

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DA CRUZ VERMELHA PORTUGUESA – LISBOA

Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Ana Rita Vales Chaves Medeiros

Relatório de Estágio:
Intervenções de Enfermagem para a Promoção do
Sono do RN/ Criança / Jovem/ Família

Julho 2023

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DA CRUZ VERMELHA PORTUGUESA – LISBOA

Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Ana Rita Vales Chaves Medeiros

Relatório de Estágio:
Intervenções de Enfermagem para a Promoção do
Sono do RN/ Criança / Jovem/ Família

Relatório de estágio apresentado à Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa – Lisboa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem De Saúde Infantil e Pediátrica

Orientador: Prof^a Doutora Ana Paula Nunes

Julho 2023

Agradecimentos

Foi com motivação, vontade apreender que decidi enfrentar neste desafio. Foram vários os momentos difíceis, por vezes com vontade de desistir, agora no fim deste percurso quero agradecer a todas as pessoas que me apoiaram e não me deixaram desistir, dando força e motivação.

Aos meus pais, irmão, marido e sogros, pelo todo o apoio que mesmo longe de casa fizeram-me chegar todo o carinho e conforto para continuar este ciclo de estudos

À minha família e amigos, pelo apoio, e incentivo, principalmente nos momentos mais difíceis deste percurso.

Aos professores, principalmente à professora Ana Paula Nunes, pela sua disponibilidade e orientação para elaboração deste relatório e todas atividades que foram realizadas durante os contextos de estágio.

Às minhas supervisoras clínicas pela disponibilidade demonstrada, para me orientar ao longo deste percurso, pelos seus ensinamentos e partilha de experiências.

Resumo

No âmbito do Estágio de Natureza Profissional com Relatório - Módulo I e II, surge a elaboração de um relatório de estágio, tendo sido escolhido como tema central “Intervenções de Enfermagem para a Promoção do Sono do RN/ Criança / Jovem/ Família”, para desenvolvimento nos diferentes contextos de estágio e no relatório.

Para elaboração do relatório foi selecionada a Teoria do Conforto de Kolcaba, apoiado na filosofia do modelo conceptual centrado na criança e família, e foi definido como objetivo geral: Sensibilizar os Enfermeiros para o desenvolvimento de competências para a promoção do sono do RN/ Criança/ Jovem/ Família.

Ao longo deste relatório é abordado todo o percurso realizado durante o estágio, de modo a desenvolver as competências comuns e específicas do enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica, mas também de Mestre. Para obtenção destas competências foram definidos objetivos, tendo em conta a necessidade de cada contexto de estágio (centro de saúde, internamento de pediatria, serviço de neonatologia e urgência pediátrica) e atividade para dar resposta a estes mesmos objetivos, mas também foi feita uma avaliação destas atividades, tendo sempre em conta o tema central do relatório.

Palavras – Chave: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica; Sono; Intervenções de Enfermagem.

Abstract

Within the scope of the Professional Internship with Report - Module I and II, this internship report has been prepared with the theme “Nursing Interventions for the Promotion of Sleep in the NB/Child/Youth/Family”, as the topic to be explored within the framework of the internships and the following report.

This report uses the Kolcaba Theory of Comfort, as well as the Family-centred service model, to pursue the objective: To raise the awareness of Nurses for the need to develop skills that can promote sleep in the NB/Child/ Youth / Family.

Throughout this report, all the activities performed to develop common and specific skills as a Child and Paediatric Health Specialist nurse are discussed, as well as to obtain the master’s degree. To obtain these skills, objectives were defined according to the needs of each internship context (healthcare centre, paediatric hospitalization, neonatology service and paediatric emergency room), and activities developed to respond to these same objectives, as well as an evaluation of those activities - always considering the central theme of the report.

Keywords: Child and Paediatric Health Nursing; Sleep; Nursing Interventions.

Lista de Siglas, Abreviaturas e Acrónimos

aEEG- Eletroencefalograma de amplitude integrada

AS- Sono ativo

CVP- Cateter venoso periférico

dB- Decibéis

EESIP- Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica

IS- Sono indeterminado

MI'S- Membros Inferiores

MS'S – Membros Superiores

NREM- Sono tranquilo

NIDCAP- Neonatal Individualized Care and Assessment Program

QS- Sono tranquilo

RN- Recém-nascido

SU – Serviço de atendimento urgente

UCIN- Unidade de cuidados intensivos neonatais

WASO- Prolongamento do tempo de vigília após o início do sono

Índice

I. Introdução	9
II. Enquadramento.....	13
III. Percurso de Desenvolvimento de Competências Especializadas e de Mestre	17
III.1. Contexto de Estágio de Cuidados na Comunidade	19
III.2. Contexto de Estágio Serviço de Internamento de Pediatria	24
III.3. Contexto de Estágio Unidade de Internamento de Neonatologia.....	30
III.4- Contexto de Estágio Serviço de Urgência Pediátrico	34
IV. Considerações Finais.....	37
V. Referências Bibliográficas	40

Apêndices

Apêndices	44
Apêndice A - Plano de projeto / Objetivos transversais para os contextos de estágio – Módulo I	45
Apêndice B - Guia Entrevista.....	47
Apêndice C - Plano de Projeto – Centro de Saúde	49
Apêndice D - Plano Sessão de formação: “O sono na Criança / Jovem” - Centro de Saúde	52
Apêndice E- Sessão de formação “O Sono da Criança e Jovem”	54
Apêndice F – Resultados da Avaliação da Sessão Formativa “O Sono na Criança / Jovem”	94
Apêndice G - Plano de Sessão de Formação: “O Sono do Recém-Nascido” - Centro de Saúde .	97
Apêndice H- Sessão de Formação: “O Sono do Recém-Nascido”	99
Apêndice I- Plano de Sessão de Formação: “Prática da Sesta da Criança na Creche / Infantários”	107
Apêndice J- Sessão de Formação “Prática da Sesta da Criança na Creche / Infantários” - Centro de Saúde.....	109
Apêndice K - Plano de Projeto- Serviço de Internamento de Pediatria	120
Apêndice L- Plano de Sessão de Formação: “Heparinização VS Salinização de Cateteres Venosos Periféricos- Serviço Internamento de Pediatria/ Serviço Neonatologia	122
Apêndice M- Sessão de Formação “Heparinização VS Salinização Cateteres Venosos Periféricos” - Serviço de Internamento Pediatria / Neonatologia	124
Apêndice N - Resultados da Avaliação da Sessão Formativa “Heparinização VS Salinização Cateteres Venosos Periféricos” - Serviço de Internamento Pediatria	133

Apêndice O - Plano de Sessão de Formação: “Influencia da hospitalização no sono da Criança” - Serviço de Internamento de Pediatria	136
Apêndice P - Sessão de Formação: “Influência da Hospitalização no Sono da Criança” - Serviço de Internamento Pediatria	138
Apêndice Q - Resultados da Avaliação da Sessão Formativa: “Influência da Hospitalização no Sono da Criança” - Serviço de Internamento de Pediatria.....	148
Apêndice R – Norma: “Promoção do Sono da Criança e Jovem” - Serviço de Internamento Pediatria	151
Apêndice S- Plano Projeto- Serviço de Neonatologia	156
Apêndice T- Plano de Sessão de Formação: “Promoção do Sono do Prematuro”	158
Apêndice U - Sessão de Formação: “Promoção do Sono do Prematuro” - Serviço de Neonatologia	160
Apêndice V- Resultados da Avaliação da Sessão Formativa: “Promoção do Sono do Prematuro” - Serviço de Neonatologia	173
Apêndice W - Panfleto “O Sono do Meu Bebê “- Serviço de Neonatologia.....	176
Apêndice X - Plano de Sessão de Formação: “Heparinização VS Salinização de Cateteres Venosos Periféricos” - Serviço de Neonatologia.....	178
Apêndice Y - Resultados da Avaliação da Sessão Formativa: “Heparinização VS Salinização de Cateteres Venosos Periféricos” - Serviço de Neonatologia	180
Apêndice Z- Plano de Projeto – Serviço de Urgência Pediátrico.....	183

Anexos

Anexos	185
Anexo I-	186
Anexo II-	188
Anexo III-	190
Anexo IV-	193
Anexo V-	195

I. Introdução

No âmbito do Estágio de Natureza Profissional com Relatório - Módulo I e II, foi-nos proposto a escolha de um tema central para ser desenvolvido nos diferentes contextos de estágio e no relatório. Este relatório tem como objetivo refletir sobre objetivos e atividades que pretendo desenvolver ao longo do estágio, permitindo desenvolver competências de EESIP e de Mestre.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica trabalha em parceria com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre (em hospitais, cuidados continuados, centros de saúde, escola, comunidade, casa), para promover o mais elevado estado de saúde possível, presta cuidados à criança saudável ou doente e proporciona educação para a saúde assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa. (1)

Tendo por base que o EESIP utiliza o modelo conceptual centrado na criança e família, sendo este binómio beneficiário dos seus cuidados (1), o tema escolhido para ser desenvolvido ao longo dos vários contextos foi “Intervenções de Enfermagem para a Promoção do Sono do RN/ Criança/ Jovem/Família”. A escolha deste tema teve por base a unidade curricular Cuidar do Sono do RN/ criança, que me fez despertar o interesse por esta temática. Ao longo da unidade curricular foi possível compreender a importância do sono para o RN/ Criança, para o seu desenvolvimento, mas também da sua importância para os pais.

Em Portugal, segundo a Sociedade Portuguesa de Pediatria, a maior parte das crianças não consegue completar o tempo de sono recomendado para a sua idade, assim como, a sesta na criança em idade pré-escolar, não está garantida para a maioria das crianças, considerando-se que existe uma elevada percentagem de crianças em privação crónica de sono. (2)

Assim, pretendo conhecer as principais intervenções de enfermagem para a promoção do sono do RN/ Criança / Jovem, tanto em meio hospitalar, como no domicílio. O sono é uma necessidade humana básica, e é essencial para os processos de desenvolvimento das crianças, regulação das emoções, comportamento, enfrentamento e perceção da dor, para além de que o sono regula os sinais vitais, melhora a imunidade e apoia a recuperação de doenças e lesões, e quando este é insuficiente, pode afetar a saúde da criança. (3–10)

Estando o sono inerente ao desenvolvimento do RN, e consequentemente, da futura criança, com consequências a longo prazo, o enfermeiro tem um papel crucial na proteção e melhoria do sono do RN/ criança/ Jovem. Sendo os enfermeiros que acompanham o RN/ Criança/ Jovem e família durante o internamento, no período de 24h, e sabendo que o mesmo fica comprometido durante a hospitalização, (8) os enfermeiros devem estar capacitados para as intervenções com esse objetivo, justificando-se o papel do EESIP. O EESIP tem como competências: Transmitir orientações antecipatórias às famílias para maximização do potencial de desenvolvimento infanto-juvenil; Negociar o envolvimento dos pais na prestação de cuidados ao RN; Utilizar estratégias para promover o contacto físico dos pais /RN; Promover o crescimento e o desenvolvimento infantil; Providenciar cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência. (1).

Segundo a literatura, o estresse da hospitalização é associado a dificuldades de sono em crianças, não atingindo os requisitos de sono adequados (11). Segundo um estudo descritivo de crianças hospitalizadas com idades entre 3 e 8 anos, as crianças dormiram 20% a 25% menos em relação ao seu tempo de sono usual esperado como resultado de uma latência prolongada para o início do sono ou término prematuro do sono (7). Em outros estudos com uma faixa etária entre 12 meses e 18 anos, em unidades de cuidados intensivos e crianças com cancro hospitalizadas para quimioterapia, obtiveram como resultados: a duração reduzida do sono, atraso no início do sono, interrupções frequentes do sono e término prematuro do sono entre crianças (7).

Quanto a este projeto, pretendo que seja implementado em todos os contextos de estágio de modo a promover o sono, a implementação de intervenções de enfermagem, divulgação de informação aos pais do RN/ Criança/ Jovem, assim como, a realização de formações aos profissionais dos diferentes contextos de estágio.

Para fundamentação científica, foi realizada pesquisa nas bases de dados Cinahl Complete, Medline Complete, Nursing and Allied Health, Pub Med e Scielo. Sendo a minha questão de pesquisa: Quais as intervenções de enfermagem que devem ser implantadas para a promoção do sono durante a hospitalização?

Foram utilizados os descritores Child* or Newbord or Infant; Sleep; Hospitalized Child. Sendo a equação de pesquisa Child or Newbord or Infant and Sleo and Hospitalized Child, com os limitadores de texto integral e a data de limitação de 2017-2022. Obtendo-se no total 122 artigos, dos quais 7 eram repetidos e 1 era necessário efetuar pagamento. Após

a leitura do título e resumo dos artigos foram excluídos 92 artigos, após leitura integral dos artigos foram incluídos na revisão 10 artigos.

Para o serviço de neonatologia foi feita uma pesquisa mais específica, tendo sido utilizadas as bases de dados Pub Med, Cinahl Complete, Medline Complete, Nursing and Allied Health e Scielo. Sendo a minha questão de pesquisa: Quais as intervenções de enfermagem que devem ser implementadas para a promoção do sono, no contexto de cuidados intensivos neonatais?

Foram utilizados os descritores Neonate or Newborn; Sleep; newborn intensive care units or nicu, a equação de pesquisa utilizada foi ((neonate or newborn) and (sleep) and (newborn intensive care units or nicu)), com os limitadores de texto integral e a data de limitação de 2017-2022. No total foram obtidos nas bases de dados 122 artigos, sendo que um foi excluído por ser escrito em turco, e 6 artigos eram repetidos. Após a leitura do título e resumo foram excluídos 79 artigos. Após leitura integral foram incluídos na revisão 15 artigos.

Neste sentido, o meu objetivo geral é: Sensibilizar os Enfermeiros para o desenvolvimento de competências para a promoção do sono do RN/ Criança/ Jovem/ Família. Os objetivos específicos são:

- Identificar as principais estratégias utilizadas pelos enfermeiros durante a hospitalização promotoras do sono;
- Analisar o papel do EESIP na promoção sono nos diferentes contextos de estágio;
- Conhecer os vários métodos promotores do sono;
- Compreender a intervenção do EESIP, através da evidência científica na promoção do sono.
- Realizar sessão para os enfermeiros sobre a importância do sono e o papel do EESIP;

A estrutura deste relatório inicia-se pelo Capítulo I - Introdução, onde é feita uma contextualização do tema e justificação da escolha do tema do relatório e são apresentados os objetivos; no Capítulo II- Enquadramento Teórico, são descritos os principais conceitos e contextualização da temática por base de estudos, também é descrita a teórica escolhida para nortear o meu percurso formativo para a elaboração deste relatório; no Capítulo III – Percurso de Desenvolvimento de Competências Especializadas e de Mestre, está dividido em subcapítulos por contexto de estágio, onde é feita uma contextualização de cada local, os diagnósticos de situação levantados, a metodologia adotada para a identificação de cada

diagnóstico de situação e a identificação dos elementos que fizeram parte deste diagnóstico de situação. São descritos os objetivos e as atividades onde relaciono com o domínio de competências do enfermeiro especialista e mestre. Também são apresentados os resultados obtidos com as atividades desenvolvidas. Sempre que aplicável também é descrita a metodologia de pesquisa da melhor evidência científica, justificando as atividades efetuadas; no Capítulo IV- Considerações Finais, é realizada uma reflexão sobre todo o percurso formativo desenvolvido, sobre as dificuldades e limitações da operacionalização do plano de projeto de Estágio nos vários contextos. São descritos os ganhos das atividades desenvolvidas nos vários contextos para a valorização da enfermagem. É também descrito os meus projetos futuros a longos, médio, curto prazo, para a minha prática clínica, bem como o meu objetivo de continuidade deste projeto e estudo mais aprofundado deste tema escolhido para elaboração deste relatório/ desenvolvido nos vários contextos de estágio.

II. Enquadramento

A Teórica selecionada para elaboração deste relatório foi a Teoria do Conforto de Kolcaba, é uma teoria de médio alcance para a prática e pesquisa de enfermagem. É uma teoria de médio alcance devido ao número limitado de conceitos e proposições, baixo nível de abstração e facilidade de aplicação à prática real (12,13). Para a utilização da teoria são necessários três passos: (a) entender a definição técnica de conforto e suas origens, (b) entender as relações (proposições) entre os conceitos gerais contidos na teoria e (c) relacionar os conceitos gerais conceitos para problemas/configurações pediátricas específicas, a fim de esclarecer a prática e gerar questões de pesquisa.

Conforto pode ser um verbo, substantivo, adjetivo, advérbio, podendo ser negativo (ausência de desconforto recente), neutro (facilidade) ou positivo (inspirar esperança). A origem do conforto é confortare, significando fortalecer muito (12,14). Segundo a CIPE 2018, conforto é descrito como um Status: sensação de tranquilidade física e bem-estar corporal (15). Podemos concluir que conforto é um termo holístico e complexo.

Kolcaba (1994, 2001, 2003) definiu o conforto como "o estado imediato de ser fortalecido por ter as necessidades humanas de alívio, facilidade e transcendência atendidas em quatro contextos de experiência (físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental)" (12,13,16,17). Assim, o Alívio é o estado de ter um desconforto mitigado ou aliviado. A Facilidade é a ausência de desconfortos específicos. A transcendência é a capacidade de "superar" os desconfortos quando eles não podem ser erradicados ou evitados (12).

O ESIP tem um papel fulcral de fazer sentir a criança / família confortáveis, ajudar a superar os seus desconfortos e ajustar as suas intervenções de enfermagem tendo em conta o conforto da criança / família que têm à sua responsabilidade para cuidar, prevenindo assim o desconforto.

Assim, da tentativa de proporcionar conforto à criança / família, surge o sono como componente fisiológico, essencial ao estado de conforto físico e intimamente relacionado com a necessidade de conforto ambiental. Tendo em conta que o sono é essencial para a manutenção de um estado ótimo de saúde, e entendendo o sono adequado como um estado de bem-estar e conforto, os fatores que afetam o sono poderão ser entendidos como estímulos que afetam o conforto da criança doente. (12)

O sono começa a desenvolver-se no período fetal e é um processo neurofisiológico necessário para o desenvolvimento do cérebro, cujos padrões variam com a idade e a qualidade do mesmo, desde este período tem consequências a nível do desenvolvimento ao longo da vida. (10)

Nos primeiros dois anos de vida, a criança passa cerca de dez mil horas a dormir e apenas sete mil horas acordada, permitindo o rápido desenvolvimento cerebral. Um RN passa cerca de 16 - 18h a dormir por dia, e os padrões de sono do RN incluem o sono QS ou NREM, que promove a recuperação de energia e a reparação celular, um aumento da síntese proteica e produção da hormona do crescimento, contribuindo também, para o processo de aprendizagem e consolidação da memória. Este período é caracterizado por um período de repouso, com respiração profunda e frequência cardíaca regulares, com ausência de movimentos corporais ou oculares); o sono AS é essencial para a maturação e desenvolvimento do sistema nervoso central, incluindo o crescimento do sistema neurosensorial e desenvolvimento do padrão comportamental. Este período é caracterizado pela presença de movimentos oculares rápidos, com respiração rápida e irregular e movimentos corporais e faciais e o sono IS é caracterizado pela transição entre o sono NREM e o AS. (8,10).

O tempo em cada fase varia ao longo do desenvolvimento, com um ciclo completo de sono a durar entre 55 a 90 minutos (10). Sendo que o tempo médio de sono no primeiro ano de vida é de 12 a 16 horas, nos lactentes 11 a 14 horas, 10-13 horas nos pré-escolares, nos escolares 9-12 horas e 8 a 10 horas em adolescentes < 19 anos de idade, pode-se concluir que ao longo do tempo a criança assume um padrão de sono semelhante ao do adulto, nomeadamente, durações mais curtas, ciclos de sono mais longos e menos sono durante o dia. A maioria das crianças deixa de fazer as sestas a partir dos 5 anos de idade. (11). Os riscos relativos à privação do sono na criança podem ter efeitos negativos a curto e a longo prazo em diversos domínios (no desempenho cognitivo e aprendizagem, na regulação emocional e no comportamento, no risco de quedas, de obesidade e hipertensão arterial). (18)

Neste sentido, ao longo dos tempos a promoção do sono no meio hospitalar têm sido uma prioridade para a enfermagem. Florence Nightingale afirmou que impedir que os doentes fossem acordados era um princípio fundamental de uma boa enfermagem. A campanha “Choosing Wisely” da Academia Americana de Enfermagem, instrui os enfermeiros a não acordar doentes para procedimentos de rotina e cuidados, a menos que seja exigido pela sua condição. Sendo que todas as partes interessadas, nomeadamente, a família dos doentes,

devem garantir a eficácia destas intervenções de melhoria da qualidade do sono pediátrico intra-hospitalar. (6)

A hospitalização é uma situação perturbadora para a criança, afetando a vida familiar e as rotinas de toda a família. A criança durante a hospitalização vivencia uma situação nova, passando por um processo de perdas, nomeadamente, o afastamento da família, da escola, dos amigos e dos seus brinquedos, requerendo uma mudança das suas rotinas. Assim, a criança fica vulnerável a vários estressores, como procedimentos invasivos, exames físicos, procedimentos dolorosos, a solidão e o medo da morte. A criança também começa a ser cuidada pela família e pela equipa de enfermagem, visto que cada família tem as suas crenças, cultura do cuidado e costumes, os enfermeiros devem ter em conta estas particularidades para planear o seu cuidado aquela criança/ família. (11)

Estes fatores como a dor crônica, ansiedade relacionado com ambiente desconhecido, ansiedade de separação de um dos pais ou isolamentos dos pais, amigos e familiares, ou falta ou diminuição de interação social, são fatores que contribuem para os distúrbios de sono (7). Tendo em conta estes fatores causadores de distúrbios no sono, os enfermeiros devem prestar os cuidados numa perspetiva de cuidados humanizados, de modo a dar uma resposta individualizada às necessidades das crianças e família, de modo a prestar cuidados de excelência. Neste sentido, emerge o conceito de cuidados atraumáticos que consiste num conjunto de intervenções para eliminar ou diminuir o sofrimento físico ou psicológico vivenciado pela criança e família nos cuidados de saúde. O seu principal pressuposto é não causar mal, assentando em três princípios: evitar o afastamento da criança da família; estimular um sentido de controlo; e, evitar ou minimizar o sofrimento corporal ou dor. (19)

Destacando-se duas competências do EESIP que consistem em prestar cuidados de qualidade à criança/adolescente e família nas situações de especial complexidade no sentido da maximização da sua saúde, sendo os cuidados adequados às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança/adolescente (1). Como podemos verificar, os cuidados atraumáticos estão intimamente ligados, com a promoção do sono, uma vez que é uma estratégia que ameniza estes fatores referidos anteriormente.

