desenvolvimento com a manutenção da temperatura, melhoria no sistema cardiorrespiratório e ganho de peso mais rápido; conforto para a família - apesar do RN estar internado na UCIN, procura-se que os pais se sintam capazes de providenciar carinho e atenção (Balbino, 2024; Acevedo et al., 2017; Santos, 2011). Considerando que os princípios deste modelo são imprescindíveis para os cuidados prestados ao RN numa UCIN, tem-se vindo a apostar na formação dos profissionais, implementando pequenas mudanças que favoreçam a humanização dos cuidados quer para o RN, quer para os pais que passam grande parte do seu tempo junto dos filhos (Santos, 2011).

Assim, na UCIN onde foi realizado o estágio, foi possível observar e prestar cuidados com base nos pilares do NIDCAP. O serviço encontrava-se organizado em enfermarias individuais com portas de vidro que, por um lado permite um maior isolamento sonoro e, por outro, possibilita a observação do RN sem o estimular. O RN encontrava-se em incubadoras com possibilidade de controlo de humidade, temperatura e ruído, mantendo uma temperatura corporal estável e evitando variações bruscas no nível de humidade e ruído; por cima da incubadora colocava-se uma cobertura para manter o nível de luminosidade semelhante ao útero materno e facilitar o sono do RN - ao promover o sono adequado do RN, conseguiu-se favorecer o seu desenvolvimento cognitivo a longo prazo. Para promover o sono e minimizar o impacto dos procedimentos, o RN foi ainda lateralizado e contido, dando-lhe mais conforto e evitando movimentos com desgaste de energia desnecessário. Juntamente com a equipa médica, os cuidados foram planeados e agrupados, de forma a manipular o RN o mínimo de vezes e, se possível coincidirem com os períodos em que este despertava para comer. Sempre que foram prestados cuidados ao RN e mesmo antes de o expor à luz, foi preparado todo o material e os seus olhos foram protegidos, evitando perdas de tempo desnecessárias e mudanças bruscas de luminosidade que podem afetar o seu desenvolvimento cerebral.

Sabendo que o EESIP tem um papel imprescindível na gestão e humanização dos cuidados ao RN numa UCIN, este planeia as intervenções, com o objetivo de minimizar as consequências da prematuridade para o crescimento, desenvolvimento e qualidade de vida do RN e família. Apesar das exigências e complexidade dos cuidados prestados numa UCIN, existem áreas importantes do desenvolvimento do RN que devem ser protegidas ao máximo. Uma destas áreas de atenção percebeu-se ser o sono e repouso.

A manutenção de um padrão de sono adequado, relaciona-se com um crescimento e desenvolvimento saudável, influenciando não só a criança no momento atual, como também toda a restante família e a sua vida adulta (Mindell & Owens, 2015; Salavessa & Vilaraça, 2009).

As necessidades de sono da criança vão variando à medida que esta se desenvolve, sendo importante garantir-se que a esta tem oportunidade de realizar o número mínimo de horas de sono recomendado, entre o sono noturno e as sesta diárias (Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2017). Devido a vários fatores externos, nem sempre isto se verifica e as crianças acabam por apresentar períodos de privação de sono, contribuindo para o aparecimento de vários distúrbios (Fidler et al., 2022; Mindell & Owens, 2015). Os distúrbios de sono em idade pediátrica podem surgir em vários domínios, nomeadamente: humor depressivo, comportamento inadequado, diminuição da atenção, dificuldades na interação social, alterações na memória e no desenvolvimento cognitivo. Estes podem contribuir para aumentar o risco de lesões, acidentes e outras doenças, diminuir a imunidade e influenciar a tolerância à dor (Hybschman et al., 2021; Manuel et al., 2021; Rogers et al., 2019; Mindell & Owens, 2015).

O sono é uma necessidade humana básica que influencia todas as dimensões do desenvolvimento e crescimento infantil, sendo uma área a considerar no cuidado à criança, mesmo em contexto hospitalar. A hospitalização da criança é um evento *stressante*, com impacto na qualidade de vida não só da criança como também da sua família. Quando a criança precisa de ficar internada, todas as suas rotinas acabam alteradas, contribuindo para um padrão de sono inadequado com diminuição do tempo de sono e aumento do número de despertares noturnos e da sonolência diurna. Para além da alteração nas rotinas, existem fatores internos (nomeadamente a dor e a ansiedade) e fatores externos relacionados com o ambiente hospitalar (a luminosidade, ruído, temperatura, presença dos profissionais para a realização dos procedimentos), que contribuem para a alteração dos padrões de sono habituais (Fidler et al., 2022; Hybschman et al., 2021; Rogers et al., 2019). Estes distúrbios de sono podem manifestar-se com dificuldades em adormecer, resistência em ir para a cama, maior número de despertares noturnos e um sono não reparador, podendo levar em casos mais graves, a regressões ao nível do desenvolvimento e a alterações comportamentais (Mindell & Owens, 2015).

Desta forma, percebe-se a importância de promover um sono adequado durante a hospitalização da criança, favorecendo também a sua recuperação. Existem fatores inerentes à própria doença que não podem ser alterados, no entanto existem estratégias possíveis de ser implementadas nos Serviços de Internamento Pediátrico, no sentido de contribuir para um ambiente protetor do sono da criança, nomeadamente: gestão do ambiente, limitação dos

cuidados aos estritamente necessários durante os períodos de sono e promoção do conforto (Fidler et al., 2022; Manuel et al., 2021; Rogers et al., 2019).

Assim, reconhecendo a importância da promoção do sono durante a hospitalização da criança, no Serviço de Internamento Pediátrico onde foi realizado estágio foram implementadas algumas estratégias para promover o sono da criança e família, tais como: diminuição da luminosidade noturna; promoção do silêncio durante a noite; manutenção de uma temperatura amena nos quartos (20-24°C); gestão das camas, de forma a que sendo possível, se juntem as crianças de acordo com a idade e o tipo de diagnóstico; gestão dos cuidados aos estritamente necessários para diminuir o número de contactos no período noturno; avaliar a dor da criança, eliminando ou diminuindo-a, com recurso a técnicas de relaxamento, entre outras. Com todas estas estratégias, foi possível contribuir para a qualidade do sono da criança, favorecer a sua recuperação e diminuir o impacto da hospitalização no seu desenvolvimento (Fidler et al., 2022; Hybschman et al., 2021; Manuel et al., 2021; Rogers et al., 2019; Mindell & Owens, 2015).

Além da manutenção de um padrão de sono adequado como estratégia para a promoção do desenvolvimento durante a hospitalização da criança, a arteterapia também se revelou bastante benéfica. A arteterapia permite à criança desenvolver a sua autonomia e a comunicação, valorizar a subjetividade, facilitar a liberdade de expressão e gerir os seus problemas emocionais. Quando utilizada no contexto hospitalar, esta estratégia facilita a adaptação da criança a um contexto desfavorável, promovendo o seu desenvolvimento e restabelecimento emocional (Valladares & Silva, 2011). Mesmo doente, esta não deixa de ser criança, pelo que se deve permitir que tenha ao seu dispor várias atividades lúdicas e oportunidades para brincar, contribuindo-se para diminuir sentimentos negativos associados à hospitalização (dor, desconforto, medo), favorecer sensações de alegria e bem-estar e manter o seu normal desenvolvimento (Valladares & Silva, 2011). No Serviço de Internamento de Pediatria onde foi realizado estágio, existia ao dispor das crianças uma sala de brincar com vários brinquedos e livros, incentivando-se a sua utilização durante o período de hospitalização. Enquanto as crianças permaneciam na sala de brincar notava-se que estas se mantinham felizes e conseguiam esquecer a doença por breves momentos. Quando por questões de isolamento as crianças não podiam sair do quarto para frequentar a sala de brincar, levaram-se brinquedos para o quarto para que, mesmo assim, estas pudessem brincar e se distrair durante o período de internamento.

O EESIP possui competências específicas que lhe permite estimular o desenvolvimento adequado da criança, em qualquer contexto clínico. Assim, na UCC onde foi realizado estágio,

dinamizou-se um curso de massagem infantil, também com benefícios comprovados ao nível do desenvolvimento do bebé.

A massagem infantil, conhecida por *Shantala*, é realizada ao bebé através do toque das mãos e apresenta vários benefícios: estimulação do desenvolvimento motor e da coordenação, promoção da relação de vinculação mãe-bebé e da interação familiar; alívio das cólicas; promoção do funcionamento adequado dos sistemas imunológico, respiratório, digestivo e músculo-esquelético; aumento da autoestima; favorecimento do sono e maturação do sistema nervoso do bebé. Esta massagem consiste em movimentos de amassamento e mobilização articular realizados ao bebé. Para a sua realização é necessário um ambiente tranquilo e aquecido, óleo vegetal e uma pessoa que esteja calma e disponível para ouvir, sentir e observar o bebé (Ribeiro-Lima & Cavalcante, 2020).

Na UCC onde foi realizado estágio, este curso de massagem foi sugerido a todos os bebés com três ou mais meses de idade, após a referenciação realizada pela USF. Com recurso à massagem infantil, o EESIP contribui para o bem-estar do bebé, promove o seu desenvolvimento e favorece a relação de vinculação mãe-bebé. Assim, percebeu-se ser importante divulgar o curso de massagem infantil, de forma a ser disponibilizado ao maior número de famílias possível. Para divulgar o curso, foi realizado um poster para as famílias (APÊNDICE VIII) e um folheto para os profissionais (APÊNDICE IX). Através destes materiais foi possível dar a conhecer o curso, explicar o seu funcionamento, apresentar os objetivos e sensibilizar os pais e profissionais para os benefícios do mesmo.

Durante o estágio realizado na UCC foi ainda possível assistir a algumas sessões de massagem infantil, onde o EESIP, além de estar atento a possíveis sinais de alarme no desenvolvimento do bebé ou na relação estabelecida com a pessoa de referência, aproveita as sessões para o estimular com recurso a lengalengas, histórias, o toque e o olhar. Desta forma, os pais conseguem também aprender várias estratégias que podem utilizar durante o desempenho das tarefas parentais para promover o desenvolvimento infantil do bebé.

1.2.3.2. Utiliza estratégias para promover o contacto físico pais/RN

A vinculação caracteriza-se por uma relação afetiva e emocional estabelecida entre o RN e o pai e/ou mãe, que vai além da satisfação das necessidades básicas e inclui a promoção do conforto e facilita a aprendizagem. O primeiro contacto do RN com os pais é tão importante, que influencia, a longo prazo, a relação afetiva sendo que, quanto mais forte for, maior impacto terá no desenvolvimento físico, cognitivo, social e emocional do RN. A relação afetiva

estabelecida, começa ainda no período pré-natal e ganha mais força durante a gravidez, sendo depois do parto que nasce a responsabilidade e o casal se personaliza em pai/mãe. Após o nascimento do RN, através do toque e da necessidade de cuidados a vinculação é estabelecida e o pai/mãe assumem o seu papel parental (Querido et al., 2022).

Quando temos um parto prematuro, o bebé real afasta-se do imaginário, dificultando a assimilação do papel parental com sentimentos negativos associados. Face a uma particularidade especial e não esperada, há necessidade de um internamento que gera *stress*, medo e culpa nos pais, dificultando a vinculação e a transição para a parentalidade. Para que o pai e/ou mãe consigam lidar com estes sentimentos precisam de perceber as necessidades reais do filho, reconhecendo como podem ter um papel ativo nos cuidados (Querido et al.,2022).

Assim, o EESIP conhecendo os benefícios da presença dos pais e do estabelecimento da vinculação, tem o dever de incluir os pais e negociar os cuidados, criando as condições necessárias para que, logo que possível, seja facilitado o contacto pele-a-pele entre o pai e/ou mãe e o RN. Este contacto promoverá a relação afetiva necessária não só para benefício e desenvolvimento do RN, como também para facilitar a transição para a parentalidade (Querido et al.,2022).

Percebendo a importância da presença dos pais juntos dos filhos, foi-lhes possibilitado permanecerem 24 horas na UCIN, dando-lhes condições para conseguirem descansar ao lado dos filhos. Tendo conhecimento dos benefícios do método Canguru, mesmo quando o bebé se encontrava dependente de dispositivos médicos, foram reunidas as condições necessárias e foi facilitado um período de contacto pele-a-pele com a mãe e/ou pai, notando-se uma diminuição da frequência cardíaca e um aumento da saturação de oxigénio, com maior conforto do RN.

Também ao nível dos cuidados de saúde primários, o EESIP possui estratégias para promover a interação dos pais com o bebé. Através da estimulação do toque com as mãos e da interação da mãe com o bebé, é possível promover a relação de vinculação mãe-bebé, favorecendo a qualidade de vida e a sensação de bem-estar de ambos (Ribeiro-Lima & Cavalcante, 2020). Tal como referido anteriormente, nas sessões do curso de massagem infantil realizadas na UCC, à medida que foram explicadas e exemplificadas as técnicas de massagem, verificou-se uma relação de vinculação estabelecida entre a mãe e o bebé – este sorria e interagia à medida que eram executados os movimentos, enquanto a mãe sorria e demonstrava estar satisfeita.

1.2.3.3. Negoceia o envolvimento dos pais na prestação dos cuidados

Para compreender os conceitos de negociação e envolvimento dos pais, torna-se imprescindível abordar o Modelo de Parceria de Cuidados de *Anne Casey*. Este modelo reconhece nos pais a capacidade de estes prestarem os melhores cuidados aos filhos, identificando as suas necessidades e garantindo o espaço adequado para crescerem e se desenvolverem (Casey, 1993). A família é incluída nos cuidados prestados, através de uma parceria estabelecida entre o enfermeiro e os pais, com o objetivo de garantir o máximo bem-estar para a criança (Hockenberry & Wilson, 2014).

O Modelo de Parceria de Cuidados de *Anne Casey* tem como base cinco conceitos fundamentais: a criança como centro dos cuidados; a saúde como o nível máximo de bem-estar físico e mental que permite o desenvolvimento adequado da criança; o ambiente que influencia os cuidados prestados; a família como a unidade que mais responsabilidade tem pela criança e o enfermeiro que presta os cuidados de enfermagem e capacita os pais/criança. Desta forma, é necessário que se estabeleça uma relação de confiança entre o enfermeiro e os pais/cuidadores para que, após um planeamento adequado e com base nas necessidades individuais da criança, seja possível estabelecer-se a parceria de cuidados (Casey, 1993; Mano, 2002; Mendes, 2016).

Para que exista esta parceria de cuidados, existem dois elementos-chave: cuidados centrados na criança e família, onde o enfermeiro partilha os seus conhecimentos com o objetivo de capacitar a família para tomar decisões informadas e fundamentadas sobre os cuidados prestados; e cuidados negociados, onde o enfermeiro, considerando a vontade e capacidade de cada família, elabora o plano de cuidados e define a participação de cada elemento, respeitando as suas necessidades, crenças e desejos (Casey, 1993; Mano, 2002; Mendes, 2016). A negociação, independentemente do contexto clínico, é o processo através do qual, o EESIP juntamente com a criança e família, estabelece um acordo relativamente aos cuidados prestados. Este processo permite estruturar a prática clínica e estabelecer uma parceria de cuidados entre o enfermeiro, a criança e a família, para assim maximizar os resultados obtidos (Casey, 1993; Mano, 2002; Mendes, 2016; Fernandez & Moreira, 2021). Assim, o estabelecimento de uma comunicação adequada com os pais é imprescindível para se identificarem as necessidades reais da criança e se definir um plano de cuidados ajustado (Pedroso, 2017; Nobre et.al, 2024).

O EESIP é um dos profissionais de saúde mais competente para comunicar informações e ouvir as preocupações/necessidades dos pais, permitindo o estabelecimento de uma relação de empatia e confiança com partilha de medos, inseguranças e dúvidas. Utilizando este modelo

de cuidados, este é capaz de prestar cuidados centrados na família, garantindo a humanização dos cuidados e facilitando o papel parental, com diminuição do sofrimento e ansiedade da criança e família (Tomas et al., 2023; Pedroso, 2017).

O internamento do RN numa UCIN, leva a que os pais se sintam frustrados ao não conseguirem prestar cuidados aos filhos, tal como idealizaram durante a gravidez. Esta condição gera ansiedade e *stress* nos pais, o que pode dificultar o estabelecimento do papel parental. Tendo em conta os princípios do Modelo de Parceria de Cuidados de *Anne Casey* e para garantir a humanização dos cuidados, facilitar o papel parental e diminuir sentimentos negativos, ao longo do estágio realizado na UCIN foi dada possibilidade aos pais de partilharem os seus desejos, medos e dúvidas, para assim se conseguir estabelecer um plano de cuidados ajustado. Considerando as necessidades individuais do RN, a vontade e capacidade dos pais, foram negociados os cuidados a prestarem. Assim, com base numa relação de confiança e interagida, os cuidados ao RN foram prestados em parceria entre os pais e o EESIP, atingindo-se o bem-estar máximo para todos os intervenientes,

O RN ao estar internado numa UCIN, a complexidade de cuidados é maior, pelo que os pais necessitam de um esforço maior para se adaptarem às exigências do papel parental. Durante o estágio, foi necessário dar aos pais conhecimentos, esclarecer dúvidas, acompanhá-los e auxiliá-los nos cuidados de higiene (banho e troca da fralda) e alimentação (sonda ou biberão), facilitando o processo de capacitação dos mesmos. À medida que os pais ficaram mais autónomos, os cuidados ao RN foram treinados e, quando já se sentiam confiantes e capazes, prestaram os cuidados sozinhos com supervisão da equipa de enfermagem. Quando os pais conseguiram prestar cuidados aos filhos autonomamente, para além de se facilitar o estabelecimento da vinculação, notou-se que estes ficaram mais tranquilos e confiantes, evitando-se sentimentos de culpa e frustração.

1.2.3.4. Promove a amamentação

O aleitamento materno exclusivo (AME) é o método de alimentação mais natural e seguro do RN até aos seis meses de idade (Moraes et al., 2020). O leite materno possui uma composição única, capaz de suprir todas as necessidades fisiológicas do bebé (Moraes et al., 2020; Nunes, 2015). Este tem inúmeras vantagens para o bebé: favorece o seu crescimento e desenvolvimento e reduz o risco de infeção e o de mortalidade/morbilidade infantil (Codignole et al., 2021).

O parto prematuro cria condições no RN e na mãe que podem dificultar o estabelecimento da amamentação: por um lado, o RN prematuro ou com doença, nem sempre reúne condições clínicas para iniciar a amamentação pela imaturidade e descoordenação na sucção, deglutição e respiração e, por outro lado, o parto precoce e o *stress* causado pelo internamento do RN, atrasam a lactogénese com diminuição da produção de leite materno (Dias & Cunha, 2023; Querido et.al, 2022).

Apesar da prematuridade ser desfavorável para a manutenção da amamentação, é imprescindível que o EESIP mantenha uma visão sensível e holística, sendo capaz de conhecer e facilitar o recurso a métodos alternativos que possam permitir aos prematuros, apesar da sua condição mais frágil, usufruírem dos benefícios do leite materno (Vasconcelos et al., 2023). Desta forma, mesmo que o RN não apresente condições para ser amamentado no momento atual, o EESIP tem o dever de estimular a amamentação através do método canguru, para além de fornecer condições, conhecimentos e material à mãe para que esta possa extrair e conservar o leite materno (Dias et al., 2023; Querido et al., 2022).

Na UCIN onde foi realizado estágio, sempre que possível, o RN foi colocado na mama, auxiliando a mãe na pega correta e monitorizando o seu aporte nutricional através da vigilância do peso corporal e do número de micções. Quando o estado clínico do bebé não permitiu a alimentação via oral, foram realizados ensinamentos à mãe sobre a técnica de extração e armazenamento do leite materno e foi disponibilizado todo o material necessário, garantindo as condições necessárias para o procedimento ser realizado junto ao RN, com o objetivo de promover a vinculação e estimular a lactogénese. Quando clinicamente compatível, o leite materno extraído foi utilizado para alimentar o RN através da sonda orogástrica, fazendo com que as mães se sentissem mais satisfeitas com o seu papel.

Conhecendo os benefícios do AME, se a amamentação for uma opção da família, esta deve ser incentivada pelo maior período possível (Codignole et al., 2021). Esta prática é extremamente importante para o RN e a mãe, podendo estar sujeita a momentos de crise provocados por complicações e/ou dificuldades, que podem ser ultrapassados se a díade mãe-bebé estiver disposta a novas aprendizagens (Farinho,2023). O desmame precoce, na maioria das vezes, pode associar-se a: falta de conhecimentos, informações divergentes e contraditórias, dor durante a amamentação, mastite ou ingurgitamento mamário, uso de medicação inapropriada, depressão, vegetarianismo, idade e indisponibilidade materna. Assim, quando surgem dificuldades na amamentação, o risco de desmame precoce é bastante mais elevado, aumentando a probabilidade de o bebé apresentar obesidade, doença cardiovascular, diabetes, alterações imunológicas e aparecimento de doenças agudas com mais frequência

(Codignole et al., 2021). Desta forma, é importante que o EESIP, considerando os pressupostos do Modelo de Parceria de Cuidados de *Anne Casey*, seja capaz de reconhecer a mãe como a melhor prestadora de cuidados para o seu bebé, procurando promover a manutenção do AME com recurso ao fornecimento de informações e aconselhamento das melhores estratégias (Farinho, 2023; Vilaraça & Ramos, 2020). No primeiro contacto após o nascimento (1ª consulta de SIJ), o EESIP possuindo conhecimentos especializados sobre a amamentação, deve ser capaz de identificar as dúvidas e dificuldades da mãe, disponibilizando os conhecimentos adequados e auxiliando na técnica correta através do treino e supervisão, para assim conseguir apoiar e promover a manutenção do AME (Bazzarella et al., 2022; Codignole et al., 2021).

Na USF onde foi realizado estágio, nas primeiras consultas de SIJ realizadas, as mães chegavam ansiosas e cansadas, verificando-se as primeiras dificuldades e complicações da amamentação. Tendo em conta os benefícios do AME e compreendendo o papel ativo do EESIP, foram esclarecidas as dúvidas das mães, fornecendo-lhes estratégias para facilitar a técnica de amamentação. Após os ensinamentos realizados, foi observada e treinada com as mães, permitindo-lhes aumentar a autoconfiança e tornar o processo mais fácil e confortável. Em casos de dificuldades mais complexas e exigentes, foi realizada a referência para a UCC, de forma a possibilitar um acompanhamento das mães mais personalizado e frequente no cantinho da amamentação. Assim, sendo essa a vontade da mãe/casal, foi possível evitar o desmame precoce do AME, através de ensinamentos, treino e supervisão da técnica.

1.2.3.5. Gere o processo de resposta à criança com necessidades de intervenção precoce

A IPI, incluída no Sistema Nacional de Intervenção Precoce (SNIPI), surge no contexto da SIJ, com o objetivo de disponibilizar apoios e recursos às famílias com crianças entre os zero e os seis anos de idade que apresentem atraso/risco de atraso grave ou dificuldades no desenvolvimento relacionadas com questões biológicas e/ou ambientais (Menezes & Ribeiro, 2024; Carvalho et al., 2016).

Com base nos princípios dos modelos teóricos e na evolução dos seus paradigmas, o desenvolvimento da criança só pode ser compreendido se forem consideradas as interações com todos os sistemas em que esta se insere (Menezes & Ribeiro, 2024; Carvalho et al., 2016). Tendo em conta o impacto e a influência da família no desenvolvimento da criança, é imprescindível o EESIP centrar a sua intervenção na família como um todo, para a capacitar e a tornar responsável e autónoma.

O EESIP deve ser capaz de conhecer a família, identificando as suas necessidades, pontos fortes, cultura, crenças, valores e recursos comunitários disponíveis. O foco da IPI, vai além da criança e considera a família como um todo, intervindo para tornar a unidade familiar competente para gerir os recursos necessários (Menezes & Ribeiro, 2024; Carvalho et al., 2016).

O SNIPI surgiu em 2009 e encontra-se estruturado em três níveis, sendo as equipas locais de intervenção (ELI) a base desta intervenção. As ELI são constituídas no mínimo por cinco profissionais, sendo uma equipa multidisciplinar que intervém nos próprios contextos da criança e junto das famílias. Após a referenciação da criança, caso esta cumpra os critérios de elegibilidade e seja admitida, é realizada uma avaliação individual e rigorosa da criança para identificar as suas necessidades e definir um Plano Individual de Intervenção Precoce (PIIP) com o apoio dos serviços e instituições necessárias. A realização do PIIP é um processo demorado e não depende apenas da avaliação das necessidades da criança, mas também dos desejos e ambições da família, considerando o que estes esperam que a criança seja capaz de fazer (Menezes & Ribeiro, 2024; Carvalho et al., 2016).

Nas consultas de SIJ, foi realizada a avaliação do desenvolvimento da criança com recurso a instrumentos adequados, de forma a se identificar qualquer alteração, atraso ou risco de atraso. Durante estes contactos, foram também fornecidos ensinamentos aos pais sobre os sinais de alarme no desenvolvimento para a idade da criança, de forma que estes pudessem estar atentos e conseguissem identificar possíveis alterações. Para além da intervenção junto das famílias, foi imprescindível sensibilizar os restantes enfermeiros para a necessidade de uma avaliação rigorosa do desenvolvimento. Em caso de identificação de dificuldades, atrasos ou condições que aumentem o risco de atrasos no desenvolvimento, é importante a referenciação para o SNIPI, sendo que quanto mais precoce for realizada a referenciação e se iniciar a IPI, mais resultados e ganhos em saúde podem ser atingidos a longo prazo. Em idade pediátrica, a referenciação precoce é imprescindível, uma vez que é nos primeiros anos de vida da criança, numa perspetiva neurobiológica, que esta se encontra mais recetiva a mudanças que possam alterar o seu desenvolvimento (Carvalho et al., 2016).

Também na UCC foi possível compreender o papel do EESIP na intervenção precoce e na referenciação. No curso de massagem infantil, além de se ensinarem estratégias, foi importante manter-se um olhar atento sobre os sinais de alarme no desenvolvimento do bebé, para se identificarem possíveis alterações que mereçam ser consideradas e referenciadas.

Tanto na USF como na UCC, após a referenciação para a SNIPI, caso se cumpram os critérios de elegibilidade, a ELI inicia o processo de intervenção. Primeiramente, procedeu-se

à avaliação aprofundada do bebê e família e, posteriormente, com base nos princípios da parceria de cuidados, definiram-se intervenções ajustadas para que o pai e/ou mãe se sentissem capazes de estimular o desenvolvimento do filho, com o atingimento dos objetivos definidos no PIIP.

1.3. COMPETÊNCIAS DE MESTRE

A sociedade está em constante evolução, pelo que a necessidade de cuidados e os princípios que sustentam as intervenções vão-se alterando. O EESIP deve assim ser capaz de procurar a melhor evidência científica e manter os conhecimentos atualizados e adaptados ao contexto em que trabalha.

Dentro da enfermagem existem diferentes áreas de especialização e, quando a ambição é ir mais além, o enfermeiro procura desafiar-se e crescer enquanto profissional.

Terminada a licenciatura, encerrou-se um caminho, mas abriram-se portas para muitos outros. Ao ingressar no MESIP, com uma bagagem de experiências e um desejo enorme de aprender, procura-se aprofundar e atualizar os conhecimentos já adquiridos, de forma a atingir-se a excelência nos cuidados prestados, com a especialização na área da SIJ.

Mais que a obtenção de um grau académico, ser-se mestre é um passo para se atingir a excelência dos cuidados. Com um percurso de aprofundamento de conhecimentos teóricos na área de SIJ e de partilha de experiências nos vários contextos de estágio, o enfermeiro não pode ser o mesmo no fim deste caminho. O mestre é o enfermeiro que, dentro da sua área de especialização, possui a capacidade de compreensão e os conhecimentos atualizados para identificar um problema e encontrar o melhor caminho para o resolver. Face a problemas complexos, é o capaz de reconhecer as necessidades e integrar os conhecimentos para avaliar as possíveis soluções e implicações éticas e sociais, assumindo a responsabilidade total pela decisão tomada. Na área da SIJ, é assim o profissional esforçado e capaz de manter os seus conhecimentos atualizados ao longo do seu percurso, transmitindo a todos os restantes profissionais as suas conclusões e os novos conhecimentos, quando assim se justificar (Diário da República, 2006, Artigo nº75 – Série III, artigo nº15).

Desta forma, durante o MESIP, o enfermeiro ao longo das experiências proporcionadas nos diferentes contextos de estágio, tem a oportunidade de identificar problemas complexos e procurar a melhor evidência científica para atualizar os conhecimentos. Após a identificação, pesquisa e reflexão, o EESIP partilha as conclusões com toda a equipa multidisciplinar, com o

objetivo de contribuir para melhorar os cuidados prestados e a qualidade de vida de todos os intervenientes.

Mesmo antes de ingressar neste percurso de aquisição de competências, o enfermeiro no seu contexto habitual de cuidados, identifica questões que o deixam intrigado e com vontade de saber mais, recorrendo às suas competências de mestre para investigar e contribuir para melhorar a prática clínica.

Percebendo que o sono e o repouso têm um impacto significativo na vida da criança e família, com influência no seu desenvolvimento psicomotor a curto e longo prazo (Trindade & Ramos, 2020), definiu-se uma questão complexa com necessidade de investigação e reflexão, procurando encontrar-se a melhor evidência científica que sustente as intervenções a utilizar. Tal como já referido, percebeu-se que o EESIP possui competências que lhe permite, com recurso a diferentes estratégias, capacitar os pais para definirem a melhor rotina de higiene de sono e promoverem o sono e repouso adequado dos filhos.

Em suma, o EESIP, enquanto mestre, tem um papel imprescindível na resolução de problemas complexos, contribuindo para a melhoria não só dos cuidados que presta, como também os de todos os profissionais da equipa multidisciplinar nos vários contextos clínicos da área de SIJ. Ao longo deste percurso, através de folhetos, formações e orientações, foi também possível esclarecer dúvidas às famílias e capacitá-las para os cuidados aos filhos.

2. SCOPING REVIEW: CAPACITAÇÃO DOS PAIS PARA A PROMOÇÃO DA HIGIENE DO SONO NA CRIANÇA EM IDADE PRÉ-ESCOLAR

2.1. JUSTIFICAÇÃO DA PERTINÊNCIA DO ESTUDO

Durante o processo de aquisição de competências do EESIP desenvolvido ao longo do MESIP percebeu-se que o sono e repouso da criança tem impacto no seu crescimento e desenvolvimento. Nos vários contextos clínicos, constatou-se que os pais sentem dificuldades em impor limites e estabelecer regras na hora de dormir, tornando-se difícil promover um sono reparador.

De forma a contribuir para melhorar a qualidade de vida da criança e família, identificou-se uma problemática com necessidade de investigação. Realizou-se uma pesquisa com o objetivo de mapear a evidência científica disponível sobre as estratégias promotoras para a capacitação dos pais nos hábitos de higiene do sono da criança em idade pré-escolar, procurando contribuir-se para a prática clínica do EESIP.

Em Portugal e nos outros países mais desenvolvidos, prevê-se que um terço a um quarto das crianças em idade pré-escolar possa vir a apresentar problemas de sono, com despertares noturnos frequentes e renitência em adormecer (Carr,2014). Considerando o impacto destes problemas na vida da criança e família, torna-se pertinente abordar esta temática, com o objetivo de promover um sono adequado em idade pediátrica.