Também se verifica, que os despertares noturnos frequentes durante a hospitalização, podem estar associados ao aumento da excitação fisiológica que leva ao WASO. O aumento da WASO é problemático devido ao potencial de privação e fragmentação do sono que podem comprometer a qualidade do sono, para além que um sono não adequado durante a hospitalização pode ter implicações no ajustamento da criança após a alta. As crianças são

propensas a apresentar alterações comportamentais desadaptativas após a alta, incluindo ansiedade geral, apatia, abstinência e ansiedade relacionada ao sono, contribuindo para distúrbios do sono (7). Observou-se que as dificuldades de sono pós-alta podem persistir de 4 dias a 3,5 semanas.

Assim, conclui-se que as crianças e adolescentes hospitalizados são um grupo vulnerável para o risco de um sono curto e perturbado, em comparação com os adultos, para além que estas perturbações podem durar por várias semanas. Sendo o sono essencial para a saúde e o bem-estar, principalmente no início de vida, pois a privação do mesmo é associada a desenvolvimento cerebral e desempenho cognitivo deficiente, má regulação emocional, depressão e obesidade. Para além destes aspetos, durante a hospitalização, a privação do sono é um fator de risco para o *delirium* nas crianças. (20)

Tendo conhecimento sobre as restrições do sono no ambiente hospitalar e as suas consequências, é de extrema importância que os enfermeiros principalmente os EESIP tenham conhecimento das intervenções que visam a modificar o ambiente hospitalar e que são promotoras do sono da criança, destacando-se: redução do ruído (diminuição do tom de voz, baixar o volume dos monitores) e luz, cuidados agrupados, massagem, controlo da dor pós-operatória, ler histórias, música, treino para o relaxamento como a respiração diafragmática que pode ser benéfica para a promoção do sono durante a hospitalização e após a alta. A educação do sono para doentes/ cuidadores / profissionais de saúde, a monitorização reduzida tensão arterial, o adiamento dos cuidados noturnos de rotina sempre que possível, a administração flexível de medicamentos, nomeadamente, durante os horários de vigília de modo a reduzir as interrupções do sono e quartos particulares, são também intervenções necessárias (3–5,20-21).

Quanto às intervenções mais específicas para o serviço de neonatologia, destaca-se: o uso de protetores auriculares, o toque humano gentil nos MI's, MS's e tronco, colchão modelador uma vez que permite RN adotar uma posição semelhante à do útero, cobrir as incubadoras, luz ciclada usada para simular um ambiente diurno e noturno, sucção não nutritiva, sacarose oral, posicionamento em rede, banho de banheira, contenção através de ninhos, *swaddling*, contenção manual, método canguru e técnica *yakson* (9-10,22–34).

III. Percurso de Desenvolvimento de Competências Especializadas e de Mestre

Para a realização de ambos os ensinamentos clínicos e relatório de estágio, os contextos de estágio foram constituídos por: centro de saúde, unidade de internamento de pediatria, unidade de neonatologia e serviço de urgência pediátrica.

Neste capítulo é feita uma breve contextualização dos contextos de estágio, os diagnósticos de situação, e a metodologia que foi adotada para o levantamento dos diagnósticos de situação e identificação dos elementos que fizeram parte deste diagnóstico de situação. Também são descritos os objetivos, as atividades realizadas, os resultados obtidos com estas atividades desenvolvidas, as competências desenvolvidas com estas mesmas atividades prestadas e os cuidados prestados.

O Estágio de Natureza Profissional com Relatório – Módulo I decorreu de 4 de janeiro a 25 de fevereiro, dividindo-se em 4 períodos e 4 campos de estágio nomeadamente: Cuidados na Comunidade de 4 a 15 de janeiro; Medicina e Cirurgia Pediátrica de 16 a 29 de janeiro; Neonatologia de 30 janeiro a 12 de fevereiro e Serviço de Urgência de 13 a 25 de fevereiro.

Sendo que o Estágio de Natureza Profissional com Relatório - Módulo II, decorreu de 6 de março a 29 de julho, dividindo-se igualmente em 4 contextos de estágio nomeadamente: Cuidados na Comunidade de 7 de março a 16 de abril; Medicina e Cirurgia Pediátrica de 17 abril a 21 de maio; Neonatologia de 22 de maio a 25 de junho e Serviço de Urgência de 26 de junho a 29 de julho.

Defini como objetivos transversais para todos os contextos de Estágio de Natureza Profissional com Relatório - Módulo I (apêndice A plano de projeto de forma esquematizada):

- 1) Conhecer a equipa de enfermagem nos diferentes contextos de estágio;
- 2) Conhecer a estrutura física e dinâmica de cada contexto de estágio;
- 3) Identificar as necessidades da equipa de enfermagem na promoção do sono do RN/ Criança/ Jovem/ Família;
- 4) Colaborar na prestação de cuidados à criança e à família.

Para a concretização destes objetivos, foram propostas atividades de modo a dar respostas às necessidades de contexto de estágio e desenvolver as competências de EESIP.

Para dar resposta ao Objetivo 1, a atividade realizada foi uma reunião com o enfermeiro chefe e enfermeiro supervisor clínico de cada contexto de estágio. Deste modo foi possível conhecer as várias equipas de enfermagem e hierarquia dos elementos da equipa.

Para dar resposta ao Objetivo 2, foi realizada uma visita a cada instituição e foram consultadas as normas e protocolos de cada contexto. Assim, foi possível descrever cada contexto e atuar de acordo com as normas e os protocolos dos contextos. Para além, da identificação de lacunas de conhecimento e identificação de oportunidades de melhoria.

Tendo em conta o Objetivo 3, foi feito um levantamento de necessidades da equipa de enfermagem relativamente à promoção do sono, através de entrevista informal e observação. Foi possível constatar que 100% dos enfermeiros considerou uma temática importante para a prestação de cuidados de qualidade, sendo que cerca de 100% da equipa participou no levantamento das necessidades.

Quanto ao objetivo 4, foi possível observar e participar nas consultas de saúde infantil, bem como colaborar na prestação de cuidados dos restantes contextos de estágio, tendo em conta as necessidades da família e criança.

Assim, através destes objetivos consegui desenvolver as seguintes unidades de competências: Planeia programas de melhoria contínua (B2.2); Identifica oportunidades de melhoria (B2.2.1); Estabelece prioridades de melhoria (B2.2.2); Seleciona estratégias de melhoria (B2.2.3). Suporta a prática clínica em evidência científica (D2.2); Identifica lacunas do conhecimento e oportunidades relevantes de investigação (D2.2.2); Discute as implicações da investigação (D2.2.5).

Para além dos objetivos traçados para cada contexto de estágio conforme as suas necessidades e atividades desenvolvidas para dar resposta a estes mesmos objetivos, foi também definido como objetivo desde do início desta formação para obtenção de Grau de Mestre em Enfermagem com Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica, divulgar conhecimentos científicos que promovam o desenvolvimento da enfermagem. Tendo em conta este objetivo, no anexo I encontra-se o certificado de participação no 1º Encontro Internacional “Cuidado Humano na Enfermagem do século XXI: Formação, Investigação e Prática Clínica”, e apresentação do poster intitulado “Gestão emocional da criança/ família face a um procedimento doloroso”. No anexo II, encontra-se o certificado de participação no Iº Congresso de Enfermagem dos Açores, e a apresentação do poster intitulado “Literacia em Saúde Parental na Adesão à Vacinação: Uma Revisão Scoping”. Ambos os trabalhos foram elaborados com as Coautoras: Joana Nunes, Liliana Rodrigues e Ângela Gomes.

III.1. Contexto de Estágio de Cuidados na Comunidade

O centro de saúde onde foi realizado o estágio é dividido em vários módulos, onde cada módulo é constituído por médicos de família, enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica, enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica e enfermeiros generalistas. Cada enfermeiro tem um gabinete próprio e cada módulo uma sala de vacinação e uma sala de pensos.

O centro de saúde assegura a prestação de cuidados de saúde primários, tendo como funções: prestação de cuidados promotores de saúde, de prevenção da doença e articulação com outros serviços para a continuação da prestação de cuidados especializados.

Para efetuar o diagnóstico de situação do contexto de estágio de cuidados na comunidade, foi adotada uma metodologia de observação de consultas, de entrevista informal (apêndice B) e consulta dos registos anteriores efetuados através do sistema informático *medicine one* para observação se o sono tinha sido abordado em consultas anteriores.

Através da consulta dos registos anteriores e da observação da consulta atual, em 83 consultas/ registos, pode-se verificar que 47 consultas/ registos (56,62%) não foi abordado a temática do sono e em 36 consultas/ registos (43,37%) foi abordado apenas os hábitos de sono.

Assim, foi possível observar que é um tema pouco abordado nas consultas Infante Juvenil, e que conforme a idade da criança vai aumentando é um tema que não é abordado.

Segundo o Programa Nacional Infante-Juvenil, no primeiro ano de vida um dos cuidados antecipatórios é a abordagem dos hábitos de sono e posteriormente dos 4 aos 18 anos (35). Durante a observação das consultas da supervisora clínica, verifiquei que em algumas consultas era questionado o local onde a criança dormia, quantas horas e alguns aspetos sobre a segurança do sono como: a posição que a criança deve estar e como se deve cobrir o latente.

Durante a leitura dos registos anteriores pude verificar alguns distúrbios do sono que as crianças apresentavam, e a necessidade de implementação do projeto.

Ao realizar a entrevista informal aos enfermeiros do centro de saúde, onde foi realizado o estágio, referiram sentir-se pouco à vontade em abordar o sono por falta de conhecimento do mesmo e todos referiram que é um tema atual e que os mesmos sentiam a

necessidade de ter mais conhecimentos sobre o mesmo. Relativamente à supervisora clínica, esta dá apoio a uma creche na área da alimentação, e durante a entrevista informal foi possível perceber que a creche proporciona apenas um momento de sesta às crianças, e o mesmo ocorre durante a tarde, mesmo em crianças com necessitam de mais momentos de sesta, ou seja, com idade inferior a 3 anos (2).

Os centros de saúde também dispõem de um curso de preparação para o parto e parentalidade positiva, onde são abordados vários temas nomeadamente: cuidados ao RN, amamentação, prevenção de acidentes, sendo abordado a escolha das cadeiras para automóvel, verifiquei que não era realizada uma sessão sobre o sono da criança.

Relativamente ao meu plano de projeto, para este contexto de estágio os objetivos foram os seguintes (No apêndice C encontra-se o meu plano de projeto para este contexto de estágio de uma forma mais esquematizada):

- 1) Sensibilizar os enfermeiros para a importância de abordar o sono nas consultas de saúde infantil;
- 2) Sensibilizar os enfermeiros sobre as medidas de higienização do sono, métodos que podem ser adotados para treino do sono, desmame noturno, e riscos e benefícios do uso do fármaco melatonina;
- 3) Sensibilizar os pais para a importância do sono no RN/ Criança, segurança durante o sono e medidas para a higienização do sono da criança;
- 4) Sensibilizar os educadores da creche para a importância do sono da criança e recomendações da sociedade portuguesa de pediatria sobre a prática da sesta da criança em creches e infantários.

As atividades realizadas para dar resposta aos objetivos, foram realizar pesquisa bibliográfica sobre a temática a desenvolver e a realização dos planos de sessão. Inicialmente tinha sido proposto como atividade para dar resposta aos objetivos, a realização de um questionário para avaliação da sessão, mas enquadrado na Lei nº21/2014, de 16 de abril, artº 2º, onde refere que « Estudo clinico estudo», qualquer estudo, conduzido no ser humano ou a partir de dados de saúde individuais, e no artº 16º, nº 1, onde refere que a “realização de estudos clínicos é obrigatoriamente precedida de parecer favorável da comissão de ética competente, a emitir no prazo de 30 dias, sem o qual o estudo não pode ser realizado (36). Neste sentido, foi utilizado o questionário das instituições, uma vez que já está aprovado pela comissão de ética. No anexo III, encontra-se o questionário utilizado para avaliação da sessão realizada no contexto de centro de saúde.

Quanto ao objetivo 1 e 2, foi realizada uma sessão sobre a importância do sono RN/ criança/jovem/ família, medidas de higienização do sono e métodos de treino do sono. Foi necessário realizar um ajuste ao plano de projeto, nomeadamente, no objetivo 2, tinha sido definido com objetivo integrar na sessão os riscos e benefícios do uso do fármaco melatonina, com destaque em slides para este tema. Mas devido ao tempo e dias que me foram fornecidos para realização da sessão, particularmente tive que realizar uma sessão de formação dando resposta ao objetivo 1 e 2, em vez de duas sessões como primeiramente tinha sido planeado, cada uma dando resposta a um objetivo. Assim, apenas falei de forma oral e superficialmente sobre o fármaco melatonina. Com esta sessão pude desenvolver as seguintes competências específicas: Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil (E3.1.); Demonstra conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento (E3.1.1.); Avalia o crescimento e desenvolvimento da criança e jovem (E3.1.2.);

Estiveram presentes na sessão, no conjunto dos dois dias onze enfermeiros, sendo que o meu objetivo era que 70% dos enfermeiros estivessem presentes, assim foi ultrapassado, estando presentes 84.6%. Também estabeleci como objetivo que 80% dos enfermeiros preenchessem corretamente o questionário, apenas em uma pergunta não foi preenchido corretamente por um enfermeiro, ou seja, 90.9% foi preenchido corretamente. Assim, posso concluir que o meu objetivo foi alcançado. Remeto para os seguintes apêndices: apêndice D plano da sessão de formação, no apêndice E a sessão realizada e no apêndice F o resultados da avaliação da sessão de formação.

Para dar resposta ao objetivo 3, foi realizada uma sessão de educação para a saúde integrada no curso de preparação para o parto parentalidade positiva. Com a realização desta sessão desenvolvi a competência específica, enquanto futura EESIP, de implementar e gerir, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/ jovem (E1.1), nomeadamente: Comunica com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis (E1.1.2). Utiliza estratégias motivadoras da criança/jovem e família para a assunção dos seus papéis em saúde (E1.1.3). Para além, do desenvolvimento da competência específica: Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil (E3.1); Transmite orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infanto-juvenil (E3.1.3). Para avaliação desta sessão, a supervisora clínica ficou responsável por enviar os questionários via de email aos pais presentes, questionário utilizado pela instituição e aprovado pela comissão de ética. Sendo que os questionários preenchidos, ainda não me foram entregues.

Nesta sessão estiveram presentes 100% dos pais, do presente curso, assim como, mais 4 pais do curso anterior, que estavam interessados na sessão de educação para a saúde. Remeto para os apêndices: apêndice G plano de sessão e apêndice H a sessão realizada.

A atividade realizada para dar resposta ao objetivo 4, foi a realização de uma sessão de educação para a saúde aos educadores da creche, e através desta atividade foi possível desenvolver a seguinte competência específica: Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil (E3.1);

Nesta sessão realizada em dois dias, para poderem estar presentes todos os educadores, foi possível obter a presença de 100% dos educadores. Apesar de todas sessões terem que ser avaliadas, esta não pode ser, uma vez que não tinha questionário aprovado pela comissão de ética, para ser utilizado fora da instituição. Remeto para os apêndices: apêndice I plano de sessão e apêndice J a sessão realizada.

Para realização destas sessões do centro de saúde, para além da metodologia de pesquisa já efetuada para o relatório, foi utilizada literatura cinzenta e feita nova pesquisa. Realizei a pesquisa de artigos, utilizando a base de dados Cinahl Complete, Medline Complete e Pub Med, com os limitadores de texto integral e a data de limitação 2016 até 2023, com os respetivos descritores: “Pediatric insomnia”, “Development”, “Treatment”. Sendo a equação de pesquisa: Pediatric insomnia and development and treatment, obtendo como resultado 71 artigos, dos quais um se repetia, pela leitura do título e resumo foram incluídos 22 artigos e após leitura integral foram incluídos 12 artigos.

Após a realização da sessão de formação aos enfermeiros, pode-se ver um interesse crescente pela temática, sendo que todos os enfermeiros pediram para disponibilizar o PowerPoint, de modo a consultarem e tirarem algumas dúvidas durante a realização das consultas. Durante a sessão os enfermeiros referiram que as técnicas a utilizar para o desmame noturno foram importantes, uma vez que ainda não tinham conhecimento sobre as mesmas. Algo também referido durante a sessão foi que já tinham ouvido falar do método de Ferber, mas os restantes métodos que abordei na sessão, não tinham conhecimento sobre os mesmos.

Enquanto estive em estágio, fui abordada várias vezes pelos enfermeiros do centro de saúde de modo a ajudar em casos particulares de crianças que apresentavam distúrbios do sono, cujos pais apresentavam exaustão devido a estes distúrbios do sono. Foi possível verificar mudança de comportamento por parte da supervisora clínica, que em todas as consultas falou do sono independentemente da idade, abordando as horas de sono, rotinas de

sono, higiene do sono, segurança durante o sono, etc adaptando à necessidade de cada criança / família. Foi possível também verificar que durante as consultas, que a mesma após a sessão começou a recorrer por exemplo ao método EASY, método de Estivill, de modo a dar resposta aos pais/ criança, com problemas de sono.

Quanto aos educadores da creche, os mesmos pediram para a sessão também ser apresentada aos pais das crianças, devido à sua importância. Constatou-se que muitos pais recusam que os filhos façam sesta na creche, e que os educadores notam que após o fim de semana as crianças vêm cansadas, uma vez, que as crianças não cumprem a sesta em casa e muitos com apenas 2/3 anos ficam acordadas até às 2h. Além disso, os educadores referem que após o fim de semana as crianças ficam com dificuldade para adormecer para cumprir com a sesta. A solução encontrada para este pedido, tendo em conta que o meu tempo de estágio estava a terminar, foi a minha supervisora clínica dar continuidade ao meu projeto, tendo como objetivo os cuidadores das crianças.

Durante a realização das consultas de saúde infantil e juvenil, às várias faixas etárias, primeiramente colaborando nas consultas e nas últimas duas semanas realizando de forma autónoma, foi possível desenvolver e consolidar as seguintes unidades de competências: E1.1.2. Comunica com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis; E1.1.3. Utiliza estratégias motivadoras da criança/jovem e família para a assunção dos seus papéis em saúde; E1.1.5. Procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde; E1.1.6. Utiliza a informação existente ou avalia a estrutura e o contexto do sistema familiar; E1.1.7. Estabelece e mantém redes de recursos comunitários de suporte à criança/ jovem e família com necessidades de cuidados; E1.2.2. Encaminha as crianças doentes que necessitam de cuidados de outros profissionais E1.2.3. Identifica evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar psíquico; E1.2.4. Identifica situações de risco para a criança e jovem (ex. maus tratos, negligência e comportamentos de risco); E1.2.7. Avalia conhecimentos e comportamentos da criança/jovem e família relativos à saúde; E2.2.2. Garante a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor; E2.3.1. Demonstra conhecimentos em doenças raras e respostas de enfermagem apropriadas; E2.3.2. Procura evidência científica para responder e encaminhar as crianças com doenças raras; E3.1.1. Demonstra conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento; E3.1.2. Avalia o crescimento e desenvolvimento da criança e jovem; E3.1.3. Transmite orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantojuvenil; E3.2.1. Avalia o desenvolvimento da

parentalidade; E3.2.4. Utiliza estratégias para promover o contacto físico país/RN; E3.2.5. Promove a amamentação; E3.2.6. Negoceia o envolvimento dos pais na prestação de cuidados ao RN; E3.3.3. Demonstra habilidades de adaptação da comunicação ao estado de desenvolvimento da criança/jovem; E3.4.1. Facilita a comunicação expressiva de emoções; E3.4.2. Reforça a imagem corporal positiva se necessário; E3.4.3. Identifica os estádios do processo de mudança na adoção de comportamentos saudáveis

Para além da oportunidade de realizar consultas a todas as faixas etárias, realizei consultas a crianças com doenças raras, défice intelectual, crianças com história de negligência, adolescentes que estavam em casas de acolhimento residencial por terem estado em situações de perigo (tráfego e consumo de drogas) e crianças em situações de risco. Participei em reuniões do NACJR, e estive com a enfermeira responsável pela intervenção precoce de modo a contextualizar-me com toda a sua dinâmica.