O sono corresponde a um estado neurofisiológico em que a atividade física da criança diminui e deixa de existir resposta ao meio externo. É uma necessidade humana básica e, quando se mantém um padrão de sono adequado para a idade da criança, favorece-se a sua recuperação física e psíquica, para além de se promover o seu crescimento e desenvolvimento saudável (Salevassa e Vilariça, 2009; Trindade & Ramos, 2020; Ordem dos Enfermeiros,2023; Galvão et al., 2018).

Quando existe um sono reparador, em número de horas de sono e qualidade do mesmo, verifica-se um maior controlo emocional, sensação de felicidade e maior resiliência na criança; para além de facilitar a aprendizagem, melhorar a memória, ajustar os comportamentos e aumentar os níveis de atenção e concentração. Assim, uma criança com um sono adequado apresenta menor risco de problemas de sono, melhores resultados em saúde e melhor qualidade de vida (Vilelas et al., 2023 ; Llahuno et al., 2021).

A criança em idade pré-escolar, entre os três e os cinco anos, necessita de dormir, em média, cerca de onze a treze horas de sono, recomendando-se, no mínimo, a realização de uma sesta diária (Festas et al., 2020; Rangel et al.,2015). As crianças nesta idade, geralmente,

apresentam dificuldades em iniciar o sono ou adormecer após os despertares noturnos (Stasio et al.,2020; Mindell & Williamson, 2018).

À medida que a criança cresce e desenvolve, necessita de descanso e reparação física para compensar o desgaste energético associado aos desafios, dificuldades e oportunidades que vão surgindo (Festas et. al, 2020; Silva et.al, 2018). Ao mesmo tempo, os pais sentem dificuldades em impor limites na hora de dormir, atrasando o início do sono e dificultando o cumprimento do número mínimo de horas recomendado para a idade, o que aumenta a prevalência dos problemas do sono. Quando os pais são capazes de estabelecer regras na hora de dormir, percebe-se que conseguem contribuir, de forma mais ativa e positiva, para uma melhor regulação e qualidade do sono dos filhos (Stasio et al., 2020; Mindell & Williamson, 2018).

Os pais, segundo os princípios do modelo de parceria de cuidados de *Anne Casey*, são quem melhor conhece a criança e presta os melhores cuidados (Sedrez & Monteiro, 2019). Tendo como base este princípio e com o objetivo de promover um desenvolvimento infantil adequado através de um sono reparador, o EESIP pode utilizar estratégias para facilitar a educação parental, com o objetivo de reforçar e desenvolver as competências dos pais para adotarem estratégias que promovam hábitos de sono saudáveis, uma vez que o envolvimento e a interação destes com a criança na hora de dormir têm impacto na qualidade do sono (Simões & Pereira, 2012; Stasio et al.,2020; Mindell & Williamson, 2018).

No domínio da prevenção de problemas do sono, surge o conceito de higiene do sono. Este corresponde a uma série de recomendações relacionadas com as rotinas de sono e ajustadas à idade da criança. Quando utilizadas de forma consistente, pretendem obter uma alteração no comportamento, nas dinâmicas diárias e no ambiente onde a criança está inserida, com o objetivo de promover um sono adequado e reparador, com períodos de sono mais prolongados e menos despertares noturnos (Stasio et al.,2020; Mindell & Williamson, 2018; Vilelas et al., 2023).

Reconhecendo a importância da higiene do sono, percebeu-se ser imprescindível incluir estas recomendações nos processos de enfermagem, sensibilizando e capacitando os pais para as utilizarem através das estratégias de educação mais adequadas (Stasio et al.,2020; Mindell & Williamson, 2018; Vilelas et al., 2023; Sociedade Portuguesa de Pediatria e Sector de Pediatria Social, 2017).

O EESIP, profissional que dedica a sua atenção desde o nascimento do recém-nascido até aos 18 anos de idade, possui competências específicas para prestar cuidados centrados na criança e família, considerando os pilares do Modelo de CCF e do Modelo de Parceria de

Cuidados de *Anne Casey*. A família é considerada como um todo, de forma a se respeitarem todas as especificidades do núcleo familiar, mantendo-se uma relação de confiança e respeito (Salustino et al., 2022).

O EESIP intervém de forma a promover o crescimento e desenvolvimento adequado, protegê-la da exposição a qualquer risco desnecessário e garantir a máxima qualidade de vida para a criança e todos os intervenientes, pelo que dirigir a sua atenção ao sono e repouso em idade pediátrica mostra ser uma necessidade e uma prioridade.

Enquanto mestre, o EESIP tem o dever de procurar a melhor evidência científica e manter os conhecimentos atualizados e adaptados ao contexto em que trabalha, com o objetivo de encontrar solução para os problemas mais complexos, contribuindo para a melhoria dos cuidados à criança e para a capacitação das famílias para cuidar adequadamente dos filhos.

A evolução tecnológica colocou-nos à disposição vários meios para obter dados de forma rápida sobre uma temática, de forma a contribuir para a melhoria dos cuidados prestados. Assim, a atualização de conhecimentos começa a ser cada vez mais recorrente, com pesquisas em bases de dados que permitem a atualização dos temas, a comparação entre conclusões e a estratificação de diferentes conceitos (Salvador et al., 2021).

De forma que esta produção de conhecimentos seja controlada e rigorosa, definem-se diferentes métodos, orientações e regras para se garantir um rigor científico e metodológico. As revisões de literatura podem ser realizadas de diferentes formas de acordo com o objetivo definido, sendo que o princípio-base de todas é o recurso a documentos disponíveis em diferentes bases de dados para se sintetizarem os conhecimentos e definirem resultados, que influenciem a tomada de decisão em saúde. De todas as revisões, a revisão sistemática, o método mais sugerido a nível mundial na área da saúde, procura recolher todos os documentos disponíveis sobre a temática, sem limite temporal e de forma a permitir uma revisão exaustiva, completa e diversificada (Salvador et al., 2021).

Através da educação parental pode-se melhorar os conhecimentos dos pais, capacitando-os para cuidar adequadamente dos filhos. Os pais quando se sentem mais responsabilizados pelo sono da criança, tornam-se mais capazes de garantir o cumprimento das regras e rotinas na hora de dormir (Llahuno et al., 2021; Stasio et al., 2020; Mindell & Williamson, 2018). Sendo assim, torna-se pertinente o aprofundamento de conhecimentos nesta temática, através da realização de uma *Scoping Review*.

A *Scoping Review* foi realizada com base nas recomendações da *Joanna Briggs Institute* (*Joanna Briggs Institute*, 2015), garantindo o rigor científico através do protocolo publicado e aceite em *ORS Registers* a 18 de Junho de 2024 (APÊNDICE X). Para o desenvolvimento

desta revisão, após identificação de uma problemática na população pediátrica foi definida uma questão de investigação para orientar a pesquisa nas bases de dados. Com o objetivo de mapear a evidência científica disponível sobre a capacitação dos pais para a utilização de estratégias promotoras de higiene do sono da criança em idade pré-escolar, foi desenvolvida uma colheita exaustiva de dados, de forma a reunir todos os dados disponíveis, seguindo instrumentos específicos para a sua extração.

2.2. SCOPING REVIEW

Capacitação dos pais para a promoção da higiene do sono na criança em idade pré-escolar: *uma Scoping Review*

Autores

Rute Raquel dos Santos Encarnação

Mestranda em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na Escola Superior de Saúde Santa Maria, Porto; Enfermeira no Hospital Lusíadas do Porto.
<https://orcid.org/0009-0001-4296-767X>

Sofia Silva

Professora Adjunta na Escola Superior de Saúde de Santa Maria, Porto. <https://orcid.org/0000-0002-1819-5446>

Goreti Marques

Professora Coordenadora na Escola Superior de Saúde de Santa Maria, Porto;
<https://orcid.org/0000-0002-7309-9916>

RESUMO

Introdução: O sono é uma necessidade humana básica com impacto no desenvolvimento físico e psicomotor da criança, relacionando-se com melhores resultados em saúde e melhor qualidade de vida. O envolvimento e interação dos pais na hora de dormir influencia a qualidade do sono das crianças, tornando-se imprescindível capacitá-los para adotarem estratégias que promovam hábitos de sono saudáveis.

Objetivo: Mapear a evidência científica disponível sobre as estratégias promotoras para a capacitação dos pais nos hábitos de higiene do sono da criança em idade pré-escolar.

Metodologia: A *Scoping Review* realizou-se de acordo com os princípios metodológicos propostos pelo *Joanna Briggs Institute*. Foram incluídos todos os artigos acessíveis nas bases

de dados *CINHAL, MEDLINE E COCHRANE* através da *EBSCO*, no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal e na Biblioteca Virtual da Saúde. Critérios de elegibilidade: estudos que abordem estratégias promotoras para a capacitação dos pais nos hábitos de higiene do sono da criança em idade pré-escolar, sem a presença de patologia que possa influenciar o sono e em todos os contextos.

Resultados: A amostra final integrou cinco artigos. Foi possível identificar na literatura a necessidade de empoderamento parental e de educação para a saúde do sono para pais, crianças e professores. As intervenções implementadas podem dirigir-se ao empoderamento parental, através de estratégias que promovam o fortalecimento dos mecanismos de autoeficácia adotados pelos pais e à educação para a saúde do sono, com a implementação de programas que possam recorrer a diferentes materiais audiovisuais e didáticos.

Conclusão: Esta *Scoping Review* permite perceber que, quanto maior a literacia dos pais sobre medidas de higiene do sono, mais capacitados estes se sentirão para gerir as rotinas de sono dos filhos, promovendo um sono saudável, com um impacto mais benéfico no crescimento e desenvolvimento e, conseqüentemente na qualidade de vida das crianças e dos pais.

Palavras-chave: Sono; Criança; Pré-escolar; Pais; Capacitação; Higiene de sono

INTRODUÇÃO

O sono é uma necessidade básica humana que influencia o crescimento e desenvolvimento da criança (Trindade & Ramos, 2020). Caracteriza-se por um estado neurofisiológico onde se verifica uma diminuição da atividade física e uma ausência de resposta ao meio externo. Durante o sono ocorrem várias ações que são cruciais para a recuperação física e psíquica da criança, nomeadamente a renovação das células e a produção de hormonas, anticorpos e proteínas que favorecem a regulação metabólica (Salevassa & Vilarica, 2009; Vilelas et al., 2023; Galvão et al., 2018).

Na criança, o sono não deve ser desvalorizado, pois tem impacto no seu desenvolvimento saudável, influenciando o crescimento, a aprendizagem e o correto funcionamento do organismo (Llahunó et al., 2021). Um sono adequado relaciona-se com melhores resultados na saúde da criança, melhor qualidade de vida e saúde mental. Para além de promover controlo emocional, sensação de felicidade e maior resiliência, contribui para melhorar a aprendizagem, a memória, o comportamento e os níveis de atenção e concentração da criança (Vilelas et al., 2023; Llahunó et al., 2021).

Durante o desenvolvimento infantil, muitas são as alterações que surgem ao nível neuromotor com algum desgaste energético associado, sendo assim necessário que exista

descanso e reparação física, nomeadamente na criança em idade-escolar (Festas et al., 2020; Silva et al.,2018). Para uma criança em idade pré-escolar, entre os três e os cinco anos, são recomendadas onze a treze horas de sono diário (Festas et al., 2020), bem como uma sesta entre uma a três horas por dia (Rangel et al.,2015). Em Portugal, a partir dos três anos de idade, na maioria dos estabelecimentos públicos não é preconizada a realização de sesta, o que dificulta o cumprimento do número de horas recomendado de sono e contribui para o aparecimento de sintomas de privação (Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2017). Prevê-se assim, que nos países mais desenvolvidos, nomeadamente em Portugal, um terço a um quarto das crianças em idade pré-escolar venha a apresentar problemas de sono com despertares noturnos frequentes e renitência em adormecer (Carr, 2014). As crianças no período pré-escolar geralmente têm dificuldade em iniciar o sono ou adormecer após os despertares noturnos.

Segundo os princípios do Modelo de Parceria de Cuidados de *Anne Casey*, os pais são quem melhor conhece a criança e quem presta os melhores cuidados (Serez & Monteiro, 2019). Na maioria das vezes, os pais sentem dificuldade em impor limites, mas quando são capazes de estabelecer regras na hora de dormir conseguem contribuir para uma melhor regulação e qualidade do sono da criança. À consistência no horário de dormir, associam-se marcadores de qualidade de sono, tais como: menor número de despertares noturnos, menor resistência em adormecer e um sono mais duradouro (Stasio et al., 2020; Mindell & Williamson, 2018). Assim, através da educação e empoderamento parental, pretende-se reforçar e desenvolver as competências dos pais, de forma a garantir a melhor qualidade de vida da criança (Simões & Pereira, 2012).

Conhecendo os benefícios do sono adequado para a criança, torna-se importante capacitar os pais para adotarem estratégias que promovam hábitos de sono saudáveis, visto que o seu envolvimento e a interação estabelecida na hora de dormir têm grande impacto na qualidade de sono da criança (Stasio et al.,2020; Mindell & Williamson, 2017).

Tendo como princípio que a prevenção é preferível ao tratamento, torna-se pertinente abordar a temática da higiene do sono na criança em idade pré-escolar. A higiene do sono caracteriza-se por uma série de recomendações que têm como objetivo obter uma alteração no comportamento, nas dinâmicas diárias e no ambiente onde a criança está inserida, de forma a alterarem-se os hábitos de sono (Llahuno et al., 2021; Gruber et al.,2011). Uma boa higiene do sono é composta por regras e rotinas consistentes e adequadas à idade da criança, promovendo períodos de sono mais prolongados e diminuindo despertares noturnos (Vilelas et al.,2023; Stasio et al., 2020; Mindell & Williamson, 2017; Gruber et al.,2011).

Percebendo o conceito de higiene de sono, torna-se assim imprescindível incluí-lo nos processos de enfermagem, contribuindo para a sensibilização e capacitação dos pais para a sua utilização (Stasio et al., 2020; Mindell & Williamson, 2017; Vilelas et al., 2023; Sociedade Portuguesa de Pediatria e Sector de Pediatria Social, 2017). Os enfermeiros possuem competências para identificar as estratégias utilizadas pelos pais e provê-los de educação e empoderamento parental, através do fornecimento de conhecimentos sobre as medidas mais apropriadas, de forma a que se sintam responsabilizados e sejam capazes de garantir regras e rotinas consistentes (Llahuno et al., 2021; Stasio et al., 2020; Mindell & Williamson, 2017). Assim, esta *Scoping Review* pretende mapear a evidência científica sobre as estratégias promotoras para a capacitação dos pais nos hábitos de higiene do sono da criança em idade pré-escolar.

METODOLOGIA

De acordo com as recomendações da *Joanna Briggs Institute* (JBI) (Joanna Briggs Institute, 2015) para a elaboração de uma *Scoping Review*, a questão de investigação foi desenhada através da estratégia PCC, onde P representa os “participantes”, C o “Conceito” e C o “Contexto”. Para esta *Scoping Review* definiu-se como “Participantes” – pais de crianças em idade pré-escolar, “Conceito” – Higiene do Sono e Capacitação dos pais e “Contexto” – todos os contextos com pais de crianças em idade pré-escolar, o que conduziu à seguinte questão de investigação: Qual a evidência científica disponível sobre as estratégias promotoras para a capacitação dos pais nos hábitos de higiene do sono da criança em idade pré-escolar?

Critérios de elegibilidade:

(1) **População** - todos os artigos que abordem pais de crianças com idades compreendidas entre os três e os seis anos (idade pré-escolar) e que não apresentem qualquer patologia que possa influenciar o sono (Festas et al., 2020);

(2) **Conceito** - a higiene do sono caracteriza-se por um conjunto de regras e rotinas aplicadas de forma consistente e adequadas à idade da criança, promovendo períodos de sono mais prolongados e menos despertares noturnos (Llahuno et al., 2021; Stasio et al., 2020; Mindell & Williamson, 2018; Vilelas et al., 2023). Relativamente à capacitação dos pais, associado aos cuidados à família surge o conceito de *Empowerment*, um processo de empoderamento onde a família é o recurso e o profissional de saúde é o potenciador da tomada de decisão (Oliveira et al., 2020). Para existir empoderamento é necessário capacitar para a ação, ou seja, através do fornecimento de ferramentas, recursos e ambientes adequados, é dado

poder para se atingirem os objetivos pretendidos (Oliveira et al., 2020). Desta forma, a capacitação permite atingir o empoderamento parental, definindo-se como uma ação realizada em parceria com os pais para os tornar capazes de promover e proteger a saúde dos filhos. Neste processo aproveitam-se as várias oportunidades, meios e recursos para aperfeiçoar as habilidades e as competências dos pais, de forma a que, a criança e família as utilizem e desenvolvam novas aptidões para se sentirem mais competentes, independentes e confiantes, conseguindo suprir as suas necessidades individuais (Haddad & Toney-Butler, 2020; Hockenberry & Wilson, 2014). Os programas de educação parental têm como objetivo tornar os pais capazes de tomar conta dos filhos e aumentar os seus conhecimentos sobre desenvolvimento infantil, utilizando as estratégias mais adequadas. Desta forma, a capacitação parental procura dar aos pais informação suficiente para promover a aprendizagem e a modificação de comportamentos, com uma redefinição do papel parental (Lopes & Ferreira, 2015; Abreu-Lima et al., 2010). Dada a sua importância, a educação parental está incluída no Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil como área de atuação dos enfermeiros, com o objetivo de se capacitarem os pais para tomar conta dos filhos (Direção-Geral de Saúde, 2013);

(3) **Contexto:** ambientes intra (internamento e consulta pediátrica) e extra-hospitalares (nomeadamente cuidados de saúde primários, escola, atividades extracurriculares) da área da Saúde Infantil e Juvenil.

Estratégia de pesquisa

A pesquisa realizada não apresenta limite temporal até à data da extração de dados, e inclui todos os estudos quantitativos, qualitativos ou mistos e revisões da literatura, considerando-se também fontes adicionais provenientes da literatura cinzenta.

O processo de pesquisa e identificação dos estudos publicados e não publicados decorreu em três fases: inicialmente realizou-se uma pesquisa preliminar nas bases de dados *CINHAL*, *MEDLINE* e *COCHRANE*, no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal e na Biblioteca Virtual da Saúde com as palavras-chave inicialmente definidas. Através da análise do título, resumo e termos indexados, foi possível identificar outros discriminadores pertinentes para a pesquisa, definindo-se a seguinte frase booleana com base na mnemónica PCC (População/Conceito/Contexto): (“parent* AND “child, preschool” AND (“sleep” OR “sleep habits” OR “sleep hygiene”) AND (“Education” OR “Training Programs” OR “Educational Activities” OR “Literacy programs” OR “Empowerment”). Na frase booleana definida recorreu-se aos operadores (OR), (AND) e (*) de forma a incluir todas as variações da mesma palavra. Seguidamente, adaptou-se a frase booleana a cada base de dados e à

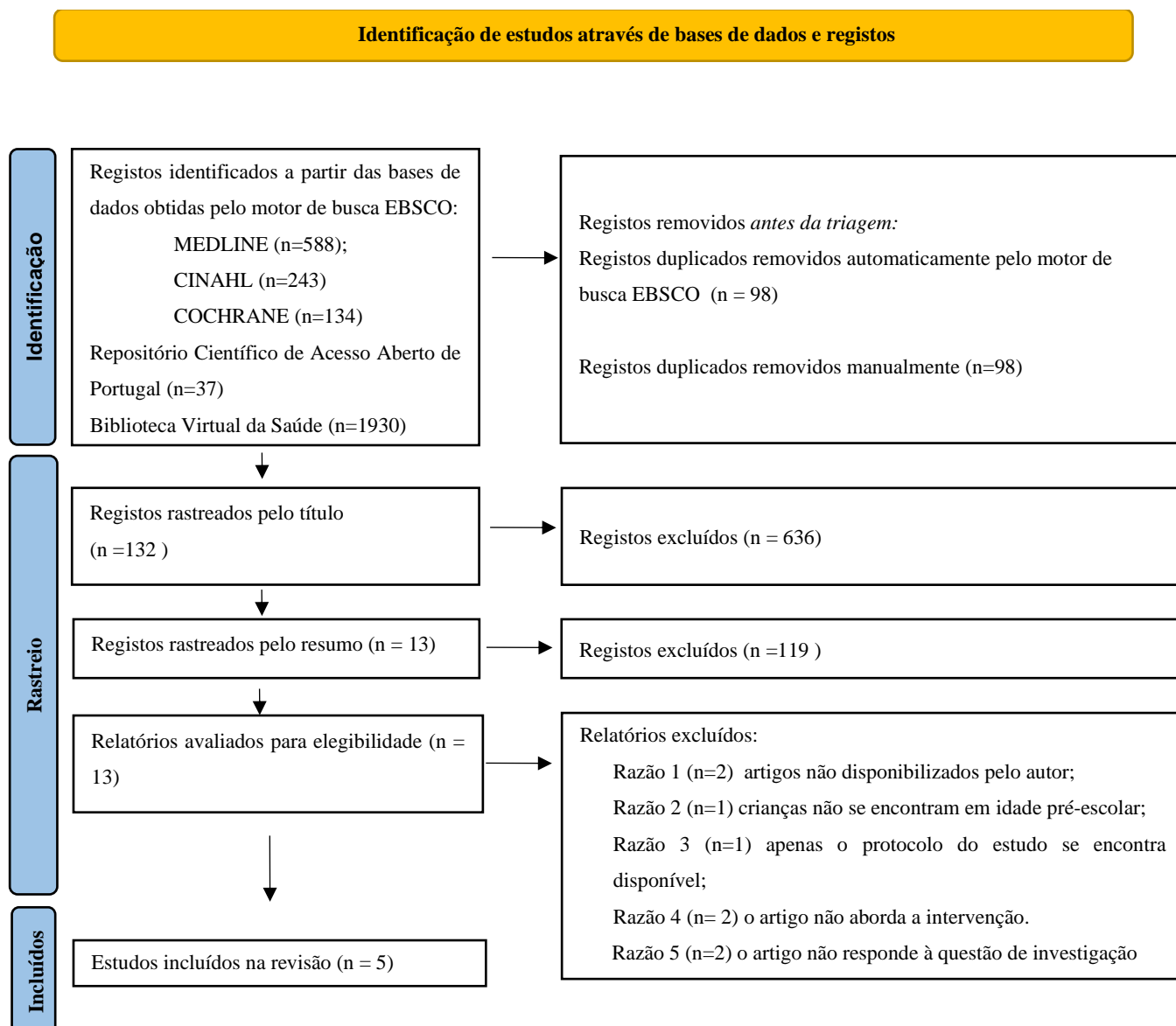
literatura cinzenta e analisaram-se as referências bibliográficas dos artigos, para perceber se existiriam fontes adicionais que pudessem não ter sido incluídas na pesquisa inicial, com o objetivo de se atingir a saturação de dados. Os resultados obtidos em cada uma das bases de dados foram exportados através de um gerenciador de referências - Endnote®. As referências duplicadas foram excluídas e de seguida procedeu-se à análise e seleção dos artigos. De forma independente, dois investigadores analisaram os estudos por título, resumo e texto integral, de acordo com os critérios de elegibilidade previamente definidos. Em situação de divergência, um terceiro investigador foi responsável por decidir a inclusão do estudo em questão. Para a extração dos dados elaborou-se um instrumento com o objetivo de registar as características relevantes dos estudos, bem como as principais evidências encontradas. Os dados obtidos serão apresentados na tabela 1 e após reflexão agrupados em categorias conceituais.

RESULTADOS

Após a pesquisa nas diferentes bases de dados e na literatura cinzenta foram identificados 964 artigos relacionados com a questão de investigação. Destes artigos, após eliminação manual e automática dos duplicados, foram rastreados 768 artigos pelo título. Destes últimos, 636 foram excluídos por não responderem à questão de investigação no que respeita aos participantes, conceito e/ou contexto. Seguidamente, foi feita a análise dos resumos, ficando-se com uma amostra final de 13 artigos para leitura integral. Deste conjunto de artigos, três não se encontravam disponíveis na íntegra, tendo sido solicitados diretamente aos autores, obtendo-se apenas um deles e excluindo-se os outros dois. Da leitura integral dos 11 artigos, excluiu-se um por não abordar crianças em idade pré-escolar, outro por apenas incluir o protocolo do estudo, dois por não abordarem intervenções de capacitação dos pais sobre higiene do sono e dois que, mesmo abordando intervenções, não davam resposta à questão de investigação.

Desta forma, selecionaram-se para esta *Scoping Review* cinco artigos que respondem à questão de investigação. Seguidamente, apresenta-se o processo de seleção através do fluxograma PRISMA ScR® (Figura 1) (Page et al., 2021)

Figura 1. Fluxograma PRISMA ScR®.



Da leitura integral dos cinco artigos, foi realizada a extração dos dados pertinentes para a questão de investigação definida, garantindo-se o rigor metodológico durante todo o processo. Seguidamente, realizou-se a análise dos dados extraídos, sintetizando-os de forma a agrupá-los em categorias conceptuais, com vista a atingir os objetivos definidos.

Com vista a sintetizar e organizar os resultados obtidos e responder aos objetivos e à questão de investigação, apresenta-se uma síntese descritiva dos artigos sob a forma de tabela, referindo-se o tipo de estudo, os objetivos e os principais resultados. Considerando a temática desta *Scoping Review*, da leitura integral dos artigos extraíram-se as intervenções de enfermagem relacionadas com a promoção de hábitos de higiene de sono e dirigidas aos pais

de crianças em idade pré-escolar; bem como as intervenções dirigidas aos professores e crianças que também têm influência indireta na capacitação dos pais nesta temática. Após a identificação das várias intervenções, foi realizada uma análise aprofundada de cada uma, compreendendo o tipo de intervenção, a duração e os meios utilizados para a sua implementação.

As intervenções identificadas em cada artigo foram agrupadas de acordo com a tipologia de atividades utilizadas, emergindo assim quatro tipos de categorias de estratégias de capacitação dos pais nos hábitos de higiene do sono da criança em idade pré-escolar, abordadas na discussão apresentada seguidamente.

Tabela 1. Resultados dos estudos incluídos na *Scoping Review*.

Título, Autor, Ano e Referência	Tipo de Estudo	Objetivos	Principais Resultados/Conclusões
<p>ESTUDO 1 Effects of a Sleep Health Education Program for Children and Parents on Child Sleep Duration and Difficulties Karen Bonuck : Akilah Collins-Anderson; Clyde B. Schechter; Barbara T.Felt; Ronald D.Chervin doi:10.1001/jamanetworkopen.2022.23692</p>	<p>Ensaio clínico randomizado em grupos de cunha em escala</p>	<p>Avaliar os efeitos de um programa de educação sobre o sono saudável na duração e nas dificuldades das crianças em idade pré-escolar e no conhecimento, atitudes, autoeficácia e crenças dos pais sobre o sono das crianças nove e 12 meses após o programa.</p>	<p>Estratégia de capacitação dos pais: programa de educação sobre saúde do sono para pais e crianças, que inclui: (1) currículo para as crianças utilizado pelos professores em sala de aula (8 sessões com duração de 40 minutos com recurso a livros, ursos de peluche, músicas) + (2) <i>workshop</i> com duração de uma hora dirigido para os pais (recurso a um <i>PowerPoint</i> e entrega de um guia para os pais levarem para casa) + (3) Períodos de discussão individual com os pais (em casa ou na escola).</p>
<p>ESTUDO 2 Evaluation of a Clinic-Based Program to Promote Book Sharing and Bedtime Routines Among Low-Income Urban Families With Young Children Pamela High; Marita Hopmann; Linda LaGasse; Holly Linn doi:10.1001/archpedi.152.5.459</p>	<p>Estudo comparativo entre dois grupos transversais</p>	<p>Avaliar um programa de orientação antecipatória que fornece aos pais livros para os seus filhos pequenos, juntamente com materiais educativos adequados ao desenvolvimento da criança, descrevendo o porquê e como devem compartilhar os livros;</p>	<p>Estratégia de capacitação dos pais: programa de orientação antecipatória, que inclui: (1) fornecimento de dois livros para os pais utilizarem com as crianças como rotina na hora de dormir + (2) materiais educativos fornecidos aos pais durante as visitas de puericultura realizadas entre os seis e os 36 meses de idade da criança (abordam o motivo e a forma de partilhar a leitura como rotina na hora de dormir)</p>
<p>ESTUDO 3 Evaluation of a Sleep Education Program for Low-Income Preschool Children and Their Families Katherine E.Wilson; Alison L.Miler; Karen Bonuck; Julie C.Lumeng ; Ronald D.Chervin</p>	<p>Estudo Controlado Randomizado</p>	<p>Avaliar um programa de educação sobre o sono para crianças pré-escolares de baixa renda e suas famílias</p>	<p>Estratégia de capacitação dos pais: programa de educação sobre saúde do sono para pais e crianças em idade pré-escolar, que inclui: (1) currículo para as crianças utilizado pelos professores em sala de aula durante duas semanas (recurso a aulas interativas) + (2) workshop único com duração de 45 minutos dirigido aos pais (recurso a um <i>PowerPoint</i>, abordando os seguintes tópicos – importância do sono, número de horas de sono de acordo com a idade da criança, estabelecimento de uma rotina na hora de dormir) com</p>

doi:10.5665/sleep.3774			fornecimento de um guia no final da sessão (revisão dos tópicos abordados e resumo das dicas sobre os sono) + (3) <i>workshop</i> único com duração de 45 minutos para os professores.
<p>ESTUDO 4 Hábitos de sueño en lactentes y preescolares Sonia Varela Folgueiras; Sandra Moraleda Asensio ; Eduardo Ortega Rodriguez ; Isabel de la Torre Chavarri; Isabel Mora Gabas</p>	Estudo analítico longitudinal	<p>Conhecer os hábitos de sono em latentes e pré-escolares; Identificar os hábitos incorretos e a insónia infantil por hábitos incorretos; Avaliar se determinadas estratégias melhoram a insónia infantil.</p>	<p>Estratégia de capacitação dos pais: programa de educação aplicado para melhorar as alterações de sono das crianças detetadas em entrevista realizada aos pais durante as consultas de acompanhamento (hábitos de sono, presença e características do sono diurno, hora e rotina de dormir durante a noite, presença de despertares noturnos...).O programa inclui: (1) Entrega de um folheto aos pais “El Sueño” + (2) Incentivo da leitura do método exposto no livro “Duermete Nino de Estivill”</p>
<p>ESTUDO 5 Effects of parental education on screen time, sleep disturbances, and psychosocial adaptation among Asian preschoolers: A randomized controlled study Yen-Miao Lin; Shu-Yu Juo ; YU-Kai Chang; Pi-Chu Lin; Yen-Kuang Lin; Pi-Hsia Lee; Pu-Hung Lin; Su-Ru Chen</p> <p>doi: 10.1016/j.pedn.2020.07.003</p>	Estudo randomizado controlado em cluster com um grupo paralelo	<p>Investigar o efeito de um programa de educação parental no tempo de tela, nos hábitos de sono e na adaptação psicossocial em crianças em idade pré-escolar.</p>	<p>Estratégia de capacitação dos pais: programa de educação parental baseado na teoria da Autoeficácia (Bandura, 1986). O programa tem uma duração de oito semanas com uma sessão semanal (50 minutos) para aumentar o conhecimento e autoeficácia dos pais. Recurso a várias estratégias, nomeadamente: reflexão, grupos de discussão e atividades de <i>roleplay</i>. É fornecido também aos pais um livro de bolso com as <i>guidelines</i> mais importantes.</p>

DISCUSSÃO

Com esta *Scoping Review* pretende-se mapear a evidência científica disponível sobre as estratégias promotoras para a capacitação dos pais nos hábitos de higiene do sono da criança em idade pré-escolar, com a finalidade de se identificarem intervenções especializadas de enfermagem para a capacitação dos pais. Da análise integral dos cinco artigos, percebeu-se que existem estratégias promotoras para a capacitação dos pais na adoção de hábitos de higiene do sono em crianças em idade pré-escolar, direcionadas para as crianças, pais e professores, nos diversos contextos, e que destacam o papel central dos enfermeiros na área da educação para a saúde (Trindade & Ramos, 2020).

De forma a sintetizar a evidência obtida, os resultados foram agrupados em **quatro categoria conceituais**: programas de educação escolar sobre a saúde do sono, programas de orientação antecipatória, programas de educação para alterações do sono e programas de educação parental baseados na teoria da autoeficácia (Bandura 1986).

Programas de Educação Escolar sobre Saúde do Sono

Uma abordagem promissora para a promoção de hábitos de sono adequados é a implementação de programas educativos em ambiente escolar (Llaguno et al., 2020). A escola é um espaço privilegiado para intervenções, onde a colaboração entre profissionais de saúde, escola e família permite promover a saúde através da inclusão da importância de hábitos de sono nos currículos (Trindade & Ramos, 2020; Wing et al., 2015).

Estas intervenções educativas podem ser conduzidas em sala de aula pelos professores, após formação ministrada por enfermeiros para prepará-los adequadamente (Schneider et al., 2022). Programas como os descritos por Bonuck et al. (2022) e Wilson et al. (2014) têm duração média de duas semanas, com sessões interativas de 40 minutos, que utilizam materiais lúdicos como livros, ursos de peluche e músicas. Estas atividades consciencializam as crianças sobre a relevância de estabelecer rotinas adequadas de sono, frequentemente envolvendo os pais para incentivar mudanças comportamentais no ambiente doméstico. O uso de materiais educativos facilita o entendimento e desperta o interesse das crianças, contribuindo para a melhoria dos hábitos de sono de toda a família (Llaguno et al., 2020).

Além disso, manter uma parceria com os pais mostra-se benéfico e enriquecedor para alcançar melhores resultados em pediatria. O EESIP é o profissional de saúde que acompanha a criança e família numa fase crucial, onde se torna imprescindível reconhecer as suas necessidades individuais e procurar intervir segundo os pilares do Modelo de Parceria de Cuidados de *Anne Casey*. Ao prestar cuidados centrados na família, o EESIP reconhece que a

família tem um papel crucial no cuidado à criança, devendo considerar todas as suas especificidades (Salustino et al.,2022). Os pais são quem presta os melhores cuidados à criança, sendo capazes de manter o espaço e ambiente favorável para que a criança cresça e se desenvolva adequadamente (Casey,1993).

O Modelo de Parceria de Cuidados de *Anne Casey* reforça assim a importância da família e considera os pais como parceiros do EESIP nos cuidados prestados à criança (Monteiro & Cerqueira, 2020). Desta forma estabelece-se uma relação de parceria entre o enfermeiro, a criança e os pais, com o objetivo de se atingir a máxima qualidade de vida e bem-estar da criança (Hockenberry & Wilson, 2014). Esta parceria de cuidados estabelece-se com base numa comunicação adequada, eficaz e bidirecional, onde é importante existir uma negociação de cuidados (o EESIP reconhece as necessidades, crenças, desejos e capacidades da criança e família e estabelece um acordo relativamente aos cuidados prestados e ao papel desempenhado por todos os intervenientes) (Nobre et.al, 2024).

Assim, no cuidado à criança é de todo importante criar oportunidades de ensino para os pais. Sempre que possível, a participação destes em dinâmicas de formação permite aumentar os seus conhecimentos e habilidades, facilitando a sua capacitação e perceção de autoeficácia sobre a temática da higiene do sono, com o objetivo de prevenir problemas do sono a longo prazo (Direção-Geral de Saúde,2015; Kitsaras et al.,2018).

Na área da educação para a Saúde Escolar, fomentando a relação de parceria de cuidados com os pais, torna-se crucial intervir de forma a facultar conhecimentos aos pais sobre as rotinas de higiene de sono, procurando-se facilitar o processo de perceção de autoeficácia dos pais, com a capacitação dos mesmos para cuidar adequadamente dos seus filhos (Bonuck et al., 2022; Wilson et al., 2014; Llaguno et al., 2020). Com o intuito de promover o empoderamento parental na gestão das rotinas de sono das crianças, programas como os descritos por Bonuck et al. (2022) e Wilson et al. (2014), incluem um *workshop* interativo com uma duração média de 40 minutos para potenciarem os conhecimentos dos pais sobre o sono e a sua importância para o desenvolvimento da criança. No *workshop* abordam-se as horas de sono de acordo com a idade, bem como as estratégias que permitem o estabelecimento e manutenção de uma rotina de sono adequada. Wilson et.al, (2014) propõem ainda a disponibilização de um guia com dicas e estratégias para ajudar os pais na gestão das rotinas de sono das crianças.

Os programas de educação para saúde dirigidos aos pais facilitam a aquisição de conhecimentos, promovendo a gestão das rotinas de sono da criança. Assim, é possível criar um ambiente em casa que favoreça os hábitos de sono saudáveis, promovendo o bem-estar e o

desenvolvimento das crianças (Kitsaras et al., 2018; Mendes et al., 2004). Além dos *workshops*, outras intervenções mais personalizadas como discussões individuais ou em pequenos grupos, mostram ser fundamentais para reforçar algumas necessidades específicas dos pais. Estas dinâmicas permitem a criação de um espaço para partilha de experiências, onde os pais podem expressar as suas dúvidas e compreender quais as estratégias mais ajustadas às necessidades individuais dos seus filhos (Bonuck et al., 2022).

Para que estes programas sejam implementados nas escolas é importante fornecer formação aos professores, de forma que estes se sintam capazes de lecionar os conteúdos em contexto de sala de aula. Dada a complexidade desta temática, é importante disponibilizar aos professores oportunidades para desenvolverem competências de trabalho em equipa e comunicação, para conseguirem assim reconhecer os medos, anseios e crenças das crianças (Direção-Geral de Saúde, 2015). Wilson et al. (2014), no seu programa de educação para a saúde escolar, propõem um *workshop* interativo para os professores, com uma duração média de 45 minutos, com a exposição de vários tópicos importantes sobre o sono da criança (importância do sono, o número de horas de sono de acordo com a idade da criança e as melhores estratégias para o estabelecimento e manutenção de uma rotina que favoreça um sono adequado). Nesta sessão é dada oportunidade aos professores para esclarecerem as suas dúvidas e partilharem as suas opiniões, de forma a sentirem-se capazes de abordar a temática junto das crianças. Ao longo de toda a intervenção, os professores têm ao seu dispor diversas ferramentas que podem utilizar para motivar as crianças e facilitar a sua aprendizagem (*posters* educativos, ursos de peluche didáticos, livros, calendários, entre outros) (Wilson et al., 2014).

Os resultados sugerem que uma abordagem combinada, que inclua programas educativos em sala de aula dirigidos às crianças, *workshops* e momentos de apoio individualizado para os pais e *workshops* para os professores, pode ser eficaz na intervenção com as crianças e na capacitação parental para a promoção da higiene do sono da criança em idade pré-escolar. Os enfermeiros, enquanto educadores e facilitadores de saúde, desempenham um papel crucial na implementação destas intervenções através de uma parceria de cuidados com os pais e professores, contribuindo assim para promover o máximo bem-estar das crianças e suas famílias (Silva et al., 2013; Silva et al., 2018).

Para que um programa de intervenção tenha sucesso, este deve ser planeado de acordo com as necessidades da população e deve ser avaliado e monitorizado, para perceber se está a cumprir com o efeito pretendido. Wilson et al. (2014) elaboraram um questionário e um diário de sono para que os pais preenchessem antes da implementação do programa, com o objetivo de identificar as dificuldades, rotinas e hábitos de sono específicos de cada família e ajustarem-

se as intervenções. O preenchimento destes instrumentos durante e após a execução do programa possibilita avaliar os resultados alcançados, medir os avanços obtidos e ajustar as atividades realizadas, garantindo o maior sucesso da intervenção (Wilson et al., 2014).

Outros estudos, como o de Owens et al. (2011), destacam a importância de promover um sono saudável não apenas para a criança, mas também para toda a família. Os autores enfatizam a necessidade de aproveitar todas as oportunidades para educar os pais sobre hábitos de sono adequados, utilizando ambientes educativos, como visitas a museus, para incentivar de forma lúdica e criativa, a sua participação em programas de educação parental sobre o sono.

Além disso, acompanhando os avanços tecnológicos, Yoshizaki et al. (2023) realizaram um estudo no Japão, onde se disponibiliza um aplicativo para *smartphones* chamado "Nenni Vani". Este aplicativo fornece orientações e sugestões personalizadas às necessidades específicas de cada família, por meio de notificações e vídeos explicativos que lembram os pais das rotinas diárias a serem seguidas. A utilização do aplicativo demonstrou ser eficaz, promovendo maior adesão e motivação por parte dos pais (Yoshizaki et al., 2023).

Programas de Orientação Antecipatória

Outra abordagem eficaz para capacitar os pais sobre a saúde do sono é a orientação antecipatória, que se foca na promoção da saúde infantil e estabelece uma relação ativa entre enfermeiros e pais. Essa relação visa preparar os pais para exercerem as suas funções parentais com maior confiança e competência (Blank, 2003). Durante o crescimento e desenvolvimento da criança, é comum que os pais enfrentem diversas dúvidas e dificuldades. Neste contexto, os enfermeiros desempenham um papel essencial ao fornecer informações que aumentam a percepção de autoeficácia dos pais e os capacitam para lidarem com os desafios que surgem.

Diversos estudos destacam que as famílias, atualmente, têm procurado ativamente informações sobre o exercício da parentalidade e têm demonstrado alta satisfação com o acesso a materiais educativos, sejam eles disponibilizados em formato impresso ou digital (Blank, 2003). Nesse contexto, a abordagem de cuidados centrados na criança e na família ganha maior relevância, especialmente no que se refere à atuação dos enfermeiros. Estes profissionais possuem um papel estratégico ao utilizar os momentos de contato com as famílias para reconhecer suas competências e promover o aumento dos seus conhecimentos, particularmente no que diz respeito à higiene do sono (Trindade & Ramos, 2020). A orientação antecipatória pode ser integrada na **educação parental**, especialmente durante os cursos de preparação para a parentalidade realizados antes do nascimento e nas consultas regulares mantidas ao longo do desenvolvimento da criança. High et al. (1998) propõem que os enfermeiros aproveitem estas

oportunidades para ensinar os pais sobre as práticas de higiene do sono mais ajustadas à idade da criança e para fornecer materiais educativos que facilitem a compreensão dos conceitos.

Entre as várias estratégias educativas, destaca-se a entrega de livros infantis adequados à idade da criança, incentivando a sua leitura como parte da rotina de dormir. Essa prática favorece a autonomia da criança para adormecer e reduz os despertares noturnos (High et al., 1998). Halal e Nunes (2018) reforçam essa abordagem, enfatizando que atividades calmas, como a leitura, devem ser incentivadas cerca de 20 a 30 minutos antes de dormir, facilitando o início do sono e promovendo um ambiente de descanso saudável.

Programas de Educação para Alterações do Sono

O enfermeiro intervém numa fase inicial, no sentido de promover um sono saudável e prevenir problemas de sono, através da educação para a saúde escolar sobre o sono e a orientação antecipatória. A partir do momento em que a criança apresenta dificuldades para manter um sono adequado, passa a existir um compromisso com impacto, não só no quotidiano da criança, mas também no de toda a família (Salavessa & Vilariça, 2009). Assim, perante um problema de sono, a intervenção passa a ser no sentido de eliminar o distúrbio identificado (Salavessa & Vilariça, 2009).

Os problemas de sono, apesar de muitas vezes desvalorizados, são bastantes comuns em idade pediátrica e geram muita preocupação e ansiedade nos pais (Salavessa & Vilariça, 2009). Outra estratégia relevante para capacitar os pais sobre o sono é a implementação de programas educativos voltados para a gestão dos problemas de sono das crianças.

Os enfermeiros, ao aproveitarem todos os contatos com a criança e sua família, recolhem dados que permitem identificar problemas relacionados com o sono. Este diagnóstico possibilita uma intervenção adequada e precoce, com o objetivo de minimizar os impactos negativos na qualidade de vida da criança e da família, tanto a curto quanto a longo prazo (Salavessa & Vilariça, 2009; Torres et al., 2021).

Folgueiras et al. (2017) propõem, no seu programa de intervenção, a realização de uma entrevista inicial com os pais durante as Consultas de Saúde Infantil e Juvenil. Esta entrevista visa colher informações relevantes, como as rotinas de sono da criança, o número de horas de sono e a qualidade do mesmo, para identificar possíveis problemas (Torres et al., 2021). Além desta abordagem inicial, os autores sugerem a aplicação de um questionário validado para avaliar as dificuldades dos pais na gestão das rotinas de sono, complementado pelo preenchimento de um diário de sono, que permite conhecer melhor as necessidades específicas das crianças (Ogundele & Yemula, 2022).

Com base nestes dados colhidos, Folgueiras et al. (2017) defendem a possibilidade de planejar intervenções educativas ajustadas, incentivando os pais a adotarem hábitos de sono saudáveis, contribuindo para a prevenção de consequências mais graves no futuro.

Existem vários questionários que podem ser disponibilizados nas consultas de Saúde Infantil e Juvenil pelos enfermeiros e preenchidos pelos pais que permitem a avaliação do sono das crianças, sendo que o mais utilizado é o *Children's Sleep Habits Questionnaire*, validado para utilização em Portugal como Questionário de Hábitos de Sono das Crianças (ANEXO II) (Silva et al., 2013; Loureiro et al., 2013). Este instrumento, na versão original ou reduzida, é utilizado para despiste de problemas de sono, sendo aplicado com o objetivo de se conhecerem os hábitos de sono específicos de cada criança e permitir a monitorização dos resultados ao longo da intervenção (Silva et al., 2013; Loureiro et al., 2013). A implementação dos diários de sono de autopreenchimento pelas crianças para avaliação das necessidades individuais de sono pode ser pertinente, mas tendo em conta o desenvolvimento cognitivo da criança em idade pré-escolar, torna-se difícil a compreensão e a capacidade de autoavaliação realizada pela criança. A utilização destes diários de sono como instrumento de avaliação pelos enfermeiros, como é o exemplo do *Sleep Self Report* validado para utilização em Portugal, torna-se pertinente aplicar acima dos sete anos de idade da criança ou, em crianças mais pequenas, pode ser preenchido com a colaboração dos pais (Loureiro et al., 2013).

Sendo a implementação de estratégias de higiene do sono a primeira linha de tratamento dos problemas de sono em idade pediátrica torna-se, de todo importante, os enfermeiros dedicarem o seu foco de intervenção à educação das crianças, pais e cuidadores (Ogundele & Yemula, 2022). Assim, as consultas de Saúde Infantil e Juvenil, para além de serem um momento oportuno para a colheita de dados e identificação de problemas, demonstram também ser um o momento ideal para os enfermeiros realizarem ensinamentos aos pais sobre o sono e repouso, capacitando-os para uma gestão consistente e adequada das rotinas de sono das crianças em casa (Folgueiras et al., 2017; Mendes et al., 2004). Para complementar os ensinamentos orais, demonstrou-se ser pertinente a entrega de materiais educativos aos pais (folhetos, *posters*, vídeos, por exemplo) com a síntese dos aspetos e/ou o incentivo à leitura de livros que abordem esta temática (o *Duermete Nino de Estivil*, por exemplo). Estes materiais educativos demonstram facilitar a consolidação dos conceitos abordados, promovendo uma maior sensação de confiança percebida pelos pais e contribuindo para a prevenção e/ou gestão dos problemas de sono das crianças (Folgueiras et al., 2017; Eckerberg, 2004; High et al., 1998). Depois de fornecidos os conhecimentos teóricos aos pais é importante ajudá-los a identificar as rotinas de sono mais adequadas às necessidades individuais da criança. O enfermeiro deve

assim, depois de detentor do conhecimento sobre as individualidades de cada família, fornecer orientações e dicas específicas sobre as estratégias com maior potencial de facilitarem a gestão das rotinas de sono em cada família (High et al., 1998).

Os resultados demonstram que a intervenção do enfermeiro em programas de educação para alterações do sono, permite capacitar os pais para uma gestão adequada e eficaz das rotinas de sono em casa, de forma a favorecer a autonomia das crianças na hora de adormecer e diminuir os despertares noturnos, reduzindo assim as consequências a longo prazo dos problemas de sono na qualidade de vida da criança.

Programa de Educação Parental Baseado na Teoria da Autoeficácia

Segundo os pressupostos do Modelo Transacional (2010), os comportamentos adotados pelos pais sobre o sono dos filhos vão influenciar a qualidade do sono da criança e vice-versa. Desta forma, considerando o papel dos pais na gestão das rotinas de higiene do sono, outra estratégia eficaz para a capacitação dos pais nesta temática são os Programas de Educação Parental Baseados na Teoria da Autoeficácia (Bandura, 1986; Silva et al., 2018).

O sono da criança influencia as várias áreas do seu crescimento e desenvolvimento, sendo uma área de intervenção crucial, sobretudo em idade pediátrica (Llahuno et al., 2021). Dada a complexidade desta temática, verifica-se que o sono, apesar de ser uma área importante, demonstra ser um tema pouco abordado junto dos pais (Honaker & Meltzer, 2016).

Os pais, através da gestão das rotinas de higiene do sono, conseguem ter um impacto imprescindível no início e manutenção do sono dos filhos. Com o objetivo de prevenir, identificar e gerir os problemas de sono das crianças, os enfermeiros têm um papel fundamental ao contribuir para a educação e capacitação parental com intervenções que permitam aumentar os seus conhecimentos e habilidades nesta temática (Silva et al., 2018).

No contexto do papel dos pais na gestão das rotinas de higiene do sono, é essencial explorar o conceito de empoderamento parental. Este é definido como o processo pelo qual os pais adotam uma postura ativa no cuidado aos filhos, procurando soluções para os problemas identificados e fortalecendo os pontos positivos da dinâmica familiar (Oliveira et al., 2020). O empoderamento parental está intrinsecamente ligado ao conceito de autoeficácia parental, que se refere à perceção que os pais possuem sobre o seu papel e as suas capacidades para exercerem as funções do cuidado parental (Bandura, 1997; Dumka et al., 2010).

A autoeficácia parental é influenciada pelo equilíbrio entre o conhecimento dos pais e a sua capacidade para agir. Quanto maior a autoeficácia, maior é a probabilidade de os pais superarem desafios e atingirem os objetivos estabelecidos. Este conceito caracteriza-se pelo

reconhecimento, por parte dos pais, da sua competência para influenciar o comportamento das crianças e promover uma adaptação ajustada ao desenvolvimento da criança (Jones & Prinz, 2005).

Estudos apontam que níveis elevados de autoeficácia parental estão associados a práticas parentais mais positivas e eficazes, que, por sua vez, favorecem o empoderamento dos pais (Roskam & Meunier, 2012; Glatz & Buchanan, 2015). Assim, torna-se evidente que o fortalecimento da autoeficácia deve ser considerado um ponto central de atenção para os enfermeiros, especialmente no apoio ao desenvolvimento de estratégias que visem melhorar a interação entre pais e filhos e facilitar a gestão das rotinas familiares.

Assim, a educação parental desempenha um papel crucial na promoção de hábitos saudáveis de sono nas crianças, sendo fundamental que os pais reconheçam os desafios e estejam disponíveis para aprender e melhorar suas competências nesse domínio. Neste contexto, a autoeficácia parental surge como um fator determinante para o sucesso da gestão das rotinas de higiene do sono. Estudos demonstram que níveis elevados de autoeficácia nos pais estão associados à redução do tempo de exposição das crianças aos ecrãs, o que resulta em uma melhoria significativa na qualidade do sono. Esse fator é essencial para o crescimento e desenvolvimento saudável das crianças (Lin et al., 2020).

Com o objetivo de fomentar o empoderamento parental, são recomendadas estratégias que promovam o aumento da autoeficácia dos pais. Lin et al. (2020) propõem a implementação de um programa de educação parental voltado para pais de crianças em idade pré-escolar. Este programa consiste em sessões semanais de aproximadamente 50 minutos, realizadas ao longo de oito semanas. Durante as sessões, os pais têm a oportunidade de compartilhar conhecimentos e experiências através de dinâmicas participativas, que visam capacitá-los a gerir de forma eficaz as rotinas de higiene do sono dos filhos, incluindo a redução do tempo de ecrãs e, conseqüentemente, a melhoria da qualidade do sono.

Complementando as sessões, é disponibilizado um livro de bolso com uma síntese das orientações mais relevantes sobre o sono infantil. Este recurso prático oferece aos pais uma ferramenta de consulta rápida e acessível, reforçando a sua autoconfiança e apoiando a gestão adequada do sono dos filhos (Lin et al., 2020).

Adicionalmente, as sessões incluem atividades como dinâmicas de *roleplay* e grupos de discussão, que permitem aos pais refletirem sobre as dificuldades enfrentadas na gestão das rotinas de sono das crianças. Estas atividades promovem a aquisição de novos conhecimentos e favorecem uma maior perceção de autoeficácia parental. Como resultado, os pais tornam-se

mais preparados para implementar rotinas consistentes e adequadas em casa, contribuindo para um sono mais saudável e de melhor qualidade para as crianças.

CONCLUSÃO

Com esta *Scoping Review*, foi possível reunir a evidência científica disponível sobre as estratégias promotoras para a capacitação dos pais nos hábitos de higiene do sono da criança em idade pré-escolar.

O EESIP intervém numa fase de vida crucial para a criança, acompanhando o seu crescimento e desenvolvimento, pelo que deve possuir competências específicas que lhe permita reconhecer as necessidades individuais do binómio criança-família e delinear um plano de cuidados ajustado e com base nos pilares do Modelo de Cuidados Centrados na família e no Modelo de Parceria de Cuidados de *Anne Casey*. O EESIP assiste a criança inserida numa família com necessidades, crenças e valores específicos, procurando garantir a maximização da sua saúde. Nos cuidados prestados, o EESIP utiliza instrumentos específicos para avaliar a família, adequando os cuidados prestados às necessidades da criança identificadas ao longo do seu ciclo de vida. Aproveita ainda todas as oportunidades para trabalhar com a criança juntamente com os seus pais, com o objetivo de garantir comportamentos potenciadores de saúde.

Assim, reconhecendo a importância de um sono e repouso adequado em idade pediátrica e o seu impacto no crescimento e desenvolvimento da criança, percebeu-se ser de todo importante que o EESIP seja detentor de conhecimentos consistentes e atualizados sobre a temática, contribuindo para a capacitação dos pais através de dinâmicas de promoção para a saúde. Com recurso a cursos de preparação para a parentalidade, cuidados antecipatórios abordados nas consultas de Saúde Infantil e Juvenil e a inclusão dos pais em dinâmicas de educação para a saúde realizadas no âmbito da Saúde Escolar, contribui-se para a autoeficácia parental com o aumento dos conhecimentos dos pais e com a capacitação destes para uma gestão mais adequada das rotinas das crianças na hora de dormir, promovendo-se assim um sono saudável e prevenindo-se problemas no futuro. Quando não é possível prevenir o aparecimento de um problema de sono em idade pediátrica, é importante realizar-se um diagnóstico precoce, delineando-se intervenções em parceria com os pais, para se gerir o problema e minimizar as consequências deste para o bem-estar e qualidade de vida da criança.

O EESIP, enquanto mestre, é ainda um profissional esforçado em manter os seus conhecimentos atualizados e ajustados à idade pediátrica, com um papel imprescindível e ativo na resolução de problemas complexos. Recorre à melhor evidência científica disponível para

garantir a melhoria, não só dos cuidados que presta, como também os de todos os profissionais da equipa multidisciplinar.

Em suma, o sono ainda é uma área bastante desafiante para os pais gerirem ao longo do desenvolvimento das crianças, designadamente em idade pré-escolar. Muitas são as dificuldades referidas pelos pais e os profissionais de saúde demonstram ausência de formação específica, com dificuldade na abordagem da temática. Assim enquanto mestre, o EESIP deve procurar a melhor evidência científica para a realização de mais estudos que permitam aumentar os conhecimentos dos enfermeiros nesta temática, disponibilizando formação e capacitando-os para a abordagem do sono nos vários contextos da Pediatria, procurando facilitar a capacitação, a perceção de autoeficácia e o empoderamento parental relativamente ao sono e a gestão adequada de rotinas de higiene do sono.

Agradecimentos

Esta *Scoping Review* está incluída no plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, da Escola Superior de Santa Maria no Porto.

Financiamento

Não existe qualquer tipo de financiamento externo para a realização deste projeto.

Conflito de interesses

Não existe qualquer tipo de conflito de interesses na realização deste projeto

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu-Lima, I; Alarcão, M.; Almeida, A.; Brandão, A.; Cruz, O.; Gaspar, M. & Santos, M. (2010). Avaliação de Intervenções de Educação Parental: *Relatório 2007-2010*. http://www.cnpjcr.pt/preview_documentos.asp?r=3493&m=PDF
- Bandura, A. (1986). *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Blank, D. (2003). A puericultura hoje: um enfoque apoiado em evidências. *Jornal de Pediatria*, 79, 13-22. DOI: 0021-7557/03/79-Supl.1/S13
- Bonuck, K., Collins-Anderson, A., Schechter, C., Felt, B., & Chervin, R. (2022). Effects of a Sleep Health Education Program for Children and Parents on Child Sleep Duration and Difficulties: A Stepped-Wedge Cluster Randomized Clinical Trial. *JAMA Network Open*, 5(7). DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2022.23692
- Carr, A. (2014). *Manual de psicologia clínica da criança e do adolescente: Uma abordagem contextual*. Psiquilibrios.

- Direção-Geral de Saúde (2013). Norma 10/2013 de 31 maio (2013). Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. (Lisboa, Ed. 1 ed.) https://www.spp.pt/UserFiles/file/Protocolos_Manuais_DGS/Programa_Nacional_Saude_Infantil_Juvenil.pdf
- Direção-Geral de Saúde (2015). Norma 15/2015 de 12 de Agosto (2015) Programa Nacional de Saúde Escolar. (Lisboa, Ed. 1 ed.) <https://observatorio-lisboa.eapn.pt/ficheiro/Programa-Nacional-de-Sa%C3%BAde-Escolar-2015.pdf>
- Dumka , L., Gonzales, N., Wheeler, L., & Millsap, R. (Outubro de 2010). Parenting Self-Efficacy and Parenting Practices Over Time in Mexican American Families. *Journal of Family Psychology*, 24(5), 522-531. DOI:10.1037/a0020833
- Eckerberg, B. (2004). Treatment of sleep problems in families with young children: effects of treatment on family well-being. *Acta Pediátrica*, 93(1), 126-134. DOI:10.1080/08035250310007754
- Festas, C., Quelhas, I., & Braga, M. C. (2020). A criança em idade pré-escolar (3 aos 6 anos) e escolar (6 aos 12 anos). Em A. L. Ramos, & M. D. C. Barbieri-Figueiredo (Eds.), *Enfermagem em saúde da criança e do jovem* (pp. 159-192). Lidel.
- Folgueiras, S., Asensio, S., Rodriguez, E., Chavarri, I., & Gabas, I. (2017). Hábitos de sono em Lactantes y preescolares. *Metas Enfermagem*, 20(7), 492-498. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6082128>
- Galvão, D. M., Carpenter, A., Castro, P. C., & Almeida, T. I. (2018). Promoção do papel parental nos comportamentos de sono de crianças até aos cinco anos de idade. *International Journal of Developmental and Education Psychology*, 2(1), 337-347. <https://www.redalyc.org/journal/3498/349856003036/349856003036.pdf>
- Glatz, T., & Buchanan, C. (2023). Trends in parental self-efficacy between 1999 and 2014. *Journal of Family Studies*, 29(1), 205-220. <https://doi.org/10.1080/13229400.2021.1906929>
- Gruber, R., Cassoff, J., & Knauper, B. (2011). Sleep Health Education in Pediatric Community Settings: Rationale and Practical Suggestions for Incorporating Healthy Sleep Education into Pediatric Practice. *Pediatrics Clinics of North America*, 735-754. DOI:10.1016/j.pcl.2011.03.006
- Haddad, L., Annamaraju, P., & Toney-Butler, T. (2019). Nursing Shortage. *StatPearls*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK493175/>

- Halal, C., & Nunes, M. (2014). Education in children's sleep hygiene: which approaches are effective? A systematic review. *Jornal de Pediatria*, 90(5), 449-456. DOI:dx.doi.org/10.1016/j.jpmed.2014.05.001
- High, P., Hopmann, M., LaGasse, L., & Linn, H. (1998). Evaluation of a Clinic-Based Program to Promote Book Sharing and Bedtime Routines Among Low-Income Urban Families With Young Children. *ARCH PEDIATR ADOLESC MED*, 152, 459-465. <https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/fullarticle/189522>
- Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2014). A influência da Família na promoção da Saúde da Criança. In *Hockenberry, Marilyn J. Wong: Fundamentos de Enfermagem Pediátrica.(9a ed.) Rio de Janeiro: Elsevier.*
- Honaker, S., & Meltzer, L. (Fevereiro de 2016). Sleep in pediatric primary care: A review of the literature. *Sleep Medicine Reviews*, 25, 31-39. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2015.01.004>
- Jones, T., & Prinz, R. (Junho de 2005). Potential roles of parental self-efficacy in parent and child adjustment: A review. *Clinical Psychology Review*, 25(3), 341-363. DOI:10.1016/j.cpr.2004.12.004
- Kitsaras, G., Goodwin, M., Kelly, M., & Pretty, I. (2018). Bedtime routines child wellbeing & development. *BMC Public Health*, 386(18). <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5290-3>
- Llaguno, N., Pinheiro, E., & Avelar, A. (2021). Elaboração e validação da cartilha “Higiene do Sono para Crianças”. *Acta Paulista de Enfermagem* (34). DOI:10.37689/actaape/2021AO001125
- Lin, Y.-M., Kuo, S.-Y., Chang, Y.-K., Lin, P.-C., Lin, Y.-K., Lee, P.-H., . . . Chen, S.-R. (2020). Effects of parental education on screen time, sleep disturbances, and psychosocial adaptation among Asian preschoolers: A randomized Controlled Study. *Journal of Pediatric Nursing*. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2020.07.003>
- Lopes, N., & Ferreira, R. (2015). Intervenção dos enfermeiros na capacitação parental no relacionamento pais-filhos. *ReserachGate*, 3(5). https://www.researchgate.net/publication/317036969_INTERVENCAO_DOS_ENFERMEIROS_NA_CAPACITACAO_PARENTAL_NO_RELACIONAMENTO_PAIS-FILHOS
- Loureiro, H. C., Pinto, T. R., Pinto, J. C., Pinto, H. R., & Paiva, T. (2013). Validation of the Children Sleep Habits Questionnaire and the Sleep Self Report for portuguese children. *Sleep Science*, 6(4), 151-158. <https://ciencia.ucp.pt/ws/portalfiles/portal/27210746/v6n4a06.pdf>