Durante as consultas pude promover a amamentação, aconselhar e ajudar as mães com dúvidas e dificuldades sobre a amamentação. Foi possível estabelecer uma relação de confiança com os pais, principalmente do RN, uma vez que todas as semanas era efetuada uma consulta. Foi possível identificar crianças / adolescentes com problemas nutricionais e fazer o seu encaminhamento, para além de crianças com cáries e encaminhando para o médico dentista. Durante as consultas também foi possível identificar crianças com risco de suicídio, com problemas de autoestima e que sofriam de *bullying* na escola, para além exercer o papel de EESIP nestas situações, tive que compreender o limite da minha intervenção encaminhando por exemplo para os especialistas em nutrição, psicologia e saúde escolar de modo a estarem alertas para estas situações específicas.

Durante as consultas, principalmente durante a vacinação, foi possível implementar os cuidados atraumáticos nomeadamente: música, incentivo à amamentação durante a vacinação, incentivo à mãe cantar para a sua criança, recurso a brinquedos e sucção não nutritiva (19).

III.2. Contexto de Estágio Serviço de Internamento de Pediatria

Esta unidade presta cuidados a crianças acima dos 28 dias de vida até aos 18 anos de idade, é um serviço onde são admitidas crianças com patologias do foro cirúrgico e médico.

Apenas não são admitidas crianças sujeitas a cirurgia ortopédica, as restantes patologias e cirurgias são admitidas no serviço. Durante a permanência no serviço foi possível observar que as principais patologias admitidas são: ITU, Bronquiolite, Postectomia, Gastroenterite e Amigdalectomia. O serviço tem capacidade para 18 camas e duas camas extra.

A equipa é formada por 1 enfermeira chefe, 16 enfermeiros dos quais 5 enfermeiras especialistas em saúde infantil e pediátrica, 2 enfermeiras especialista em saúde comunitária e 2 enfermeiras especialistas em reabilitação. A organização dos cuidados enfermagem consistente no método individual de trabalho, e na distribuição de um determinado número de crianças por enfermeiro, tendo em conta a ocupação do serviço.

O serviço também conta com a presença física e de chamada de médicos pediatras, assistentes operacionais, educadora de infância, nutricionista, assistente social e administrativa clínica.

Neste serviço durante o primeiro período de estágio, as visitas estiveram interditas, e todas as crianças e respetivos acompanhantes realizavam teste de despiste COVID 19 e ficavam num quarto isoladas até à obtenção de um resultado negativo. Os acompanhantes realizaram teste de despiste de 72 em 72 h. Durante o segundo período de estágio estas medidas foram revogadas, havendo duas visitas por dia das 14-16h e das 18h -20h, sendo que só uma pessoa pode visitar a criança, não podendo haver trocas de visitante.

Quanto ao serviço de internamento de pediatria a estratégia utilizada para o diagnóstico de situação foi observar a dinâmica do serviço, nomeadamente, os cuidados de enfermagem prestados à criança e família, rotinas e normas de serviço. Após a recolha de dados do que foi observado e também da informação que foi transmitida durante as passagens de turno, em entrevista informal/ conversa informal (apêndice B) com os enfermeiros do serviço, consegui obter e clarificar algumas informações necessárias para o levantamento de diagnóstico de situação.

Observei que neste serviço é rotina avaliação da temperatura corporal após a passagem de turno da noite para a manhã, a todas as crianças. Mesmo estando apiréticas no turno da noite, fazendo com que haja mais uma interrupção do sono. Pode também constatar que em algumas ocasiões foi respeitada a sesta da criança, mas caso seja necessário a criança ter que mudar de cama ou de quarto, esta já não é respeitada devido às rotinas de serviço.

No serviço não existe hora para cumprir a sesta, é um serviço sempre muito barulhento onde as crianças apesar de adormecerem para a realização da sesta, ocorre um despertar mais cedo do que o previsto devido ao ambiente que os rodeia.

As rotinas do serviço começam pelas 6h, onde as crianças são acordadas para avaliação de parâmetros vitais, colheitas de sangue, administração de medicação e por vezes cuidados de higiene. Também se constatou que não existe horário para entrada de crianças no serviço, podendo a admissão ocorrer durante toda a noite e por vezes com mudanças de camas. A luz dos corredores é diminuída às 22h, mas não existe horário para desligar as televisões e muitas vezes os lixos são mudados depois das 22h.

Verifiquei que durante a admissão da criança, aquando do preenchimento do inquérito informatizado, já constavam três questões sobre o sono da criança nomeadamente: Padrão de sono; Especificar hábitos promotores do sono; e, Especificar objeto de segurança.

Foi identificada uma necessidade do serviço fora do tema central deste relatório, relativamente à utilização de heparina, para heparinização de cateteres venosos periféricos.

Quanto ao meu plano de projeto para este contexto de estágio, os objetivos foram os seguintes (No apêndice K encontra-se o meu plano de projeto de uma forma mais esquematizada):

- 1) Promover o conhecimento científico sobre as recomendações de heparinização ou salinização de cateteres venosos periféricos;
- 2) Sensibilizar os enfermeiros sobre os fatores perturbadores do sono no RN/ criança/ Jovem hospitalizados e as intervenções de enfermagem promotoras do sono;
- 3) Criar instrumento (norma) direcionado à aplicação no serviço de internamento.

Inicialmente foi feita uma pesquisa em base de dados para dar resposta ao objetivo 1, de modo a fazer uma revisão bibliográfica, para transmitir o conhecimento mais atual segundo a evidência científica. Esta pesquisa foi realizada na base de dados Medline Complete e Pub Med, como limitadores artigos nos últimos 5 anos, por não obter resultados como pretendido foi alargado o tempo de 2006-2023, com texto integral, em inglês, português ou espanhol. Com os descritores Heparin*; Peripheral Venous Catheter; Saline, sendo a equação de pesquisa Heparin* and Peripheral Venous Catheter and Saline. Tendo obtido 60 resultados, pela leitura do título e resumo foram incluídos 9 artigos, após leitura integral na revisão 6 artigos.

Posteriormente, foi realizada uma sessão de formação sobre as recomendações sobre heparinização ou salinização de CVP, nesta sessão estiveram presentes cinco enfermeiros, e duas alunas do Curso de Licenciatura em Enfermagem. Assim, apenas estiveram presentes 29,41% dos enfermeiros. Quanto ao questionário utilizado para avaliação da sessão, foi utilizado o que está aprovado pela comissão de ética do hospital para avaliação de formação em serviço. Este foi preenchido corretamente por 100% dos participantes. Com esta sessão foi possível desenvolver as seguintes unidades de competências: Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade (B1.1); Promove a incorporação dos conhecimentos na área da qualidade na prestação de cuidados (B1.1.3); Planeia programas de melhoria contínua (B2.2); Seleciona estratégias de melhoria (B2.2.3); Responsabiliza -se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho. em contexto de trabalho (D2.1). Atua como formador oportuno em contexto de trabalho (D2.1.1); Gere programas e dispositivos formativos (D2.1.3); Favorece a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros (D2.1.4); Avalia o impacto da formação (D2.1.5).

Após a realização desta sessão de formação, foi determinado um período experimental para verificar a eficácia da utilização do SF 0.9%, na permeabilização dos cateteres, tendo sido bem-sucedido. Neste momento a unidade já não utiliza soro heparinizado.

Remeto para os seguintes apêndices: apêndice L plano de sessão, apêndice M sessão formativa realizada e apêndice N resultados da avaliação da sessão formativa.

Para dar resposta ao objetivo 2, foi realizada uma sessão de formação sobre a importância do sono, os fatores perturbadores do sono durante a hospitalização e as intervenções de enfermagem não farmacológicas promotoras do sono, tendo como base a pesquisa bibliográfica e evidência científica, já realizada para a elaboração do relatório. Quanta aos enfermeiros presentes e preenchimento do questionário vão de encontro aos dados da sessão anterior.

Com esta sessão de formação foi possível desenvolver as seguintes competências: Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade (B1.1); Promove a incorporação dos conhecimentos na área da qualidade na prestação de cuidados (B1.1.3); Planeia programas de melhoria contínua (B2.2); Seleciona estratégias de melhoria (B2.2.3); Responsabiliza -se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho. (D2.1). Atua como formador oportuno em contexto de trabalho (D2.1.1); Gere programas e

dispositivos formativos (D2.1.3); Favorece a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros (D2.1.4).

Devido ao tempo limitado do estágio, não foi possível avaliar o impacto da sessão na alteração de comportamentos por parte da equipa.

Remeto para os seguintes apêndices: apêndice O plano de sessão formativa, apêndice P sessão formativa realizada e apêndice Q avaliação da sessão realizada.

Quanto ao objetivo 3, foi elaborada uma norma de promoção do sono para o serviço de internamento, que foi entregue à enfermeira chefe e enfermeira supervisora, que estão a tratar de todos os procedimentos para a sua aprovação e implementação. Esta norma teve como base o respeito pelo sono da criança, adaptações que podem ser feitas no serviço de modo a respeitar o sono da criança e a acima de tudo adaptação dos cuidados a cada criança e não a criança adaptar-se a todas as rotinas do serviço, respeitando assim os costumes e rotinas sempre que possível das crianças. No apêndice R encontra-se a norma elaborada

Através da elaboração da norma e da sua apresentação da mesma à enfermeira chefe e supervisora clínica foi possível desenvolver as seguintes unidades de competências: Promove a proteção dos direitos humanos (A2.1); Assegura o respeito pelos valores, costumes, as crenças espirituais e as práticas específicas dos indivíduos e grupos (A2.1.6); Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade (B1.1); Promove a incorporação dos conhecimentos na área da qualidade na prestação de cuidados (B1.1.3); Orienta projetos institucionais na área da qualidade (B1.2); Colabora na realização de atividades na área da qualidade e em protocolos da qualidade com outras instituições (B1.2.3); Lidera programas de melhoria contínua (B2.3); Incrementa a normalização e a atualização de soluções eficazes e eficientes (B2.3.2).

Neste contexto de estágio, o número de crianças internadas foi reduzido embora este facto não tenha interferido na minha aprendizagem. Apesar do baixo número de internamentos, as patologias foram diversas, e deste modo pude adequar as minhas intervenções de enfermagem enquanto futura ESIP, conforme as necessidades das mesmas, nomeadamente, pude prestar cuidados a uma adolescente politraumatizada, a uma criança com queimadura do tórax e MSD, lactentes com bronquiolites, adolescentes com diabetes Mellitus tipo 1, lactentes para estudo por não apresentarem aumento de peso, crianças sujeitas adenoidectomia e amigdalectomia, crianças com crises convulsivas febris. Para além de ter realizado o estágio no serviço de internamento, tive oportunidade de realizar turnos na consulta externa e no hospital de dia. Esta oportunidade, fez com que desenvolvesse competências, mas sobretudo

para mim foi importante ter conhecimento destas dinâmicas, uma vez que este é o hospital de referência onde são transferidas as crianças da minha ilha (Santa Maria) quando necessitam de cuidados mais especializados. Neste sentido, tenho oportunidade de informar os pais sobre o serviço para onde vão, o que podem estar à espera, as rotinas destes mesmo serviço, de modo a tranquiliza-los.

Neste contexto, também tinha definido como objetivo pessoal, ter um conhecimento mais detalhado da diluição de medicações e doses mais comuns por grupos etários.

Assim, com a prestação de cuidados a estas crianças foi possível desenvolver as seguintes competências: Negoceia a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar (E1.1.1); Comunica com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis (E1.1.2); Utiliza estratégias motivadoras da criança/jovem e família para a assunção dos seus papéis em saúde (E1.1.3); Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença (E1.1.4); Procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde (E1.1.5); Estabelece e mantém redes de recursos comunitários de suporte à criança/ jovem e família com necessidades de cuidados (E1.1.7); Demonstra conhecimentos sobre doenças comuns às várias idades, implementando respostas de enfermagem apropriadas (E1.2.1); Encaminha as crianças doentes que necessitam de cuidados de outros profissionais (E1.2.2); Mobiliza conhecimentos e habilidades para a rápida identificação de focos de instabilidade e resposta pronta antecipatória (E2.1.1); Garante a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor (E2.2.2); Aplica conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor (E2.2.3); Capacita a criança em idade escolar, o adolescente e a família para a adoção de estratégias de coping e de adaptação (E2.5.2); Demonstra conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento (E3.1.1); Avalia o crescimento e desenvolvimento da criança e jovem (E3.1.2); Transmite orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantojuvenil (E3.1.3); Negoceia contrato de saúde com o adolescente (E3.4.5).

No anexo IV encontra-se o modelo de questionário de avaliação das sessões formativas.

Durante o estágio também foi possível participar na formação em serviço “CNAF- Cânula Nasal Alto Fluxo”, promovida pelo serviço de pediatria, no anexo V encontra-se o certificado de participação.

III.3. Contexto de Estágio Unidade de Internamento de Neonatologia

Esta unidade presta cuidados aos prematuros de todas ilhas, sendo a unidade central. Posteriormente após a estabilização do prematuro poderá ser transferido para unidade de neonatologia da sua ilha de residência. Esta unidade de neonatologia também funciona como unidade de cuidados intensivos pediátricos, uma vez que o hospital não tem uma unidade específica para este fim, dando resposta aos utentes pediátricos críticos de todas as ilhas. A equipa é formada por 19 enfermeiros, sendo 5 especialistas em enfermagem de saúde infantil e pediátrica e 1 enfermeira chefe. Também fazem parte da equipa uma psicóloga, uma terapeuta da fala, uma assistente social e uma fisioterapeuta. Às segundas-feiras de manhã é feita uma visita pela médica fisiatra, onde é traçado um plano terapêutico para os prematuros. Os médicos pediatras estão de presença física 24h e todas as manhãs é feita uma reavaliação dos prematuros.

Os enfermeiros trabalham com o método individual de trabalho, como também foi verificado no serviço de pediatria. Apenas na preparação da medicação não se verifica a utilização deste método, uma vez que a medicação é preparada conjuntamente com 2 enfermeiros. De salientar que a preparação de toda a medicação do serviço é efetuada na câmara de fluxo laminar, e é da responsabilidade dos enfermeiros de serviço prepararem a alimentação parentérica nesta câmara.

Quanto à dotação de enfermeiros, no turno da manhã há 4 enfermeiros, turno da tarde 3 enfermeiros e da noite 3 enfermeiros. O serviço tem capacidade para 10 incubadoras, tendo capacidade máxima para 14 prematuros/ RN.

No serviço de neonatologia a estratégia utilizada para diagnóstico de situação foi observar a dinâmica do serviço, fazer uma entrevista informal aos elementos da equipa, sendo que a supervisora clínica foi o principal elemento para obter informações.

O serviço tem vários trabalhos realizados em várias áreas nomeadamente, no tema do sono. É uma unidade onde se verifica ruído principalmente no início da manhã, onde são prestados os cuidados de higiene e é feita a visita médica. Foi feita uma avaliação dos decibéis

da unidade através de uma aplicação de telemóvel, uma vez que a unidade não tem um decibelímetro, foi verificado que a unidade apresenta um ruído entre os 50-80 dB, durante o turno da manhã muito acima do que é recomendado pela literatura (<45 dB) (10). Esta unidade tem em atenção as intervenções de enfermagem não farmacológicas para a promoção do sono, nomeadamente: uso de ninhos para contenção, cuidados agrupados, uso de sacarose, sucção não nutritiva e cobrir incubadoras.

Existem no serviço panfletos sobre várias temáticas, mas não existe para o tema do sono. São realizados ensinamentos sobre o posicionamento da criança no domicílio e algumas medidas de segurança no sono, não existe educação para o sono no domicílio, particularmente, para o primeiro ano de vida. Os ensinamentos realizados para a alta, nomeadamente, o posicionamento do RN e as medidas de segurança a ter durante o sono, são maioritariamente realizados pela fisioterapeuta e não pela equipa de enfermagem.

Durante a entrevista constatei que existem intervenções não farmacológicas que estão implementadas e que são promotoras do sono, mas que os enfermeiros realizam sem conhecimento que estas são promotoras do sono RN.

Durante a entrevista (apêndice B) também foi possível compreender que existe uma sensibilização diferente para as medidas de promoção do sono, e de conhecimento do sono do RN por parte das duas enfermeiras que estão integradas no curso FINE 1 e FINE 2 NIDCAP.

Esta equipa presta cuidados de acordo com as necessidades do RN/ família, prestando cuidados em parceria com os pais, apoiando os pais de modo a que estes exerçam o seu papel parental, tendo como foco, a promoção da autoestima, da confiança e do bem-estar dos pais.

Podemos concluir que os cuidados de enfermagem desta unidade tem por base o modelo de Anne Casey, dominado o modelo de parceria dos cuidados, este modelo teórico, considera que os pais são os melhores prestadores de cuidados aos seus filhos e que os Enfermeiros desenvolvem todo o planeamento de cuidados promovendo o envolvimento negociado dos pais no processo de cuidar (respeitando a fase de impacto do processo saúde/doença em que os pais se encontram) otimizando os seus conhecimentos e capacidades para o desenvolvimento do seu papel parental. (37)

Quanto ao meu plano de projeto da esta unidade os objetivos foram os seguintes (no apêndice S encontra-se de uma forma mais esquematizada o plano de projeto):

- 1) Sensibilizar os enfermeiros para a promoção do sono e intervenções de enfermagem não farmacológicas promotoras do sono na unidade de cuidados intensivos neonatais;
- 2) Criar instrumento (panfleto) direcionado à aplicação no serviço de Neonatologia.

Para dar resposta ao objetivo 1, foi elaborada uma sessão com base na pesquisa já efetuada para elaboração do relatório, tendo como base as intervenções de enfermagem não farmacológicas promotoras do sono na UCIN. Nesta sessão, estiveram presentes 8 enfermeiros, correspondendo a 42% da equipa. Não foi possível estarem presentes mais enfermeiros, uma vez, que uma das enfermeiras ficou na unidade a assegurar os cuidados, no momento encontravam-se enfermeiros de férias e equipa encontra-se reduzida e com sobrecarga de horas uma vez que têm vários elementos de atestado médico, sendo assim, não consegui alcançar o meu objetivo que era que 80% dos enfermeiros estivesse presente na sessão. Quanto ao preenchimento do questionário 100% dos enfermeiros respondeu corretamente, como anteriormente já foi justificado o questionário utilizado foi o de serviço.

Como esta sessão foi possível desenvolver as seguintes unidades de competências específicas do ESIP: Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem (E1.1); Negoceia a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar (E1.1.1); Comunica com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis (E1.1.2); Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas (E2.2); Garante a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor (E2.2.2); Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais (E3.2); Avalia o desenvolvimento da parentalidade (E3.2.1); Demonstra conhecimentos sobre competências do RN para promover o comportamento interativo (E3.2.2); Utiliza estratégias promotoras de esperança realista (E3.2.3); Utiliza estratégias para promover o contacto físico pais/RN (E3.2.4); Promove a amamentação (E3.2.5).

Remeto para os seguintes apêndices: apêndice T plano de sessão formação, apêndice U sessão de formação realiza, apêndice V resultados da avaliação da sessão realizada.

Para dar resposta ao objetivo 2 tendo como base a bibliografia já consultada, foi elaborado um folheto para ser entregue aos pais dos RN. Este foi entregue à supervisora clínica, tendo sido analisado também pela enfermeira chefe e fisioterapeuta de serviço, uma vez que também faz ensinamentos aos pais tendo sido aprovado pelas mesmas. Este encontra-se de

momento no núcleo de formação para sua aprovação. Com elaboração deste panfleto foi possível desenvolver e consolidar as seguintes unidades de competências específicas do ESIP: Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil (E3.1); Demonstra conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento (E3.1.1); Transmite orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infanto-juvenil (E3.1.3). No apêndice W encontra-se o panfleto realizado.

Durante o estágio foi possível prestar cuidados na unidade de cuidados intensivos, bem como nos cuidados intermédios. Neste serviço prestei cuidados a grandes prematuros, a prematuros, a RN de termo que durante o internamento no serviço de obstetrícia apresentaram hipoxemia, engasgamento e por essa razão foram transferidos para o serviço de neonatologia para monitorização. Como o serviço de neonatologia admite os RN até aos 28 dias de vida, similarmente foi possível prestar cuidados a RN que vieram do domicílio, por patologias como pneumonias, bronquiolites, ou que foram internadas para cumprir cirurgia eletiva nomeadamente, herniorrafias.

Neste serviço também estavam internados RN para estudo clínico, por suspeita de doenças raras, uma vez que apresentavam sinais e sintomas não correspondentes ao desenvolvimento e crescimento esperado, nomeadamente, crianças hipotónicas, sem reflexos esperados para a idade, sem choro, com índice de APGAR abaixo de 7, para além de RN internados já com o diagnóstico, por exemplo com leucodistrofia metacromática.

Durante o estágio foram desenvolvidas as seguintes unidades competências específicas: Mobiliza conhecimentos e habilidades para a rápida identificação de focos de instabilidade e resposta pronta antecipatória (E2.1.1); Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas (E2.2); Responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados (E2.3); Demonstra conhecimentos em doenças raras e respostas de enfermagem apropriadas (E2.3.1); Procura evidência científica para responder e encaminhar as crianças com doenças raras (E2.3.2); Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade (E2.5); Diagnostica necessidades especiais e incapacidades na criança/jovem (E2.5.1); Demonstra na prática conhecimentos sobre estratégias promotoras de esperança (E2.5.5); Referencia crianças/jovens com incapacidades e doença crónica para instituições de suporte e para cuidados de especialidade, se necessário (E2.5.6); Demonstra conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento (E3.1.1). Avalia o crescimento e desenvolvimento da criança e jovem (E3.1.2); Transmite orientações antecipatórias às famílias para a maximização do

potencial de desenvolvimento infantojuvenil (E3.1.3); Avalia o desenvolvimento da parentalidade (E3.2.1); Demonstra conhecimentos sobre competências do RN para promover o comportamento interativo (E3.2.2); Utiliza estratégias promotoras de esperança realista (E3.2.3); Utiliza estratégias para promover o contacto físico pais/RN (E3.2.4); Promove a amamentação (E3.2.5).