- Mendes, L., Fernandes, A., & Garcia, F. (2004). Hábitos e Perturbações de Sono em Crianças em Idade Escolar. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 35(4), 341-347. https://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/48/20130426091725_artigo_original_341.pdf
- Meunier, J., Isabelle, R., & Browne, D. (2010). Relations between parenting and child behavior: Exploring the child's personality and parental self-efficacy as third variables. *International Journal of Behavioral Development*, 35(3). <https://doi.org/10.1177/0165025410382950>
- Mindell, J., Li, A., Sadeh, A., Kwon, R., & Goh, D. (2015). Bedtime Routines for Young Children: A Dose-Dependent Association with Sleep Outcomes. *Bedtime Routines For Young Children*, 38(5), 717-722. <http://dx.doi.org/10.5665/sleep.4662>
- Mindell, J., & Williamson, A. (2018). Benefits of a bedtime routine in young children: Sleep, development, and beyond. *Sleep Medicine Reviews*, 93-108. DOI:10.1016/j.smrv.2017.10.007
- Monteiro, A., & Cerqueira, C. (2020). Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey. In A. Ramos & M. Barbieri-Figueiredo (1ª edição), *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (pp. 33-38). Lidel
- Nobre, C., Bogalho, D., Fontoura, C., Marques, A., Alves, C., & Mariano, J. (2024). Negociação de cuidados num serviço de pediatria: discursos e prática. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, 2(23), 1-10. <https://doi.org/10.29352/mill0223.34545>
- Ogundele, M., & Yemula, C. (Maio de 2022). Management of sleep disorders among children and adolescents with neurodevelopmental disorders: A practical guide for clinicians. *World Journal of Clinical Pediatrics*, 11(3), 239-252. DOI: 10.5409/wjcp.v11.i3.239
- Oliveira, J., Schmidt, C., & Pendeza, D. (2020). Intervenção Implementada pelos Pais e Empoderamento Parental no Transtorno Do Espectro Autista. *Psicologia Escolar e Educacional*. <http://dx.doi.org/10.1590/2175-35392020218432>
- Vilelas, J. M. da S., Marques, J. M., Jacinto, B. B., Correia, A. I. H. P., Apóstolo, J. M. A., & Pestana, V. L. F. (2023). *Guia orientador de boas práticas: O sono na criança e no adolescente*. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/31188/gobp_sonobebeadolescente_v7-okn.pdf

- Owens, J., Jones, C., & Nash, R. (2011). Caregivers' Knowledge, Behavior, and Attitudes Regarding Healthy Sleep in Young Children. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 7(4), 345-350. DOI:10.5664/JCSM.1186
- Page, M., McKenzie, J., Bossuyt, P., Boutron, I., Hoffmann, T., Mulrow, C., . . . Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *Research Methods And Reporting*, 372(71). DOI:10.1136/bmj.n71
- Rangel, M., Baptista, C., Pitta, M., Anjo, S., & Leite, A. (2015). Qualidade do sono e prevalência das perturbações do sono em crianças saudáveis em Gaia: um estudo transversal. *Revista Portuguesa Medicina Geral Familiar*, 31(4), 256-264. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v31i4.11553>
- Rogers, V. E., Zhu, S., Ancoli-Israel, S., Liu, L., Mandrell, B. N., & Hinds, P. S. (2019). A pilot randomized controlled trial to improve sleep and fatigue in children with central nervous system tumors hospitalized for high-dose chemotherapy. *Pediatric Blood and Cancer*, 66(8). <https://doi.org/10.1002/ pbc.27814>
- Roskam, I., & Meunier, J. (Março de 2012). The determinants of parental childrearing behavior trajectories: The effects of parental and child time-varying and time-invariant predictors. *International Journal of Behavioral Development*, 36(3). DOI:doi.org/10.1177/0165025411434651
- Salavessa, M., & Vilarça, P. (1 de 09 de 2009). Problemas de sono. *Revista Portuguesa Clinica Geral*, 25(5), 585-591. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v25i5.10676>
- Salustino, M. C., Eloy, A. V. A., Ferreira, J. e. A. G., Nascimento, N. C. d., Carvalho, D. d. S., Almeida, A. G. d., Olanda, D. E. d. S., Pereira, M. A. d. M., Teixeira, L. F., Oliveira, T. C. d., & Filgueiras, M. F. (2022). Cuidado Centrado na Família: Como Realizar? *Estudos Interdisciplinares em Ciências da Saúde*, Vol. 7, 19-23. <https://doi.org/10.51249/easn07.2022.914>
- Serez, E., & Monteiro, J. (2020). Avaliação da dor em pediatria. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(edição suplementar nº4), 1-9. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0109>
- Schneider, S., Magalhães, C., & Almeida, A. (2022). Percepções de educadores e profissionais de saúde sobre interdisciplinaridade no contexto do Programa Saúde na Escola. *Interface*. DOI:doi.org/10.1590/interface.210191
- Silva, E., Simões, P., Macedo, M., Duarte, J., & Silva, D. (2018). Percepção parental sobre hábitos e qualidade do sono das crianças em idade pré-escolar. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(17), 63-75. <https://doi.org/10.12707/RIV17103>

- Silva, A., Cestari, V., Maia, G., Oliveira, M., & Barbosa, I. (2013). Evidências das ações de enfermagem para a promoção da saúde em ambiente hospitalar: uma revisão integrativa. *Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem*, 1885-1886. https://portal.eventosaben.org.br/anais_senpe/17senpe/pdf/1238po.pdf
- Simões, A., & Pereira, M. (2012). Abordagem reflexiva sobre educação parental em intervenção comunitárias. *Journal Nurse UFPE online*, 6(8), 1958-1964. DOI:10.5205/reuol.2931-23598-1-LE.0608201229
- Sociedade Portuguesa de Pediatria (2017). Recomendações SPS-SPP. Prática da sesta da criança nas creches e infantários, públicos ou privados. Portugal. https://criancaefamilia.spp.pt/media/fwkj5qte/versao-educadores-e-pais_recomendacoes-sps-spp-sesta-na-crianca.pdf
- Stasio, S., Boldrini, F., Ragni, B., & Gentile, S. (2020). Predictive Factors of Toddlers' Sleep and Parental Stress. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(2494). DOI: doi:10.3390/ijerph17072494
- Torres, A., Pereira, A., Oliveira, C., Oliveira, L., & Marques, J. (Março de 2021). Impacto da privação do sono na criança em idade pré-escolar e escolar. *Revista de Ciências da Saúde da ESSCVP*, 13, 27-33.
- Trindade, C., & Ramos, A. (2022). Influência dos programas de educação sobre o sono de crianças e adolescentes: revisão integrativa. *Acta Paulina Enfermagem* .(33), 1-9. <http://dx.doi.org/10.37689/actaape/>
- Wilson, K., Miller, A., Bonuck, K., Lumeng, J., & Chervin, R. (2014). Evaluation of a Sleep Education Program for Low-Income Preschool Children and their Families. *SLEEP*, 37(6), pp. 1117-1125. <http://dx.doi.org/10.5665/sleep.3774>
- Wing, Y., Chan, Ngan Yin, Man Yu, M., Lam, S., Zhang, J., Xin Li, S., . . . Martin Li, A. (Março de 2015). A school-based sleep education program for adolescents: a cluster randomized trial. *Pediatrics*, 135(3), 635-643. DOI:10.1542/peds.2014-2419
- Yoshizaki, A., Murata, E., Yomamoto, T., Fujisawa, T., Hanaie, R., Hirata, I., . . . Taniike, M. (2023). Improving Children's Sleep Habits Using an Interactive Smartphone App: Community-Based Intervention Study. *JMIR MHEALTH AND UHEALTH*, 11. doi:<https://mhealth.jmir.org/2023/1/e40836>

2.3. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA – PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Os enfermeiros são os profissionais da área de saúde que mais tempo passam junto das crianças, possuindo ferramentas suficientes para conhecerem cada família de forma individualizada e aprofundada. O EESIP possui competências específicas que lhe permite intervir com base nos princípios do Modelo de Cuidados Centrados da Família, procurando prestar cuidados em parceria de cuidados com a criança e a família, de forma a garantir a máxima qualidade de vida de todos os envolvidos. Este tem assim, o dever de reconhecer as necessidades individuais da criança e família, selecionando as melhores intervenções de forma a garantir o máximo potencial para o desenvolvimento e crescimento adequado da criança, com contributo para a sua qualidade de vida e da família.

A realização da *Scoping Review* permitiu reunir a evidência científica disponível sobre as estratégias promotoras para a capacitação dos pais nos hábitos de higiene do sono da criança em idade pré-escolar. Dada a importância de um sono e repouso adequado em idade pediátrica e o seu impacto no crescimento e desenvolvimento da criança, é de todo importante que o enfermeiro seja detentor de conhecimentos consistentes e atualizados sobre a temática, sendo capaz de contribuir para a capacitação dos pais na promoção do sono em idade pré-escolar através de: programas de educação escolar sobre a saúde do sono, programas de orientação antecipatória, programas de educação para alterações do sono e programas de educação parental baseados na teoria da autoeficácia (Bandura 1986).

O sono ainda é uma área desafiante para os pais ao longo do desenvolvimento das crianças, designadamente em idade pré-escolar, e os profissionais de saúde demonstram ausência de formação específica. Enquanto EESIP e mestre, torna-se imprescindível a realização de formações sobre a temática dirigidas às equipas multidisciplinares, garantindo que todos os enfermeiros tenham o conhecimento suficiente e adequado para abordarem e trabalharem esta temática com as famílias em todos os contactos possíveis. Para além de formações para os enfermeiros, percebe-se ser importante o incentivo à realização de mais estudos nesta área, procurando aumentar o conhecimento dos enfermeiros nesta temática e capacitá-los para o planeamento e implementação de mais programas de educação para a saúde que facilitem a capacitação e empoderamento parental relativamente ao sono da criança.

Estando dotados de conhecimentos adequados sobre o sono da criança, os enfermeiros sentem-se mais capazes de avaliar este domínio junto da criança e família nos vários contextos de cuidados em pediatria.

Com o objetivo de aumentar os conhecimentos dos enfermeiros que trabalham em contextos pediátricos, relativos ao sono da criança e às estratégias de higiene do sono mais adequadas de acordo com cada faixa etária e, capacitá-los para implementarem programas de educação para a saúde sobre a temática, apresenta-se a seguinte proposta de intervenção dirigida aos pares:

FORMAÇÃO PARA OS ENFERMEIROS

- ✓ Formação fornecida pelo EESIP aos enfermeiros que trabalham em contextos pediátricos, abordando a temática do sono e repouso da criança em idade pré-escolar – **sessão de 45 a 50 minutos** com recurso a uma apresentação *PowerPoint*, abordando os seguintes tópicos: fisiologia do sono, número de horas de sono de acordo com a idade da criança, influência do sono no crescimento e desenvolvimento da criança, estratégias de higiene do sono, problemas de sono e o seu impacto na qualidade de vida da criança e família;
- ✓ Discussão e reflexão entre os enfermeiros para aumentar os conhecimentos e melhorar a capacidade para realizar ensinamentos aos pais sobre a temática nas consultas de acompanhamento e nas escolas.

Através destas formações é possível esclarecer dúvidas e aumentar os conhecimentos dos enfermeiros sobre o sono e repouso em idade pré-escolar, fazendo com que estes se sintam mais capazes de abordar esta temática junto das famílias e de intervir junto dos pais, de forma a promover um sono adequado e prevenir, a longo prazo, complicações dos problemas de sono.

Inicialmente, nos vários momentos de contacto com a criança e família, o EESIP possui competências diferenciadoras para avaliar o padrão de sono da criança e as rotinas habitualmente utilizadas pela família, com recurso a instrumentos adequados e validados, de forma a diagnosticar precocemente problemas de sono e delinear intervenções que melhorem o sono da criança. Assim, o EESIP estando preparado para abordar esta temática junto das famílias, consegue recorrer às suas competências específicas para, nas consultas de SIJ e/ou nas escolas, realizar uma primeira avaliação holística e aprofundada das necessidades da criança e família, relativas ao sono e repouso:

FOCO DE ATENÇÃO: SONO DA CRIANÇA EM IDADE PRÉ ESCOLAR



AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES – CONSULTAS SAÚDE INFANTIL E JUVENIL E ESCOLA

Consultas de Saúde Infantil e Juvenil

Ensino pré-escolar (3-6 anos)

- ✓ Fornecimento aos pais das crianças de um questionário sobre os hábitos de sono das crianças (Questionário de Hábitos de Sono das Crianças), onde se avalia:
 - Número de horas de sono;
 - Hábitos de higiene de sono;
 - Qualidade do sono da criança;
- ✓ Entrevista aos pais e criança com colheita de dados objetivos e subjetivos.

Após a avaliação realizada pelo EESIP, este organiza os dados com o objetivo de conhecer as necessidades individuais da criança e família relativamente ao sono e repouso, procurando identificar, precocemente, a existência de qualquer problema de sono.

ORGANIZAÇÃO DOS DADOS OBTIDOS DA AVALIAÇÃO PELO EESIP

SONO ADEQUADO

- ✓ Promover um sono adequado;
- ✓ Prevenir problemas de sono;
- ✓ Promover uma gestão adequada do sono das crianças em idade pré-escolar realizada pelos pais;
- ✓ Favorecer o crescimento e desenvolvimento da criança.

SONO COMPROMETIDO

- ✓ Promover um sono adequado;
- ✓ Melhor o sono da criança;
- ✓ Promover uma gestão adequada do sono das crianças em idade pré-escolar realizada pelos pais;
- ✓ Garantir o crescimento e desenvolvimento saudável da criança;
- ✓ Prevenir problemas graves para a criança e família a longo prazo.

Depois de conhecidas as necessidades e realizado o diagnóstico, o EESIP define os objetivos e seleciona as melhores opções, planeando as suas intervenções com recurso a várias estratégias (*workshops*, livros, dinâmicas de *roleplay*, momentos de discussão e reflexão, materiais educativos, vídeos, entre outras). A sua intervenção através de programas de educação para saúde, orientações antecipatórias e/ou promoção da autoeficácia parental, permite capacitar os pais para gerirem adequadamente e eficazmente os hábitos de higiene de sono, contribuindo para melhorar o sono da criança.

Tendo em conta as competências específicas do EESIP e os resultados obtidos da *Scoping Review*, desenvolve-se uma proposta de intervenção dirigida aos pais, com os seguintes objetivos:

1. Aumentar os conhecimentos dos pais sobre o sono da criança e sobre as estratégias de higiene do sono mais adequadas;
2. Promover a capacidade dos professores para abordarem a temática do sono junto das crianças e dos pais nas escolas;
3. Promover a capacidade dos pais para gerir adequadamente as estratégias de higiene do sono das crianças em casa;
4. Melhorar o sono da criança (número de horas de sono e qualidade do sono – número de despertares noturnos);
5. Diminuir o tempo de ecrãs com impacto no sono da criança;
6. Contribuir para o crescimento e desenvolvimento adequado da criança;
7. Contribuir para a qualidade de vida da criança e família.

Com vista a atingir estes objetivos, o EESIP deve planear intervenções tais como as apresentadas de seguida no esquema.

DIAGNÓSTICO DE UM PROBLEMA DO SONO EM IDADE PRÉ-ESCOLAR

Colheita de outros dados sobre o problema de sono identificado, de forma a complementar as informações já colhidas (necessidades da criança e as dificuldades dos pais em gerir as rotinas de sono):

- ✓ Qual o problema de sono?
- ✓ Qual a possível causa do problema de sono?
- ✓ Quais as necessidades da criança e as dificuldades dos pais em gerir as rotinas de sono da criança?



IMPLEMENTAR: PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PARA ALTERAÇÕES DO SONO

- ✓ **Local de implementação:** Unidades de Saúde Familiar e Escolas de Ensino Pré-escolar;
- ✓ **Frequência:** Consultas de Saúde Infantil e Juvenil realizadas ao longo do desenvolvimento da criança e em reuniões de pais ou atividades da escola agendadas previamente.
- ✓ **Estratégias:**
 - Ensinar pai/mãe sobre sono e repouso da criança;
 - Ensinar pai/mãe sobre estratégias para gestão das rotinas de sono das crianças em casa;
 - Providenciar ao pai/mãe material educativo [folheto com os ensinamentos sobre estratégias para gestão das rotinas de sono; diário de sono adequado à idade da criança para preencher em conjunto com os pais];
 - Incentivar pai/mãe a leitura de livros sobre o sono da criança [o *Duermete Nino de Estivil*, por exemplo].

Permite ajustar e adaptar a intervenção às características individuais de cada família

AVALIAR: PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PARA ALTERAÇÕES DO SONO

(Avaliar a eficácia da intervenção)

Estratégias para avaliação: Disponibilizar aos pais um questionário sobre os hábitos de sono das crianças (Questionário de Hábitos de Sono das Crianças)

- ✓ Avaliar sono da criança;
- ✓ Avaliar conhecimento do pai/mãe sobre sono adequado;
- ✓ Avaliar capacidade do pai/mãe para gerir adequadamente as rotinas de sono da criança em casa;
- ✓ Avaliar impacto do problema de sono na qualidade de vida da criança e família.

DIAGNÓSTICO: SONO ADEQUADO

1. PROVIDENCIAR ORIENTAÇÃO ANTECIPATÓRIA AO/À PAI/MÃE

Local: Unidades de Saúde Familiar

1.1. Cursos de Preparação para a Parentalidade

Frequência: uma sessão com cerca de 45-50 minutos;

Conteúdo: sono da criança e estratégias de gestão de rotinas de sono adaptadas ao longo do desenvolvimento (número de horas de sono de acordo com a idade, rotinas de sono a implementar desde o nascimento da criança, benefícios de um sono saudável, importância da sesta, entre outros pontos identificados como pertinentes);

Estratégias:

- ✓ Ensinar pai/mãe sobre sono da criança [com recurso a uma apresentação *PowerPoint*];
- ✓ Esclarecer dúvidas do(a) pai/mãe;
- ✓ Providenciar material educativo [folheto com dicas para os pais].

1.2. Consultas de Saúde Infantil e Juvenil

Frequência: consultas de Saúde Infantil e Juvenil realizadas ao longo do desenvolvimento da criança

Conteúdo: sono da criança e estratégias de gestão de rotinas de sono ao longo do desenvolvimento (número de horas de sono de acordo com a idade, rotinas de sono a implementar desde o nascimento da criança, benefícios de um sono saudável, importância da sesta, entre outros pontos identificados como pertinentes);

Estratégias:

- ✓ Entrevistar pai/mãe [Colher dados sobre o sono das crianças e as rotinas de sono mantidas pelos pais em casa];
- ✓ Ensinar pai/mãe sobre sono da criança [adequado à faixa etária atual e antecipar a próxima fase]
- ✓ Esclarecer dúvidas do(a) pai/mãe;
- ✓ Providenciar material educativo [folheto com a síntese dos conteúdos e dicas para os pais].

2. PROMOVER AUTOEFICÁCIA DO(A) PAI/MÃE

Duração do programa: quatro semanas consecutivas

Frequência: uma sessão semanal com cerca de 50 minutos

Conteúdo: sono da criança e estratégias de gestão de rotinas de sono ao longo do desenvolvimento (número de horas de sono de acordo com a idade, rotinas de sono a implementar desde o nascimento da criança, benefícios de um sono saudável, importância da sesta, entre outros pontos identificados como pertinentes);

Estratégias:

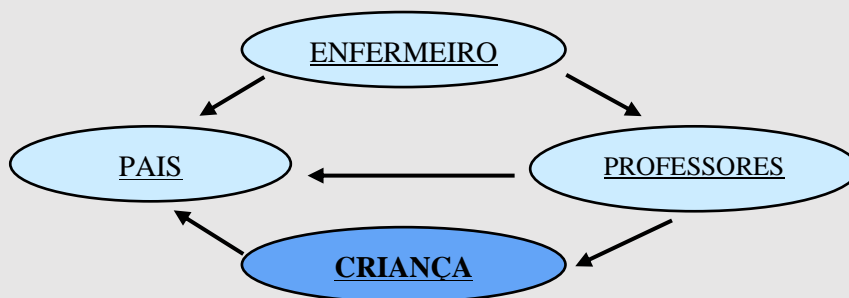
- ✓ Ensinar pai/mãe sobre sono da criança [com recurso a uma apresentação *PowerPoint*];
- ✓ Ensinar pai/mãe sobre rotinas de higiene de sono [com recurso a uma apresentação *PowerPoint*];
- ✓ Esclarecer dúvidas do(a) pai/mãe;
- ✓ Incentivar reflexão do(a) pai/mãe sobre [dificuldades que sentem na implementação das rotinas];
- ✓ Facilitar oportunidades de reflexão e discussão através de dinâmicas de *role-play* [partilha de experiências entre pais de crianças da mesma idade];
- ✓ Reforçar autoeficácia do(a) pai/mãe para gerir as rotinas de sono das crianças em casa;
- ✓ Providenciar material educativo [livro de bolso com os pontos-chave abordados que permita uma consulta rápida].

DIAGNÓSTICO: SONO ADEQUADO (Continuação)

3. IMPLEMENTAR PROJETO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE: “Dormir bem para crescer saudável”

Local de implementação: Escolas de Ensino Pré-escolar previamente selecionadas

A implementação dos projetos de educação para a saúde pressupõe uma relação de parceria entre os enfermeiros, os professores e os pais, de forma a contribuir para a melhor qualidade de vida para a criança.



Destinatários: Professores do Ensino Pré-escolar, pais e crianças entre os 3 e os 6 anos

Duração do programa: duas semanas consecutivas

Metodologia: Expositiva e interativa

Recursos e frequência (variam de acordo com população-alvo):

Pais: uma sessão de 45-50 minutos na primeira semana e outra na segunda semana.

- ✓ Ensinar pai/mãe sobre sono da criança [com recurso a uma apresentação *PowerPoint*];
- ✓ Ensinar pai/mãe sobre rotinas de higiene de sono [com recurso a uma apresentação *PowerPoint*];
- ✓ Esclarecer dúvidas do pai/mãe;
- ✓ Providenciar material educativo [livro de bolso com dicas e estratégias para os pais utilizarem em casa].

Professores: uma sessão de 45-50 minutos antes de implementar o projeto na escola.

- ✓ Ensinar professor sobre sono da criança [com recurso a uma apresentação *PowerPoint*];
- ✓ Ensinar professor sobre rotinas de higiene de sono [com recurso a uma apresentação *PowerPoint*];
- ✓ Esclarecer dúvidas do professor;
- ✓ Ensinar professor sobre estratégias de comunicação eficaz [adequadas à idade das crianças];
- ✓ Providenciar material educativo [folheto síntese para consulta rápida].

Crianças: duas sessões por semana com cerca de 40 minutos.

- ✓ Ensinar criança sobre sono adequado [com recurso a uma apresentação *PowerPoint*];
- ✓ Ensinar criança sobre rotinas de higiene de sono [com recurso a uma apresentação *PowerPoint*];
- ✓ Promover a leitura como rotina para dormir [com recurso ao livro infantil “Dormir bem para crescer forte e saudável”];
- ✓ Providenciar momentos de ludoterapia [como estratégia de ensino – jogo da memória com ilustrações das rotinas de sono; jogo faz-de-conta];
- ✓ Providenciar material educativo [diário de sono ilustrado para preenchimento com os pais].



<p>SEMANA 0 (antes da implementação na escola e depois da identificação das necessidades)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <u>Formação para os professores do ensino pré-escolar realizada pelos enfermeiros (TOTAL: cerca de 50 minutos):</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ <u>Método expositivo:</u> Ensinar professores com recurso a apresentação <i>PowerPoint</i> (sono da crianças e as rotinas de higiene do sono) – <u>30 minutos;</u> ○ <u>Método interativo:</u> Esclarecer dúvidas dos professores; Facilitar oportunidades de reflexão e discussão – <u>20 minutos;</u> ✓ Providenciar material educativo [folheto síntese para consulta rápida]. ✓ Agendar e planear sessões com os pais e crianças.
<p>SEMANA 1</p>	<p>PAIS: <u>Workshop dedicado aos pais de crianças em idade Pré-escolar</u> (TOTAL: cerca de 50 minutos)</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ <u>Método expositivo:</u> Ensinar pai/mãe sobre o sono da criança com recurso a apresentação <i>PowerPoint</i> [rotinas de higiene de sono adequadas para a idade] – <u>30 minutos;</u> ✓ <u>Método interativo:</u> Esclarecer dúvidas do(a) pai/mãe; Facilitar oportunidades de reflexão e discussão com recurso dinâmica <i>role-play</i> [Quais as dificuldades percebidas pelos pais?; Quais as estratégias possíveis de implementarem em casa?] – <u>20 minutos.</u> <p>CRIANÇAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ <u>1ª Sessão:</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ Leitura da história “Dormir bem para crescer forte e saudável” – <u>15 minutos;</u> ○ Reflexão com as crianças sobre os pontos-chave do livro - <u>10 minutos;</u> ○ Reflexão com as crianças sobre as rotinas de higiene de sono que utilizam para dormir em casa – <u>15 minutos;</u> ○ Providenciar material educativo [diário de sono ilustrado para preenchimento com os pais – APÊNDICE XIII] – o sono da criança é adequado? ✓ <u>2ª Sessão:</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ Ensinar criança sobre sono adequado com recurso a apresentação <i>PowerPoint</i> [abordagem às rotinas de higiene de sono adequadas para a idade] - <u>30 minutos;</u> ○ Reflexão com as crianças sobre rotinas de higiene de sono [O que faço e o que posso fazer para dormir melhor?] – <u>10 minutos</u>



SEMANA 2	<p>PAIS – “O que posso fazer em casa para melhorar o sono do meu filho?”</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Facilitar oportunidades de reflexão e discussão através de dinâmicas de <i>role-play</i> [partilha de experiências entre pais de crianças da mesma idade]; ✓ Promover autoeficácia parental para gestão do sono dos filhos [dar ênfase aos contributos positivos e reforçar a capacidade para melhorar]; ✓ Providenciar material educativo [livro de bolso com dicas e estratégias para os pais utilizarem em casa].
	<p>CRIANÇAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ 1ª Sessão: <ul style="list-style-type: none"> ○ Ensinar a criança através de dinâmicas de ludoterapia - jogo da memória com as estratégias de higiene do sono - 30 minutos; ○ Facilitar oportunidades de reflexão [O que posso fazer em casa para dormir melhor?] – 10 minutos. ✓ 2ª Sessão: <ul style="list-style-type: none"> ○ Ensinar a criança através de dinâmicas de ludoterapia - Dinâmica pais e filhos [Recriação de estratégias de higiene do sono] – 30 minutos; ○ Facilitar oportunidades de reflexão [“O que já faço e o que posso fazer em casa para dormir melhor?”] – 10 minutos. ○ Providenciar material educativo [folheto ilustrado com os conteúdos abordados].

<p>AVALIAÇÃO DO PROJETO (2 MOMENTOS)</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Após final das sessões; ✓ 1 mês após o término das sessões 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Providenciar questionário dos hábitos de sono aos pais [no fim das sessões e repetir um mês depois]; ✓ Observar e analisar o diário de sono da criança [no fim das sessões e repetir um mês depois].
--	---

CONCLUSÃO

O desenvolvimento deste relatório permitiu uma reflexão crítico-reflexiva sobre as competências gerais do EE, as específicas do EESIP e as competências de mestre, contribuindo para a melhoria dos cuidados prestados à criança e família e o investimento na investigação científica. Após a identificação de uma problemática na população pediátrica, a realização de uma *Scoping Review* com o objetivo de mapear a evidência científica disponível sobre a capacitação dos pais relativa a estratégias promotoras da higiene do sono da criança em idade pré-escolar, permitiu não só aumentar os conhecimentos sobre a temática, bem como promover o desenvolvimento pessoal/profissional e contribuir para a melhoria dos cuidados prestados com a partilha dos resultados com os pares e com a comunidade científica (após publicação final em revista científica).

O EESIP é o profissional que presta CCF, onde o seu foco de atenção é o binómio criança-família ao longo do seu desenvolvimento. É um profissional especializado e sensível, capaz de olhar para cada família como única. Ao longo de todo este percurso, quer através da realização de trabalhos académicos, quer através das várias atividades desenvolvidas ao longo dos vários ensinamentos clínicos, foi possível desenvolver diferentes competências com o atingimento dos objetivos pessoais e profissionais definidos.

Nos vários contextos de prestação de cuidados de saúde à criança e família, foi possível desenvolverem-se várias das competências do EESIP, nomeadamente nos domínios da promoção do crescimento e desenvolvimento da criança, gestão da dor da criança com recurso a medidas não farmacológicas, deteção e gestão de situações de emergência clínica e avaliação familiar na admissão da criança, entre muitas outras. O EESIP tem ainda um papel importante na gestão dos cuidados e emoções, procurando atenuar o impacto negativo da hospitalização no binómio criança-família, recorrendo aos princípios do Modelo de Parceria de Cuidados de *Anne Casey*.

No fim deste percurso e após os vários *feedbacks* transmitidos, o EESIP pode dizer-se ser um profissional mais competente e completo, capaz de recorrer a estratégias adequadas para avaliar e reconhecer as necessidades individuais de cada família e selecionar as intervenções mais adequadas para promover a qualidade de vida da criança e melhorar os resultados obtidos.

Com a realização da *Scoping Review*, foi possível reunir a evidência científica disponível sobre as estratégias promotoras para a capacitação dos pais nos hábitos de higiene do sono da criança em idade pré-escolar. Compreendendo a importância do sono e o seu impacto no crescimento e desenvolvimento da criança, percebeu-se ser importante que o enfermeiro seja detentor de conhecimentos consistentes e atualizados sobre a temática, contribuindo para a capacitação dos pais através de *workshops* que promovam o empoderamento parental e os preparem para a gestão adequada das rotinas das crianças na hora de dormir.

O sono ainda continua a ser uma área desafiante para os pais, sobretudo na criança em idade pré-escolar e os enfermeiros demonstram também ausência de formação específica. Assim, percebeu-se ser importante a realização de mais estudos que contribuam para aumentar o conhecimento dos enfermeiros nesta temática, incentivando a implementação de mais programas de educação para a saúde que facilitem a capacitação e empoderamento parental relativamente à temática do sono e repouso em idade pré-escolar.

Em suma, apesar deste processo ter sido mais longo do que o desejado e de todos os obstáculos que foram surgindo, pode-se concluir que o desenvolvimento de todas estas competências contribuíram para uma profissional mais completa e orgulhosa do seu percurso, com uma ambição ainda maior de melhorar os cuidados prestados e deixar a sua marca junto de todas as famílias.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acevedo, F. D. H., Bcerra, J. I. R., & Martínez, Á. L. (2017). La filosofía de los cuidados centrados en el desarrollo del recién nacido prematuro (NIDCAP): Una revisión de la literatura. *Enfermería Global*, 16(4), 577–602. <https://doi.org/10.6018/eglobal.16.4.263721>
- Afonso, S. F. (2020). A importância da vigilância do neurodesenvolvimento na consulta de saúde infantil e juvenil em Portugal. *Revista Portuguesa De Medicina Geral E Familiar*, 36(2), 215-220. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v36i2.12501>
- Alves, R., Santello, S. B. S., & Adão, A. F. (2021). Dor pediátrica: percepções da equipe médica. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 13(2), 1-8. <https://doi.org/10.25248/REAS.e6414.2021>
- Amoretti, C. F., Rodrigues, G. O., Carvalho, P. R. A., & Trotta, E. de A. (2008). Validação de escalas de sedação em crianças submetidas à ventilação mecânica internadas em uma unidade de terapia intensiva pediátrica terciária. *Revista Brasileira De Terapia Intensiva*, 20(4), 325–330. <https://doi.org/10.1590/S0103-507X2008000400002>
- Anand, K. J. S., Willson, D. F., Berger, J., Harrison, R., Meert, K. L., Zimmerman, J., Carcillo, J., Newth, C. J. L., Prodhon, P., Dean, J. M., & Nicholson, C. (2010). Tolerance and withdrawal from prolonged opioid use in critically ill children. *Pediatrics*, 125(5), 1208–1225. <https://doi.org/10.1542/peds.2009-0489>
- Ávila-Alzate, J. A., Gómez-Salgado, J., Romero-Martín, M., Martínez-Isasi, S., Navarro-Abal, Y., & Fernández-García, D. (2020). Assessment and treatment of the withdrawal syndrome in pediatric intensive care units. *Medicine*, 99(5), 1–13. DOI: 10.1097/MD.00000000000018502
- Associação Portuguesa para o Estudo da Dor. (2021). *Recomendações da associação portuguesa para o estudo da dor para o controlo da dor na vacinação pediátrica:*

Linhas orientadoras para a prática clínica. Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (APED). https://www.aped-dor.org/documentos/vac_young/recomendacoes_aped.pdf

Azevedo, D. M. de, Nascimento, V. M. do, Azevedo, I. C. de, Cavalcanti, R. D., & Sales, L. K. O. (2014). Assistência de enfermagem à criança com dor: Avaliação e intervenções da equipe de enfermagem. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*, 16(4), 23-31. <https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/11170>

Balbino, F. S. (2024). Estratégias essenciais no cuidado aos recém-nascidos prematuros na unidade de terapia intensiva neonatal. *Enfermagem de A a Z* (5). <https://www.azmed.com.br/content/dam/multibrand/br/pt/azmed2023/home/vsr/pdf/Lamina-Enfermagem-de-A-a-z-05.pdf>

Balda, R., & Guinsburg, R. (2019). Avaliação e tratamento da dor no período neonatal. *Residência Pediátrica*, 9(1), 43-52. DOI:10.25060/residpediatr-2019.v9n1-13

Bazzarella, A., Pereira, E., Faria, I., Garoze, G., & Pontes, M. (2022). Aleitamento materno: Conhecimento e prática dos profissionais de saúde e atividades desenvolvidas pelas unidades da atenção primária. *Brazilian Journal of Development*, 8(4), 32453-32472. DOI:10.34117/bjdv8n4-636

Campos, J., Silva, A., Santana, M., Oliveira, T., Rocha, C., & Silva, A. (2020). Avaliação do estado nutricional de recém-nascidos pré-termo em unidade de terapia intensiva neonatal. *Brazilian Journal of Development*, 6(10), 80007-80028. DOI:10.34117/bjdv6n10-432

Carr, A. (2014). *Manual de psicologia clínica da criança e do adolescente: Uma abordagem contextual.* Psiquilíbrios. ISBN 978-989-8333-17-9.

Casey, A. (1993). Development and use of the partnership model of nursing care. In E. Glasper, & A. Tucker, *Advances in Child Health Nursing.* Oxford: Scutari Press.

- Cardoso-Demartini, A. de A., Bagatin, A. C., Silva, R. P. G. V. C. da, & Boguszewski, M. C. da S. (2011). Crescimento de crianças nascidas prematuras. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia Metabólica*, 55(8), 534-540. <https://doi.org/10.1590/S0004-27302011000800006>
- Carvalhais, M., Oliveira, A., Silva, C., Rocha, J., & Roque, M. J. (2022). Perspetiva dos enfermeiros especialistas sobre os cuidados atraumáticos em pediatria. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, 2(17), 31-39. <https://doi.org/10.29352/mill0217.24102>
- Carvalho, L., Almeida, I. C., Felgueiras, I., Leitão, S., Boavida, J., Santos, P. C., Serrano, A., Brito, A., Lança, C., Pimentel, J., Pinto, A., Grande, C., Brandão, T. & Franco, V. (2016). *Práticas recomendadas em intervenção precoce na infância: Um guia para profissionais*. Associação Nacional de Intervenção Precoce.
- Cavalcanti, A., & Pires, D. (2023). Primeira consulta do recém-nascido. In D. Pires, *Puericultura: Uma relação Dialógica* (pp. 76-89). SEDISUFRN.
- Cecílio, H., Santos, K., & Marcon, S. (2014). Modelo Calgary de avaliação da família: Experiência em um projeto de extensão. *Cogitare Enfermagem*, 536-544. <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/32729/23239>
- Codignole, I. F., Carvalho, A. C. F., Rezende, M. M., Souza, A. M. de, & Santos, G. B. (2021). Fatores que levam ao desmame precoce durante a amamentação. *Research, Society and Development*, 10(16), 1-11. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i16.23085>
- Correia, S., Aparício, G., Condeço, L., & Martins, M. P. (2020). Gestão da dor em pediatria: Contributos para a qualidade dos cuidados de enfermagem. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, 2(5e), 185-193. <https://doi.org/10.29352/mill0205e.19.00309>
- Curado, A. (2006). Acolher...é receber...é dar...é partilhar.... In Instituto de Apoio à Criança. *Acolhimento e estadia da criança e adolescente no hospital* (pp.22- 24).

Lisboa: IAC. <https://iacrianca.pt/wp-content/uploads/2020/07/acolhimento-estadia-crianca-jovem-hospital.pdf>

Dias, A. L. P. O., Hoffmann, C. C., & Cunha, M. L. C. da (2023). Aleitamento materno de recém-nascido prematuro em unidade de internação neonatal. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, (44), 1-8. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2023.20210193.pt>

Dini, A., Fugulin, F., Veríssimo, M., & Guirardello, E. (2011). Sistema de classificação de pacientes pediátricos: Construção e validação de categorias de cuidados. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(3), 575-580. DOI:10.1590/S0080-623420140000500003

Direção-Geral da Saúde. (2013). *Saúde infantil e juvenil: Programa Nacional*. https://www.spp.pt/UserFiles/file/Protocolos_Manuais_DGS/Programa_Nacional_Saude_Infantil_Juvenil.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2012). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor nas crianças com doença oncológica*. https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/ORIENTACAO%20DGS_023.2012%20DE%20DEZ.2012.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2008). *Maus tratos em crianças e jovens – Documento técnico da intervenção em saúde*. https://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/ficheiros-externos/doc-doc-tecnicosmaustratoscj_intervencaoasaude-pdf.aspx

Direção-Geral da Saúde. (2010). *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças*. https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/ORIENTACAO%20DGS_014.2010%20DE%20DEZ.2010.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2011). *Maus tratos em crianças e jovens: Guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção* (Divisão de Comunicação e Promoção de Saúde no Ciclo de Vida).

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/DGS_MausTratosCriançasJovensGuiaPraticoAbordagemDiagnosticoIntervencao.pdf

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

Farinho, A. P. R. A. (2023). *Momentos de crise na amamentação: A intervenção do EEESIP na prevenção, identificação e resolução* [Relatório de Estágio, Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Setúbal]. RCAAP. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/48642>

Feifer, G. P., Souza, T. B. de, Mesquita, L. F., Ferreira, A. R. O. & Machado, M. F. (2020). Cuidados de enfermagem a pessoa com transtorno do espectro autista: Revisão de literatura. *Revista Uningá*, 57(3), 60-70. <https://revista.uninga.br/uninga/article/download/2968/2230/11057>

Fernandez, H. G. C., & Moreira, M. C. N. (2021). Negociações no cuidado de crianças cronicamente adoecidas: Construção de possibilidades em um cenário de incertezas. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 31(4). <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310411>

Festas, C., Quelhas, I., & Braga, M. C. (2020). A criança em idade pré-escolar (3 aos 6 anos) e escolar (6 aos 12 anos). In A. L. Ramos, & M. D. C. Barbieri-Figueiredo (Eds.), *Enfermagem em saúde da criança e do jovem* (pp. 159-192). Lidel.

Fidler, A. L., Voorhees, S., Zhou, E. S., Stacciarini, J.-M., & Fedele, D. A. (2022). A systematic review and proposed conceptual model of sleep disturbances during pediatric hospitalizations. *Sleep*, 45(5), 1-17. <https://doi.org/10.1093/sleep/zsac038>

Figueiredo, C. I. P. (2016). *Estratégias não farmacológicas ao cuidar da criança com dor* [Master's dissertation, Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico da Guarda]. Biblioteca Digital do IPG.

<https://bdigital.ipg.pt/dspace/bitstream/10314/3587/1/E%20SIP%20-%20Cristina%20I%20P%20Figueiredo.pdf>

- Fonseca, F. R. da C. A. (2018). *As necessidades das crianças com perturbação do espectro do autismo e da sua família: Desafios à intervenção de enfermagem* [Master's thesis, Instituto de Ciências da Saúde - Universidade Católica Portuguesa]. Veritati. <http://hdl.handle.net/10400.14/28265>
- Fontes, V. S., Ribeiro, C. J. N., Dantas, R. A. N., & Ribeiro, M. do C. de O. (2018). Estratégias para alívio da dor durante a imunização. *Brazilian Journal of Pain*, 1(3), 270-273. <http://dx.doi.org/10.5935/2595-0118.20180051>
- Gaiva, M. A. M., Monteschio, C. C., Moreira, M. S., & Salge, A. M. (2018). Avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil na consulta de enfermagem. *Avances en Enfermería*, 36(1), 9-21. <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v36n1.62150>
- Galvão, D. M. P. G., Carpenter, A. L. M., Castro, P. C. A., & Almeida, T. I. M. (2018). Promoção do papel parental nos comportamento de sono de crianças até aos cinco anos de idade. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 337-347. <https://www.redalyc.org/journal/3498/349856003036/349856003036.pdf>
- Galvão, D. M. P. G., Pedroso, R. M. C. J., & Ramalho, S. I. H. S. M. de A. (2015). Intervenções não farmacológicas de redução da dor em uso na vacinação de lactentes non-pharmacological pain relief interventions used in infant vaccination. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 89-98. <http://dx.doi.org/10.17060/ijodaep.2015.n1.v1.254>
- Gasparado, C., Oliveira, N., Valeri, B., Linhares. M. (2020). Manejo não farmacológico da dor em bebés e crianças em contexto hospitalar. In S. Regina, F. Enumo, T. Dias, & F. Ramos, *Intervenções psicológicas para promoção de desenvolvimento e saúde na infância e adolescência* (pp. 21-46). Editora Appris.

- Harris, J., Ramelet, A.-S., van Dijk, M., Pokorna, P., Wielenga, J., Tume, L., Tibboel, D. & Ista, E. (2016). Clinical recommendations for pain, sedation, withdrawal and delirium assessment in critically ill infants and children: An ESPNIC position statement for healthcare professionals. *Intensive Care Medicine*, 42(6), 972–986. <https://doi.org/10.1007/s00134-016-4344-1>
- Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2014). A influência da família na promoção da saúde da criança. In M. J. Hockenberry, *Wong: Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. Elsevier.
- Hybschmann, J., Topperzer, M. K., Gjørde, L. K., Born, P., Mathiasen, R., Sehested, A. M., Jennum, P. J., & Sørensen, J. L. (2021). Sleep in hospitalized children and adolescents: A scoping review. *Sleep Medicine Reviews*, 59. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2021.101496>
- Ista, E., van Dijk, M., Gamel, C., Tibboel, D., & de Hoog, M. (2008). Withdrawal symptoms in critically ill children after long-term administration of sedatives and/or analgesics: A first evaluation*. *Critical Care Medicine*, 36(8). https://journals.lww.com/ccmjournals/fulltext/2008/08000/withdrawal_symptoms_in_critically_ill_children.31.aspx
- Instituto de Apoio à Criança. (2008). *Carta da criança hospitalizada*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MCEESIP_carta_crianca_hospitalizada.pdf
- Jesus, S., Farias, C., Schneider, D., Schoeller, S., & Bertoncello, K. (2021). Honneth: Contribuições para o cuidar em enfermagem à luz do amor, direito e solidariedade. *Revista Cuidarte*, 12(1). <https://doi.org/10.15649/cuidarte.1201>
- Joanna Briggs Institute – JBI (2018, November 5). *Joannabriggs.org*. 2017. https://joannabriggs.org/ebp/critical_appraisal_tools

- Jorge, A. M. (2004). *Família e hospitalização da criança: (Re)pensar o cuidar em enfermagem*. Lusociência. ISBN: 978-972-8383-79-4.
- Loureiro, L. M. de J., Mendes, A. M. de O. C., Barroso, T. M. M. D. de A., Santos, J. C. P. dos, Oliveira, R. A., & Ferreira, R. O. (2012a). Literacia em saúde mental de adolescentes e jovens: Conceitos e desafios. *Revista de Enfermagem Referência*, (6), 157-166. <https://scielo.pt/pdf/ref/vserIIIIn6/serIIIIn6a15.pdf>
- Loureiro, F., Silva, J., Quitério, M., & Charepe, Z. (2012b). Observação participada da consulta de enfermagem de saúde infantil*. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 1294-1299. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000600002>
- Loureiro, H. C., Pinto, T. R., Pinto, J. C., Pinto, H. R., & Paiva, T. (2013). Validation of the children sleep habits questionnaire and the sleep self report for portuguese children. *Sleep Science*, 6(4), 151–158. <https://ciencia.ucp.pt/ws/portalfiles/porta1/27210746/v6n4a06.pdf>
- Machado, D., Almeida, A., & Tavares, J. (2023). Relação entre características sociodemográficas e profissionais e comportamentos assertivos dos enfermeiros. *Revista De Investigação & Inovação Em Saúde*, 5(2), 47-58. <https://doi.org/10.37914/riis.v5i2.236>
- Magalhães, J., Sousa, G., Santos, D., Costa, T., Gomes, T., Neta, M. & Alencar, D. (2022). Diagnósticos e intervenções de enfermagem em crianças com transtorno do espectro autista: Perspectiva para o autocuidado. *Revista Baiana de Enfermagem*, 36. <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v36.44858>
- Mano, M. (2002). Cuidados em parceria às crianças hospitalizadas: Predisposição dos enfermeiros e dos pais. *Revista de Enfermagem Referência*, 8, 53-61. https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=57&id_revista=5&id_edicao=14

- Manuel, A. R., Ribeiro, A. F., Completo, S., Silva, S., & Loureiro, H. C. (2021). Sleep friendly ward: A pilot project in a level II hospital. *Portuguese Journal Pediatrics*, 52, 176–186. <https://doi.org/10.25754/pjp.2021.20190>
- Melo, M., Ferreira, A., Vasconcelos, M., Gresta, M., Carvalho e Silva, N., & Ferri, P. (2011). Novas recomendações para o atendimento ao paciente pediátrico gravemente enfermo. *Revista Médica de Minas Gerais*, 21(4 - suplemento 1), 12-21. <https://rmmg.org/artigo/detalhes/803>
- Melo, E., Ferreira, P., Lima, R., & Mello, D. (2014). Envolvimento dos pais nos cuidados de saúde de crianças hospitalizadas. *Rev. Latino-Americana Enfermagem*, 22(3), 432-439. DIO:10.1590/0104-1169.3308.243
- Mendes, M. (2016). Parceria de cuidados em pediatria: Ganhos em saúde para as crianças, para os pais e para os enfermeiros. In McGraw-Hill (Ed.), *Diseños de la moderna investigación universitaria* (pp. 531-542). <https://hdl.handle.net/1822/50685>
- Mendes, L., & Guareschi, A. (2018). Presença da família da criança nas situações de emergência e procedimentos invasivos: Revisão integrativa. *Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediátricos* 18(2), 96-102. https://journal.sobep.org.br/wp-content/uploads/articles_xml/2238-202X-sobep-18-2-0096/2238-202X-sobep-18-2-0096.x60241.pdf
- Menezes, M., & Ribeiro, E. (2024). Intervenção precoce com crianças e famílias: Desafio colaborativo para o serviço social. *Revista katálysis*, 27. <https://doi.org/10.1590/1982-0259.2024.e95113>
- Merighi, M., Jesus, M., Domingos, S., Oliveira, D., & Ito, T. (2014). Ensinar e aprender no campo clínico: Perspectiva de docentes, enfermeiras e estudantes de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67(4), 505-511. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2014670402>

- Mindell, J., & Williamson, A. (2018). Benefits of a bedtime routine in young children: Sleep, development, and beyond. *Sleep Medicine. Reviews*, 93-108. doi:10.1016/j.smrv.2017.10.007
- Mindell, J. A., & Owens, J. A. (2015). *A clinical guide to pediatric sleep: Diagnosis and management of sleep problems* (3rd ed.). Wolters Kluwer. <https://pediatrics.lwwhealthlibrary.com/book.aspx?bookid=3054§ionid=0>
- Monteiro, A., & Cerqueira, C. (2020). Modelo de parceria de cuidados de Anne Casey. In A. Ramos & M. Barbieri-Figueiredo, *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (pp. 33-38). Lidel.
- Monteiro, G. R. S. da S., Moraes, J. C. O., Costa, S. F. G. da, Gomes, B. da M. R., França, I. S. X. de, & Oliveira, R. C. de (2016). Aplicação do Modelo Calgary de avaliação familiar no contexto hospitalar e na atenção primária à saúde. Revisão integrativa. *Aquichan*, 16(4), 487-500. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74148832007>
- Moraes, I., Sena, N., Oliveira, H., Albuquerque, F., Rolim, K., Martins, H., & Silva, N. (2020). Percepção sobre a importância do aleitamento materno pelas mães e dificuldades enfrentadas no processo de amamentação. *Revista de Enfermagem Referência*, V(2), 1-7. DOI:10.12707/RIV19065
- Motta, G., & Cunha, M. (2015). Prevenção e manejo não farmacológico da dor no recém-nascido. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 68(1), 131-135. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680118p>
- Nobre, C., Bogalho, D., Fontoura, C., Marques, A., Alves, C., & Mariano, J. (2024). Negociação de cuidados num serviço de pediatria: Discursos e prática. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, 2(23), 1-10. <https://doi.org/10.29352/mill0223.34545>
- Nunes, L. (2015). Importância do aleitamento materno na atualidade. *Boletim Científico de Pediatria*, 4(3), 55-58. DOI:2238-0450/15/04-03/55

- Oliveira, H. (2018). *Atuação do enfermeiro no cuidado à criança com transtorno do espectro autista: Revisão integrativa da literatura* [Master's thesis, Universidade Federal do Ceará]. Repositório Institucional da UFC. <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/38454>
- Oliveira, J., Schmidt, C., & Pendeza, D. (2020). Intervenção implementada pelos pais e empoderamento parental no transtorno do espectro autista. *Psicologia Escolar e Educacional*, 24. <http://dx.doi.org/10.1590/2175-35392020218432>
- Ordem dos Enfermeiros. (2013a). Guia orientador de boa prática - estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8899/gobp_estrategiasnaofarmacologicascontrolodorcrianca.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2013b). Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem.
- Pascoal, M. M., & Souza, V. de (2021). A importância do estágio supervisionado na formação do profissional de enfermagem. *Revista Ibero-Americana De Humanidades, Ciências e Educação*, 7(6), 536-553. <https://doi.org/10.51891/rease.v7i6.1408>
- Pastor, M., Marques, G., Silva, S., Fernandes, R., & Barcelos, O. (2023). Identificação e referenciação da criança em situação de risco: Intervenções do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica. *JIM – Jornal de Investigação Médica*, 4(1), 143-154. <https://doi.org/10.29073/jim.v4i1.743>
- Pedrolo, E., Danski, M., Mingorance, P., Lazzari, L., Méier, M., & Crozeta, K. (2009). A prática baseada em evidências como ferramenta para prática profissional do enfermeiro. *Cogitare Enfermagem*, 14(4), 760-763. <https://doi.org/10.5380/ce.v14i4.16396>

- Pedroso, R. (2017). Impacto da parceria de cuidados para a criança hospitalizada e sua família. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 3(1), 225-232. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2017.n1.v3.991>
- Peres, A., Freitas, L., Calixto, R., Riera, J., & Quiles, A. (2013). Conceções dos enfermeiros sobre planeamento, organização e gestão de enfermagem na atenção básica: Revisão integrativa. *Referência - Revista de Enfermagem*, III(10), 153-160. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388239969006>
- Owens, J., Jones, C., & Nash, R. (2011). Caregivers' knowledge, behavior, and attitudes regarding healthy sleep in young children. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 7(4), 345-350. <https://doi.org/10.5664/JCSM.1186>
- Querido, D., Lourenço, M., Charepe, Z., Caldeira, S., & Nunes, E. (2022). Intervenções de enfermagem promotoras da vinculação ao recém-nascido - revisão scoping. *Revista Electrónica Trimestral de Enfermería* (66), 609-623. https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v21n66/pt_1695-6141-eg-21-66-594.pdf
- Rangel, M., Baptista, C., Pitta, M., Anjo, S., & Leite, A. (2015). Qualidade do sono e prevalência das perturbações do sono em crianças saudáveis em Gaia: Um estudo transversal. *Revista Portuguesa Medicina Geral Familiar*, 31(4), 256-264. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v31i4.11553>
- Regulamento n. 422/2018 da Ordem dos Enfermeiros, Diário da República: II Série, nº 133 (12 julho 2018). <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2018/07/133000000/1919219194.pdf>
- Regulamento n. 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, Diário da República: II Série, nº 26 (6 fevereiro 2019). <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>
- Regulamento n. 74/2006, Diário da República: III Série, nº 15 (24 março 2006). <https://dre.tretas.org/dre/196333/decreto-lei-74-2006-de-24-de-marco>

- Ribeiro-Lima, T. V., & Cavalcante, L. I. C. (2020). Shantala para promoção da saúde e conforto de bebês: Revisão de literatura. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, (48). <https://doi.org/10.25248/reas.e2375.2020>
- Rodrigues, V. (2018). Literacia em saúde. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 37(8), 679-680. DOI: 10.1016/j.repc.2018.07.001
- Rodrigues, M., Queiroz, R. & Camelo, M. (2021). Assistência de enfermagem a paciente com transtorno do espectro autista. *Revista Brasileira Interdisciplinar de Saúde*, 3(4), 75-79. <https://revista.rebis.com.br/index.php/revistarebis/article/view/232>
- Salavessa, M., & Vilariça, P. (2009). Problemas de sono em idade pediátrica. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 25(5), 585-591. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v25i5.10676>
- Salustino, M. C., Eloy, A. V. A., Ferreira, J. A. G., Nascimento, N. C. do, Carvalho, D. da S., Almeida, A. G. de, Olanda, D. E. da S., Pereira, M. A. de M., Teixeira, L. F., Oliveira, T. C. de, & Filgueiras, M. F. (2022). Cuidado centrado na família: Como realizar? *Estudos Avançados Sobre Saúde E Natureza*, 7. <https://doi.org/10.51249/easn07.2022.914>
- Salvador, P., Alves, K., Costa, T., Lopes, R., Oliveira, L., & Rodrigues, C. (2021). Contribuições da scoping review na produção da área da saúde: Reflexões e perspectivas. *Revista Enfermagem Digital. Cuidados. Promoção Saúde*, 6(1), 1-8. DOI:10.5935/2446-5682.20210058
- Santos, S., Santos, E., & Lacerda, A. (2018). Dor crónica em pediatria: Orientações para os profissionais de saúde. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 49(2), 166-177. <https://doi.org/10.25754/pjp.2018.13014>
- Santos, A. (2011). NIDCAP®: Uma filosofia de cuidados....*Nascer E Crescer - Revista do Hospital de Crianças Maria Pia*, 20(1), 26-31. <https://repositorio.chporto.pt/bitstream/10400.16/705/1/v20n1a06.pdf>

- Sedrez, E., & Monteiro, J. (2019). Avaliação da dor em pediatria. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73 (edição suplementar 4), 1-9. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0109>
- Schneider, S., Magalhães, C., & Almeida, A. (2022). Percepções de educadores e profissionais de saúde sobre interdisciplinaridade no contexto do Programa Saúde na Escola. *Interface (Botucatu)* 26. <https://doi.org/10.1590/interface.210191>
- Silva, T., & Silva, L. (2010). Escalas de avaliação da dor utilizadas no recém-nascido: Revisão Sistêmica*. *Acta Médica Portuguesa*, 23(3). <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/635/319>
- Silva, A., Cestari, V., Maia, G., Oliveira, M., & Barbosa, I. (2013 junho 3 – junho 5). *Evidências das ações de enfermagem para a promoção da saúde em ambiente hospitalar: Uma revisão integrativa* [Conference session]. Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem, Natal - Rio Grande do Norte. https://portal.eventosaben.org.br/anais_senpe/17senpe/pdf/1238po.pdf
- Silva, E., Simões, P., Macedo, M., Duarte, J., & Silva, D. (2018). Percepção parental sobre hábitos e qualidade do sono das crianças em idade pré-escolar. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(17), 63-75. <https://doi.org/10.12707/RIV17103>
- Silva, C., Sousa, M., Cabeça, L., & Melo, L. (2020). Modos de ser de profissionais de enfermagem em terapia intensiva pediátrica: Vivências com famílias. *REME-Revista Mineira De Enfermagem*, 24. <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20200042>
- Silva, J. O. M., Santos, L. C. O., Menezes, A. N., Neto, A. L., Melo, L. S. & Silva, F. J. C. P. (2021). Utilização da prática baseada em evidências por enfermeiros no serviço hospitalar. *Cogitare Enfermagem*, 26. <https://doi.org/10.5380/ce.v26i0.67898>

- Silva, J., Buboltz, F., Silveira, A., Neves, E., Portela, J., & Jantsch, L. (2017). Permanência de familiares no atendimento de emergência pediátrica: Percepções da equipe de saúde. *Revista Baiana de Enfermagem*, 31(3). <https://doi.org/10.18471/rbe.v31i3.17427>
- Silva, E. M., Pedrosa, D. L., Leça, A. P., & Silva, D. M. (2016). Percepção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança do doente pediátrico. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(9), 87-95. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16007>
- Simões, A., & Pereira, M. (2012). Abordagem reflexiva sobre educação parental em intervenção comunitárias. *Rev enferm UFPE on line*, 6(8), 1958-1964. DOI:10.5205/reuol.2931-23598-1-LE.0608201229
- Simões, A., & Pereira, M. (2012). Abordagem reflexiva sobre educação parental em intervenção comunitárias. *Rev enferm UFPE on line*, 6(8), 1958-1964. DOI:10.5205/reuol.2931-23598-1-LE.0608201229
- Sociedade Portuguesa de Pediatria (2017). *Recomendações SPS-SPP: Prática da sesta da criança nas creches e infantários, públicos ou privados*. Secção de Pediatria Social, Associação Portuguesa de Sono. https://www.spp.pt/UserFiles/file/Noticias_2017/VERSAO%20PROFISSIONAIS%20DE%20SAUDE_RECOMENDACOES%20SPS-SPP%20SESTA%20NA%20CRIANCA.pdf
- Sousa, J., Silva, R., & Olivindo, D. (2020). Os registos da caderneta de saúde da criança no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. *Research, Society and Development*, 9(10), 1-13. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i10.9017>
- Souza, S., Batista, A., Silva, E., & Santos, V. (2023). *A repercussão que o Modelo Calgary de avaliação familiar na assistência em saúde: Revisão integrativa* [Conference session]. 4º Congresso Internacional de Produção Científica em Enfermagem, São Paulo. <https://revistaremeccs.com.br/index.php/remecs/article/view/1447/1467>

- Stasio, S., Boldrini, F., Ragni, B., & Gentile, S. (2020). Predictive factors of toddlers' sleep and parental stress. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(7), 2494. <https://doi.org/10.3390/ijerph17072494>
- Taddio, A., McMurtry, C. M., Shah, V., Riddell, R. P., Chambers, C. T., Noel, M., MacDonald, N. E., Rogers, J., Bucci, L. M., Mousmanis, P., Lang, E., Halperin, S. A., Bowles, S., Halpert, C., Ipp, M., Asmundson, G. J. G., Rieder, M. J., Robson, K., Uleryk, E., Antony, M. M., Dubey, V., Hanrahan, A., Lockett, D., Scott, J., Bleeker, E. V., & HELPinKids&Adults. (2015). Reducing pain during vaccine injections: Clinical practice guideline. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 187(13), 975–982. <https://doi.org/10.1503/cmaj.150391>
- Tomás, S., Silva, S., Marques, G., Fernandes, R., & Olívia, B. (2023). Estratégias para a humanização dos cuidados à criança - intervenção do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica. *JIM – Jornal de Investigação Médica*, 4(1), 133-141. <https://doi.org/10.29073/jim.v4i1.741>
- Tsopanoglou, S. P., Pereira, A. S., Dupim, B. de P., Castro, F. M., Souza, S. G., Pinto, M. F., & Almeida, J. G. de M. (2021). Prematuridade: Orientar para cuidar – experiências em tempo de pandemia. *Revista Da Extensão*, (22), 118–123. <https://seer.ufrgs.br/index.php/revext/article/view/119158>
- Trindade, C. S. S., & Ramos, A. L. C. (2020). Influência dos programas de educação sobre o sono de crianças e adolescentes: Revisão integrativa. *Acta Paulista de Enfermagem*, 33, 1-9. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2020AR01936>
- Tsutumi, W., Araújo, J., Gallo, A., Pottker, L., Desconsi, D., & Roecker, S. (2023). Cuidado de enfermagem à criança com foco no cuidado centrado na família. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 23(1), 1-13. <https://doi.org/10.25248/REAS.e11773.2023>
- Valladares, A., & Silva, M. (2011). A arteterapia e a promoção do desenvolvimento infantil no contexto da hospitalização. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 32(33), 443-450. <https://doi.org/10.1590/S1983-14472011000300002>

- Vasconcelos, F. D. S. de, Vasconcelos, L. D. S. de, Soriano, C. F. R., & Santana, M. da C. C. P. de (2024). Amamentação em prematuros: Conhecimento de profissionais de saúde. *Gep News*, 7(3), 16–36. <https://www.seer.ufal.br/index.php/gepnews/article/view/16357>
- Verez, L. S. (2009). Formação em serviço uma necessidade ou uma calendarização. *Revista Sinais Vitais*, 87, 2-11. <https://www.sinaisvitais.pt/index.php/revista-sinais-vitais-publicacoes-78/revistas-1994-2014/22-revistas-2008-e-2009/459-revista-no-87-novembro-2009?showall=1>
- Vilaraça, S., & Ramos, M. (2020). O recém-nascido. In A. Ramos, & M. Barbieri-Figueiredo, *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (pp. 106-115). Lidel.
- Vilelas, J. M. da S., Marques, J. M., Jacinto, B. B., Correia, A. I. H. P., Apóstolo, J. M. A., & Pestana, V. L. F. (2023). *Guia orientador de boas práticas: O sono na criança e no adolescente*. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/31188/gobp_sonobebeadolescente_v7-okn.pdf

ANEXOS

ANEXO I: CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO E DE APRESENTAÇÃO DE UM
POSTER (O PAPEL DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE INFANTIL E
PEDIÁTRICA NA PERTURBAÇÃO DO ESPETRO DO AUTISMO: UM ESTUDO
DE CASO) NA 2ª REUNIÃO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM
PEDIÁTRICA DA ULS SÃO JOÃO

2ª Reunião Científica Internacional de Enfermagem Pediátrica

CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DE SÃO JOÃO

*Inovação e Desenvolvimento nos Cuidados
de Enfermagem à Criança,
Jovem e Família*

REPÚBLICA PORTUGUESA
SAÚDE

SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE

Certificado de Participante

Certifica-se que Rute Raquel dos Santos Encarnação

participou na 2ª Reunião Científica Internacional de Enfermagem Pediátrica do Centro Hospitalar Universitário de São João (CHUSJ), organizada pela Equipa de Enfermagem da Ala Pediátrica, que decorreu nos dias 26 e 27 de setembro de 2023, no Auditório do Centro de Investigação Médica da Faculdade de Medicina da U. Porto, com a duração de 12 horas.