Neste contexto também foi possível ter formação sobre aEEG, e pode ver a sua aplicação e realização.

Para além dos objetivos traçados e atividades para dar resposta aos objetivos, foi proposto pela minha supervisora clínica apresentar a sessão sobre as recomendações heparinização ou salinização de CVP, que tinha sido elaborada para o serviço de internamento de pediatria. Assim, nesta sessão estiveram presentes 7 enfermeiros, correspondendo a 36.8% da equipa. Quanto ao preenchimento do questionário 100% dos enfermeiros respondeu corretamente ao questionário. No apêndice X encontra-se o plano de sessão de formação, no apêndice Y os resultados da avaliação da sessão.

III.4- Contexto de Estágio Serviço de Urgência Pediátrico

O serviço onde foi realizado o estágio admite crianças dos 0 aos 18 anos, é um serviço neste momento com local físico provisório, uma vez que houve uma transferência de local durante a pandemia devido ao vírus COVID 19. Este serviço não tem uma equipa apenas para o serviço de urgência pediátrico, é uma equipa comum para urgência de adulto e pediátrico, onde são destacados 2 enfermeiros por turno para prestarem cuidados na urgência pediátrica, sendo que os EESIP são considerados equipa fixa do serviço urgência pediátrica e para completar a dotação de enfermeiros em cada turno é destacado 1 enfermeiro da restante equipa.

A equipa de urgência é constituída por 70 enfermeiros, 6 dos quais EESIP, sendo o enfermeiro chefe da urgência também EESIP. Durante o turno os cuidados são partilhados, não havendo método individual de trabalho.

O serviço é constituído por um quarto de isolamento com uma maca, uma sala de observação com 2 macas e 1 berço, e uma área para atendimento a doentes com COVID 19, com 3 macas. Anteriormente era destacado um enfermeiro para a área COVID 19, mas de

momento é uma área pouco utilizada apenas quando as salas de observação estão lotadas, não sendo destacado 1 enfermeiro apenas para esta área, como acontecia anteriormente.

Para efetuar o diagnóstico de situação foi realizada observação da dinâmica de serviço, entrevista informal (apêndice B) a todos os EESIP, sendo a supervisora clínica o principal elemento da equipa para obter informações. Não foi possível realizar entrevista informal ao enfermeiro chefe do serviço, uma vez que este esteve ausente durante a maioria dos dias que realizei o estágio.

O tema do projeto foi apresentado à equipa, e todos consideraram um tema importante, que deve ser desenvolvido, mas que infelizmente devido às condições físicas, não se conseguem implementar medidas promotoras do sono. Que de momento necessitam que os monitores estejam com o som muito elevado para conseguirem ouvir, uma vez que a sala de observação está longe da sala de enfermagem.

Observei que na sala de isolamento, que apesar de ter este nome não é muitas vezes utilizada como isolamento, mas sim para crianças mais pequenas (até aos 2 anos), uma vez que a sala de observação só dispõe de 1 berço. E que nesta sala a porta é fechada para que a criança durma, e que a sala de observação mesmo em frente a porta não é fechada para diminuição do ruído para as crianças possam dormir, salvaguardando que as portas apresentam um vidro onde se pode fazer a observação das mesmas.

Relativamente ao meu plano de projeto, para este contexto de estágio o meu objetivo é (apêndice Z encontra-se o plano de projeto de forma esquematizada):

- 1) Criar instrumento (poster) direcionado à aplicação no serviço de urgência pediátrica.

Para dar resposta a este objetivo, a atividade proposta é a realização de um poster para fixação no serviço sobre a importância do sono e intervenções de enfermagem não farmacológicas promotoras do sono.

Visto que este foi o último contexto de estágio e a data de entrega deste relatório, foi antes da data de fim de estágio não foi possível incorporar a atividade realizada, bem como se foi promotora de mudanças no serviço.

Com esta atividade e com a prestação de cuidados à criança / jovem neste contexto de estágio pretendo desenvolver/ consolidar as seguintes unidades de competências:

Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem (E1.2); Avalia conhecimentos e comportamentos da criança/jovem e família relativos à saúde. (E1.2.7); Facilita a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem e família (E1.2.8); Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados (E2.1.); Mobiliza conhecimentos e habilidades para a rápida identificação de focos de instabilidade e resposta pronta antecipatória (E2.1.1); Demonstra conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida pediátrico (E2.1.2); Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas (E2.2); Garante a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor (E2.2.2); Aplica conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor (E2.2.3); Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil (E3.1); Demonstra conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento (E3.1.1); Utiliza estratégias promotoras de esperança realista (E3.2.3).

IV. Considerações Finais

O EESIP tem como competência assistir a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde e presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem, tendo como base estas competências e tendo em conta que o sono é essencial para o desenvolvimento das crianças, nomeadamente, no desenvolvimento cerebral. Como futura EESIP para mim foi essencial conhecer os vários fatores perturbadores do sono da criança e as intervenções de enfermagem promotoras do sono, de modo a dar resposta às necessidades de desenvolvimento da criança. E através deste conhecimento adquirido sensibilizar os enfermeiros dos vários contextos de estágio para a promoção do sono da criança.

Sabe-se que o sono é promotor de saúde, uma vez que a sua privação leva a consequências a curto e a longo prazo, nomeadamente: risco de quedas, obesidade, hipertensão arterial, doenças coronárias, diabetes e irritabilidade. Tendo em conta este risco para a saúde da criança é essencial a prevenção da insónia, tratamento e ter conhecimento dos distúrbios de sono/ fatores perturbadores do sono. Assim, é essencial o sono ser abordado nas consultas de saúde infantil, e dada a mesma importância como a alimentação, vacinação, socialização.

Foi possível identificar através da literatura os vários fatores perturbadores do sono da criança, como é o caso da hospitalização, e podem-se identificar causas físicas, ambientais e psicológicas que são causadoras dos distúrbios de sono durante a hospitalização. Os principais fatores foram a luminosidade, o ruído, a administração de medicação, a ansiedade e as rotinas dos enfermeiros.

O EESIP deve prevenir e promover o sono através da gestão do ambiente (luminosidade e ruído), deve agrupar os cuidados, efetuar um posicionamento, utilizar a contenção com ninhos, manual e com lençol, utilizar o método canguru, massagem, toque humano suave, sucção não nutritiva, utilizar a música, treino de relaxamento e realizar educação para o sono.

Todos os enfermeiros devem ter conhecimento dessas estratégias não farmacológicas e autônomas, uma vez que têm a responsabilidade de proteger o sono das crianças dos ambientes nocivos durante a hospitalização, promovendo o seu sono, o conforto e o desenvolvimento da criança.

Quanto aos meus objetivos foram concretizados, consegui sensibilizar os enfermeiros de modo a desenvolverem competências para a promoção do sono do RN/ Criança/ Jovem/ Família, foi um tema que despertou interesse aos enfermeiros por não ser tão abordado em comparação com outros temas, para além de ser uma área em que muitas vezes os pais necessitam de intervenção por parte da equipa de enfermagem.

Após terminar este estágio, ainda ficou em aberto a continuidade do meu projeto apesar de trabalhar em outra unidade de saúde em outra ilha, foi proposto manter parceria com a minha supervisora clínica, e continuar a desenvolver atividades dentro do meu projeto para ambas as unidades de saúde.

Quanto ao serviço de internamento a maior dificuldade, foi apesar de sensibilizar os enfermeiros para a importância das intervenções para a promoção do sono, é necessário sensibilizar toda a equipa de saúde/ famílias para que estas tenham sucesso. Assim, penso que foi o início do despertar da importância de mudança de comportamento e de intervenções à criança, para a promoção do sono que necessita mais tempo para ser implementado em pleno.

Relativamente ao serviço de neonatologia, foi o serviço onde me senti menos à vontade no início, uma vez que nunca tinha prestado cuidados a prematuros, onde foi preciso dispensar mais tempo para estudo e adaptação ao serviço, mas com vontade de apreender, e toda a disponibilidade da equipa, no fim o meu desempenho foi muito positivo. Quanto ao meu projeto foi muito bem aceite pela equipa, após as sessões verifiquei mudanças de comportamentos, bem como disponibilidade pela equipa em adotar comportamentos que vão ao encontro do meu projeto.

Quanto ao serviço de urgência foi muito difícil traçar objetivos, e atividades, uma vez que a estrutura física não proporciona o ambiente favorável à promoção do sono, bem como, a estrutura física irá mudar brevemente. Assim, a solução encontrada foi realizar um poster com as intervenções de enfermagem promotoras do sono, que possam ser implementadas em qualquer ambiente físico hospitalar.

Assim, posso concluir que o meu projeto faz desenvolver a Enfermagem na área Especializada de Saúde Infantil e Pediátrica, transmite à comunidade/ população que os enfermeiros não prestam apenas cuidados em meio hospitalar/ cuidados de saúde primários, que também vão à comunidade, que os cuidados de enfermagem não são só na doença aguda / crónica, mas também na prevenção da doença/ promoção da saúde da criança, e que a promoção da saúde, não é tão linear como muitas vezes podemos pensar, não incide só p. ex.:

na vacinação, alimentação, existe muitas áreas que os ESIP têm que intervir para que haja promoção da saúde das crianças, nomeadamente, o sono.

Futuramente quero dar continuidade ao meu projeto na minha unidade de saúde, desta vez transmitindo os meus conhecimentos adquiridos aos meus colegas e trabalhando com a minha comunidade/ população. Quero continuar a estudar o sono da criança em outras vertentes, nomeadamente, o seu impacto na parentalidade.

Outro projeto que quero implementar na minha unidade de saúde é o curso de parentalidade positiva, bem como a visita ao RN.

Posso concluir que o Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, foi muito enriquecedor, foi o início da minha carreira como especialista e que deu-me ferramentas para continuar a apreender e a desenvolver projetos futuras na área da especialidade.

V. Referências Bibliográficas

1. Ordem dos Enfermeiros. Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica [Internet]. n o 422 2018. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8349/1919219194.pdf?msclkid=e939b7eac80c11ec97248e0a2493b09f>
2. Vasconcelos A. Prior C. Estevão H. Loureiro H. Ferreira R. Paiva T. Prática da sesta da criança nas creches e infantários, públicos ou privados. Recomendações da Sociedade Portuguesa de Pediatria. 2017.
3. Crous EC, North N. Sleep promotion for hospitalised children: Developing an evidence-based guideline for nurses. Curationis [Internet]. 6 de outubro de 2021 [citado 1 de dezembro de 2022];44(1). Disponível em: <https://curationis.org.za/index.php/curationis/article/view/2219>
4. Anggerainy SW, Wanda D, Nurhaeni N. Music Therapy and Story Telling: Nursing Interventions to Improve Sleep in Hospitalized Children. Compr Child Adolesc Nurs. 29 de março de 2019;42(sup1):82–9. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/24694193.2019.1578299>
5. Mozer CL, Bhagat PH, Seward SA, Mason NR, Anderson SL, Byron M, et al. Optimizing Oral Medication Schedules for Inpatient Sleep: A Quality Improvement Intervention. Hosp Pediatr. 1 de abril de 2021;11(4):327–33. Disponível em: <https://doi.org/10.1542/hpeds.2020-002261>
6. Peirce LB, Orlov NM, Erondy AI, Anderson SL, Chamberlain M, Gozal D, et al. Caregiver and Staff Perceptions of Disruptions to Pediatric Inpatient Sleep. J Clin Sleep Med. 15 de novembro de 2018;14(11):1895–902. Disponível em: <https://doi.org/10.5664/jcsm.7488>
7. Papaconstantinou EA, Hodnett E, Stremler R. A Behavioral-Educational Intervention to Promote Pediatric Sleep During Hospitalization: A Pilot Randomized Controlled Trial. Behav Sleep Med. 4 de julho de 2018;16(4):356–70. Disponível: <https://doi.org/10.1080/15402002.2016.1228639>
8. Vecchi C. Causes and effects of lack of sleep in hospitalized children. Arch Argent Pediatr [Internet]. 1 de fevereiro de 2020 [citado 1 de dezembro de 2022];118(2). Disponível em: <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2020/v118n2a15e.pdf>

9. Maki MT, Orsi KCSC, Tsunemi MH, Hallinan MP, Pinheiro EM, Avelar AFM. O efeito da manipulação sobre o sono do recém-nascido prematuro. *Acta Paul Enferm.* outubro de 2017;30(5):489–96. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700071>
10. Correia A, Lourenço M. Promoção do sono em unidades de cuidados intensivos neonatais: scoping review: Sleep promotion in neonatal intensive care units: scoping review. *Enfermería Global.* 22 de dezembro de 2019;19(1):527–75. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.19.1.370941>
11. Farías-Fernández M, Rendón-Macías ME, Iglesias-Leboreiro J, Bernárdez-Zapata I, Gordillo-Rodríguez L. Effects of hospitalization on children's sleep pattern irrespective of sleep problems history. *Bol Méd Hosp Infant México.* 29 de julho de 2021;78(4):5499. Disponível em: https://www.bmhim.com/frame_esp.php?id=241
12. Kolcaba K, Dimarco M. Comfort Theory and its application to pediatric nursing. *Pediatr Nurs.* 1 de maio de 2005; 31:187–94.
13. Kolcaba, K. (2003). Conforto teoria e prática. Nova York, NY: Springer Publishers.
14. Kolcaba, K. (1992). Conforto holístico: operacionalizando o constructo como um resultado sensível à enfermeira. *Avanços em Enfermagem. Ciência*, 15(1), 1-10.
15. bibliografia CIPE 2018
16. Kolcaba, K. (1994). Uma teoria do conforto para a enfermagem. *Jornal de Enfermagem Avançada*, 19, 1178-1184.
17. Kolcaba, K. (2001). Evolução da teoria de conforto de gama média para pesquisa de resultados. *Enfermagem Outlook*, 49 (2), 86-92.
18. Stremler R, Micsinszki S, Adams S, Parshuram C, Pullenayegum E, Weiss SK. Objective Sleep Characteristics and Factors Associated With Sleep Duration and Waking During Pediatric Hospitalization. *JAMA Netw Open.* 1 de abril de 2021;4(4): e213924. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2778081>
19. Hockenberry M, Wilson D. Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente. 9ª Lusociência; 2014.
20. Hybschmann J, Topperzer MK, Gjørde LK, Born P, Mathiasen R, Sehested AM, et al. Sleep in hospitalized children and adolescents: A scoping review. *Sleep Med Rev.* outubro de 2021;59:101496. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.smr.2021.101496>

21. Cook DJ, Arora VM, Chamberlain M, Anderson S, Peirce L, Erond A, et al. Improving Hospitalized Children's Sleep by Reducing Excessive Overnight Blood Pressure Monitoring. *Pediatrics*. 1 de setembro de 2020;146(3):e20192217. Disponível em: <https://doi.org/10.1542/peds.2019-2217>
22. Liao J, Hu R, Su L, Wang S, Xu Q, Qian X, et al. Nonpharmacological Interventions for Sleep Promotion on Preterm Infants in Neonatal Intensive Care Unit: A Systematic Review. *Worldviews Evid Based Nurs*. outubro de 2018;15(5):386–93. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/wvn.12315>
23. Ribas CG, Andreazza MG, Neves VC, Valderramas S. Effectiveness of Hammock Positioning in Reducing Pain and Improving Sleep-Wakefulness State in Preterm Infants. *Respir Care*. abril de 2019;64(4):384–9. Disponível em: <https://doi.org/10.4187/respcare.06265>
24. Baniyadi H, Hosseini SS, Abdollahyar A, Sheikhbardsiri H. Effect of massage on behavioural responses of preterm infants in an educational hospital in Iran. *J Reprod Infant Psychol*. 27 de maio de 2019;37(3):302–10. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/02646838.2019.1578866>
25. Almadhoob A, Ohlsson A. Sound reduction management in the neonatal intensive care unit for preterm or very low birth weight infants. Cochrane Neonatal Group, editor. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 27 de janeiro de 2020 [citado 1 de dezembro de 2022];2020(1). Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD010333>.
26. Giordano V, Goeral K, Schrage-Leitner L, Berger A, Olischar M. The Effect of Music on aEEG Cyclicity in Preterm Neonates. *Children*. 9 de março de 2021;8(3):208. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/children8030208>
27. Costa KSF, Fernandes D da S, Paula RAP, Guarda LEDA, Daré MF, Castral TC, et al. Hammock and nesting in preterm infants: randomized controlled trial. *Rev Bras Enferm*. dezembro de 2019;72(suppl 3):96–102. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/Bkc7wFyhRr5B9yvKgyQh7Lr/?lang=en>
28. Rodarte MD de O, Fujinaga CI, Leite AM, Salla CM, Silva CG da, Scochi CGS. Exposição e reatividade do prematuro ao ruído em incubadora. *CoDAS*. 2019;31(5):e20170233. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20192017233>

29. Huang Q, Lai X, Tan Y. Effect of non-pharmacological interventions on sleep in preterm infants in the neonatal intensive care unit: A protocol for systematic review and network meta-analysis. 30 de agosto de 2022 [citado 1 de dezembro de 2022]; disponível em: <https://osf.io/npr97/>
30. Firmino C, Rodrigues M, Franco S, Ferreira J, Simões AR, Castro C, et al. Nursing Interventions That Promote Sleep in Preterm Newborns in the Neonatal Intensive Care Units: An Integrative Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2 de setembro de 2022;19(17):10953. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph191710953>
31. Vadakkan Albrit J, Prabakaran V. Comparison of the Effect of Nesting and Swaddling on Sleep Duration and Arousal Frequency among Preterm Neonates: A Randomized Clinical Trial. *J Caring Sci*. 12 de julho de 2022;11(3):126–31. Disponível em: <https://jcs.tbzmed.ac.ir/Article/jcs-30643>
32. Shellhaas RA, Burns JW, Barks JDE, Hassan F, Chervin RD. Maternal Voice and Infant Sleep in the Neonatal Intensive Care Unit. *Pediatrics*. 1 de setembro de 2019;144(3):e20190288. Disponível em: <https://doi.org/10.1542/peds.2019-0288>
33. Santos BR dos, Orsi KCSC, Balieiro MMFG, Sato MH, Kakehashi TY, Pinheiro EM. Effect of «quiet time» to reduce noise at the neonatal intensive care unit. *Esc Anna Nery - Rev Enferm* [Internet]. 2015 [citado 1 de dezembro de 2022];19(1). Disponível em: <http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/1414-8145.20150014>
34. Oh RS, Orsi KC, Pinheiro EM, Santos LM, Avelar AF. Nível de iluminação em Unidades Neonatais, segundo manejo do ambiente e mobiliário. *Acta Paul Enferm*. 2022;35: e APE02517. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2022AO02517>
35. Menezes B, Oliveira D, Sasseti L, Prazeres V. Programa Nacional Saúde Infantil e Juvenil. Direção-Geral da Saúde. 2013
36. Decreto de Lei nº 75/2014 de 16 de abril da Assembleia da República. Diário da República, 1ª série (Nº 21 de 16-04-2014)
37. Casey, A; Mobbs, S. (1998). Partnerships in practice. *Nursing Times*. November, 2.V.84.No 44

Apêndices

**Apêndice A - Plano de projeto / Objetivos transversais para os contextos de estágio –
Módulo I**

Objetivos	Atividades	Calendarização	Indicadores de Avaliação
Conhecer a equipa de enfermagem nos diferentes contextos de estágio	- Reunião com enfermeiro chefe e o enfermeiro orientador	1º dia de cada campo de estágio	- Conhece a equipa de enfermagem; - Conhece hierarquia dos elementos da equipa.
Conhecer a estrutura física e dinâmica de cada contexto de estágio	-Visita à estrutura visita de cada instituição; - Consultar as normas e protocolos de cada contexto de estágio	Entre o 1º dia e o 3º dia	-Atua conforme as normas e os protocolos da instituição; - Descreve a estrutura física do contexto de estágio.
Identificar as necessidades da equipa de enfermagem na promoção do sono do RN/ Criança / Jovem/ Família	-Levantamento das necessidades da equipa de enfermagem relativamente à promoção do sono, através de entrevista informal e observação.	Do 1º dia ao 6º dia	-Que 70% dos enfermeiros colabore no levantamento das necessidades; - Que 70% dos enfermeiros considere uma temática importante para a prestação de cuidados de qualidade.
Colabora na prestação de cuidados à criança e família	- Observa e colabora nas consultas de saúde infantil; - Colabora na prestação de cuidados nos restantes contextos de estágio, tendo em conta as necessidades da família e criança.	Do 1º ao 6º dia	- Participa na realização de 2 consultas de saúde infantil, de cada faixa etária; - Colabora na prestação de cuidados de enfermagem apropriados à criança/ jovem, e de acordo com as necessidades identificadas.

Apêndice B - Guia Entrevista

Guia para entrevista informal

- 1- Consideram o sono um tema importante a ser desenvolvido?
- 2- Durante as consultas de saúde infantil abordam o sono da criança?
- 3- Quais os temas dentro da temática sono que sentem que deve ser desenvolvido no serviço?
- 4- Quais as maiores dificuldades sentidas quando são feitos ensinios sobre o sono?

Apêndice C - Plano de Projeto – Centro de Saúde

Objetivos	Atividades	Calendarização	Indicadores de Avaliação
Sensibilizar os enfermeiros para a importância de abordar o sono nas consultas de saúde infantil	- Realização de pesquisa bibliográfica sobre a temática a desenvolver; - Realização de plano de sessão; - Realização de uma sessão sobre a importância do sono no RN/ criança / jovem / família; - Realização questionário para avaliação da sessão;	- 1º Semana; - 2º Semana; - 2º Semana; - 2º Semana;	- Fundamenta a sessão realizada com base científica; - Envio do plano de sessão à supervisora clínica e pedagógica; - Que 70% da equipa adira à sessão; - Que 80% dos enfermeiros preencha corretamente o questionário.
Sensibilizar os enfermeiros sobre as medidas de higienização do sono, métodos que podem ser adotados para treino do sono, desmame noturno e riscos e benefícios do uso do fármaco de melatonina;	- Realizar pesquisa bibliográfica sobre temática a desenvolver; - Realiza plano de sessão; - Realizar sessão sobre as medidas de higienização do sono e métodos de treino do sono; - Realizar questionário para avaliação da sessão;	- 1º Semana; - 2º Semana; - 2º Semana - 2º Semana	- Fundamenta a sessão com base científica; - Envio de plano de sessão à supervisora clínica e pedagógica - Que 70% da equipa adira à sessão; - Que 80% dos enfermeiros preencha corretamente o questionário;
Sensibilizar os pais para a importância do sono no RN/ Criança; segurança durante o sono; Medidas para a higienização do sono da criança.	- Realização de pesquisa bibliográfica sobre a temática a desenvolver; - Realizar plano de sessão; - Realização de sessão de educação para a saúde, integrada no curso de preparação para o parto e parentalidade positiva;	- 1º Semana; - 2º Semana - 3º Semana;	- Fundamenta a sessão com base científica; - Envio de plano de sessão à supervisora clínica e pedagógica; - Que 65% dos pais adira à sessão;

	- Realização de questionário de avaliação da sessão.	- 3º Semana;	- Que 60 % dos pais preencha corretamente o questionário.
Sensibilizar os educadores da creche para importância do sono da criança e recomendações da sociedade portuguesa de pediatria sobre a prática da sesta da criança em creches e infantários;	- Realização pesquisa bibliográfica sobre a temática - Realização plano de sessão; - Realização sessão de educação para a saúde aos educadores da creche; - Realização de questionário de avaliação da sessão.	- 2º Semana; - 3º Semana; - 4º Semana; - 4º Semana;	- Fundamenta a sessão com base científica; - Envia plano de sessão à supervisora clínica e pedagógica; - 70% dos educadores aderiram à sessão; - 60% dos educadores responde corretamente ao questionário.

Apêndice D - Plano Sessão de formação: “O sono na Criança / Jovem” - Centro de Saúde

Plano de Sessão de Formação

Tema: O sono na criança/ jovem Local: Centro de saúde ***** Supervisora: *****			Aluna: Ana Rita Vales Chaves Medeiros Data: 27/3/2023 e 29 /3/2023 Hora: 14h		
Objetivo Geral:	Fase	Duração	Conteúdo	Método	Recursos
Sensibilizar os enfermeiros para a importância de abordar o sono nas consultas de saúde infantil, medidas de higienização do sono e estratégias promotoras do sono.	INTRODUÇÃO	3 minutos	Apresentação da aluna. Justificação do tema e metodologia utilizada para realização da sessão.	Expositivo	PowerPoint
Objetivos Específicos: Pretende-se que no final da sessão os enfermeiros: 1) Compreendam a importância de abordar o sono nas consultas de saúde infantil; 2) Compreendam os benefícios do sono; 3) Compreendam as consequências da privação do sono; 4) Identifiquem as estratégias promotoras do sono; 5) Compreendam a importância da higiene do sono;	Desenvolvimento	1h10 minutos	- Definição do sono; - Benefícios do sono; - Insônia infantil; - Fases do sono; - Estratégias promotoras do sono; - Higiene do sono; - Desmame noturno.	Expositivo/Participativo	PowerPoint
	CONCLUSÃO	3 minutos	Síntese oral dos conteúdos apresentados no desenvolvimento.	Expositivo/Participativo	
	AVALIAÇÃO	5 minutos	<u>Sumativa:</u> Questionário de avaliação da sessão.	Participativo	Questionário
DURAÇÃO		1h 21 minutos			

Apêndice E- Sessão de formação “O Sono da Criança e Jovem”

O SONO NA CRIANÇA / JOVEM

DOCENTE: PROFª DOUTORA ANA PAULA NUNES

DISCENTE: ANA MEDEIROS



SUMÁRIO

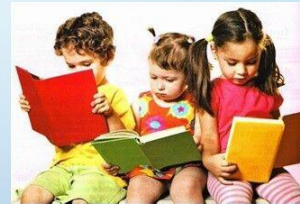
- ✓ DEFINIÇÃO DE SONO
- ✓ BENEFÍCIOS DO SONO
- ✓ INSÔNIA INFANTIL
- ✓ FASES DO SONO
- ✓ ESTRATÉGIAS PROMOTORAS DO SONO
- ✓ HIGIENE DO SONO
- ✓ DESMAME NOTURNO

SONO

- ✓ O SONO COMEÇA A DESENVOLVER-SE NO PERÍODO FETAL, SENDO UMA NECESSIDADE HUMANA BÁSICA, É UM PROCESSO NEUROFISIOLÓGICO NECESSÁRIO PARA O DESENVOLVIMENTO DO CÉREBRO;
- ✓ O SONO É UM PROCESSO DINÂMICO, ENVOLVIDO EM VÁRIOS PROCESSOS FISIOLÓGICOS, MUITO PARA ALÉM DO DESCANSO FÍSICO. TEM TAMBÉM UM PAPEL IMPORTANTE NA CONSOLIDAÇÃO DAS MEMÓRIAS E APRENDIZAGENS, NO ESTADO DE HUMOR, NO CONTROLO DA INFLAMAÇÃO, NA REGULAÇÃO ENDÓCRINO-METABÓLICA E NA REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR.

BENEFÍCIOS DO SONO

- É ESSENCIAL PARA OS PROCESSOS DE DESENVOLVIMENTO DAS CRIANÇAS, REGULAÇÃO DE EMOÇÕES, COMPORTAMENTO, ENFRENTAMENTO E PERCEÇÃO DA DOR;
- REGULA OS SINAIS VITAIS;
- MELHORA A IMUNIDADE;
- ESSENCIAL PARA A RECUPERAÇÃO DE DOENÇAS E LESÕES;
- PRODUÇÃO DA HORMONA DE CRESCIMENTO;
- RECUPERAÇÃO DE ENERGIA E REPARAÇÃO CELULAR;
- MELHORA A MEMÓRIA;
- MELHORA A FUNÇÃO COGNITIVA;
- MELHORA A ATENÇÃO
- PREVINE A OBESIDADE;
- PREVINE A HIPERTENSÃO ARTERIAL;
- MINIMIZA O STRESS.



INSÔNIA INFANTIL

- OS DISTÚRBIOS DO SONO SÃO ONIPRESENTES ENTRE CRIANÇAS E ADOLESCENTES;²
- APROXIMADAMENTE 25% DAS CRIANÇAS SOFREM DE PROBLEMAS DE SONO DURANTE A INFÂNCIA;⁶
- OS PAIS GERALMENTE ESTIMAM QUE 50% DE SEUS FILHOS EM IDADE PRÉ-ESCOLAR, 30% DE SEUS FILHOS EM IDADE ESCOLAR E 40% DE SEUS ADOLESCENTES TÊM DIFICULDADES PARA DORMIR ;⁶
- 50 % DOS JOVENS COM DOR CRÔNICA APRESENTAM FREQUENTEMENTE DIFICULDADE PARA INICIAR OU MANTER O SONO;¹⁹
- OS HÁBITOS DE SONO DESENVOLVIDOS NA INFÂNCIA MOLDAM OS HÁBITOS DE SONO NA IDADE ADULTA; PORTANTO, CRIANÇAS COM PROBLEMAS DE SONO GERALMENTE TRANSFORMAM-SE EM ADOLESCENTES E ADULTOS COM PROBLEMAS DE SONO;⁷
- UMA REVISÃO DE PRONTUÁRIOS EM CENTROS DE SAÚDE CONSTATOU QUE 81% DAS CRIANÇAS COM DISTÚRBIOS DO SONO RECEBERAM PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS .⁶

INSÔNIA INFANTIL

- EM CONTRASTE, AS INTERVENÇÕES COMPORTAMENTAIS FORAM RECOMENDADAS EM APENAS 22% DOS CASOS, APESAR DA EVIDÊNCIA ESMAGADORA DE SUA SEGURANÇA, EFICÁCIA A CURTO E LONGO PRAZO E ACEITAÇÃO PELOS PAIS;⁶
- UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA DE ESTUDOS DE INTERVENÇÃO COMPORTAMENTAL RELATOU QUE 94% DOS ESTUDOS INCLUÍDOS (49/52) DESCOBRIRAM QUE ESSAS INTERVENÇÕES FORAM EFICAZES NO TRATAMENTO DA INSÔNIA, E 80% DAS CRIANÇAS TRATADAS DEMONSTRARAM MELHORIA SIGNIFICATIVA DO SONO;⁶
- INTERVENÇÕES COMPORTAMENTAIS DEVEM SER A PRIMEIRA LINHA DE TRATAMENTO.⁶

CONSEQUÊNCIAS DA INSÔNIA INFANTIL

Lactente	Idade escolar	Adolescentes	Pais
Irritabilidade; Mau humor; Choro frequente; Dependência dos cuidadores, não sabem estar sozinho;	Dificuldades de aprendizagem; Insegurança; Timidez; Comportamento hiperativo e/ou agressivo; Défice de atenção; Dificuldades de memória; Risco de quedas; Sonolência; Humor variável;	Comportamentos de risco; Acidentes com veículos; Comportamentos disruptivos,	Fadiga; Insegurança; Sentimento de culpa; Acusações mútuas no casal; Mudanças radicais na vida do casal; Frustração com a situação; Reações agressivas; Sensação de fracasso e impotência;

CONSEQUÊNCIAS A LONGO PRAZO

- RISCO DE QUEDAS;
- HIPERTENSÃO ARTERIAL;
- OBESIDADE;
- DEPRESSÃO;
- DIABETES;
- DEMÊNCIA;
- ACIDENTES;
- DOENÇA CORONÁRIA;
- IDEIAÇÃO SUICIDA;
- CANCRO.

CAUSAS DA INSÔNIA

- CÓLICA;
- OTITE;
- FEBRE;
- REFLUXO GASTROESOFÁGICO;
- PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS;
- FATORES AMBIENTAIS;
- DISTÚRBIOS DO NEURODESENVOLVIMENTO;
- RONCO, APNEIA;
- SÍNDROME DAS PERNAS INQUIETAS;
- PESADELOS, TERRORES NOTURNOS, SONAMBULISMO;
- PROBLEMAS PSICOLÓGICOS.

FASES DO SONO

Sono Não- REM

Fase 1:

- Chamada também a fase da sonolência;
- Quando se fecha os olhos (primeiro passo que nos leva a fase1);
- Existe o relaxamento muscular;
- A respiração torna-se uniforme;
- Atividade cerebral mais lenta do que em vigília;
- Diminuição FC.

Fase 2 :

- Depois de alguns minutos, as ondas cerebrais diminuem mais um pouco.

Fase 3-4 :

- Sono profundo;
- Atividade cerebral muito lenta;
- Muito difícil de acordar;
- Diminuição da TA.

Promove a recuperação da energia e reparação celular, com um aumento da síntese proteica e produção da hormona de crescimento, contribuindo também para o processo de aprendizagem e consolidação da memória.

FASES DO SONO

Sono REM

- É nesta fase que ocorre os sonhos, mas para serem lembrados temos que acordar enquanto estes acontecem;
- Presença de movimentos oculares rápidos;
- Respiração rápida e irregular;
- Movimentos corporais e faciais;
- Acordar espontâneo;
- Grande atividade cerebral;
- Ereção do pênis e clitóris;
- No RN pode corresponder a 80 % do sono;

Essencial para a maturação e desenvolvimento do sistema nervoso central, incluindo o crescimento do sistema neurossensorial e desenvolvimento do padrão comportamental.

FASES DO SONO

- ❑ A FASE 3-4 SONO, DORMIMOS PROFUNDAMENTE ENTRE 60 E 70 MINUTOS, DURANTE A PRIMEIRA PARTE DA NOITE, PARA DEPOIS RETOMAR A FASE 2;
- ❑ ESTAS 4 FASES CONSTITUEM UM CICLO DE SONO, COM UMA DURAÇÃO TOTAL DE 90-100 MINUTOS. ESTE CICLO REPETE-SE UMAS 4 A 5 VEZES DURANTE A NOITE;
- ❑ DURANTE A NOITE VIVEMOS 6 A 8 PEQUENOS DESPERTARES;
- ❑ A FASE REM PREDOMINA NO FINAL DA NOITE;
- ❑ DURANTE O SONO NOTURNO ENTRAMOS EM VIGÍLIA, CERCA DE 2% DO TEMPO TOTAL;
- ❑ DESDE OS 7 MESES DE GESTAÇÃO ATÉ AOS 2 MESES APÓS O NASCIMENTO FALAMOS EM SONO TRANQUILO E ATIVO;
- ❑ A PARTIR DOS 2/ 3 MESES DE VIDA JÁ PODEMOS AVALIAR A NOVA FASE DO SONO, A FASE 2;
- ❑ AOS 6 MESES O SONO ATIVO OU REM CORRESPONDE A 30% E NO SONO TRANQUILO OU NÃO REM (FASE 1,2,3-4) CORRESPONDE A 70%.

RITMOS BIOLÓGICOS

- ✓ UMA CRIANÇA AO NASCER APRESENTA UM CICLO DE SONO VIGÍLIA DE ENTRE 3 A 4H;
- ✓ DURANTE OS PRIMEIROS 2 A 3 MESES DE VIDA, GRAÇAS À AÇÃO DO NÚCLEO SUPRAQUIASMÁTICO DO HIPOTÁLAMO A CRIANÇA COMEÇA A APRESENTAR PERÍODOS NOTURNOS DE SONO DE 5H, DEPOIS 6H, 8H, 10H E 12H;
- ✓ O NÚCLEO SUPRAQUIASMÁTICO DO HIPOTÁLAMO ATUA COMO UM RELÓGIO BIOLÓGICO E SINCRONIZA O RITMO SONO-VIGÍLIA DE ACORDO COM O AMBIENTE;
- ✓ O ULTRADIANO (3 A 4 HORAS) OU O RITMO ANÁRQUICO DO NASCIMENTO DEVE SER TRAZIDO DE VOLTA AOS TRILHOS APLICANDO ZEITGEBERS (SINCRONIZADORES) AO RITMO CIRCADIANO NORMAL DE 24 HORAS.

RITMOS BIOLÓGICOS

- ✓ NÚCLEO SUPRAQUIASMÁTICO SÃO O RITMO DA MELATONINA E O RITMO DA TEMPERATURA CORPORAL;
- ✓ A PRODUÇÃO DE MELATONINA SEGUE UM RITMO DE 24 HORAS SINCRONIZADO COM O CICLO CLARO-ESCURO;
- ✓ A LUZ ESTÁ ASSOCIADA À BAIXA PRODUÇÃO DE MELATONINA E A ESCURIDÃO À ALTA CONVERSÃO DE SEROTONINA EM MELATONINA.

CICLO CIRCADIANO

PARA ALINHAR O CICLO CIRCADIANO VIGÍLIA-SONO, OS SINCRONIZADORES EXTERNOS SÃO ESSENCIAIS, NOMEADAMENTE:

- ✓ LUZ;
- ✓ RUÍDO;
- ✓ SILÊNCIO;
- ✓ HORÁRIOS DE COMER, DEITAR E LEVANTAR;
- ✓ ELEMENTOS EXTERNOS ASSOCIADOS AO SONO;
- ✓ ATITUDES DOS PAIS PARA ENSINAR AOS FILHOS OS HÁBITOS DE SONO.

HORAS DE SONO RECOMENDADAS

0-3 MESES – 14 A 17 H

4-11 MESES- 12 A 15 H

1-2 ANOS – 11 A 14H

3-5 ANOS – 10 A 13H

6-13 ANOS – 9 A 11H

14-17 ANOS – 8 A 10H

SESTAS

- ✓ ATÉ AOS 2 ANOS- RECOMENDA-SE 3 SESTAS;
- ✓ ENTRE OS 2-3 ANOS- 2 SESTAS;
- ✓ DOS 3-5 ANOS- 1 SESTAS DE 2 A 3 HORAS

NAS CONSULTAS DE ROTINA, O SONO DEVE SER SEMPRE ABORDADO A PAR DA ALIMENTAÇÃO, CRESCIMENTO, DESENVOLVIMENTO, SOCIALIZAÇÃO E VACINAÇÃO. APS

"ELE ERA UM ANJINHO NO HOSPITAL", PROTESTAVA LISA NO TERCEIRO DIA COM ROBBIE. "POR QUE CHORA TANTO AGORA?"

QUEM É ESTE BEBÉ?

- TODOS OS BEBÉS, BEM COMO TODAS AS PESSOAS SÃO DIFERENTES PELO QUAL SE ALIMENTAM, DORMEM, RESPONDEM AOS ESTÍMULOS, MAS TAMBÉM PELA FORMA QUE PODEM SER ACALMADOS;
- PODERÁ SER CHAMADO DE TEMPERAMENTO, PERSONALIDADE, DISPOSIÇÃO OU NATUREZA;
- INDEPENDENTEMENTE DA FORMA QUE FOR CHAMADO ESSAS CARACTERÍSTICAS COMEÇAM A MANIFESTAR-SE ENTRE O 3º E 5º DIA DE VIDA DE VIVÊNCIA NO LAR, E INDICAM O TIPO DE PESSOA QUE O BEBÉ SERÁ.

TEMPERAMENTO

- ✓ ALGUNS BEBÊS SÃO REALMENTE MAIS SENSÍVEIS, DIFÍCEIS, MAL-HUMORADOS, DOCES OU PREVISÍVEIS QUE OUTROS;
- ✓ ESSES ASPECTOS DO TEMPERAMENTO AFETAM A FORMA PELA QUAL O BEBÊ PERCEBE E MANIPULA O AMBIENTE E TALVEZ A CARACTERÍSTICA MAIS IMPORTANTE PARA OS PAIS COMPREENDEREM INFLUENCIA O TIPO DE CONFORTO QUE ELE BUSCA.

TEMPERAMENTO

- BEBÊ ANJO
- BEBÊ LIVRO TEXTO
- BEBÊ SENSÍVEL
- BEBÊ ENERGÉTICO
- BEBÊ IRRITÁVEL



TESTE CONHEÇA O SEU BEBÉ

PARA CADA UMA DAS QUESTÕES SEGUINTE, ESCOLHA A MELHOR RESPOSTA - EM OUTRAS PALAVRAS, A FRASE QUE DESCREVE O COMPORTAMENTO DE SEU FILHO NA MAIOR PARTE DO TEMPO.