Porto, 27 de setembro de 2023.

Francisco Mendes e Iolanda Novais
Pel'A Comissão Organizadora



CINTESIS
Health. Research.



O Papel do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica na Perturbação do Espectro do Autismo: um Estudo de Caso

Ana Patrícia Ribeiro ^{1,2} | André Martins ^{1,2} | Jéssica Loureiro ^{1,4} | Joana Gadelho ^{1,5} | Rute Encarnação ^{1,2} | Goreti Marques ^{1,4} | Abílio Cardoso Teixeira ^{1,4}

¹ Escola Superior de Saúde Santa Maria; ² Hospital Lusíadas - Porto; ³ Centro Hospitalar Universitário de São João; ⁴ Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/ Espinho; ⁵ Centro Hospitalar Universitário do Algarve; ⁶ CINTESIS

Introdução & Objetivos

O autismo tem etiologia multidisciplinar e normalmente manifesta-se antes dos três anos de idade. A escolha deste caso clínico permitiu-nos abordar uma patologia do grupo dos transtornos globais do desenvolvimento que atualmente ainda é vista com algum estigma pelas equipas de enfermagem.

Pretendemos: (1) Identificar os principais focos de uma intervenção de enfermagem especializada; (2) Determinar as principais áreas de atenção e diagnósticos; (3) Identificar as intervenções do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica perante a criança e família.

Metodologia

Estudo de caso, com a caracterização da criança e família através de colheita de dados.



Casal com uma criança de 3 anos dá entrada no internamento de Pediatria proposta para realização de adenoamigdalectomia e miringotomia com aplicação de tubos de ventilação transtimpânicos bilateral.

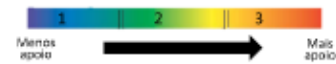
Entrevista de acolhimento: referido pela mãe diagnóstico recente de Perturbação do Espectro do Autismo (PEA), com provável enquadramento no nível 2.

Desde a entrada: agitação e movimentos repetitivos na criança; dificuldades na comunicação e expressão de emoções. Capaz de andar, mas em "bicos de pés" e com algum desequilíbrio. Começou recentemente a frequentar a escola, estando ainda com algumas dificuldades na adaptação. Aquando da prestação de cuidados, os pais procuram manter as rotinas da criança e realizar as atividades pela mesma.

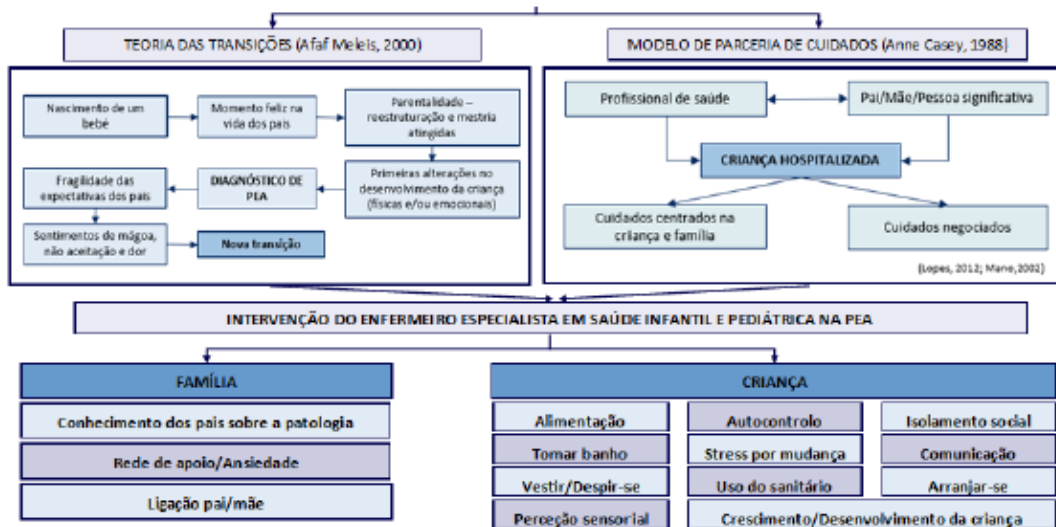
Resultados & Discussão

Características definidoras da PEA

Ações repetitivas, isolamento social, instabilidade, autocontrolo ineficaz, défices no autocuidado, comunicação ineficaz, agitação, interação disfuncional e desconforto (Herdman & Kamitsuru, 2018).



De acordo com o nível de PEA as necessidades de apoio da criança diferem (Oliveira, 2018).



Conclusão

Atualmente, prestar cuidados a crianças com diagnóstico de PEA é referida ainda como uma dificuldade pelos profissionais de saúde. Posto isto, é fundamental que o EESIP aprofunde conhecimentos sobre esta patologia, de forma a definir intervenções que respondam às necessidades da criança com PEA e família.

Referências Bibliográficas



ANEXO II: QUESTIONÁRIO DE HÁBITOS DE SONO DAS CRIANÇAS

Questionário de Hábitos de Sono das Crianças

Adaptado do *Children's Sleep Habits Questionnaire*, Prof. Owens, 2000[‡]

Este questionário pode ser preenchido por um dos pais ou por outra pessoa que cuide da criança e conheça bem os seus hábitos de sono. O seu preenchimento demora apenas alguns minutos.

Código de
Identificação

Nome da criança:

Data de nascimento: __/__/____ Sexo: Masculino Feminino Data atual: __/__/____

Acha que o seu filho/filha tem algum problema com o sono ou com o adormecer? Sim Não

As afirmações seguintes dizem respeito aos hábitos de sono da criança e possíveis problemas com o sono. Para responder às questões, pense no que aconteceu na semana passada. Se o sono foi diferente do habitual nessa semana por alguma razão (por ter uma otite ou porque a televisão avariou, por exemplo), pense noutra semana recente que considere mais normal. Nas perguntas de escolha múltipla, coloque uma cruz na coluna mais apropriada:

- **HABITUALMENTE**: se o comportamento descrito ocorre **5 ou mais vezes durante a semana**

- **ÀS VEZES**: se o comportamento ocorre **2 a 4 vezes durante a semana**

- **RARAMENTE**: se o comportamento ocorre apenas **1 vez durante a semana ou nunca acontece**

HORA DE DEITAR			
Durante a semana: _____ horas e _____ minutos			
No fim de semana: _____ horas e _____ minutos			
A criança...	Habitualmente (5 a 7 vezes por semana)	Às vezes (2 a 4 vezes por semana)	Raramente (uma vez ou nunca)
Deita-se sempre à mesma hora ^{(R)(1)}			
Depois de se deitar, demora até 20 minutos a adormecer ^{(R)(2)}			
Adormece sozinha na sua própria cama ^{(R)(3)}			
Adormece na cama dos pais ou dos irmãos ⁽⁴⁾			
Adormece embalada ou com movimentos rítmicos			
Precisa de um objeto especial para adormecer (fralda, boneco, etc., não inclui chupeta)			
Precisa de um dos pais no quarto para adormecer ⁽⁵⁾			
Resiste a ir para a cama na hora de deitar			
“Luta” na hora de deitar (chora, recusa-se a ficar na cama, etc.) ⁽⁶⁾			

HORA DE DEITAR (CONT.)			
A criança...	Habitualmente (5 a 7 vezes por semana)	Às vezes (2 a 4 vezes por semana)	Raramente (uma vez ou nunca)
Tem medo de dormir no escuro ⁽⁷⁾			
Tem medo de dormir sozinha ⁽⁸⁾			
Adormece a ver televisão/ecrã			

COMPORTAMENTO DURANTE O SONO			
Tempo total de sono diário: _____ horas e _____ minutos (considerando o sono da noite e as sestas)			
A criança...	Habitualmente (5 a 7 vezes por semana)	Às vezes (2 a 4 vezes por semana)	Raramente (uma vez ou nunca)
Dorme pouco ⁽⁹⁾			
Dorme muito			
Dorme o que é necessário ^{(R)(10)}			
Dorme o mesmo número de horas todos os dias ^{(R)(11)}			
Fala a dormir ⁽¹³⁾			
Tem sono agitado, mexe-se muito a dormir ⁽¹⁴⁾			
Anda a dormir, à noite (sonambulismo) ⁽¹⁵⁾			
Vai para a cama dos pais, irmãos, etc., a meio da noite ⁽¹⁶⁾			
Queixa-se de dores no corpo durante a noite. Se sim, onde? _____			
Range os dentes durante o sono ⁽¹⁷⁾			
Ressona alto ⁽¹⁸⁾			
Parece parar de respirar durante o sono ⁽¹⁹⁾			
Ronca ou tem dificuldade em respirar durante o sono ⁽²⁰⁾			
Tem dificuldade em dormir fora de casa (na casa de familiares, nas férias, etc.) ⁽²¹⁾			
Acorda durante a noite a gritar, a suar, inconsolável ⁽²²⁾			
Acorda assustada com pesadelos ⁽²³⁾			
Molha a cama à noite (crianças com 4 ou mais anos) ⁽¹²⁾			

ACORDAR DURANTE A NOITE			
A criança...	Habitualmente (5 a 7 vezes por semana)	Às vezes (2 a 4 vezes por semana)	Raramente (uma vez ou nunca)
Acorda uma vez durante a noite ⁽²⁴⁾			
Acorda mais de uma vez durante a noite ⁽²⁵⁾			
Quando acorda de noite, volta a adormecer sem ajuda			

Quando acorda durante a noite, quanto tempo fica acordada? _____ minutos

ACORDAR DE MANHÃ			
Hora de acordar nos dias de semana: _____ horas e _____ minutos			
Hora de acordar no fim de semana: _____ horas e _____ minutos			
A criança...	Habitualmente (5 a 7 vezes por semana)	Às vezes (2 a 4 vezes por semana)	Raramente (uma vez ou nunca)
De manhã, acorda por si própria ^{(R)(26)}			
Acorda com despertador			
Acorda mal-humorada ⁽²⁷⁾			
De manhã, é acordada pelos pais ou irmãos ⁽²⁸⁾			
Tem dificuldade em sair da cama de manhã ⁽²⁹⁾			
Demora a ficar bem acordada ⁽³⁰⁾			
Acorda com apetite			

SONOLÊNCIA DURANTE O DIA			
A criança...	Habitualmente (5 a 7 vezes por semana)	Às vezes (2 a 4 vezes por semana)	Raramente (uma vez ou nunca)
Dorme a sesta durante o dia			
Adormece de repente no meio de uma atividade			
Parece cansada ⁽³¹⁾			

Na semana passada, a criança pareceu sonolenta em alguma destas situações?	Não ficou sonolenta	Ficou muito sonolenta	Adormeceu
A brincar sozinha			
A ver televisão ⁽³²⁾			
A andar de carro ⁽³³⁾			
Nas refeições			

Obrigado pela sua colaboração!

APÊNDICES

APÊNDICE I: FORMAÇÃO AOS PROFISSIONAIS: “A PERTURBAÇÃO DO
ESPETRO DO AUTISMO”



Julho de 2024

Enfª Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica – Sónia Gomes
Aluna de Mestrado de Enfermagem Saúde Infantil e Pediátrica – Rute Encarnação



ÍNDICE

Perturbação do Espectro do Autismo: Quais as características definidoras?

Perturbação do Espectro do Autismo: Como é realizado o diagnóstico?

Perturbação do Espectro do Autismo: Uma transição para a criança e família

Perturbação do Espectro do Autismo: Cuidar da criança autista – Como facilitar o processo?

PERTURBAÇÃO DO ESPETRO DO AUTISMO



- Patologia comum na área pediátrica; (Oliveira, 2018)
- Etiologia multidisciplinar; (Feiler et al., 2020; Megalidou et al., 2022)
- É uma das doenças abrangidas pelos Transtornos Globais do Desenvolvimento; (Megalidou et al., 2020)
- Denomina-se Perturbação do Espectro do Autismo, porque possui vários níveis de gravidade; (Feiler et al., 2020)
- Normalmente manifesta-se antes dos 3 anos de idade; (Rodrigues, M. Queiroz, R. & Carado, M., 2021)

PERTURBAÇÃO DO ESPETRO DO AUTISMO:

Quais as características definidoras?

Agitação psicomotora

Comunicação ineficaz

Interação disfuncional

Desconforto



Atividades repetitivas

Défices no autocuidado

Autocontrolo insuficiente

Instabilidade emocional

Isolamento Social

(Henderson & Karrisour, 2018; Feiler et al., 2020)

PERTURBAÇÃO DO ESPETRO DO AUTISMO: Como é realizado o diagnóstico?



O diagnóstico é complexo e demorado



(Magalhães et al., 2020; Feller et al., 2020; DGS,2013)

Por favor, preencha este questionário sobre o comportamento usual da criança. Responda a todos os questões. Se o comportamento descrito for raro (ex. foi observado uma ou duas vezes), responda como se a criança não o apresenta. Faça um círculo à volta da resposta "Sim" ou "Não".


1	Gosta de brincar ao lado de outros de "toddlers", etc.?	Sim	Não
2	Interessa-se pelas outras crianças?	Sim	Não
3	Gosta de tocar objetos, como por ex. cadáveres, massas?	Sim	Não
4	Gosta de jogar às escondidas?	Sim	Não
5	Brinca ao faz de conta, por ex. falar ao telefone ou dar de comer a uma boneca, etc.?	Sim	Não
6	Aponta com o indicador para pedir alguma coisa?	Sim	Não
7	Aponta com o indicador para mostrar interesse em alguma coisa?	Sim	Não
8	Brinca apropriadamente com brinquedos (carros, brinquedos lego) levados à casa, abanar os dentes, etc.?	Sim	Não
9	Alguns vez brinca com objetos (brinquedos) para lhe mostrar alguma coisa?	Sim	Não
10	A criança mantém contacto visual por mais de um ou dois segundos?	Sim	Não
11	É muito sensível aos ruídos (ex. tapa os ouvidos)?	Sim	Não
12	Semelhante a resposta do exemplo (resposta rápida ou automática)?	Sim	Não
13	Reage a ruídos (ex. faz uma careta ou não brinca)?	Sim	Não
14	Responde/olha quando lhe chamam pelo nome?	Sim	Não
15	Se apontar para um brinquedo do outro lado da sala, a criança se compenhe para a obter?	Sim	Não
16	Alargos?	Sim	Não
17	Olha para as coisas para as quais o adulto está a olhar?	Sim	Não
18	Faz movimentos estranhos com a mão/bolso próximo da cara?	Sim	Não
19	Tenta chamar a sua atenção para o que está a fazer?	Sim	Não
20	Alguns vez se preocupa quanto à sua audição?	Sim	Não
21	Compreende o que as pessoas lhe dizem?	Sim	Não
22	Por vezes fica a olhar para o vazio ou desvira-se ao estar perto de pessoas?	Sim	Não
23	Procura a sua reação facial quando se vê confrontado com situações desconhecidas?	Sim	Não

BOLETIM DE SAÚDE
INFANTIL E JUVENIL

BOLETIM DE SAÚDE
INFANTIL E JUVENIL

PERTURBAÇÃO DO ESPETRO DO AUTISMO:

Diagnóstico – O meu filho tem autismo e agora?



Common reactions to an autism diagnosis:

- E agora?
- Porquê a nós?
- Ele era normal...
- Não é possível, nós sempre puxamos por ele!
- Ele nunca vai chamar-me de mãe.
- Ele é agressivo e não sei como ajudá-lo.
- Ele não vai conseguir fazer isto, temos que fazer por ele.
- Ele é diferente...

PERTURBAÇÃO DO ESPETRO DO AUTISMO:

Diagnóstico – níveis de gravidade



NÍVEL 1	NÍVEL 2	NÍVEL 3
LEVE	MODERADO	GRAVE
Necessita de apoio/suporte, por dificuldade ao nível das interações sociais e de planeamento.	Exige apoio significativo, por dificuldades na comunicação verbal e não-verbal e comportamentos restritos e estereotipados.	Além das dificuldades na comunicação, manifestam dificuldades em enoçar mudanças → a criança requer suporte extremo . Geralmente, apresenta défices motores ao nível da marcha e coordenação e comportamentos de autoagressividade.

APOIO/AJUDA EXTERNA →

Autismo! Capacidades diferentes. possibilidades infinitas.

(Rodrigan, M. Quirós, R. & Carro, M., 2021; Magalhães et al., 2020; Fonseca, 2018)

PERTURBAÇÃO DO ESPETRO DO AUTISMO: Diagnóstico – O meu filho tem autismo e agora?



PERTURBAÇÃO DO ESPETRO DO AUTISMO: Diagnóstico – Uma nova transição!



PERTURBAÇÃO DO ESPETRO DO AUTISMO: Diagnóstico – Relação familiar e o processo para a transição

Pais geralmente recorrem ao **apoio de nível 3** → Superproteção e infantilização

Influência da relação conjugal
→ carinho, companheirismo e boa comunicação → melhor adaptação social dos filhos



Diferentes sintomatologias e graus → alteração da dinâmica familiar → Dificuldade na inserção em grupos → **Isolamento social**

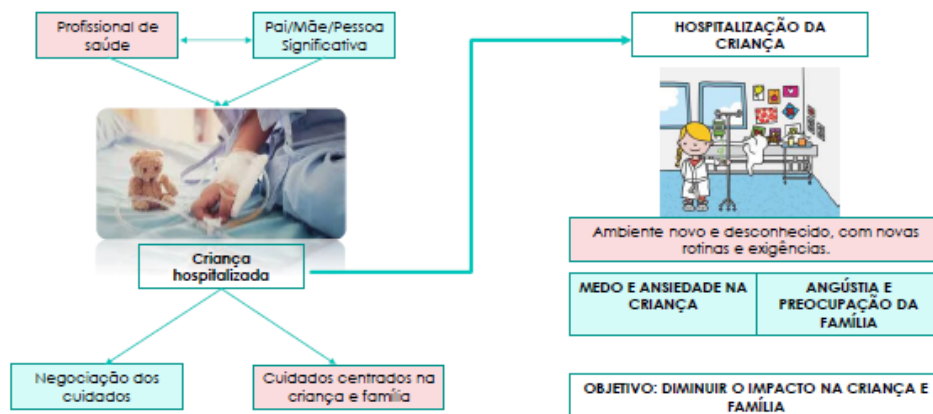
Isolamento social da família → Maior Responsabilidade no cuidado à criança → Elevada carga emocional → **Desgaste físico e emocional**



Papel importante do enfermeiro: facilitar a transição e permitir a articulação entre a família, a equipa multidisciplinar de saúde e a escola

(Magalhães et al., 2020); Feller et al., 2020; (Fimenta & Amorim, 2021)

PERTURBAÇÃO DO ESPETRO DO AUTISMO: Cuidar da criança autista – como facilitar o processo?



(Lopes, 2012; Mendes, 2016; Oliveira, 2018)

PERTURBAÇÃO DO ESPETRO DO AUTISMO: Cuidar da criança autista – como facilitar o processo?

ANTES DO DIAGNÓSTICO



PERTURBAÇÃO DO ESPETRO DO AUTISMO: Cuidar da criança autista – como facilitar o processo?

CRIANÇA HOSPITALIZADA COM DIAGNÓSTICO



Uma criança 6 anos de idade recorreu ao Serviço de Urgência Pediátrica acompanhada pelos pais, por vômitos persistentes e diarreia com 24 horas de evolução. Na triagem, a criança mantém-se bastante agitada e não interage com os profissionais, apresentando dificuldades na comunicação. A mãe refere um diagnóstico de perturbação de espectro do autismo aos 3 anos de idade, com provável enquadramento no nível 2.

Após avaliação médica por hipoglicemia e sinais de desidratação, a criança necessita de ficar internada em observação para colheita de sangue e realizar soroterapia.

PERTURBAÇÃO DO ESPETRO DO AUTISMO: Cuidar da criança autista – como facilitar o processo?

CRIANÇA HOSPITALIZADA COM DIAGNÓSTICO



1º Acolhimento

- O diagnóstico é aceite pelos pais?
 - Os pais estão consciencializados das necessidades reais da criança? → procurar identificar sinais de negação!
- Quais as dificuldades que a criança apresenta?
 - Quais as estratégias que os pais utilizam para cuidar da criança?
 - Quais as estratégias que os pais utilizam para promover a autonomia da criança?
- Conhecer a criança e compreender de que forma podemos facilitar o processo de hospitalização!

PERTURBAÇÃO DO ESPETRO DO AUTISMO: Cuidar da criança autista – como facilitar o processo?

CRIANÇA HOSPITALIZADA COM DIAGNÓSTICO



Como podemos ajudar a família durante o internamento?

REDE DE APOIO/ ANSIEDADE

- Apesar de estarem consciencializados do diagnóstico, possuem conhecimentos sobre a patologia e verificar-se o atingimento da mestria e identidade fluida → ansiedade dos pais e sensação de sobrecarga
- Procurar grupos de apoio na área de residência da família;
- Avaliar apoio da família mais alargada;
- Ensinar estratégias de promoção do relaxamento dos pais;

(International Classification of Nursing Practice, 2019; Feifer et al., 2020; Pinheiro & Amorim, 2021; Magalhães et al., 2022)

PERTURBAÇÃO DO ESPETRO DO AUTISMO: Cuidar da criança autista – como facilitar o processo?

CRIANÇA HOSPITALIZADA COM DIAGNÓSTICO



Como podemos ajudar a família durante o internamento?

LIGAÇÃO PAI/MÃE

- Com a patologia da criança e as novas necessidades, as rotinas da família alteram-se, podendo a relação conjugal ser afetada → **importante avaliar a relação entre o casal**

Em caso de observar dificuldades na relação do casal:

- Providenciar aconselhamento, escuta ativa, educação para a saúde e apoio do cuidador;
- Referenciar para terapia familiar.

(International Classification of Nursing Practice, 2019; Feifei et al., 2020; Pinetta & Anorin, 2021; Magalhães et al., 2022)

PERTURBAÇÃO DO ESPETRO DO AUTISMO: Cuidar da criança autista – como facilitar o processo?

CRIANÇA HOSPITALIZADA COM DIAGNÓSTICO



Como podemos ajudar a família durante o internamento?

PROCEDIMENTOS INVASIVOS

- Conhecer a criança, tendo em consideração as informações que os pais nos fornecem;
- Manter o ambiente o mais tranquilo possível;
- Diminuir o número de profissionais ao mínimo;
- Permitir a presença dos pais;
- Explicar e demonstrar o que vai ser realizado.

(International Classification of Nursing Practice, 2019; Feifei et al., 2020; Pinetta & Anorin, 2021; Magalhães et al., 2022)

PERTURBAÇÃO DO ESPETRO DO AUTISMO:

Cuidar da criança autista – como facilitar o processo?

CRIANÇA HOSPITALIZADA COM DIAGNÓSTICO



Como podemos ajudar a família durante o internamento?

HOSPITALIZAÇÃO DA CRIANÇA

- Se possível colocar a criança num quarto sozinha;
- Permitir aos pais trazer objetos que a criança esteja habituada;
- Procurar manter as rotinas semelhantes (hora do banho, hora e tipo de refeições, ritual para adormecer).

(International Classification of Nursing Practice, 2019; Feifer et al., 2020; Pimenta & Amorim, 2021; Magalhães et al., 2022).

PERTURBAÇÃO DO ESPETRO DO AUTISMO:

Cuidar da criança autista – como facilitar o processo?

CRIANÇA HOSPITALIZADA COM DIAGNÓSTICO



Como podemos ajudar a família durante o internamento?

AUTOCUIDADO

- Identificar as dificuldades da criança e aproveitar o internamento para favorecer a autonomia da criança;
- Ensinar aos pais estratégias para promover a autonomia da criança.
 - Dar tempo à criança para tentar fazer sozinha e só realizar por ela, caso não seja capaz;
 - Realizar incentivo positivo à medida que a criança consegue fazer;
 - Estabelecer rotinas e regras;
 - Diminuir os estímulos externos;

(International Classification of Nursing Practice, 2019; Feifer et al., 2020; Pimenta & Amorim, 2021; Magalhães et al., 2022).

PERTURBAÇÃO DO ESPETRO DO AUTISMO: Cuidar da criança autista – como facilitar o processo?

CRIANÇA HOSPITALIZADA COM DIAGNÓSTICO



Como podemos ajudar a família durante o internamento?

ALIMENTAÇÃO

- Conhecer as preferências da crianças e ajustar o plano alimentar;
- Incluir a criança nas escolhas alimentares, utilizando a negociação;
- Permitir que a família traga a alimentação para a criança (se não interferir com os cuidados);

(International Classification of Nursing Practice, 2019; Felfel et al., 2020; Pimenta & Amorim, 2021; Magalhães et al., 2022)

PERTURBAÇÃO DO ESPETRO DO AUTISMO: Cuidar da criança autista – como facilitar o processo?

CRIANÇA HOSPITALIZADA COM DIAGNÓSTICO



Como podemos ajudar a família durante o internamento?

COMUNICAÇÃO

- Facilitar a comunicação verbal com a criança, percebendo com as estratégias habituais;
- Ensinar aos pais estratégias para facilitar a comunicação com a criança.



Sistema de Comunicação através da Troca de Figuras (PECS) → facilitar e estimular a comunicação

(International Classification of Nursing Practice, 2019; Felfel et al., 2020; Pimenta & Amorim, 2021; Magalhães et al., 2022)

PERTURBAÇÃO DO ESPETRO DO AUTISMO: Cuidar da criança autista – como facilitar o processo?

CRIANÇA HOSPITALIZADA COM DIAGNÓSTICO



Como podemos ajudar a família durante o internamento?

COMUNICAÇÃO

- Facilitar a comunicação não - verbal com a criança, percebendo com as estratégias habituais;
- Ensinar aos pais estratégias para facilitar a comunicação não verbal com a criança.
- Recorrer a estratégias lúdicas e simbólicas → dispositivos audiovisuais, apoio tecnológico, programas de treino e materiais de preferência da criança para a incentivar a interagir.

(International Classification of Nursing Practice, 2019; Feifer et al., 2020; Pimenta & Amorim, 2021; Magalhães et al., 2022)

PERTURBAÇÃO DO ESPETRO DO AUTISMO: Cuidar da criança autista – como facilitar o processo?

CRIANÇA HOSPITALIZADA COM DIAGNÓSTICO



Como podemos ajudar a família durante o internamento?

STRESS POR MUDANÇA

- Conhecer as preferências da criança e favorecer a adoção de técnicas de relaxamento e distração – musicoterapia, arteterapia, por exemplo;

AUTOCONTROLO

- Incentivar os pais à adoção de regras e rotinas – crianças com patologia não têm que fazer tudo como querem e quando querem!
- Promover a adoção de estratégias de controlo de impulsos;

(International Classification of Nursing Practice, 2019; Feifer et al., 2020; Pimenta & Amorim, 2021; Magalhães et al., 2022)

PERTURBAÇÃO DO ESPETRO DO AUTISMO: Cuidar da criança autista – como facilitar o processo?

CRIANÇA HOSPITALIZADA COM DIAGNÓSTICO



DIFERENTE MAS ÚNICA!

Privilegiar os cuidados centrados na criança e família, com base na parceria de cuidados.

Considerar a criança única, com necessidades e exigências específicas;

Importante minimizar o impacto da hospitalização da criança autista.;

Aproveitar o momento da hospitalização da criança para favorecer a transição da criança e família, intervindo nas várias áreas de cuidados.

Sou diferente...
Tenho uma perturbação!
Mas sabes? Também consigo ser Especial!
Tem um nome muito esquisito, deixa-me assustado muitas vezes. E é verdade...traz-me várias dificuldades e muitos desafios, mas não me faz ser Incapaz!

Estar internado é muito difícil para mim... não gosto muito de mudanças, sabes? Fico ansioso e muitas vezes não me consigo controlar, acabo por fiar um bocadinho mais agitado e agressivo! Quero demonstrar o que penso, mas nem sempre o consigo exprimir da melhor forma... Mas não o faço por mal, só preciso que junto com os meus pais me ajudeis!

Às vezes preciso de um ambiente mais calmo, preciso de mais tempo ... Sei que nem sempre é fácil, mas preciso um bocadinho mais da tua paciência e flexibilidade. Preciso que olhes para mim de forma única e conheças as minhas individualidades! Eu posso ser capaz de fazer o que os outros meninos fazem ... só preciso que me dês mais tempo e me ajudes a encontrar o melhor caminho para atingir o máximo das minhas capacidade e potencialidades!
Enfermeira(o) ... eu valorizo muito o teu trabalho e o cuidado que tens comigo ... só posso não o conseguir demonstrar como os outros meninos!



PARA REFLETIR ...