1. MEU BEBÉ:

- A. RARAMENTE CHORA
- B. CHORA APENAS QUANDO ESTÁ COM FOME, CANSADO OU SUPERESTIMULADO
- C. CHORA SEM MOTIVO APARENTE
- D. CHORA MUITO ALTO E, SE NÃO O ATENDO LOGO, COMEÇA A BERRAR
- E. CHORA GRANDE PARTE DO TEMPO

2. NA HORA DE DORMIR, MEU BEBÉ:

- A. FICA TRANQUILO NO BERÇO E LOGO DORME
- B. EM GERAL, PEGA NO SONO FACILMENTE DENTRO DE 20 MINUTOS
- C. RECLAMA UM POUCO E PARECE SONOLENTO, MAS NÃO CONSEGUE MANTER O SONO
- D. É MUITO AGITADO E GERALMENTE PRECISA SER ENVOLVIDO EM UM COBERTOR OU EMBALADO NO COLO
- E. CHORA MUITO E PARECE NÃO GOSTAR DE SER COLOCADO NO BERÇO

TESTE CONHEÇA O SEU BEBÉ

3. QUANDO ACORDA, DE MANHÃ, MEU BEBÉ:

- A. RARAMENTE CHORA - ELE FICA BRINCANDO NO BERÇO ATÉ EU CHEGAR
- B. MURMURA E OLHA A SEU REDOR
- C. PRECISA DE ATENÇÃO IMEDIATA, SENÃO COMEÇA A CHORAR
- D. GRITA
- E. CHORAMINGA

4. MEU BEBÉ SORRI:

- A. PARA TUDO E PARA TODOS
- B. QUANDO ESTIMULADO
- C. QUANDO ESTIMULADO, MAS ÀS VEZES COMEÇA A CHORAR MINUTOS DEPOIS DE SORRIR
- D. MUITO E TAMBÉM É MUITO VOCAL: ELE TENDE A FAZER RUÍDOS MUITO ALTOS
- E. APENAS EM DETERMINADAS CIRCUNSTÂNCIAS

TESTE CONHEÇA O SEU BEBÉ

5. QUANDO LEVO MEU BEBÉ PARA PASSEAR, ELE:

- A. É EXTREMAMENTE COMPORTADO
- B. É COMPORTADO, DESDE QUE EU NÃO O LEVE PARA UM LOCAL MUITO AGITADO OU DESCONHECIDO
- C. FICA BASTANTE IRREQUIETO
- D. EXIGE MUITO MINHA ATENÇÃO
- E. NÃO GOSTA DE SER MUITO MANIPULADO

6. QUANDO UM DESCONHECIDO SIMPÁTICO CONVERSA COM ELE, MEU BEBÉ:

- A. SORRI IMEDIATAMENTE
- B. FICA UM POUCO SÉRIO E DEPOIS GERALMENTE SORRI
- C. QUASE SEMPRE CHORA, A MENOS QUE O DESCONHECIDO CONSIGA CONQUISTÁ-LO
- D. FICA MUITO AGITADO
- E. RARAMENTE SORRI

TESTE CONHEÇA O SEU BEBÉ

7. QUANDO ESCUTA UM RUÍDO MUITO ALTO, COMO UM CACHORRO LATINDO OU UMA PORTA BATENDO, MEU BEBÉ

- A. NUNCA SE INCOMODA
- B. PERCEBE, MAS NÃO SE INCOMODA
- C. FICA VISIVELMENTE ASSUSTADO E, EM GERAL, COMEÇA A CHORAR
- D. TAMBÉM FAZ UM RUÍDO ALTO
- E. COMEÇA A CHORAR

8. NA PRIMEIRA VEZ EM QUE DEI UM BANHO EM MEU BEBÉ, ELE:

- A. GOSTOU DA ÁGUA COMO SE FOSSE UM PEIXE
- B. FICOU UM POUCO SURPRESO COM A SENSACÃO, MAS GOSTOU QUASE IMEDIATAMENTE
- C. FICOU MUITO SENSÍVEL, TREMEU UM POUCO E PARECIA ESTAR COM MEDO
- D. FICOU FRENÉTICO, BATIA OS BRAÇOS E AS PERNAS, ESPARRAMANDO A ÁGUA
- E. DETESTOU O BANHO E CHOROU

TESTE CONHEÇA O SEU BEBÉ

9. NORMALMENTE, A LINGUAGEM CORPORAL DE MEU BEBÉ É:

- A. RELAXADA E ALERTA
- B. RELAXADA NA MAIOR PARTE DO TEMPO
- C. TENSA E MUITO REATIVA AOS ESTÍMULOS EXTERNOS
- D. DESAJEITADA - ELE BATE MUITO OS BRAÇOS E AS PERNAS
- E. RÍGIDA - SEUS BRAÇOS E SUAS PERNAS GERALMENTE SÃO INFLEXÍVEIS

10. MEU BEBÉ FAZ RUÍDOS ALTOS E AGRESSIVOS:

- A. OCASIONALMENTE
- B. APENAS QUANDO ESTÁ BRINCANDO E É MUITO ESTIMULADO
- C. QUASE SEMPRE
- D. FREQUENTEMENTE
- E. QUANDO ESTÁ BRAVO

TESTE CONHEÇA O SEU BEBÉ

11. QUANDO TROCO AS FRALDAS DO MEU BEBÉ, DOU BANHO NELE OU O VISTO:

- A. ELE SEMPRE SE COMPORTA COM TRANQUILIDADE
- B. ELE SE COMPORTA SE EU NÃO FIZER MOVIMENTOS MUITO RÁPIDOS E SE SOUBER O QUE ESTOU FAZENDO
- C. GERALMENTE FICA MAL-HUMORADO, COMO SE NÃO SUPORTASSE FICAR NU
- D. CONTORCE O CORPO E DERRUBA TUDO DO TROCADOR
- E. ELE DETESTA, VESTIR UMA ROUPA É SEMPRE UMA BATALHA

12. QUANDO LEVO MEU BEBÉ PARA UM AMBIENTE MUITO ILUMINADO, PELA LUZ DO SOL OU POR LÂMPADAS FLUORESCENTES, ELE:

- A. ENFRENTA A SITUAÇÃO COM NATURALIDADE
- B. ÀS VEZES PARECE ASSUSTADO
- C. PISCA EXCESSIVAMENTE OU TENTA ESCONDER O ROSTO
- D. FICA SUPERESTIMULADO
- E. PARECE PERTURBADO

TESTE CONHEÇA O SEU BEBÉ

13A. (SE VOCÊ DÁ BIBERÃO) QUANDO ALIMENTO MEU BEBÉ, ELE:

- A. SEMPRE SUGA DE FORMA ADEQUADA, PRESTA ATENÇÃO E, EM GERAL, ALIMENTA-SE EM 20 MINUTOS
- B. SE MOSTRA UM POUCO ATRAPALHADO COM OS MOVIMENTOS DE SUGAÇÃO, MAS QUASE SEMPRE SE ALIMENTA BEM
- C. CONTORCE MUITO O CORPO E DEMORA PARA TERMINAR A MAMADEIRA
- D. SEGURA A MAMADEIRA DE FORMA AGRESSIVA E TENDE A SE ALIMENTAR DEMAIS
- E. GERALMENTE É MAL-HUMORADO E DEMORA MUITO PARA SE ALIMENTAR

13B. (SE VOCÊ AMAMENTA) QUANDO AMAMENTO MEU BEBÉ, ELE:

- A. COMEÇA A MAMAR IMEDIATAMENTE - FOI BEM FÁCIL DESDE O PRIMEIRO DIA
- B. DEMOROU UM OU DOIS DIAS PARA CONSEGUIR MAMAR DIREITO, MAS DEPOIS FICOU TUDO BEM
- C. SEMPRE QUER MAMAR, MAS OCASIONALMENTE LARGA O SEIO, COMO SE TIVESSE ESQUECIDO COMO FAZER
- D. ALIMENTA-SE BEM DESDE QUE EU O SEGUIR DO JEITO QUE ELE QUER
- E. FICA MUITO BRAVO E AGITADO, COMO SE NÃO TIVESSE LEITE SUFICIENTE PARA ELE

TESTE CONHEÇA O SEU BEBÉ

14. O COMENTÁRIO QUE MELHOR DESCREVE A COMUNICAÇÃO ENTRE MIM E MEU BEBÉ É:

- A. ELE SEMPRE CONSEGUE QUE EU SAIBA EXATAMENTE QUAL É A SUA NECESSIDADE
- B. NA MAIOR PARTE DO TEMPO, É FÁCIL INTERPRETAR SUAS DICAS
- C. ELE ME CONFUNDE: ÀS VEZES, CHEGA A GRITAR COMIGO
- D. SEUS GOSTOS E DESGOSTOS SÃO FIRMADOS DE MODO BEM CLARO E FREQUENTEMENTE BARULHENTO
- E. ELE GERALMENTE CHAMA MINHA ATENÇÃO COM UM CHORO ALTO E TENSO

15. QUANDO VAMOS A UMA REUNIÃO FAMILIAR E MUITAS PESSOAS QUEREM SEGURÁ-LO, MEU BEBÉ:

- A. É MUITO ADAPTÁVEL
- B. É BASTANTE SELETIVO EM RELAÇÃO A QUEM DESEJA SEGURÁ-LO
- C. CHORA FACILMENTE SE MUITAS PESSOAS O SEGURAREM
- D. PODE CHORAR OU ATÉ MESMO TENTAR SE AFASTAR DOS BRAÇOS DE ALGUÉM SE NÃO SE SENTIR CONFORTÁVEL
- E. RECUSA-SE A IR COM QUALQUER PESSOA QUE NÃO SEJA A MAMÃE OU O PAPAI

TESTE CONHEÇA O SEU BEBÉ

16. QUANDO VOLTAMOS PARA CASA DEPOIS DE UM PASSEIO QUALQUER, MEU BEBÉ:

- A. ADAPTA-SE IMEDIATAMENTE
- B. DEMORA ALGUNS MINUTOS PARA SE AMBIENTAR
- C. TENDE A FICAR MUITO AGITADO
- D. GERALMENTE ESTÁ SUPERESTIMULADO, E É DIFÍCIL ACALMÁ-LO
- E. PARECE BRAVO E INFELIZ

17. MEU BEBÉ:

- A. DISTRAI-SE POR UM LONGO PERÍODO OBSERVANDO UM ÚNICO OBJETO, ATÉ MESMO AS BARRAS DO BERÇO
- B. CONSEGUE BRINCAR SOZINHO POR CERCA DE 15 MINUTOS
- C. TEM DIFICULDADE PARA DIVERTIR-SE EM UM AMBIENTE DESCONHECIDO
- D. PRECISA DE MUITO ESTÍMULO PARA SE DISTRAIR
- E. NÃO SE DISTRAI FACILMENTE COM ALGUMA COISA

TESTE CONHEÇA O SEU BEBÉ

18. O ASPETO MAIS PERCETÍVEL DE MEU BEBÉ É:

- A. COMO ELE É ADAPTÁVEL E INCRIVELMENTE BEM-COMPORTADO
- B. COMO SEU DESENVOLVIMENTO SEGUE UM TRAJETO PRECISO, EXATAMENTE COMO DESCREVEM OS LIVROS
- C. SUA SENSIBILIDADE A TUDO
- D. SUA AGRESSIVIDADE
- E. COMO ELE É RESMUNGÃO

19. MEU BEBÉ PARECE:

- A. SENTIR-SE ABSOLUTAMENTE SEGURO NO BERÇO
- B. PREFERIR O BERÇO NA MAIOR PARTE DO TEMPO
- C. SENTIR-SE INSEGURO NO BERÇO
- D. IRRITADO, COMO SE O BERÇO FOSSE UMA PRISÃO
- E. RESSENTIDO QUANDO É COLOCADO NO BERÇO

TESTE CONHEÇA O SEU BEBÊ

20. O COMENTÁRIO QUE MELHOR DESCREVE MEU BEBÊ É:

- A. NEM PARECE HAVER UM BEBÊ NA CASA - ELE É UM SONHO
- B. É FÁCIL LIDAR COM ELE, ELE É PREVISÍVEL
- C. ELE É UMA COISINHA MUITO DELICADA
- D. EU ACHO QUE, QUANDO COMEÇAR A ENGATINHAR, ELE VAI ESBARRAR EM TUDO
- E. ELE É UMA "ALMA VELHA", PARECE QUE JÁ ESTEVE POR AQUI ANTES

PARA SABER O RESULTADO DO TESTE, ESCREVA AS LETRAS A, B, C, D E E EM UM PAPEL E, AO LADO DE CADA UMA, ANOTE QUANTAS VEZES A MARCOU DURANTE O TESTE, CADA LETRA DENOTA UM TIPO CORRESPONDENTE:

A = BEBÊ ANJO

B = BEBÊ LIVRO-TEXTO

C = BEBÊ SENSÍVEL

D = BEBÊ ENÉRGICO

E = BEBÊ IRRITÁVEL

BEBÊ ANJO

- DOCE;
- ETERNAMENTE SORRIDENTE;
- MUITO POUCO EXIGENTE;
- NÃO É PERTURBADO POR AMBIENTES NOVOS;
- FACILIDADE EM SE ALIMENTAR, BRINCAR EM DORMIR;
- NORMALMENTE NÃO CHORA AO ACORDAR;
- QUASE SEMPRE CONSEGUE ACALMAR-SE SOZINHO.

Se estiver muito cansado, talvez porque suas dicas não tenham sido bem interpretadas, a única providência necessária é aconchegá-lo um pouco e dizer: "Eu estou vendo que você está muito cansado". Depois, cantar uma canção, deixar o quarto confortável, escuro e silencioso, e logo ele dormirá.

BEBÉ LIVRE TEXTO

- É PREVISÍVEL;
- CONSIDERAVELMENTE FÁCIL DE LIDAR;
- INSINUA TUDO O QUE FARÁ;
- CHEGA A TODOS OS MARCOS DE ACORDO COM O PREVISTO;
- MANIFESTAÇÕES DO PROCESSO DE CRESCIMENTO PARECEM UM RELÓGIO;
- APENAS COM 1 SEMANA JÁ CONSEGUE BRINCAR SOZINHO POR 15 MINUTOS;
- SORRI QUANDO ALGUÉM SORRI PARA ELE;
- TEM PERÍODOS NORMAIS DE MAU HUMOR;
- É FÁCIL ACALMÁ-LO;
- NÃO É DIFÍCIL DE ADORMECE-LO.

BEBÉ SENSÍVEL

- ASSUSTA-SE FACILMENTE: RUÍDO DA MOTA, SONS DA TV, ETC.
- ELE PISCA OS OLHOS OU TENTA AFASTAR O ROSTO DA LUZ FORTE;
- CHORA SEM MOTIVO APARENTE, MESMO QUANDO ESTÁ SOZINHO COM A MÃE;
- FICA IRRITADO DEPOIS DE ALGUMAS PESSOAS PEGAREM NELE OU PASSEAR;
- BRINCA POR ALGUNS MINUTOS, MAS PRECISA DE UMA PESSOA DE REFERÊNCIA PRÓXIMA;
- GOSTA MUITO DE SUGAR, ACALMA-SE COM A CHUCHA PODE SER MAL INTERPRETADO COMO FOME;
- PODE ALIMENTAR-SE DE UMA FORMA ERRÁTICA, AGINDO COMO SE TIVESSE ESQUECIDO COMO FAZÊ-LO;

BEBÉ SENSÍVEL

- DURANTE AS SESTA E À NOITE TEM DIFICULDADE EM PEGAR NO SONO;
- FACILMENTE SAEM DO HORÁRIO PROGRAMADOS;
- UMA SESTA MAIS LONGA, UMA VISITA INESPERADA, UMA MUDANÇA DE ROTINA, PODE COLOCAR BEBÉ EM DESESPERO;
- PARA ACALMAR É NECESSÁRIO “RECRIAR O VENTRE”.

BEBÉ ENERGÉTICO

- PARECE QUE NASCE SABENDO O QUE GOSTA E O QUE NÃO GOSTA, DEMONSTRA SEM HESITAÇÃO;
- SÃO MUITO VOCAIS E ÀS VEZES PARECEM AGRESSIVOS;
- NORMALMENTE CHAMA OS PAIS DE MANHÃ AOS GRITOS;
- NÃO GOSTA DA FRALDA SUJA E VAI GRITAR PARA QUE MUDEM;
- BALBUZIA MUITO E BEM ALTO;
- LINGUAGEM CORPORAL UM POUCO DESAJEITADA;
- NECESSÁRIO ENVOLVER COBERTOR PARA DORMIR, UMA VEZ QUE OS MEMBROS FICAM DEBATENDO E DEIXAM O BEBÉ SUPERESTIMULADO;

BEBÉ ENERGÉTICO

- QUANDO COMEÇA A CHORAR O CICLO NÃO É INTERROMPIDO, PARECE QUE NÃO HÁ RETORNO ATÉ CHEGAR A UM ESTADO DE RAIVA EXTREMA;
- PROVAVELMENTE IRÁ PEGAR NO BIBERÃO EM IDADE PREMATURA;
- PERCEBE OS OUTROS BEBÉS ANTES QUE ELES O PERCEBAM;
- ASSIM QUE TIVER UMA PREENSÃO FIRME, IRÁ PEGAR NOS BRINQUEDOS DOS OUTROS.

BEBÉ IRRITÁVEL

- SÃO ALMAS VELHAS;
- É “AMARGO”, ESTÁ BRAVO COM O MUNDO E MOSTRA ISSO CLARAMENTE;
- CHORAMINGA TODAS AS MANHÃS;
- NÃO SORRI MUITO DURANTE O DIA;
- FICA INQUIETO ATÉ DORMIR;
- DETESTA TOMAR BANHO NO INÍCIO, SEMPRE QUE SE TENTAR VESTIR FICA IRRITADO E IMPACIENTE;
- ALIMENTAÇÃO É DIFÍCIL DEVIDO AO MAU HUMOR.

Para acalmar bebé irritável é preciso ser paciente, o “murmúrio de água” tem que ser mais alto que o choro. Odeia ser envolvido em cobertores, se tiver uma crise deve-se dizer “está bem, está bem”, de uma forma rítmica, enquanto o embala da frente para trás.

**E
A
S
Y**

- EATING
- ACTIVITY
- SLEEP
- YOU

MÉTODO EASY

- ✓ ACRÔNIMO PARA ROTINA ESTRUTURADA, QUE PODE SER ESTABELECIDADA DESDE O 1º DIA DE VIDA;
- ✓ É UM CICLO RECORRENTE QUE DURA CERCA DE 3H;
- ✓ ACOSTUMAR O BEBÉ À ORDEM NATURAL DE COMER, BRINCAR E DORMIR;
- ✓ A ROTINA DEVE SER IMPLEMENTADA ANTES DOS 3 MESES DE IDADE;
- ✓ APÓS OS MESES 3 MESES SEM UMA ROTINA O BEBÉ JÁ PODERÁ TER DESENVOLVIDO OS CHAMADOS “PROBLEMAS DE SONO E ALIMENTAÇÃO”.

MÉTODO EASY

- ✓ COM O EASY AOS 3 MESES, OS PAIS JÁ IRAM CONHECER OS PADRÕES E ENTENDER A LINGUAGEM DO SEU BEBÊ;
- ✓ DEVE-SE FAZER UM DIÁRIO DO EASY, DURANTE AS PRIMEIRAS 6 SEMANAS DE VIDA DO BEBÊ.

MÉTODO EASY

O SEU DIÁRIO DO E.A.S.Y.

- DATA
- ALIMENTAÇÃO
- EM QUAL HORÁRIO?
- QUANTO (EM ML OU EM MIN.)?
- NO SEIO DIREITO (EM MIN.)?
- NO SEIO ESQUERDO (EM MIN.)?
- NÚMERO DE DEFECações
- NÚMERO DE MICções



MÉTODO EASY

- ATIVIDADE
- QUAL E POR QUANTO TEMPO?
- BANHO (DE MANHÃ OU À TARDE)?
- SONO
- POR QUANTO TEMPO?
- VOCÊ
- DESCANSO?
- TAREFAS?
- DESCOBERTAS?
- COMENTÁRIOS?



MÉTODO EASY

OS PAIS ESTABELECEM UM RITMO QUE O BEBÉ POSSA SEGUIR;
O BEBÉ SABE O QUE ESPERAR;
É LÓGICO, POR ISSO OS PAIS PODEM ANTECIPAR AS NECESSIDADES DO BEBÉ E PROVAVELMENTE
COMPREENDERAM AS DIFERENÇAS ENTRE OS CHOROS;
OS PAIS PODEM PLANEJAR A SUA PRÓPRIA VIDA.

MÉTODO EASY

- O MÉTODO PROPÕEM A TÉCNICA DO EASY, 4 S'S, PICK UP- PUT DOWN;
- OS PAIS TÊM QUE OBSERVAR O RITMO DO BEBÉ E SEUS SINAIS;
- SUAVEMENTE É ESTABELECIDO UMA ROTINA, DE ACORDO COM AS CARACTERÍSTICAS, IDADE E NECESSIDADES DO BEBÉ;
- NÃO É UM CRONOGRAMA RÍGIDO ATRAVÉS DE RELÓGIO, MAS SIM A REPETIÇÃO DO PADRÃO A ALIMENTAÇÃO, ATIVIDADE, SONO TODOS OS DIAS.

EAT

- AMAMENTAÇÃO COMPLETA, EM VEZ DE FAZER "LANCHE" MUITAS VEZES;
- AMAMENTAR QUANDO SE PERCEBE QUE É FOME;
- MANTER O BEBÉ ACORDADO, ESTIMULANDO PARA ESVAZIAR A MAMÃ COMPLETAMENTE OU O BIBERÃO;
- RESPEITANDO SEMPRE A SACIEDADE DO BEBÉ;
- DIMINUIR O INTERVALO DE TEMPO EM MAIS AO MENOS UMA HORA, DA MAMADA ANTES DE DORMIR;
- OFERECER A MAMADA DOS SONHOS, ALIMENTAR MAIS UMA VEZ 3H DEPOIS DE TER ADORMECIDO. É FUNDAMENTAL NÃO ACORDAR O BEBÉ;

EAT

- SE O BEBÉ ACORDAR À NOITE COM FOME, AMAMENTA-SE E COLOCA-SE NOVAMENTE NO BERÇO;
- DEVE-SE AUMENTAR A INGESTÃO DE LEITE DURANTE O DIA, PARA ACORDAR MENOS VEZES À NOITE.

ACTIVITY

- BRINCAR E DISTRAIR O BEBÉ PARA SE MANTER ACORDADO;
- EX: TROCAR FRALDA, BANHO, MÚSICA, FOTOS, BRINCADEIRAS, PASSEAR;
- NÃO SUPERESTIMULAR, PRINCIPALMENTE AO FIM DO DIA;
- ATIVIDADE ATÉ O BEBÉ APRESENTAR SINAIS QUE ESTÁ PRONTO PARA DORMIR NOVAMENTE.

SLEEP

- PROMOVER O RELAXAMENTO DO BEBÉ, ATRAVÉS DO TOM DE VOZ, DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS E RITUAL DE SONO;
- QUANDO O BEBÉ ESTIVER CALMO E QUASE DORMINDO, COLOCAR NO BERÇO;
- DEVE-SE COLOCAR O BEBÉ NO BERÇO AO 3º BOCEJO;
- ACORDAR O BEBÉ PARA MAMAR DURANTE O DIA, DURANTE A NOITE NÃO ACORDAR SÓ SE TIVER ABAIXO DO PESO;

SLEEP

- A PARTIR DOS 3 MESES O BEBÉ PODE ACORDAR NÃO POR FOME MAS POR HÁBITO;
- SE O BEBÉ TEM O HÁBITO DE ACORDAR À NOITE PARA MAMAR SEMPRE NO MESMO HORÁRIO, DEVE-SE ACORDAR UM POUCO ANTES DE FORMA GENTIL E COLOCAR PARA DORMIR NOVAMENTE. SEM DAR DE MAMAR OU FAZER OUTRA ATIVIDADE.

YOU

- APROVEITAR PARA DESCANSAR;
- FAZER OUTRA ATIVIDADES QUE SEJAM NECESSÁRIAS PARA A MÃE.

4 S

- SITUAÇÃO- PREPARAÇÃO DO AMBIENTE, PARA O BEBÉ SABER QUE ESTÁ NA HORA DE IR DORMIR;
- AGASALHAR- HORA DE EMBRULHAR O BEBÉ NUMA MANTA; (UTILIZAR ATÉ OS 3 MESES);
- SENTAR- ESTAR COM O BEBÉ AO COLO SEM BALANÇAR, DAR "PALMADINHAS" NO RABO;
- SILENCIAR- FAZER SHIII..., UTILIZAR ATÉ OS 4 MESES.

PICK UP- PUT DOWN

- PEGAR O BEBÉ AO COLO QUANDO COMEÇAR A CHORAR NO BERÇO, E ASSIM QUE PARAR COLOCAR NOVAMENTE NO BERÇO;
- DEVE-SE FALAR COM O BEBÉ QUANDO SE COLOCA NO BERÇO, EX: É HORA DE DORMIR;
- SE O BEBÉ COMEÇAR A CHORAR DEPOIS DE ESTAR; DEITADO NO BERÇO DEVE-SE PEGAR NOVAMENTE;
- DEVE-SE SAIR DO QUARTO QUANDO O BEBÉ ESTÁ A DORMIR;
- UTILIZAR A TÉCNICA A PARTIR DOS 4 MESES.

MÉTODO EASY

RN COM MENOS DE 2.9 KG, PREMATURO OU COM ICTERÍCIA- CICLOS CURTOS; O BEBÉ DEVE MAMAR A CADA 2H; DORMIR NAS CONDIÇÕES MAIS PARECIDAS COM O ÚTERO.

MÉTODO EASY

LACTENTE COM 1 A 6 SEMANAS, ENTRE 2.9 KG E 3.5 KG- CICLO DE MAMADAS DE 3 EM 3 HORAS; ATÉ 40 MINUTOS DE MAMADA; 30 A 40 MINUTOS ENTRE TROCA DE FRALDA E ATIVIDADE; DE 1H30 A 2H DE SONO; O BEBÉ PODERÁ DORMIR A NOITE 4 A 5H SEGUIDAS, ESTÁ INCLUÍDA A MAMADA DO SONO.

MÉTODO EASY

LACTENTE DE 6 SEMANAS A 4 MESES- CICLO DE MAMADAS PODE IR ATÉ 3H30; DORME À NOITE DE 6 A 8H.

MÉTODO EASY

LACTENTE DE 4 A 6 MESES - MAMADA DE 20 A 30 MINUTOS; 1H30 A 2H ENTRE TROCA DE FRALDA E ATIVIDADE; 2H A 2H30 DE SONO; À NOITE PODERÁ DORMIR ATÉ 10H CONSECUTIVAS.

MÉTODO EASY

LACTENTE A PARTIR DOS 6 MESES- A INTRODUÇÃO ALIMENTAR, NASCIMENTO DOS DENTES, VOLTA AO TRABALHO DA MÃE PODERÃO INTERFERIR COM O SONO DO BEBÉ;

LACTENTE A PARTIR DOS 8 MESES- CORTA-SE A MAMADA DO SONHOS.

HARVEY KARP

1. **SWADDLE** – ENVOLVER (NUMA MANTA, POR EXEMPLO)
2. **SIDE-STOMACH POSITION** – POSIÇÃO LATERAL SOBRE A BARRIGA
3. **SHUSH** – “SHHH” OU RUÍDO BRANCO
4. **SWING** – BALANÇAR
5. **SUCK** – SUGAR

EDUARD ESTIVILL

- ✓ PODE-SE DEIXAR A CRIANÇA CHORAR UM POUCO NO BERÇO, NO CASO DO CHORO SIGNIFICAR QUE OS PAIS ESTÃO INDO CONTRA O QUE ELE QUER;
- ✓ É MELHOR QUE A CRIANÇA DURMA ATÉ O 3º MÊS DE VIDA NA QUARTO DOS PAIS, PODENDO SE ESTENDER ATÉ AO 6º MÊS;
- ✓ NÃO É RECOMENDADO QUE DURMA NA CAMA DOS PAIS, ESTÁ COMPROVADO CIENTIFICAMENTE QUE CRIANÇAS QUE DORMEM NA CAMA DOS PAIS TEM MAIS PROBLEMAS DE SONO;
- ✓ EVITAR CALOR EXCESSIVO;

EDUARD ESTIVILL

- ✓ DO NASCIMENTO AOS CINCO ANOS, A CRIANÇA VALORIZA ROTINAS ANTES DE DORMIR, POIS UM RITUAL ADEQUADO OFERECE SEGURANÇA E TRANQUILIDADE;
- ✓ A ROTINA DEVE COMEÇAR PELO JANTAR SEMPRE NO MESMO ESPAÇO, DEPOIS DO JANTAR RETIRAR TODOS UTENSÍLIOS DE ALIMENTAÇÃO, PARA QUE ESTA ENTENDA QUE O LEITE, BIBERÃO, MAMÃ NADA TEM A HAVER COM O SONO;
- ✓ ALGUNS MINUTOS DE TROCA DE AFETO;
- ✓ NÃO SE DEVE DAR NADA QUE AJUDE A ADORMECER, QUE DEPOIS TENHA QUE SER RETIRADO, EX: MÃO, COMPANHIA DOS PAIS, ETC, MAS SIM UM PELUCHE, CHUCHA, ETC, PARA QUE QUANDO ACORDE ESTEJA NA PRESENÇA DESTE MESMO OBJETOS, SENTINDO-SE TRANQUILO.

EDUARD ESTIVILL

- ✓ SE O BEBÊ CHORAR QUANDO FICAR SOZINHO, DEVE-SE ENTRAR NO QUARTO COM PEQUENOS INTERVALOS DE TEMPO;
- ✓ DEVE-SE IR AO SEU QUARTO APÓS PERÍODOS CADA VEZ MAIS LONGOS. ORIENTADOS PELA TABELA DE TEMPOS DE ESPERA DO MÉTODO ESTIVILL;
- ✓ É MUITO DIFÍCIL A CRIANÇA MUDAR DE HÁBITO APÓS UM ANO DE IDADE, POR ISSO DEVE COMEÇAR A APREENDER DORMIR DESDE CEDO.

EDUARD ESTIVILL

TABLAS-GUÍA DE TIEMPOS PARA HACER LAS VISITAS AL DORMITORIO DEL NIÑO				
Días	1. ^a Espera	2. ^a Espera	3. ^a Espera	Esperas sucesivas
1	1'	3'	5'	5'
2	3'	6'	9'	9'
3	5'	10'	15'	15'
4	6'	11'	17'	17'
5	7'	13'	20'	20'
Siguientes	8'	15'	23'	23'
Seguir igual hasta que se duerma solito	8'	15'	23'	23'

HIGIENE DO SONO

- ☐ DORMIR SEMPRE O MESMO NÚMERO DE HORAS;
- ☐ IR PARA A CAMA SEMPRE NA MESMA HORA, COM A DIFERENÇA MÁXIMA DE 30 MINUTOS;
- ☐ O QUARTO DEVE SER BEM VENTILADO, MANTER TEMPERATURA 20 E 22°C;
- ☐ DORMIR COM TOTAL AUSÊNCIA DE LUZ;
- ☐ FAZER EXERCÍCIO FÍSICO;
- ☐ TOMAR BANHO À NOITE SEMPRE À MESMA HORA ANTES DE DORMIR;
- ☐ NÃO CONSUMIR CACAU, CAFÉ, CHÁ DURANTE A TARDE E NOITE, E DE MANHÃ MODERAR A QUANTIDADE;

HIGIENE DO SONO

- ☐ NÃO BEBER ÁLCOOL NA 6H ANTES DE DORMIR;
- ☐ O QUARTO DEVE ESTAR EM SILÊNCIO;
- ☐ DEVE-SE IR PARA A CAMA SÓ APÓS 2H DEPOIS DO JANTAR;
- ☐ DEVE-SE MANTER UM ROTINA CUMPRINDO QUANTO POSSÍVEL OS HORÁRIOS DE ATIVIDADES DE TRABALHO, ALIMENTAÇÃO, EXERCÍCIO, LAZER E SONO;
- ☐ O QUARTO DEVE SER PINTADO DE CORES SUAVES;
- ☐ ASSEGURAR SESTAS COM HORA CERTA E DURAÇÃO ADEQUADA À IDADE;
- ☐ EXCLUIR DO QUARTO APARELHOS ELETRÔNICOS.

HIGIENE DO SONO

- ☐ ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL RICA EM VITAMINA A, C, D, FERRO, ZINCO E PROTEÍNA;
- ☐ ACADEMIA AMERICANA DE PEDIATRIA EM 2014, PROPÔS O ADIAMENTO DOS HORÁRIOS DE INÍCIO DAS AULAS;
- ☐ OS PAIS PODEM APLICAR O SEU PERFUME NO URSO DE PELUCHE;
- ☐ DEVE-SE OFERECER A CEIA ANTES DE DORMIR.

DESMAME NOTURNO

Plano de Remoção Gentil de Pantley

- QUANDO O BEBÊ ACORDAR OFEREÇA A CHUCHA, A MAMA OU O BIBERÃO;
- QUANDO A SUCÇÃO DIMINUIR, E O BEBÊ ESTIVER RELAXADO E SONOLENTO, OU A FAZER A MAMA DE CHUCHA, COLOCAR O DEDO RETIRANDO DELICADAMENTE A MAMA FAZENDO ASSIM A SUA SUBSTITUIÇÃO;
- NO INÍCIO O BEBÊ PODE ASSUSTAR-SE, E TORCER-SE EM BUSCA DO MAMILO. FAZER LIGEIRA PRESSÃO NO QUEIXO LOGO ABAIXO DO LÁBIO;
- REMOVER O DEDO;
- REPETIR O PROCESSO QUANTAS VEZES FOREM PRECISAS.

DESMAME NOTURNO

Jay Gordon

NAS PRIMEIRAS 3 NOITES:

- ✓ ANTES DAS 23H PODE OFERECER A MAMA PARA DORMIR;
- ✓ DEPOIS DAS 23H PODE AMAMENTAR MAS NÃO DEIXE DORMIR À MAMA, CONFORTAR NO BERÇO;
- ✓ SÓ OFERECER A MAMA QUANDO VOLTAR A FAZER UM CICLO DE SONO, PODE SER DE 15 COMO DE 4H.

DESMAME NOTURNO

Jay Gordon

AS PRÓXIMAS 3 NOITES:

- ✓ NÃO AMAMENTAR DEPOIS DAS 23H;
- ✓ PEGAR AO COLO E ACONCHEGAR E VOLTAR A COLOCAR NO BERÇO;

NAS 4 NOITES SEGUINTE:

- ✓ NÃO PEGAR AO COLO QUANDO ACORDAR;
- ✓ MANTER O TOQUE, PODE FALAR MAS NÃO PEGUE.

Referência Bibliográficas

1. Anggerainy SW, Wanda D, Nurhaeni N. Music Therapy and Story Telling: Nursing Interventions to Improve Sleep in Hospitalized Children. Compr Child Adolesc Nurs. 29 de março de 2019;42(sup1):82–9.
2. Badin E, Haddad C, Shatkin JP. Insomnia: the Sleeping Giant of Pediatric Public Health. Curr Psychiatry Rep. maio de 2016;18(5):47.
3. Brazelton, T. & Sparrow, D. O método Brazelton: a criança e o sono. 6a edição. Editorial Presença. 2011.
4. Bromberg MH, de la Vega R, Law EF, Zhou C, Palermo TM. Development and Validation of the Adolescent Insomnia Questionnaire. J Pediatr Psychol. 1 de janeiro de 2020;45(1):61–71.
5. Vecchi C. Causes and effects of lack of sleep in hospitalized children. Arch Argent Pediatr [Internet]. 1 de fevereiro de 2020 [citado 1 de dezembro de 2022];118(2). Disponível em: <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2020/v118n2a15e.pdf>
6. Como reduzir o risco de Síndrome de Morte Súbita do Lactente. Sociedade Portuguesa de Neonatologia.2009

Referência Bibliográfica

7. Corkum PV, Reid GJ, Hall WA, Godbout R, Stremler R, Weiss SK, et al. Evaluation of an Internet-Based Behavioral Intervention to Improve Psychosocial Health Outcomes in Children With Insomnia (Better Nights, Better Days): Protocol for a Randomized Controlled Trial. *JMIR Res Protoc*. 26 de março de 2018;7(3):e76.
8. Correia A, Lourenço M. Promoção do sono em unidades de cuidados intensivos neonatais: scoping review: Sleep promotion in neonatal intensive care units: scoping review. *Enferm Glob*. 22 de dezembro de 2019;19(1):527–75.
9. Crous EC, North N. Sleep promotion for hospitalised children: Developing an evidence-based guideline for nurses. *Curationis* [Internet]. 6 de outubro de 2021 [citado 1 de dezembro de 2022];44(1). Disponível em: <https://curationis.org.za/index.php/curationis/article/view/2219>
10. Donskoy I, Loghmanee D. Insomnia in Adolescence. *Med Sci*. 1 de setembro de 2018;6(3):72.
11. Estêvão M. Posso ajudar os meus filhos a dormir bem?. Associação Portuguesa de Sono.
12. Estêvão M, Silva F, Ferreira M, Madureira N, Clemente V. Higiene do Sono Crianças e Adolescentes. Sociedade Portuguesa de Pediatria e Associação Portuguesa de Sono
13. Estivill. E. Dormir Bien. *Dummies*. 2010

Referência Bibliográfica

14. Estivill. E. Duérmete, Niño: El Método Estivill para enseñar a dormir a los niños. Plaza & Janés. 2014
15. Fariás-Fernández M, Rendón-Macías ME, Iglesias-Leboreiro J, Bernárdez-Zapata I, Gordillo-Rodríguez L. Effects of hospitalization on children's sleep pattern irrespective of sleep problems history. *Bol Méd Hosp Infant México*. 29 de julho de 2021;78(4):5499.
16. Groenewald CB, Law EF, Rabbitts JA, Palermo TM. Associations between adolescent sleep deficiency and prescription opioid misuse in adulthood. *Sleep*. 12 de março de 2021;44(3):zsaa201.
17. Hoog. T. & Blau. M. Os segredos de uma Encantadora de bebês: Como ter uma relação tranquila e saudável com o seu bebê. Editora Manole. 2002
18. Hoog. T. & Blau. M. The Baby Whisperer: Solves All Your Problems, Sleeping, Feeding, and Behavior Beyond The Basics from Infancy Through Toddlerhood. Atria Books. 2005
19. Hybschmann J, Topperzer MK, Gjørde LK, Born P, Mathiasen R, Sehested AM, et al. Sleep in hospitalized children and adolescents: A scoping review. *Sleep Med Rev*. outubro de 2021;59:101496.

Referência Bibliográfica

20. Kokka I, Mourikis I, Nicolaides NC, Darviri C, Chrousos GP, Kanaka-Gantenbein C, et al. Exploring the Effects of Problematic Internet Use on Adolescent Sleep: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 18 de janeiro de 2021;18(2):760.
21. Kurtis MM, Balestrino R, Rodriguez-Blazquez C, Forjaz MJ, Martinez-Martin P. a. *Front Neurol*. 29 de maio de 2018;9:369.
22. Law EF, Kim A, Ickmans K, Palermo TM. Sleep Health Assessment and Treatment in Children and Adolescents with Chronic Pain: State of the Art and Future Directions. *J Clin Med*. 9 de março de 2022;11(6):1491.
23. Liu J, Ji X, Pitt S, Wang G, Rovit E, Lipman T, et al. Childhood sleep: physical, cognitive, and behavioral consequences and implications. *World J Pediatr* [Internet]. 23 de novembro de 2022 [citado 25 de março de 2023]; Disponível em: <https://link.springer.com/10.1007/s12519-022-00647-w>

Referência Bibliográfica

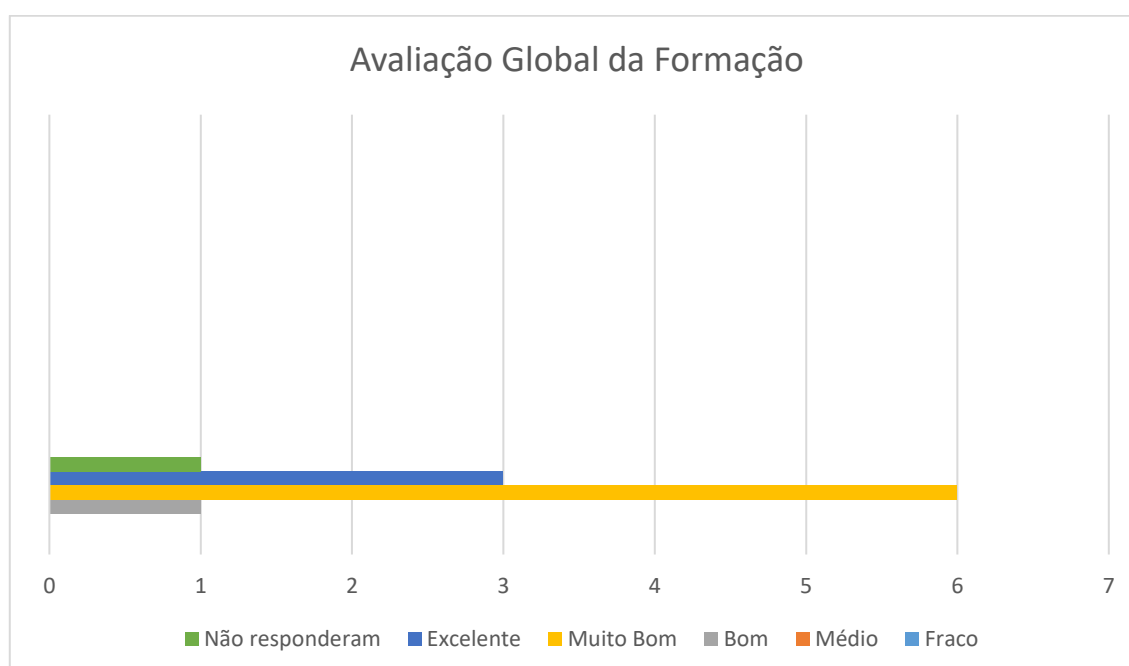
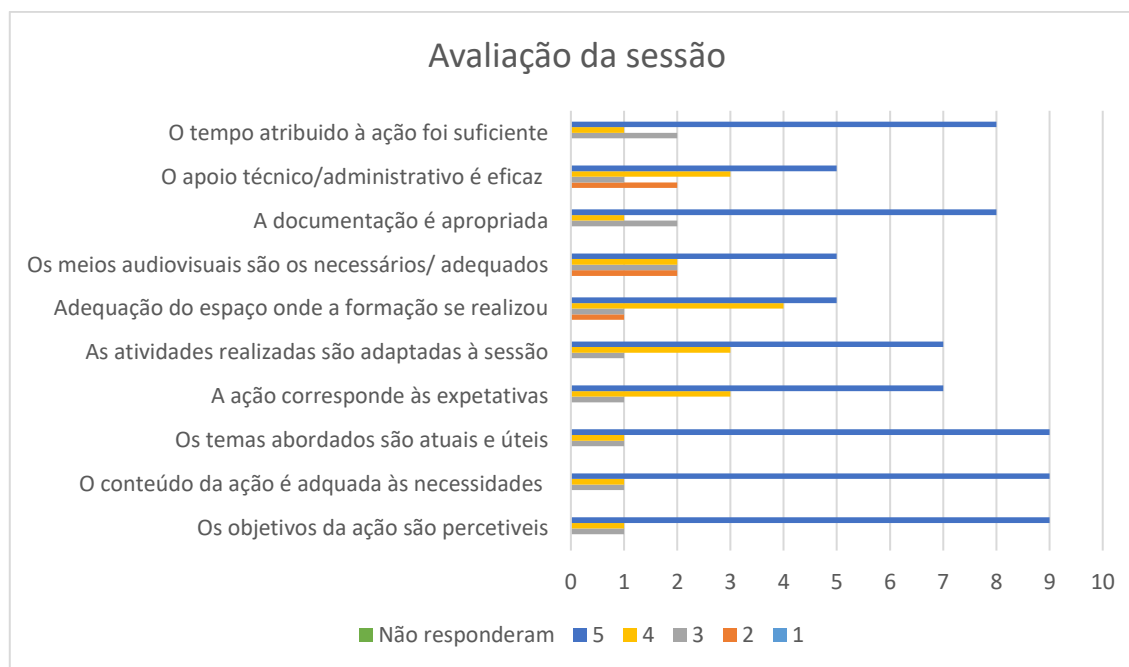
24. Maki MT, Orsi KCSC, Tsunemi MH, Hallinan MP, Pinheiro EM, Avelar AFM. O efeito da manipulação sobre o sono do recém-nascido prematuro. *Acta Paul Enferm*. outubro de 2017;30(5):489–96.
25. Mozer CL, Bhagat PH, Seward SA, Mason NR, Anderson SL, Byron M, et al. Optimizing Oral Medication Schedules for Inpatient Sleep: A Quality Improvement Intervention. *Hosp Pediatr*. 1 de abril de 2021;11(4):327–33.
26. Ordway MR, Sadler LS, Jeon S, O'Connell M, Banasiak N, Fenick AM, et al. Sleep health in young children living with socioeconomic adversity. *Res Nurs Health*. agosto de 2020;43(4):329–40.
27. Pantley. E. The no cry sleep solution. McGraw-Hill.2002
28. Pantley, E.The No Cry Sleep Solution. São Paulo: M. Books. 2003.
29. Papaconstantinou EA, Hodnett E, Stremler R. A Behavioral-Educational Intervention to Promote Pediatric Sleep During Hospitalization: A Pilot Randomized Controlled Trial. *Behav Sleep Med*. 4 de julho de 2018;16(4):356–70.