APÊNDICE II: GUIA DE ACOLHIMENTO DA CRIANÇA E FAMÍLIA NO
SERVIÇO DE INTERNAMENTO PEDIÁTRICO E PROTOCOLO PARA A
AVALIAÇÃO INICIAL



*GUIA DE ACOLHIMENTO DA
CRIANÇA E FAMÍLIA NO SERVIÇO
DE INTERNAMENTO PEDIÁTRICO*

Internamento de Pediatria - Junho de 2024

Realizado por Aluna de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – Rute Encarnação sob a supervisão da Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica – Sónia Gomes

PREÁMBULO
<p>Acolher corresponde à receção da criança/jovem que chega ao serviço e é influenciada pelo contexto, idade e estágio de desenvolvimento da criança, situação de saúde/doença, experiências prévias, sentimentos de medo e angústia e pela situação atual de vulnerabilidade da criança e família (Curado, 2006).</p> <p>O acolhimento da criança é o primeiro contacto com o serviço de internamento, pelo que a forma como este é realizado pode influenciar o estabelecimento de uma relação de confiança e interajuda entre o profissional e a família, facilitando a adaptação à hospitalização e favorecendo a humanização dos cuidados (Jorge, 2004).</p> <p>A necessidade de hospitalização por si só tem um impacto negativo na vida da criança e família pois retira-lhes o poder de decisão, estando estes sujeitos ao cumprimento de uma série de regras e rotinas estabelecidas pelo serviço. De forma a diminuir o impacto da hospitalização, o enfermeiro deve acolher a criança e família, permitindo que eles o acolham, reconhecendo a criança/jovem e a sua família como únicos, de forma a que sintam parte integrante dos cuidados (Jorge, 2004).</p> <p>Durante o acolhimento, considerando a criança e família como únicos, é importante que o enfermeiro seja capaz de compreender e interpretar a forma como estes aceitam a doença e os fatores emocionais/psicológicos que a influenciam, fornecendo-lhes segurança e adaptando o plano de cuidados às suas individualidades.</p>
DESTINÁRIOS
<p>Este guia pretende ser utilizado por todos os enfermeiros do Serviço de Internamento Pediátrico no momento de admissão da criança e família no serviço.</p>
OBJETIVOS
<ul style="list-style-type: none"> • Uniformizar o procedimento de acolhimento da criança e família realizado pelos enfermeiros no Serviço de Internamento Pediátrico • Permitir a humanização dos cuidados prestados através do estabelecimento de uma relação empática entre o enfermeiro e a criança/família; • Facilitar a integração da criança e família no Serviço de Internamento Pediátrico; • Diminuir o impacto da hospitalização na qualidade de vida da criança e família; • Diminuir a ansiedade da criança e família.
QUANDO APLICAR?
<p>O acolhimento da criança e família no serviço de Internamento de Pediatria deve ser realizado logo após a admissão pelos serviços administrativos, se houver vaga em enfermaria e disponibilidade por parte dos profissionais. Caso por algum motivo não seja possível realizar o acolhimento no momento imediato, quer pela hora de internamento ou pela condição clínica da criança, devem ser apresentados os profissionais e o serviço, adiando as restantes informações para um momento mais oportuno até as primeiras vinte e quatro horas após a admissão.</p>
ACOLHIMENTO DA CRIANÇA E FAMÍLIA
<ol style="list-style-type: none"> 1. Receber a criança e família à entrada do serviço e dar-lhes as boas-vindas. 2. Confirmar o nome completo da criança e a sua data-de-nascimento, questionando qual o nome preferido, no caso de mais do que um nome próprio. 3. Apresentar-nos à criança e família, informando o nome e categoria profissional. 4. Colocar a pulseira de identificação, de acordo com o género da criança (azul ou rosa). 5. Colocar a pulseira de segurança e explicar o seu funcionamento: a criança não se pode ausentar da unidade, mesmo que acompanhada. Caso se aproxime das portas de saída ou se ausente do serviço, será ativado um alarme sonoro de violação de segurança. 6. Questionar o nome do acompanhante, o grau de parentesco e o contacto de referência. 7. Apresentar o serviço de Internamento Pediátrico: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sala dos pais: dispõe de equipamentos que possibilitam a realização de refeições ou descansarem. Tem disponível um frigorífico que pode ser utilizado, identificando os alimentos com o nome da criança e o número da cama. <input type="checkbox"/> Balcão administrativo; <input type="checkbox"/> Balcão de enfermagem; <input type="checkbox"/> Sala de brincar.

<ol style="list-style-type: none"> 8. Acompanhar a criança e família até à enfermaria (indicar o número do quarto e da cama). 9. Na enfermaria, explicar: <ul style="list-style-type: none"> - O quarto é partilhado, podendo ficar até 2 crianças por quarto. Os pais dispõem de um cadeirão para descansarem e a casa-de-banho é de utilização comum; - Possuem um mesa de cabeceira e um armário onde podem arrumar os pertences. O armário pode ser fechado à chave e o hospital não se responsabiliza pelos valores. - Possuem uma campainha junto à cama para acionar, em caso de necessitarem de ajuda de qualquer profissional; 10. Fornecer Guia de Acolhimento à criança e família, reforçando a importância da sua leitura e abordar os seguintes temas: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Rotinas do serviço: a visita médica geralmente é realizada durante a manhã. Caso necessite de alguma informação adicional pode solicitar ao enfermeiro responsável, sendo transmitida entre as 11h e 12h; <input type="checkbox"/> Visitas e acompanhamento: <ol style="list-style-type: none"> (1) criança tem direito no máximo a dois acompanhantes (pai e/ou mãe ou representante legal) entre as 8h30 e as 21h30. Após as 21h30 apenas pode ficar um acompanhante, não devendo circular fora do quarto. (2) Não são permitidas visitas, sendo que em internamentos prolongados (por mais de 7 dias) pode ponderar-se a substituição dos acompanhantes por outras visitas entre as 15h e as 19h. (3) Irmãos – com idade superior a 12 anos, será ponderado individualmente. <input type="checkbox"/> Circulação no serviço: cada acompanhante deverá levantar um cartão de acesso no Pavilhão Satélite. Este cartão permite entrar e sair pela porta junto aos serviços administrativos até às 17h30. A partir deste horário a circulação deve ser feita pela porta junto ao balcão de enfermagem, solicitando a abertura da mesma a um profissional. <input type="checkbox"/> Refeições: <ol style="list-style-type: none"> (1) O acompanhante permanente tem direito às refeições, podendo realizá-las no quarto ou ser atribuída uma senha para ir ao refeitório (localizado no Pavilhão Satélite); (2) Horário das refeições: <ul style="list-style-type: none"> * Pequeno almoço pelas 8h30; * Almoço das 12h30 até às 13h; * Lanche das 16h às 16h30; * Jantar pelas 19h; * Ceia pelas 22h. (3) Não devem fornecer alimentos ou bebidas do exterior, sem autorização dos profissionais de saúde. <input type="checkbox"/> Em caso de cirurgia: <ol style="list-style-type: none"> (1) Ensinos pré-operatórios: garantir manutenção do jejum (alimentos e água), pijama ou roupa adequada, banho com clorexidina nas cirurgias de ortopedia. (2) Explicar aos pais que podem acompanhar a criança até ao bloco, podendo um deles entrar junto da criança para o bloco. <input type="checkbox"/> Prevenção de Quedas: sempre que a criança ficar sozinha na cama, devem manter-se as grades elevadas. Manter a criança sob supervisão, mesmo quando esta sair da enfermaria; Ter atenção ao calçado, devendo ser confortável e ajustado; Manter a enfermaria organizada, evitando obstáculos; Respeitar as sinaléticas de piso escorregadio. <input type="checkbox"/> Prevenção de Infecção: Manter a higienização frequente das mãos. 11. Mostrar disponibilidade para esclarecer dúvidas.

Referências Bibliográficas:

Curado, A. (2006) Acolher... É Receber... É Dar... É Partilhar... In Instituto de Apoio à Criança, Acolhimento e Estadia da Criança e do Jovem no Hospital (2006), pp.22-24.

Jorge, A. (2004) Animação Cultural no Hospital – Parceiros ou Concorrentes In Instituto de Apoio à Criança, Acolhimento e Estadia da Criança e do Jovem no Hospital (2006), pp.61-62.

AVALIAÇÃO INICIAL		
Nome Completo:	Nome Preferido:	Idade:
Pais de Origem:	Língua:	
Nome do Acompanhante:	Parentesco:	Contacto:
Anamnese Clínica		
Motivo de Internamento (Medicina/Cirurgia):		
Internamentos Prévios:		
Antecedentes Clínicos:		
Medicação Habitual: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual?		
Alergias: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Alergénios:		
Plano Nacional de Vacinação: <input type="checkbox"/> Atualizado <input type="checkbox"/> Em atraso		
Centro de Saúde de Referência:	Pediatra de Referência:	
Avaliação Familiar		
Com que vive?	Irmãos (Idades):	
Dinâmica familiar (pai/mãe profissionalmente ativos?)		
Apoio da família alargada?		
Rede comunitária (grupos que frequentam?)		
Etnia:	Religião:	
Crenças a ser respeitadas:		
Exame físico e Hábitos		
Consciência:	<input type="checkbox"/> Consciente e orientado	<input type="checkbox"/> Alterações no estado de consciência _____
Comunicação:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Presença de alterações	Quais?
Visão:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Utiliza óculos/Lentes	Outras alterações?
Audição:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Utiliza próteses	Outras alterações?
Respiração	Frequência Respiratória: _____ cpm	SpO2: <input type="checkbox"/> Ar ambiente <input type="checkbox"/> O2 _____ L/min
Ingestão Nutricional	Peso: _____	Altura: _____
Tipo de Dieta: <input type="checkbox"/> Leite Materno Exclusivo <input type="checkbox"/> Leite Fórmula – Tipo _____ Quantidade: _____ <input type="checkbox"/> Dieta Pediátrica <input type="checkbox"/> Personalizada (Vegan/ Vegetariana/Celiaca/Outra _____)		
Nº Refeições diárias: _____		<u>Alimentos que não gosta:</u> _____
Intolerâncias alimentares: _____		<u>Alimentos preferidos:</u> _____
Pele e Mucosas	<input type="checkbox"/> Hidratada <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Rosada <input type="checkbox"/> Pálidez <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Icterícia <input type="checkbox"/> Hematomas <input type="checkbox"/> Petéquias Ferida _____ <input type="checkbox"/> Outras alterações _____	
Circulação	Tensão Arterial: _____ mmHg	Frequência Cardíaca: _____ bpm
Eliminação urinária	<input type="checkbox"/> Fralda permanente <input type="checkbox"/> Fralda durante a noite <input type="checkbox"/> Controlo de esfíncteres <input type="checkbox"/> Alterações na eliminação urinária _____	
Eliminação intestinal	Padrão intestinal: <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Obstipação Última dejeção: _____ Outras alterações? _____	
Deambulação	<input type="checkbox"/> Deambula sem dificuldades <input type="checkbox"/> Utiliza equipamento de apoio _____	
Sono e Repouso	Nº de horas diárias: _____ Sesta: _____ Alterações no sono: _____	
Higiene	<input type="checkbox"/> Cuidada <input type="checkbox"/> Negligente Frequência do Banho: _____ Horário habitual: _____	
Sexualidade	Idade 1ª Menarca _____ Ciclos regulares? _____	
Socialização	Frequenta a escola? <input type="checkbox"/> Sim Não Se sim, qual o ano? _____ Hobbies: _____ Brinquedos favoritos _____	
Outros dados relevantes	_____	

APÊNDICE III: POSTER: TRANSPORTE DA CRIANÇA NO AUTOMÓVEL –
RECOMENDAÇÕES PARA OS PAIS

TRANSPORTE DA CRIANÇA NO AUTOMÓVEL: RECOMENDAÇÕES PARA GARANTIR A SEGURANÇA DA CRIANÇA



Os acidentes rodoviários são a primeira causa de morte em crianças, após o primeiro ano de vida e até aos 15 anos (OMS, 2008).





**EDUCAÇÃO PARENTAL: PROMOÇÃO DA SEGURANÇA
RODOVIÁRIA INFANTIL**

VAMOS TER UM BEBÊ... E AGORA?

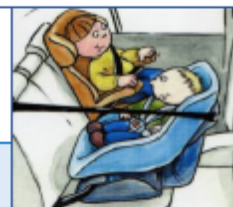
QUE CADEIRA ESCOLHER PARA O TRANSPORTE NO CARRO?

- O Sistema de Retenção para Crianças (SRC) deve ser comprado antes do nascimento,
- A utilização de SRC para todas as crianças é obrigatória (pode haver exceções nos prematuros) até aos 12 anos de idade e 135-150 cm de altura.
- O SRC selecionado deve ser homologado de acordo com o regulamento 44 ECE/UN - versão 04 ou o regulamento 129 ou i-Size, devendo estar adequado à idade, altura e peso da criança.

O QUE PROCURAR NA CADEIRA QUE ESCOLHER?

ECE R44-04 UNIVERSAL Gr 1 : 9-18kg : Y  04 06011	*Norma homologação: ECE R44-04; *UNIVERSAL: compatível com todos os carros com cinto de segurança; *GRI: Cadeira do grupo I – crianças com 9 a 18 Kg; *E: significa cadeira homologada e o número indica o país de homologação; *Número de homologação: os primeiros 2 dígitos devem ser 04 (versão mais recente)	i-Size 67 cm - 105 cm < 18,5 kg  129R-0000001 Nr. 000000	*Norma homologação: i-Size (mais recente); *UNIVERSAL Isofix: compatível com todos os automóveis que tenham sistema ISOFIX ; *Cadeira homologada de acordo com altura e peso: comprimento entre 45 e 105 cm e com menos de 19 Kg; *E: significa cadeira homologada e o número indica o país de homologação; *Nº de homologação: os primeiros 2 dígitos são 00, pela aprovação ser de acordo com a versão 00 da norma R129.
---	--	--	--

- Quando escolher a cadeira, esta deve permitir que o transporte seja feito no sentido contrário ao da marcha;
- Deve experimentar colocar a cadeira no automóvel antes de comprar para garantir que é possível ficar bem adaptada (seja com Isofix ou com cinto de segurança),
- A cadeira, preferencialmente, deve ser colocada nos bancos traseiros e, se não ser possível, deve ser colocada num banco sem o *airbag* ativo.



A correta utilização dos SRC (bem-adaptado, preso com cinto de segurança ou Isofix e colocado num lugar sem *airbag* ativo reduz o risco de morte ou ferimentos graves em 90-95%)

As cadeiras R44-04 vão ser substituídas ao longo do tempo pelas i-Size – **PORQUÊ?**



As cadeiras *i-Size* (R129) aumentam a segurança do transporte da criança no automóvel:

- a cadeira tem que ser colocada obrigatoriamente voltada para trás até aos 15 meses;
- a sua constituição permite garantir uma maior proteção do pescoço e coluna contra embates laterais e frontais;
- é mais fácil de ser colocada adequadamente no carro, evitando erros de instalação,
- maior compatibilidade com o automóvel (desde que tenha sistema *Isofix* – sistema internacional de fixação de cadeiras que fixa a cadeira diretamente) – não podem ser adaptadas com o cinto de segurança;
- as cadeiras são mais ajustadas à criança pois consideram o seu peso e estatura.

O momento da escolha do Sistema de retenção para crianças

Tenha em consideração o peso e altura/comprimento da criança.

A cadeira selecionada deve ser homologada (tem que possuir uma etiqueta a comprovar – preferencialmente pela norma R129).

Não é aconselhado a utilização de cadeiras em segunda mão, sobretudo com mais de 4-6 anos, por não garantirem as condições mínimas de segurança. Em último recurso, não deve ter sido utilizada por mais que uma criança e procure ter a certeza que não esteve envolvida em acidentes.

Se possível escolha uma cadeira com “*Plus de segurança*”, pois indica que passou por uma série de testes de segurança suecos.



Notas importantes a considerar:



As crianças logo após o nascimento têm o pescoço muito frágil e a cabeça grande (em comparação ao restante corpo) e pesada, pelo que devem ir na posição de semi-sentados (exceção dos prematuros, com indicação médica) e na **posição contrária ao sentido do trânsito até cerca dos 3-4 anos** (obrigatório pelo menos até aos 15-18 meses). E o transporte adequado e nesta posição que garante a segurança à criança numa colisão frontal (as costas, cabeça e pescoço serão amparados de forma uniforme e eficaz).

Em casos de **prematuridade ou crianças com necessidades especiais** (alterações neuromotoras, metabólicas, degenerativas, congénitas), podem ser transportadas em alcofas ou independentemente do peso e altura, desde que a cadeira seja adaptada e tenha indicação médica.



AIRBAG

As crianças devem ser colocadas adequadamente no SRC e **preferencialmente no banco traseiro**. No entanto, podem ser transportadas no banco da frente com o **airbag sempre desativado** e se: (1) idade inferior a 3 anos e a cadeira permitir a criança ser transportada no sentido contrário ao trânsito; (2) idade superior a 3 anos, se o carro não possuir banco traseiro ou não possuir cintos de segurança traseiros



Porque evitar transportar no banco da frente?

- * Menor visibilidade da estrada e do espelho retrovisor;
- * Maior risco de distração do condutor;
- * Menor segurança, em caso de acidente.

GRUPOS DE CADEIRAS MAIS ADEQUADAS, TENDO EM CONTA A IDADE E O PESO DA CRIANÇA



Grupo	Peso	Idade	Posição
0	Até 10 Kg	Casos especiais e justificados	De lado
0+	Até 13 Kg	Até cerca dos 12/18 meses	Sentido inverso ao da marcha
0+/ I ou I	Até 18 Kg	12meses -3/4 anos	Sentido inverso ao da marcha – há cadeiras que após os 18 meses podem ir no sentido da marcha, mas não é aconselhado.
II/III	15-36 Kg	Entre os 4/6 e cerca dos 12 anos	Sentido da marcha
III	22-36 Kg	Entre os 8-9 e cerca dos 12 anos	Sentido da marcha

A transição para o banco elevatório, deve dar-se apenas por volta dos 8/9 anos – o apoio das costas dá conforto às crianças quando adormecem e aumenta o apoio lateral da cabeça em casos de acidente.

Quando a cadeira passar a ser colocada virada para a frente (se for *ISOFIX*, só é permitido a partir dos 15 meses), deve se verificar que os cintos internos ficam bem ajustados à criança e que não ficam folgas entre a cadeira e o banco.

Quando transitar da cadeira 0+ para uma maior? O facto de os pés do bebé baterem nas costas do banco e ficarem dobradas, não é critério para mudar de cadeira. Enquanto o cinto interno estiver à altura do ombro e a cabeça bem apoiada, a cadeira encontra-se adequada.

Existem algumas situações especiais que devem ser consideradas:

- * Transporte de 4 crianças – 2 atrás com SRC e a de maior estatura e com mais de 3 anos viaja no banco traseiro apenas com cinto de segurança; a quarta criança vai na cadeira no banco da frente, apenas se der para ir contra o sentido do trânsito;
- * Se forem 3 crianças, mas na parte traseira só der para colocar 2 SRC – a criança mais velha, com maior estatura e mais de 3 anos, vai no banco traseiro com o cinto de segurança bem adaptado;
- * Uma criança com peso > 36 Kg, mas com idade < 12anos e estatura < 135cm: se a cadeira for pequena, utiliza apenas o cinto de segurança e, se o cinto ficar ao nível do pescoço é mais adequado coloca-lo atrás das costas.



APÊNDICE IV: POSTER COM INFORMAÇÕES PARA OS PAIS SOBRE O PLANO
NACIONAL DE VACINAÇÃO



PROGRAMA NACIONAL DE VACINAÇÃO (PNV, 2020)



- ✓ O PNV é universal, gratuito e está acessível a todas as pessoas residentes em Portugal;
- ✓ O esquema recomendado tem como objetivo controlar as doenças com maior potencial de ameaça à saúde pública, obtendo a maior proteção, na idade mais recomendada;
- ✓ Através da vacinação pretende-se a imunização e/ou a diminuição do número de casos graves.

- ✓ As vacinas do PNV são administradas no Centro de Saúde;
- ✓ O cumprimento do PNV não é obrigatório, mas torna-se um dever; além de fornecer proteção individual, contribui para a saúde pública;
- ✓ Se, após os ensinamentos sobre os benefícios da vacinação e os possíveis efeitos adversos, existir uma decisão informada de não adesão, deve ser deixado documento escrito e assinado pelos pai/mãe/representante legal;
- ✓ Na idade pediátrica, são recomendadas 13 vacinas, com doses de reforço incluídas;



NOTAS IMPORTANTES:

- ✓ A vacina para a tuberculose (BCG) deixou de estar incluída no plano, sendo administrada apenas aos grupos de risco (zona de residência, casos na família, baixo peso ao nascimento);
- ✓ A criança não precisa de estar em jejum para as vacinas; a amamentação pode ser utilizada como medida não farmacológica para controlo da dor;
- ✓ Se a criança estiver doente (com ou sem febre), mesmo a fazer antibiótico, podem ser administradas as vacinas.

- ✓ Não deve ser administrado paracetamol antes ou após as vacinas, porque pode alterar a imunização, exceto na vacina Men-B, que se prevê surgimento de febre e se pode administrar paracetamol 30 minutos antes para minimizar a sintomatologia);
- ✓ Após a vacinação, podem surgir reações leves que não necessitam de tratamento (choro persistente; dor, rubor, edema e endureção no local de administração, ligeiro aumento da temperatura basal) – Não há evidência que o gelo possa aliviar estes sintomas;
- ✓ Em casos de convulsão febril após a vacinação, esta não é contraindicação para administrações posteriores, mas pode ser utilizado o paracetamol para evitar novos episódios.



PLANO NACIONAL DE VACINAÇÃO RECOMENDADO (PNV, 2020)



À nascença (1 na coxa direita)

- ✓ 1ª VHB (Hepatite B)



2 MESES (3 vacinas – 2 na coxa direita + 1 na coxa esquerda)

- ✓ Hexavalente: 2ª VHB+1ª DTPa (Tétano, Difteria e Tosse Convulsa) + 1ª Hib (*Haemophilus influenzae tipo b*) + 1ª VIP (Poliomielite)
- ✓ 1ª Pn13 (*Streptococcus pneumoniae*)
- ✓ 1ª MenB (*Neisseria meningitidis B*)



4 MESES (3 vacinas – 2 na coxa direita + 1 na coxa esquerda)

- ✓ Pentavalente: 2ª DTPa + 2ª Hib + 2ª VIP
- ✓ 2ª Pn13
- ✓ 2ª MenB



6 MESES (3 vacinas – 2 na coxa direita + 1 na coxa esquerda)

- ✓ Hexavalente: 3ª VHB + 3ª DTPa + 3ª Hib + 3ª VIP



12 MESES (4 vacinas – 2 no braço direito + 2 no braço esquerdo)

- ✓ 3ª Pn13
- ✓ 3ª MenB
- ✓ 1ª VASPR (Sarampo, Parotidite epidémica e rubéola)
- ✓ MenC* (*Neisseria meningitidis C*)



18 MESES (1 vacina – braço direito)

- ✓ Pentavalente: 4ª DTPa + 4ª Hib + 4ª VIP



5 ANOS (2 vacinas – 1 no braço direito + 1 no braço esquerdo)

- ✓ Tetravalente: 5ª DTPa + 5ª VIP
- ✓ 2ª VASPR



10 ANOS (2 vacinas – 1 no braço direito + 1 no braço esquerdo)

- ✓ Reforço do tétano (depois aos 25, 35, 65 anos e passa para 10 em 10 anos)
- ✓ HPV (Vírus do Papiloma Humano) – 2 doses com um intervalo de 6 meses.

VACINAS EXTRA-PLANO RECOMENDADAS

Vacina contra a Gastroenterite provocada pelo rotavírus		Vacina Contra o <i>Neisseria meningitidis A,C,W-135 e Y</i>
Rotateq	Rotarix	Nimerix
*Oral; *3 doses, com início após as 6 semanas	*Oral; *2 doses, com início após as 6 semanas de idade e intervalo de 4 semanas entre doses.	*Administração por injeção intramuscular, com início após as 6 semanas; * O número de doses, depende da idade: -> 6 semanas – 6 meses: 2 doses + reforço aos 12 meses (substitui a vacina do plano Men-C); -> 6-12 meses: 1ª aos 6 meses e reforço aos 12 meses; -> 12 meses: 1 dose única que substitui a do plano; -> acima dos 12 meses: 1 dose única.



Uma criança vacinada, é uma criança protegida!

O seu médico e enfermeira de família, estão disponíveis para todas as suas dúvidas.

APÊNDICE V: FOLHETO PARA OS PAIS: SONO E REPOUSO NA CRIANÇA E
ADOLESCENTE



SINDROME DE MORTE SÚBITA DO LACTENTE

Caracteriza-se pela morte, não esperada e sem explicação, de um bebé com idade inferior a um ano e sem patologia conhecida. Existem algumas medidas que podem ser tomadas para prevenir o surgimento deste síndrome:

Posição preferencial para dormir – decúbito dorsal



A amamentação deve ser mantida, sobretudo em regime exclusivo;

Nos primeiros 6 meses, a cama do bebé deve ficar no quarto dos pais – permite uma maior vigilância e facilita a amamentação;



Permitir a utilização da chupeta durante o sono (após o 1º mês), sem qualquer corrente;

Evitar o consumo de álcool, nicotina e drogas durante a gravidez e o nascimento;

A cabeça do bebé não deve ficar coberta – é preferível vestir-se mais roupa ao bebé do que o cobrir; caso se cubra o bebé, os pés devem tocar o fundo da cama e o lençol deve ficar debaixo das axilas.



Manter vigilância durante a gravidez e o plano nacional de vacinação atualizado.



O sono do bebé pode ser um desafio para os pais, mas com esforço e consistência podemos ajudá-los a crescer fortes e saudáveis!

Qualquer dúvida contacte o seu médico ou enfermeira de família!



Folheto realizado com base no Guia de Boas práticas da Ordem dos Enfermeiros (2023)

Realizado no âmbito do Mestrado de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica, sob a orientação das Enfermeiras Especialistas em Saúde Infantil e Pediátrica Joana Ferreira e Gabriela Tavares

Enfermeira Rute Encarnação - Março de 2024



SONO E REPOUSO DA CRIANÇA E ADOLESCENTE



O sono é uma necessidade humana básica, tal como respirar ou comer!

O sono ocupa uma grande percentagem do dia e tem impacto no desenvolvimento da criança.



QUAL A IMPORTÂNCIA DE UM SONO ADEQUADO?

- Melhor qualidade de vida;
- Saúde mental mais saudável;
- Melhor controlo emocional;
- Maior facilidade na aprendizagem, memória, atenção e concentração;
- Comportamentos mais adequados.



QUANTAS HORAS DE SONO SÃO RECOMENDADAS?

Quando o recém-nascido nasce, dorme mais tempo do que está acordado e, ao longo do tempo, vai necessitando de dormir cada vez menos horas. Existem indicações do número de horas, de acordo com a idade, no entanto é importante que se considere a individualidade da criança.



Idade da Criança	Nº de horas recomendadas
1 a 12 meses	12-16 h
1-2 anos	11-14 h
3-5 anos	10-13 h
6-12 anos	9-12 h
13-18 anos	8-10 h

AS CRIANÇAS DEVEM DORMIR SESTA?

A sesta é um período de sono realizado além do noturno, que favorece o tempo total de sono e promove o desenvolvimento cognitivo das crianças:

- Facilita a aprendizagem e a consolidação de memórias;
- Maior capacidade de atenção;
- Favorece o desenvolvimento motor;
- Melhora a regulação emocional e facilita a linguagem.

Idade	Nº de sestras	Duração recomendada
3-6 meses	3 a 4	30 min a 2 horas cada uma
6-8 meses	2 a 3	1 a 2 horas cada uma
12-18 meses	1 a 2	1 a 2 horas cada uma (1 manhã/ tarde)
18-36 meses	1 a 2	1 a 2 horas cada uma (geralmente à tarde)
3-5 anos	0 a 1	1 a 3 horas (geralmente tendem a deixar de precisar)

Exceder o período máximo de sesta pode dificultar o sono noturno e, se o número de horas for insuficiente, a criança pode ficar aborrecida e cansada, sendo mais difícil adormecer à noite.

QUANDO A CRIANÇA DEIXA DE PRECISAR DE REALIZAR A SESTA?



A criança, à medida que cresce e se desenvolve, apresenta sinais de que já não precisa de sesta:

- Dificuldade em adormecer cedo à noite;
- Despertares noturnos mais frequentes;
- Começa a acordar de manhã, mais cedo que o habitual;
- Apresenta resistência em fazer a sesta e dificuldade em adormecer;
- Mesmo sem realizar a sesta, a criança mantém-se acordada e bem disposta, com preservação da atenção, humor e destreza.



HIGIENE DO SONO: COMO PROMOVER UM SONO ADEQUADO?



Horário regular de sono: manter a mesma hora de deitar e acordar. Ao fim-de-semana deve manter-se os horários, com uma variação máxima de 30 minutos.

Manter uma rotina regular, consistente, relaxante e adequada à idade da criança (30-45min antes de dormir):



Ambiente adequado: quarto calmo (cores claras e sem ruído), escuro (se for preciso luz de presença, preferencialmente deve ser alaranjada), arejado e com um temperatura amena (18-22°C).



Restringir os ecrãs antes do sono: o contacto com a luz azul (telemóvel, computador, televisão) inibe a produção de melatonina, favorecendo a vigília.

Fornecer um objeto de transição (chupeta, peluche, fralda): a criança identifica o objeto e sente-se mais segura quando fica sozinha.



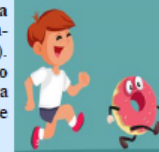
Deixar a criança adormecer sozinha: a criança deve ser deitada, sonolenta mas ainda acordada para que consiga autogerir as suas emoções e adormecer. Nos despertares noturnos, deve dar-se tempo à criança para se consolar sozinha.

Promover atividade física e brincadeiras moderadas durante o dia e evitar estimulação excessiva antes de dormir.



A ALIMENTAÇÃO INFLUENCIA O SONO?

Evitar alimentos ricos em açúcar/cafeína após o lanche (sono mais leve e menos duradouro, com dificuldade para adormecer). Preferir alimentos ricos em triptofano (laticínios, peixe, banana - estimulam a produção de melatonina, hormona que facilita o sono).



Evitar adormecer com fome (impede o início do sono) ou após uma refeição pesada/ rica em gordura (sensação de indisposição).



A amamentação e o sono: o bebé pode ter um sono mais fragmentado mas, por outro lado, o leite materno apresenta uma constituição maior de melatonina, o que permite que o bebé adormeça mais rápido e possa ter um sono reparador.

O sono também pode influenciar a alimentação do bebé - o sono pode alterar o comportamento da criança nas refeições; se a criança estiver em privação de sono vai ter períodos de maior irritabilidade com negação aos alimentos.



APÊNDICE VI: POSTER PARA OS PAIS: SABER PARA PENSAR - O SARAMPO
EM IDADE PEDIÁTRICA

SABER PARA PENSAR: O SARAMPO

O QUE É?

O SARAMPO é uma infeção causada por um vírus, na maioria das vezes benigna, mas que em casos mais graves pode acabar por ser letal.

COMO SE TRANSMITE?

A principal via de transmissão é a aérea, pela propagação de gotículas através da tosse ou espirro. Pode também ser transmitido pelo contacto direto com secreções nasais infetadas ou, menos frequentemente, pelo contacto indireto em objetos manipulados por pessoas infetadas.

QUAL O PERÍODO DE INCUBACÃO E CONTÁGIO?

Os adultos geralmente conseguem incubar o vírus durante mais tempo que as crianças, variando entre os 10 e 12 dias e podendo prolongar-se, em casos mais raros, até aos 21 dias. O vírus pode ser transmitido até 4 dias antes ou depois do início do exantema, sendo que depois do 2º dia o risco de transmissão é muito mais reduzido. Nos adultos e crianças vacinadas, o período de contágio verifica-se ser menor, tal como o risco de transmitir o vírus. Quando por alguma situação clínica, o sistema imunitário se encontra deprimido, o período de contágio tende a ser mais longo.

COMO SE MANIFESTA?



Coriza nasal (corrimento nasal)



Tosse



Febre ascendente (>38°C)



Exantema Maculopapular*



Manchas de Koplik**



Conjuntivite

**Manchas de Koplik – pontos esbranquiçados que surgem na mucosa oral e geralmente antecedem o exantema cerca de um a dois dias.

*Exantema Maculopapular - caracteriza-se por manchas vermelhas que surgem pelo 3º e 7º dias e se iniciam no rosto, alastrando para o tronco e, posteriormente para os membros inferiores. Geralmente duram 4 a 7 dias depois de surgirem e ao desaparecerem podem associar-se a zonas de pele seca.

COMO PREVENIR O SARAMPO?

O SARAMPO é uma das doenças mais contagiosas do país, pelo que a VACINAÇÃO recomendada é a principal medida de prevenção.



A vacinação para o sarampo é **GRATUITA** e está **DISPONÍVEL** para todas as crianças. As crianças vacinadas têm **MENOR PROBABILIDADE** de desenvolver a doença, mesmo após contacto com o vírus.





ESQUEMA RECOMENDADO EM PORTUGAL DA VASPR

População-alvo	Número de doses Recomendadas
Criança até aos 18 anos (antes de completar)	2 doses (12 meses e 5 anos)*
Adultos	1 dose (nascidos após 1970)
Profissionais de saúde	2 doses (independentemente do nascimento)

*Se contacto com caso positivo de sarampo antes dos 12 meses, realiza-se uma dose de vacina extra – dose zero (se contacto após os 6 meses)

COMO É REALIZADO O DIAGNÓSTICO?

- Otite média (infecção nos ouvidos)
- Pneumonia (infecção nos pulmões)
- Crupe (Laringotraqueobronquite)
- Convulsões febris
- Encefalite (infecção cerebral)



Em caso de agravamento do estado clínico, pode ser necessário internamento para controlo sintomático, sobretudo em crianças não vacinadas.

CRITÉRIOS CLÍNICOS PARA SUSPEITA DE SARAMPO?



Febre



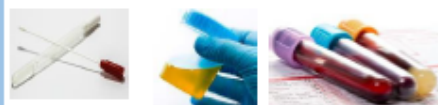
Exantema



Pelo menos um: Tosse/Coriza/Conjuntivite

ESTUDO CLÍNICO

Antes das 3 semanas do início do exantema



Após as 3 semanas do início do exantema

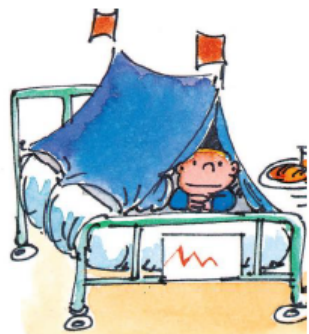


Qualquer dúvida, não hesite em contactar o seu médico/enfermeiro de família.



Folheto realizado com base nas orientações da Direção Geral de Saúde

APÊNDICE VII: POSTER PARA OS ENFERMEIROS DA UCIP - A DOR NA
CRIANÇA INTERNADA EM UCIP



Trabalho realizado no âmbito do Mestrado em Saúde Infantil e Pediátrica - Rute Encarnação – Janeiro de 2024

A dor na criança internada em UCIP



- A dor resulta de uma lesão real ou potencial, tendo como consequência uma experiência desagradável, com sofrimento associado.
- A avaliação da dor deve ser feita com frequência, tal como qualquer outro sinal vital, utilizando escalas apropriadas à idade e condição clínica da criança.
- A criança hospitalizada tem direito à monitorização e controle da dor.
- A monitorização da dor é uma competência de todos os enfermeiros, nomeadamente do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, sendo necessária formação contínua para uma prática humanizada.

AVALIAÇÃO DA DOR PELOS ENFERMEIROS EM UCIP

CRIANÇAS NÃO SEDADAS

Escalas de heteroavaliação	Escalas de autoavaliação
<ul style="list-style-type: none"> *FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability) – crianças < 4 anos, que não conseguem verbalizar a sua dor; *FLACC-R: FLACC revista para utilização em crianças com multideficiência, independentemente da idade. 	<ul style="list-style-type: none"> * Escala de Faces (> 4 anos) / Faces de Wong-Kaber (>3 anos) * Escala Visual Analógica (> 6 anos) * Escala Numérica (> 6 anos)

CRIANÇAS SOB VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA/ NÃO INVASIVA SEDADAS

Escala **COMFORT-B** (crianças dos 0 aos 18 anos, internadas em UCIP)

- * Utilizada para avaliar a dor, ansiedade e sedação em crianças internadas em UCIP;
- * Possui 6 itens de avaliação – alerta, calma/agitação, resposta respiratória ou choro, movimentos físicos, tônus muscular, tensão facial (dois deles excluem-se um ao outro – se crianças ventiladas avaliamos a resposta respiratória; se em respiração espontânea avaliamos o choro);
- * O resultado final fornece-nos informações importantes em contexto de UCIP (6 a 10 – excesso de sedação; 11 a 16 – normal; 17 a 22 – possível que exista dor ou desconforto; 23 a 30 – dor/desconforto presente) → Quanto maior o score, maior a probabilidade de a criança ter dor.

OBJETIVO:
DIMINUIR/ELIMINAR A DOR DA CRIANÇA

INTERVENÇÃO DO EESIP

DOR PRESENTE NA CRIANÇA?

INTERVENÇÕES FARMACOLÓGICAS

- *Antecipar a dor e preveni-la com recurso a fármacos adequados:
- (1) procedimentos com dor moderada - analgesia e sedação consciente (maior ação analgésica com início de ação rápida);
- (2) procedimentos agressivos ou com dor elevada - sedação profunda, com necessidade de maior vigilância e cuidados mais complexos → Importante avaliar a dor antes, durante e após procedimentos dolorosos, adequando a administração dos fármacos

INTERVENÇÕES FARMACOLÓGICAS

- * Permitir a presença do pai/mãe junto da criança (se este o desejar) durante os procedimentos dolorosos – o seu afastamento pode aumentar o stress e a perceção de dor;
- * Posicionamento, aplicação de frio/calor, massagem terapêutica;
- * Informação antecipatória, distração;
- * Relaxamento muscular;
- * Musicoterapia, Arteterapia, humor e terapias complementares.

Referências bibliográfica



A AVALIAÇÃO DA DOR DEVE SER UM PROCESSO RIGOROSO, PROCURANDO-SE PREVENIR O SOFRIMENTO DA CRIANÇA. DEVEM RECORRER-SE A ANALGÉSICOS/SEDATIVOS COMO MEDIDA DE CONTROLO DA DOR, APENAS QUANDO NECESSÁRIO E NA DOSE MÍNIMA RECOMENDADA E, SE POSSÍVEL, EM COMPLEMENTO COM AS MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS → OBJETIVO: PREVENIR O SÍNDROME DE ABSTINÊNCIA APÓS EXTUBAÇÃO NAS CRIANÇAS

APÊNDICE VIII: POSTER DE DIVULGAÇÃO DO CURSO DE MASSAGEM
INFANTIL PARA AS FAMÍLIAS

CURSO DE MASSAGEM INFANTIL

O QUE É?

É um momento único de “enamoramento” entre pais/figuras significativas e o bebé, com uma sensação de satisfação por parte de ambos. O elo afetivo é o elemento que massaja e interage com o bebé, garantindo e promovendo o toque e a vinculação.

A QUEM SE DIRIGE?

Bebés com 3 meses de vida e os seus pais

QUAIS OS OBJETIVOS?

Promover o relaxamento e diminuir a ansiedade dos pais;

Facilitar a comunicação e o vínculo entre os pais e o bebé;

Aumentar a cumplicidade entre o bebé e os pais;

Desenvolver a sensibilidade para o toque;



Aumentar a consciência mental e corporal;

Auxiliar no alívio de dores e desconforto (cólicas, tensão);

Estimular o desenvolvimento neuropsicomotor;

COMO É DINAMIZADO?

Total de cinco sessões de 60 minutos, 2 vezes por semana, via plataforma Zoom. Orientação pela Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica Luísa Lima.

COMO É ORGANIZADO?

1

Técnicas: Pernas / Pés/ alívio da cólica/ Ginástica (30min)
Ed. Parental: Benefícios da massagem infantil / Quando massajar o bebé? (30min)

2

Técnicas: Pernas / Pés (rever) / barriga/ Peito/Ginástica (30min)
Ed. Parental: Choro/ Toque (30min)

Técnicas: Alívio da cólica (rever)/Braços/mãos/ Ginástica (30min)
Ed. Parental: Sono (30min)

3

4

Técnicas: Braços (rever)/ Cara/Ginástica (30min)
Ed. Parental: A tecnologia & Crianças (30min)



5

Técnicas: rever de acordo com as famílias/Costas/Ginástica (30min)
Ed. Parental: Proteção Solar, Alimentação no primeiro ano de vida ou livre (30min)

O QUE É NECESSÁRIO?

Mãe: Roupa confortável

Bebé: Toalha, roupa confortável e óleo vegetal de primeira pressão a frio

Nutrir uma criança Sim, Mas não só com leite, É preciso pegá-la ao colo, É preciso acariciá-la, Embalá-la, E massajá-la, É necessário conversar com a sua pele, Falar com as suas costas, Que têm sede e fome, Como a sua barriga. “Shantalla” - Leboyer, F.

Para mais informações:

Telefone: 966054916/ 966055559 Email: mlplima@arsnorte.min-saude.pt



REPÚBLICA PORTUGUESA



SNS



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE SANTO ANTÓNIO



APÊNDICE IX: FOLHETO DE DIVULGAÇÃO DO CURSO DE MASSAGEM
INFANTIL PARA PROFISSIONAIS

Porque é importante?

Assenta num modelo relacional **centrado na família**. Tem como referência a APMI (Associação Portuguesa de Massagem Infantil) com objetivo de: **diminuir o stress, promover o conforto do bebé, promover a vinculação entre pais e filhos, avaliar e promover o desenvolvimento infantil.**



A **massagem infantil** permite:

- Estimulação dos sistemas circulatório, digestivo, hormonal, imunitário, linfático, nervoso, respiratório;
- Estimulação do sistema vestibular (coordenação e balanço);
- Desenvolvimento da linguagem;
- Promove a aprendizagem, a consciência corporal/mental e a integração sensorial;
- Acelera o crescimento;
- Facilita a eliminação.

Responde aos princípios do **Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil**, contribuindo para o bem-estar, crescimento e desenvolvimento das crianças e jovens.



Através da massagem infantil o foco é o bebé/família e o seu equilíbrio físico, mental, emocional e social.

Todos beneficiam, os bebés e os familiares.

Para mais informações:

Telefone: 966054916/ 966055559

Email: mplima@arsnorte.min-saude.pt

Referências Bibliográficas:

Associação Portuguesa de Massagem Infantil (consultado em maio 2024)
<https://apmi.org.pt/seja-instruorformacao-continuada-e-de-parceria/>



Poster de divulgação elaborado no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica - Ana Rita Vieira e Rute Encarnação - Maio 2024

CURSO DE MASSAGEM INFANTIL



A Massagem infantil é um momento único de "enamoramento" entre pais/figuras significativas e o bebé.



O elo afetivo é quem massaja e interage com o bebé, promovendo a vinculação através do Toque.

A quem se destina?



Bebés com **3 meses** de vida e os seus pais.

Como é realizada a referenciação?



A referenciação pode ser realizada pelos **profissionais de saúde das USE**, logo após o nascimento, através do sistema informático **SCLínico**, para a **UCC Inovar**, ao cuidado da **Enfermeira Luísa Lima**, com indicação de:

- Projeto de Massagem Infantil,
- **Motivo de Referenciação:** Curso de Massagem Infantil;
- Data de nascimento do bebé;
- Em observações, o contacto telefónico e e-mail dos pais;

Quais os objetivos do curso de massagem infantil?



- Promover o relaxamento e diminuir a ansiedade dos pais;
- Desenvolver a sensibilidade para o toque;
- Facilitar a comunicação e o vínculo entre os pais e o bebé;
- Aumentar a cumplicidade entre o bebé e os pais;
- Aumentar a consciência mental e corporal;
- Auxiliar no alívio de dores e desconforto (cólicas, tensão);
- Estimular o desenvolvimento neuropsicomotor;



Como é organizado?

Constituído por **5 sessões** de Massagem Infantil e educação parental, realizadas às **terças-feiras e às quartas-feiras**, via Plataforma Zoom.

	Técnica (30min)	Educação Parental (30min)
1 ^a	Pernas/Pés/ Alívio da cólica/ Ginástica	Benefícios da massagem infantil/ Quando massajar o bebé
2 ^a	Pernas/Pés (rever)/ Barriga/ Peito/Ginástica	Choro/Toque
3 ^a	Alívio da cólica (rever)/ Braços/ Mãos/Ginástica	Sono
4 ^a	Braços (rever)/ Cara/Ginástica	A tecnologia & Crianças
5 ^a	Rever de acordo com as famílias/ Costas/Ginástica	Proteção Solar, Alimentação no primeiro ano de vida ou livre

APÊNDICE X: CAPACITAÇÃO DOS PAIS PARA A PROMOÇÃO DA HIGIENE
DO SONO NA CRIANÇA EM IDADE PRÉ-ESCOLAR: UM PROTOCOLO DE
SCOPING REVIEW - PUBLICADO E ACEITE EM ORS REGISTERS A 18 DE
JUNHO DE 2024

Capacitação dos pais para a promoção da higiene do sono na criança em idade pré-escolar: um protocolo de scoping review

Autores

Encarnação, Rute¹ Goreti, Marques² Silva, Sofia³

1. Escola Superior de Saúde Santa Maria (ESSSM), Hospital Lusíadas do Porto [rute2304@hotmail.com]

2. PhD; Escola Superior de Saúde Santa Maria (ESSSM) [goreti.marques@santamariasaude.pt]

3. PhD; Escola Superior de Saúde Santa Maria (ESSSM), [sofia.silva@santamariasaude.pt]

Abstract

Objective: Mapear a evidência científica disponível sobre a capacitação dos pais para a utilização de estratégias para a promoção de higiene do sono da criança em idade pré-escolar.

Introduction: O sono é uma necessidade básica humana, que influencia o crescimento e tem impacto no desenvolvimento físico e psicomotor da criança, relacionando-se com melhores resultados em saúde e uma melhor qualidade de vida e saúde mental. O envolvimento e interação dos pais com as crianças na hora de dormir influencia a qualidade do sono, tomando-se imprescindível capacitar os pais para adotarem estratégias que promovam hábitos de sono saudáveis.

Inclusion criteria: Estudos quantitativos, qualitativos ou mistos, tais como, revisões de literatura e literatura cinzenta que abordem a capacitação dos pais para a utilização de estratégias para a promoção da higiene do sono da criança em idade pré-escolar, sem patologia que possa influenciar o sono, em qualquer contexto.

Methods: A *Scoping Review* será realizada de acordo com os princípios metodológicos propostos pela *Joanna Briggs Institute* (JBI). Nesta revisão serão incluídos todos os artigos acessíveis e pertinentes nas bases de dados CINAHL e Medline e ainda, no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAPP) e na Biblioteca Virtual da Saúde (BVS). As pesquisas nas bases de dados serão realizadas com recurso à frase booleana. A seleção e extração dos dados será efetuada por dois investigadores independentes e, em caso de divergências, por um terceiro investigador.

Results (For Reviews ONLY): Os resultados serão apresentados sob a forma narrativa, com recurso a tabelas, de acordo com a relevância, objetivos e questão de investigação.

Conclusions (For Reviews ONLY): Com esta *Scoping Review* pretende-se contribuir para a adequação de estratégias de capacitação dos pais relativamente à higiene do sono da criança em idade pré-escolar, de acordo com a melhor evidência.

Introduction

O sono é uma necessidade básica humana, que influencia o crescimento e desenvolvimento da criança (Trindade & Ramos, 2020). Caracteriza-se por um estado neurofisiológico em que se verifica uma diminuição da atividade física e uma ausência de resposta ao meio externo. Durante o sono ocorrem várias ações que são cruciais para a recuperação física e psíquica da criança, como por exemplo: renovação das células, produção de hormonas, anticorpos e proteínas que favorecem a regulação metabólica (Salevassa e Vilarça, 2009; OE,2023; Galvão et. al, 2018).

O sono da criança não pode ser desvalorizado, pois tem impacto no seu desenvolvimento saudável, influenciando o crescimento, aprendizagem e correto funcionamento do organismo (Llahuno et.al,2021). Um sono adequado relaciona-se com melhores resultados de saúde das crianças, melhor qualidade de vida e saúde mental, para além de promover um controlo emocional, sensação de felicidade e maior resiliência, contribui ainda, para melhorar a aprendizagem, a memória, os comportamentos e aumentar os níveis de atenção e concentração (OE, 2023; Llahuno et.al,2021).

Durante o desenvolvimento infantil, muitas são as alterações que surgem ao nível neuromotor com algum desgaste energético associado, sendo assim necessário que exista descanso e reparação física, nomeadamente nas crianças em idade-escolar (Festas et. al, 2020; Silva et.al,2018). Para uma criança em idade pré-escolar, entre os três e os cinco anos, são recomendadas onze a treze horas de sono diário (Festas et al., 2020) , bem como uma sesta entre uma a três horas por dia (Rangel et al.,2015). Em Portugal, a partir dos três anos de idade, na maioria dos estabelecimentos públicos não é preconizada a realização de sestras, o que dificulta o cumprimento do número de horas recomendado de sono nesta faixa etária e contribui para o aparecimento dos sintomas de privação (Sociedade Portuguesa de Pediatria,2017). Prevê-se assim, que nos países mais desenvolvidos, nomeadamente em Portugal, um terço a um quarto das crianças em idade pré-escolar venham a apresentar problemas de sono com despertares noturnos frequentes e renitência em adormecer (Carr,2014).

As crianças no período pré-escolar geralmente têm dificuldade em iniciar o sono ou adormecer após os despertares noturnos. Os pais sentem dificuldade em impor limites, mas quando são capazes de estabelecer regras na hora de dormir conseguem contribuir para uma melhor regulação e qualidade do sono. A consistência no horário de dormir, associam-se marcadores de qualidade de sono, tais como: menor número de despertares noturnos, menor resistência em adormecer e um sono mais duradouro (Stasio et al.,2020; Mindell & Williamson, 2017).

Os pais, segundo os princípios do modelo de parceria de cuidados de *Anne Casey*, são quem melhor conhece a criança e presta os melhores cuidados (Serez e Monteiro, 2019). Através da educação parental, pretende-se reforçar e desenvolver as competências parentais, de forma a garantir a melhor qualidade de vida da criança (Simões e Pereira, 2012). Conhecendo os benefícios do sono adequado para a criança, de forma a promover-se o seu desenvolvimento infantil, torna-se importante capacitar os pais para adotarem estratégias que

promovam hábitos de sono saudáveis, visto que o envolvimento destes e a interação estabelecida com as crianças na hora de dormir têm impacto na qualidade de sono (Stasio et al.,2020; Mindell & Williamson, 2017).

Tendo como princípio que a prevenção é preferível ao tratamento, torna-se pertinente abordar temática da higiene do sono. Esta caracteriza-se por uma série de recomendações que têm como objetivo obter uma alteração no comportamento, nas dinâmicas diárias e no ambiente onde a criança está inserida, de forma a alterarem-se os hábitos de sono (Llahuno et al.,2021). Uma boa higiene do sono, quando composta por regras e rotinas consistentes e adequadas à idade da criança, promove períodos de sono mais prolongados e diminui os despertares noturnos (Stasio et al.,2020; Mindell & Williamson, 2017; OE,2023).

Percebendo o conceito de higiene de sono, torna-se assim imprescindível incluí-lo nos processos de enfermagem, contribuindo para a sensibilização e capacitação dos pais para a sua utilização (Stasio et al.,2020; Mindell & Williamson, 2017; OE, 2023; Sociedade Portuguesa de Pediatria e Sector de Pediatria Social, 2017). Os enfermeiros possuem competências que lhes permitem fornecer educação parental, compreendendo quais as estratégias utilizadas pelos pais e fornecendo-lhes conhecimentos sobre as mais adequadas, para que estes se sintam responsabilizados e sejam capazes de garantir que as regras e rotinas são cumpridas de forma consistente, promovendo a qualidade de sono dos filhos (Llahuno et.al,2021; Stasio et al.,2020; Mindell & Williamson, 2017). A realização desta *Scoping Review*, pretende assim mapear e analisar a evidência científica sobre a capacitação dos pais para a utilização de estratégias promotoras de higiene do sono da criança em idade pré-escolar.

Review question

De acordo com as recomendações do JBI para a elaboração de uma *Scoping Review*, a questão de investigação foi desenhada através da estratégia PCC, onde P representa os "participantes", C "Conceito" e C "Contexto". Para esta *Scoping Review* definiu-se como "Participantes" – pais de crianças em idade pré-escolar, "Conceito" – Higiene do Sono e Capacitação dos pais e "Contexto" – em todos os contextos intra e extra hospitalar, o que conduziu à seguintes questão de investigação: Qual a evidência científica disponível sobre a capacitação dos pais relativa às estratégias para a promoção da higiene do sono na criança em idade pré-escolar?

Keywords

Sono; Criança; Pré-escolar; Pais; Capacitação; Higiene de sono;

Eligibility criteria

Participants

A *Scoping Review* incluirá todos os artigos que abordem pais de crianças com idades compreendidas entre os três e os seis anos (idade pré-escolar) e que não apresentem qualquer patologia que possa influenciar o sono (Festas et al., 2020).

Concept

Como conceitos desta *Scoping Review* destacam-se: higiene do sono e capacitação dos pais. A higiene do sono caracteriza-se por um conjunto de regras e rotinas aplicadas de forma

consistente e adequadas à idade da criança, promovendo períodos de sono mais prolongados e diminuição dos despertares noturnos (Llahuno et al.,2021; Stasio et al.,2020; Mindell & Williamson, 2017; OE,2023).

Associado aos cuidados à família surge o conceito de *Empowerment*, um processo de empoderamento em que a família é o recurso e o profissional de saúde é o potenciador da tomada de decisão (Ramos 2020). Para existir o empoderamento é necessário capacitar para a ação, ou seja, através do fornecimento das ferramentas, recursos e ambientes adequados, é dado o poder para atingirem os objetivos pretendidos (Haddad & Toney-Butler, 2020). Desta forma, a capacitação é a forma de atingir o empoderamento parental, definindo-se como uma ação realizada em parceria com os indivíduos/grupos para os tornar capazes de promover e proteger a sua saúde. Um processo onde se aproveitam as várias oportunidades, meios e recursos para procurar aperfeiçoar habilidades e competências, de forma a que a criança e a sua família as utilizem e desenvolvam novas competências para se sentirem mais competentes, independentes e confiantes, conseguindo suprir as suas necessidades individuais (Haddad & Toney-Butler, 2020; Hockenberry & Wilson, 2014).

A Organização Mundial de Saúde (2014), defende que os programas de educação parental têm como objetivo tornar os pais capazes de tomar conta dos filhos e aumentar os seus conhecimentos sobre desenvolvimento infantil, com recurso a estratégias adequadas. Desta forma, a capacitação parental procura dar aos pais informação suficiente para promover a aprendizagem e modificação de comportamentos, com uma redefinição do papel parental (Lopes & Ferreira, 2015). Dada a sua importância, a educação parental está incluída como área de atuação dos enfermeiros no Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, procurando capacitar-se os pais para tomar conta dos filhos (Ramos, 2020; DGS, 2013).

Context

O contexto desta *Scoping Review* inclui todos os ambientes intra e extra-hospitalares, em qualquer país.

Types of Sources

Serão incluídos todos os estudos quantitativos, qualitativos ou mistos, sendo consideradas fontes adicionais provenientes da literatura cinzenta. A pesquisa realizada não apresenta limite temporal até à data da *Scoping Review*.

Methods

A pesquisa apresentada será conduzida de acordo com a metodologia da JBI para *Scoping Reviews*.

Search strategy

O processo de pesquisa e identificação dos estudos publicados e não publicados, de acordo com a metodologia JBI, decorre em três etapas. Na primeira fase foi feita uma pesquisa preliminar nas bases de dados CINHALL e Medline com as palavras-chave inicialmente definidas e para mapear a literatura cinzenta, ou seja os artigos não publicados nas bases de dados, foi realizada a pesquisa no RCAAP e na BVS.

Através da análise do título, resumo e termos indexados, foi possível identificar outros discriminadores pertinentes para a pesquisa. Complementando os termos *MeSH* com os restantes discriminadores identificados, definiu-se a frase booleana para a pesquisa nas diferentes bases de dados, com base na mnemônica PCC (População/Conceito/Contexto):

("parent*") AND ("child, preschool") AND ("sleep" OR "sleep habits" OR "sleep hygiene") AND ("Education" OR "Training Programs" OR "Educational Activities" OR "Literacy programs" OR "Empowerment"). Na frase booleana definida, recorreu-se aos operadores (OR), (AND) e (*) de forma a incluir todas as variações da mesma palavra. Posteriormente na segunda etapa, adaptou-se a frase booleana individualmente a cada base de dados e à literatura cinzenta, tendo sido realizada a pesquisa considerando o título, resumo e termos associados. Por fim, foram analisadas as referências bibliográficas dos artigos, de forma a perceber se existem fontes adicionais que não foram incluídas na pesquisa inicial para se atingir a saturação de dados.

Study/Source of Evidence selection

Após término da pesquisa, os artigos incluídos à data, serão extraídos para o gestor de referências bibliográficas EndNote. Neste *software*, numa primeira fase, serão eliminados os estudos duplicados. Seguidamente, será realizada a análise e seleção individual de cada artigo. Na primeira análise, considerar-se-á o título e o resumo, eliminando os artigos que não abordam a temática definida. Na fase seguinte, os artigos mantidos serão avaliados de acordo com os critérios de inclusão, com recurso a um instrumento de análise de relevância que considera os participantes, o conceito e contexto definidos e com registo em tabela definida pela metodologia JBI.

Os artigos que cumprem os critérios de inclusão, serão analisados posteriormente na sua íntegra. Quando se verificar que o artigo não se encontra em texto integral nas bases de dados e respeita os critérios de inclusão da *scoping review*, serão contactados os autores para tentar ter acesso aos mesmos.

Por fim, após as várias fases de análise dos artigos, o processo de obtenção e seleção, de forma a organizarem-se os dados, será apresentado sob a forma do fluxograma PRISMA.

Data Extraction

Após a fase de análise dos artigos, será realizada a extração de dados a partir de um formulário definido, com recurso a uma *check-list* onde serão necessárias pelo menos as seguintes informações: título, tipo de estudo, objetivos e principais resultados, garantindo todo o rigor metodológico durante o processo.

Data Analysis and Presentation

A síntese e análise dos dados, serão apresentadas de forma descritiva, utilizando quadros, gráficos e/ou tabelas para organizar as informações obtidas, com vista ao atingimento do objetivo definido para a Scoping Review.

Toda a pesquisa será conduzida por dois investigadores independentes e, em caso de discrepância de opinião entre estes, por um terceiro elemento.

Acknowledgements

Esta Scoping Review está incluída no plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, da Escola Superior de Santa Maria no Porto.

Funding

Não existe qualquer tipo de financiamento externo para a realização deste projeto.

Conflicts of interest

Não existe qualquer tipo de conflito de interesses na realização deste projeto.

Appendices

Appendix I: Search strategy

Guidance for authors: For protocols - present a full search strategy for at least one electronic database including planned limits, such that it can be reviewed and repeated. For systematic reviews, all search strategies should be presented.

Appendix II: Data extraction instrument

#Only append the JBI or non-JBI data extraction instrument if the standardized tool has been modified in any way, otherwise simply cite the tool used in the text. Any modifications made to the instrument should also be described in the text.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Carr, A. (2014). Manual de psicologia clínica da criança e do adolescente: Uma abordagem contextual. Psiquilibrios.

Direção Geral de Saúde (2013). Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. (Lisboa, Ed. 1 ed.)

https://www.spp.pt/UserFiles/file/Protocolos_Manuais_DGS/Programa_Nacional_Sau_de_Infantil_Juvenil.pdf

Galvão, D. M., Carpenter, A., Castro, P. C., & Almeida, T. I. (2018). PROMOÇÃO DO PAPEL PARENTAL NOS COMPORTAMENTOS DE SONO DE CRIANÇAS ATÉ AOS CINCO ANOS DE IDADE. *International Journal of Developmental and Education Psychology*, 2(1), 337-347. Obtido de <https://www.redalyc.org/journal/3498/349856003036/349856003036.pdf>

Llaguno, N., Pinheiro, E., & Avelar, A. (s.d.). Elaboração e validação da cartilha "Higiene do Sono para Crianças". *Acta Paul Enferm*(34). doi:10.37689/acta-ape/2021AO001125

Lopes, N., & Ferreira, R. (2015). INTERVENÇÃO DOS ENFERMEIROS NA CAPACITAÇÃO PARENTAL NO RELACIONAMENTO PAIS-FILHOS. *ReserachGate*, 3(5). Obtido de https://www.researchgate.net/publication/317036969_INTERVENCAO_DOS_ENFER

[MEIROS NA CAPACITACAO PARENTAL NO RELACIONAMENTO PAIS-FILHOS](#)

- Mindell, J., Li, A., Sadeh, A., Kwon, R., & Goh, D. (2015). Bedtime Routines for Young Children: A Dose-Dependent Association with Sleep Outcomes. *BEDTIME ROUTINES FOR YOUNG CHILDREN*, 38(5), pp. 717-722. doi:<http://dx.doi.org/10.5665/sleep.4662>
- Ordem dos Enfermeiros. (Setembro de 2023). GUIA ORIENTADOR DE BOAS PRÁTICAS: O SONO NA CRIANÇA E NO ADOLESCENTE. (O. d. Enfermeiros, Ed.) Lisboa, Portugal: Papa-Letras.
- Rangel, M., Baptista, C., Pitta, M., Anjo, S., & Leite, A. (2015). Qualidade do sono e prevalência das perturbações do sono em crianças saudáveis em Gaia: um estudo transversal. *Rev Port Med Geral Fam*, 31(4), pp. 256-264. doi:<https://doi.org/10.32385/rpmgf.v31i4.11553>
- Salavessa, M., & Vilariça, P. (1 de 09 de 2009). Problemas de sono. *Revista Portuguesa Clinica Geral*, 25(5), pp. 585-591. doi:<https://doi.org/10.32385/rpmgf.v25i5.10676>
- Serez, E., & Monteiro, J. (2020). Avaliação da dor em pediatria. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(edição suplementar nº4), 1-9. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0109>
- Simões, A., & Pereira, M. (2012). ABORDAGEM REFLEXIVA SOBRE EDUCAÇÃO PARENTAL EM INTERVENÇÃO COMUNITÁRIAS. *J Nurs UFPE on line*, 6(8), pp. 1958-1964. doi:[10.5205/reuol.2931-23598-1-LE.0608201229](https://doi.org/10.5205/reuol.2931-23598-1-LE.0608201229)
- Silva, E., Simões, P., Macedo, M., Duarte, J., & Silva, D. (2018). Percepção parental sobre hábitos e qualidade do sono das crianças em idade pré-escolar. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(17), pp. 63-75. doi:<https://doi.org/10.12707/RIV17103>
- Stasio, S., Boldrini, F., Ragni, B., & Gentile, S. (2020). Predictive Factors of Toddlers' Sleep and Parental Stress. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 17(7). doi:<https://doi.org/10.3390/ijerph17072494>

Sociedade Portuguesa de Pediatria, & Secção de Pediatria Social. (1 de junho de 2017).
RECOMENDAÇÕES SPS-SPP. PRÁTICA DA SESTA DA CRIANÇA NAS CRECHES
E INFANTÁRIOS, PÚBLICOS OU PRIVADOS. Portugal

Trindade, C., & Ramos, A. (2020). Influência dos programas de educação sobre o sono de
crianças e adolescentes: revisão integrativa. *Acta Paul Enferm.*(33), pp. 1-9.
doi:<http://dx.doi.org/10.37689/actaape/2020AR01936>