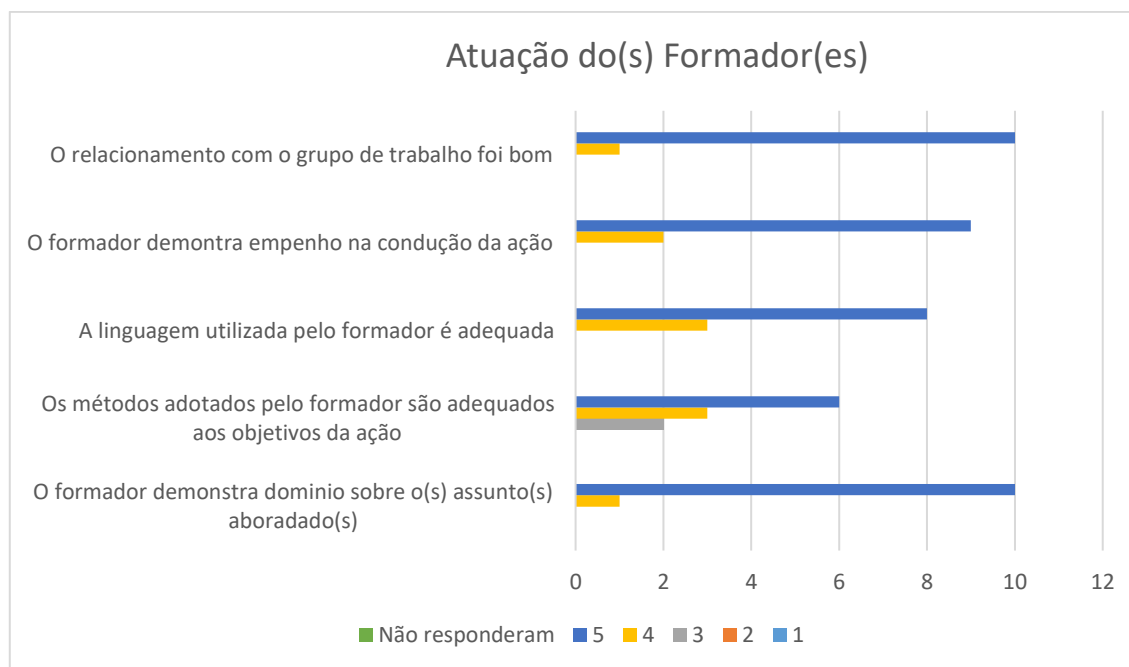
Referência Bibliográficas

30. Peirce LB, Orlov NM, Erundu AI, Anderson SL, Chamberlain M, Gozal D, et al. Caregiver and Staff Perceptions of Disruptions to Pediatric Inpatient Sleep. *J Clin Sleep Med*. 15 de novembro de 2018;14(11):1895–902.
31. Pin Arboledas G, Soto Insuga V, Jurado Luque MJ, Fernandez Gomariz C, Hidalgo Vicario I, Lluch Rosello A, et al. Insomnio en niños y adolescentes. Documento de consenso. *An Pediatr*. março de 2017;86(3):165.e1-165.e11.
32. Rolling J, Rabot J, Schroder CM. Melatonin Treatment for Pediatric Patients with Insomnia: Is There a Place for It? *Nat Sci Sleep*. outubro de 2022;Volume 14:1927–44.
33. Stremmer R, Micsinszki S, Adams S, Parshuram C, Pullenayegum E, Weiss SK. Objective Sleep Characteristics and Factors Associated With Sleep Duration and Waking During Pediatric Hospitalization. *JAMA Netw Open*. 1 de abril de 2021;4(4):e213924.
34. Vasconcelos A, Prior C, Estevão H, Loureiro H, Ferreira R, Paiva T. Prática da sesta da criança nas creches e infantários, públicos ou privados. *Recomendações da Sociedade Portuguesa de Pediatria*. 2017.

OBRIGADA PELA ATENÇÃO!

Apêndice F – Resultados da Avaliação da Sessão Formativa “O Sono na Criança / Jovem”





Apêndice G - Plano de Sessão de Formação: “O Sono do Recém-Nascido” - Centro de Saúde

Plano de Sessão de Formação					
Tema: O Sono do Recém-Nascido Local: Centro de saúde Supervisora: xxxx			Aluna: Ana Rita Vales Chaves Medeiros Data: 31/3/2023		
Objetivo Geral:	Fase	Duração	Conteúdo	Método	Recursos
Sensibilizar os pais para a importância do sono no RN/ Criança; segurança durante o sono; Medidas para a higienização do sono da criança.	INTRODUÇÃO	3 minutos	Apresentação da aluna. Justificação do tema e metodologia utilizada para realização da sessão.	Expositivo	PowerPoint
Objetivos Específicos: Pretende-se que no final da sessão os pais: 1) Compreendam a importância do sono; 2) Compreendam os benefícios do sono; 3) Identiquem as medidas para a segurança durante o sono; 4) Compreendam a importância da higiene do sono.	Desenvolvimento	20 minutos	- Definição do sono; - Número total de horas diárias de sono; - Ritmos biológicos; - Método 5 s's de Harvey Karp; - Higiene do sono; - Segurança durante o sono.	Expositivo/Participativo	PowerPoint
	CONCLUSÃO	3 minutos	Síntese oral dos conteúdos apresentados no desenvolvimento.	Expositivo/participativo	
	AVALIAÇÃO	5 minutos	<u>Sumativa:</u> Questionário de avaliação da sessão.	Participativo	Questionário
DURAÇÃO		31 minutos			

Apêndice H- Sessão de Formação: “O Sono do Recém-Nascido”

O SONO DO RECÉM-NASCIDO

DOCENTE: PROFª DOUTORA ANA PAULA NUNES

DISCENTE: ANA MEDEIROS



O QUE É O SONO?

- ❖ O sono é uma necessidade humana básica, e é essencial para os processos de desenvolvimento das crianças, regulação das emoções, comportamento, enfrentamento e perceção da dor, para além de que o sono regula os sinais vitais, melhora a imunidade e apoia a recuperação de doenças e lesões.¹⁻⁹
- ❖ O sono começa a desenvolver-se no período fetal e é um processo neurofisiológico necessário para o desenvolvimento do cérebro cujos padrões variam com a idade, e a qualidade do mesmo desde este período tem consequências a nível do desenvolvimento ao longo da vida.⁹

SONO

- ❖ Nos primeiros dois anos de vida, a criança passa cerca de dez mil horas a dormir e apenas sete mil horas acordada, permitindo o rápido desenvolvimento cerebral;^{7,9}
- ❖ Um RN passa cerca de 16 - 18h a dormir por dia;^{7,9}
- ❖ Os padrões de sono do RN incluem o sono tranquilo e ativo.^{7,9}

SONO TRANQUILO

- ❖ Este período é caracterizado por um período de repouso, com respiração profunda e frequência cardíaca regulares, com ausência de movimentos corporais ou oculares.

Essencial para:

- Recuperação das energias;
- Produção da hormona de crescimento;
- Processo de aprendizagem;
- Consolidação da memória.^{7,9}

SONO ATIVO

- ❖ Este período é caracterizado pela presença de movimentos oculares rápidos, com respiração rápida e irregular e movimentos corporais.

Essencial para:

- Maturação do sistema nervoso central;
- Desenvolvimento do padrão comportamental.^{7,9}

Corresponde a 80% do sono do RN

RITMOS BIOLÓGICOS

- ❖ Uma criança ao nascer apresenta um ciclo sono vigília de 3 a 4h, chama-se ciclo ultradiano;
- ❖ Existem RN que não tem ritmo específico.

São necessários sincronizadores externos, para alinhar o ritmo circadiano sono- vigília:

- ✓ Luz;
- ✓ Ruído e silêncio;
- ✓ Horário de comer, deitar e levantar;
- ✓ Pais para ensinar aos filhos um hábito correto.¹⁰

HORAS DE SONO CONFORME IDADE

Recém –nascido: entre 17 e 20h;
6 meses: entre 15 a 16h;
18 meses: entre 14 e 15h;
5 anos: entre 10 e 11h;
Entre 8 e 12 anos: 10h.¹⁰

SESTAS

ATÉ AOS 2 ANOS- RECOMENDA-SE 3 SESTAS;
ENTRE OS 2-3 ANOS- 2 SESTAS;
DOS 3-5 ANOS- 1 SESTAS DE 2 A 3 HORAS.¹¹

HARVEY KARP

1. **SWADDLE** – ENVOLVER (NUMA MANTA, POR EXEMPLO)
2. **SIDE-STOMACH POSITION** – POSIÇÃO LATERAL SOBRE A BARRIGA
3. **SHUSH** – “SHHH” OU RUÍDO BRANCO
4. **SWING** – BALANÇAR
5. **SUCK** – SUGAR

HIGIENE DO SONO

- ❖ Deitar o bebé sempre na mesma hora, com diferença máxima de 30 minutos;
- ❖ Quarto bem ventilado, com temperatura de 20 a 22°C;
- ❖ Dormir com total ausência de luz;
- ❖ O quarto deve estar em silêncio;
- ❖ O quarto deve ser pintado de cores suaves;
- ❖ Assegurar sestas no hora certa e duração adequada à idade;
- ❖ Excluir do quarto aparelhos eletrónicos;
- ❖ Deve ser implementada uma rotina;
- ❖ Os contactos a meio da noite devem ser breves e monótonos, mantendo a criança na sua cama;
- ❖ Objetos de transição podem ser úteis.

SEGURANÇA DURANTE O SONO

- ❖ Dormir de costas;
- ❖ Não devem ser utilizados sistemas de contenção, como rolos, faixas, etc;
- ❖ Deve dormir numa cama de grades até aos 2 anos, com colchão firme e bem adaptado ao tamanho da cama ou berço;
- ❖ O uso de colchões moles e de edredão em vez de lençóis e cobertor, pode possibilitar a sufocação;
- ❖ Os pés do bebé devem tocar no fundo do berço;
- ❖ A roupa da cama não deve cobrir a cabeça do bebé;
- ❖ Não deve usar almofada, fralda, gorros, babetes ou outras peças que possam tapar-lhe a cabeça;
- ❖ Não cubra demasiado o lactente – a cabeça deve estar sempre descoberta - a roupa não deve ultrapassar os ombros e os cobertores não devem ser pesados;
- ❖ Não deve partilhar a cama com os pais.

Obrigada pela atenção!

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Crous EC, North N. Sleep promotion for hospitalised children: Developing an evidence-based guideline for nurses. Curationis [Internet]. 6 de outubro de 2021 [citado 1 de dezembro de 2022];44(1). Disponível em: <https://curationis.org.za/index.php/curationis/article/view/2219>
2. Anggerainy SW, Wanda D, Nurhaeni N. Music Therapy and Story Telling: Nursing Interventions to Improve Sleep in Hospitalized Children. Compr Child Adolesc Nurs. 29 de março de 2019;42(sup1):82–9.
3. Mozer CL, Bhagat PH, Seward SA, Mason NR, Anderson SL, Byron M, et al. Optimizing Oral Medication Schedules for Inpatient Sleep: A Quality Improvement Intervention. Hosp Pediatr. 1 de abril de 2021;11(4):327–33.
4. Peirce LB, Orlov NM, Erundu AI, Anderson SL, Chamberlain M, Gozal D, et al. Caregiver and Staff Perceptions of Disruptions to Pediatric Inpatient Sleep. J Clin Sleep Med. 15 de novembro de 2018;14(11):1895–902.
5. Papaconstantinou EA, Hodnett E, Stremler R. A Behavioral-Educational Intervention to Promote Pediatric Sleep During Hospitalization: A Pilot Randomized Controlled Trial. Behav Sleep Med. 4 de julho de 2018;16(4):356–70.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

6. Stremler R, Micsinszki S, Adams S, Parshuram C, Pullenayegum E, Weiss SK. Objective Sleep Characteristics and Factors Associated With Sleep Duration and Waking During Pediatric Hospitalization. JAMA Netw Open. 1 de abril de 2021;4(4):e213924.
7. Vecchi C. Causes and effects of lack of sleep in hospitalized children. Arch Argent Pediatr [Internet]. 1 de fevereiro de 2020 [citado 1 de dezembro de 2022];118(2). Disponível em: <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2020/v118n2a15e.pdf>
8. Maki MT, Orsi KCSC, Tsunemi MH, Hallinan MP, Pinheiro EM, Avelar AFM. O efeito da manipulação sobre o sono do recém-nascido prematuro. Acta Paul Enferm. outubro de 2017;30(5):489–96.
9. Correia A, Lourenço M. Promoção do sono em unidades de cuidados intensivos neonatais: scoping review: Sleep promotion in neonatal intensive care units: scoping review. Enferm Glob. 22 de dezembro de 2019;19(1):527–75.
10. Estivill. E. Dormir Bien. Dummies. 2010
11. Vasconcelos A, Prior C, Estevão H, Loureiro H, Ferreira R, Paiva T. Prática da sesta da criança nas creches e infantários, públicos ou privados. Recomendações da Sociedade Portuguesa de Pediatria. 2017.

**Apêndice I- Plano de Sessão de Formação: “Prática da Sesta da Criança na Creche /
Infantários”**

Plano de Sessão de Formação					
Tema: Prática da Sesta da Criança na Creche / Infantários Local: Creche Supervisora: XXXX			Aluna: Ana Rita Vales Chaves Medeiros Data: 20/3/2023 e 23 /3/2023 Hora: 16h		
Objetivo Geral:	Fase	Duração	Conteúdo	Método	Recursos
Sensibilizar os educadores da creche para importância do sono da criança e recomendações da sociedade portuguesa de pediatria sobre a prática da sesta da criança em creches e infantários;	INTRODUÇÃO	3 minutos	Apresentação da aluna. Justificação do tema e metodologia utilizada para realização da sessão.	Expositivo	PowerPoint
Objetivos Específicos: Pretende-se que no final da sessão os educadores: 1) Compreendam a importância da sesta; 2) Compreendam a importância das de higienização do sono; 3) Compreendam as consequências da privação do sono.	Desenvolvimento	20 minutos	- Definição do sono; - Número total de horas diárias de sono; -Higiene do sono; - O sono das crianças portuguesas; - Vantagens da sesta; -Indicadores para deixar de fazer a sesta; - Consequências da privação do sono; -Recomendações para a implementação das sestras.	Expositivo/Participativo	PowerPoint
	CONCLUSÃO	3 minutos	Síntese oral dos conteúdos apresentados no desenvolvimento.	Expositivo/participativo	
	AVALIAÇÃO	5 minutos	<u>Sumativa:</u> Questionário de avaliação da sessão.	Participativo	Questionário
DURAÇÃO		31 minutos			

**Apêndice J- Sessão de Formação “Prática da Sesta da Criança na Creche /
Infantários” - Centro de Saúde**

Prática da Sesta da Criança na Creche/ Infantários

DOCENTE: PROFª DOUTORA ANA PAULA NUNES



DISCENTE: ANA MEDEIROS



O que é o sono?

- ❖ O sono é um estado muito complexo que serve para reorganizar todas as nossas funções e garantir a nossa recuperação física e psíquica;
- ❖ Durante o sono ocorre a renovação celular, produção de hormonas e anticorpos, assim com síntese de proteínas e regulação metabólica;
- ❖ Na criança o sono contribui de forma importante para o crescimento corporal.



Número total de horas de sono diárias

Lactentes dos 4 aos 12 meses: 12- 16 h (incluído sesta)

Crianças de 1 a 2 anos: 11-14h (incluído sesta)

Crianças de 3 a 5 anos: 10 a 13h (incluído sesta)

Crianças de 6 a 12 anos: 9 a 12h sono noturno

Adolescentes de 13 a 18 anos: 8 a 10h de sono noturno

Número total de horas de sono diárias

1 a 2 anos



10-11h sono noturno
2-4h de sesta

3 a 5 anos



10-11h sono noturno
1-3h de sesta

Sono Saudável



Duração/ tempo adequado
Boa qualidade
Regularidade
Ausência de distúrbios
Ausência de perturbações do sono

Higiene do sono

- 1) Promover um horário regular de deitar a criança todos os dias mantendo essa regularidade aos fins-de-semana, com uma diferença máxima de 30 minutos;
 - 2) Ter uma rotina de deitar estabelecida com um ritual que precede a ida para a cama sempre idêntico (vestir o pijama-lavar os dentes-contar história, a título de exemplo);
 - 3) Deitar a criança ainda acordada permitindo o uso de objeto de transição como uma fralda, chucha ou boneco;
 - 4) Evitar adormecer em local que não a própria cama;
 - 5) Evitar atividade estimulante antes de adormecer como exercício físico;
 - 6) Não permitir a utilização de ecrãs (televisão, telemóvel, tablet ou consola de jogos) antes de adormecer.
- 

O sono das crianças portuguesas

- ❖ A sesta na criança em idade pré-escolar não está garantida para a maioria das nossas crianças;
 - ❖ Existindo uma elevada percentagem de crianças em privação crónica de sono.
- 

Exercício

- ❖ Criança entra no estabelecimento pré escolar pelas 8h30 e as 9h;
 - ❖ Necessita de cerca de 1h30 entre acordar e chegar ao estabelecimento pré escolar;
 - ❖ Assim, terá que ser acordada entre as 7h e 7h30;
 - ❖ Devido à realidade atual muitas crianças dos 3 aos 5/6 anos, adormece entre as 21 e as 22h;
 - ❖ A média de sono noturno será de 9 a 10h;
 - ❖ Sendo a média de sono recomendada para esta idade de 10 a 13 h, há uma falta imediata de 2 a 4h de sono.
- 

Exercício

- ❖ Num elevado número de crianças esta privação motiva a ocorrência de sesta tardias ou no trajeto até casa, com interferência no sono noturno e a alterações de comportamento que se repercutem sobre o bem-estar da criança e da família;
 - ❖ Desta forma, se a criança não fizer uma sesta ao início da tarde com uma duração mínima de 1 a 2 horas está em óbvia privação de sono.
- 

Vantagens da sesta

Melhores resultados na saúde, nomeadamente:

- Atenção;
- Comportamento;
- Aprendizagem;
- Memória;
- Regulação emocional;
- Qualidade de vida;
- Saúde mental;
- Saúde física.

Vantagens da sesta

- ❖ A sesta parece promover uma alteração qualitativa na memória que envolve a abstração;
- ❖ Abstração, nos lactentes é essencial no desenvolvimento cognitivo e da linguagem, permitindo grande plasticidade na aprendizagem;
- ❖ Na idade pré-escolar, a sesta tem sido referida como recurso valioso para a consolidação da memória.

Vantagens da sesta

- ❖ Crianças em idade pré-escolar, favorecem a aprendizagem na medida em que facilitam a memorização adquirida precocemente durante o dia quando comparadas com intervalos equivalentes em vigília;
- ❖ A diminuição do desempenho quando privadas da sesta não é recuperada durante a noite de sono subsequente;
- ❖ Favorece o cumprimento dos objetivos académicos da educação precoce e que, por isso, deve ser preservada a respetiva oportunidade;
- ❖ Estes autores consideraram mesmo a indicação da sesta para apoio de crianças com dificuldades de aprendizagem.

Kurziel L et al

Indicadores para deixar de fazer a sesta

1. Há resistência prolongada na hora de adormecer à noite porque não está cansada;
1. Apresenta despertares noturnos ou acorda muito mais cedo de manhã em comparação com a rotina prévia;
1. Incapacidade em adormecer durante o período inicial de 30 a 40 minutos de sesta;
1. Tem a capacidade de passar todo o dia acordada com preservação da atenção, humor e atividade sem necessidade de ter uma sesta.

Consequências da privação do sono

Curto prazo	Longo prazo
Irritabilidade/birras	Mau rendimento escolar
Humor variável	Hiperatividade e déficit de atenção
Perda de controle emocional	Ansiedade
Falta de atenção/distração	Depressão
Incapacidade de cumprir tarefas	Alteração da função endócrina
Perturbações da memória	Alteração da função imunológica
Diminuição do raciocínio abstrato	Alteração do metabolismo da glicose
Agressividade	Obesidade/ excesso ponderal
Sonolência	Hipertensão arterial
Hiperatividade/impulsividade	

Recomendações

- ❖ Devem ser proporcionadas as condições adequadas (leito/colchão, ambiente calmo, escuro, com temperatura adequada, limitação de ruído e com vigilância) a todas as crianças em idade pré-escolar a fim de assegurar a qualidade do sono da sesta;
- ❖ Cada criança deve ter um plano individual de sesta, acordado com a família;
- ❖ A sesta deve ser promovida pela educadora de infância na presença de manifestações de privação de sono ou necessidade de sesta pela criança.

Recomendações

Crianças com menos de 24 meses de idade (<2 anos)

- Plano individualizado adaptado à criança – número, horário e duração das sestas;
 - Duração do sono diurno - 2 a 3 horas (repartida entre 1 a 3 sestas).
- ❖ Nesta faixa etária a criança cumpre, em norma, dois períodos de sono diurno: de manhã e à tarde;
- ❖ Entre os 15 – 30 meses de idade suspende espontaneamente a sesta da manhã.

Recomendações

Crianças entre os 24 -36 meses de idade [2 a 3 anos]

- Uma única sesta, de preferência no início da tarde;
- Duração da sesta de aproximadamente 2 horas;
- A criança poderá ser despertada após este período.

Recomendações

Crianças entre os 3 – 5/6 anos de idade

- Uma única sesta, de preferência no início da tarde;
- Duração da sesta ≤ 90 minutos;
- A criança poderá ser despertada após este período.

❖ Após os 4 anos nem todas as crianças necessitam de realizar a sesta de forma regular, pelo que a família e a educadora de infância deverão avaliar, em conjunto, a necessidade da sua prática em cada criança;

❖ Nos casos em que se decida pela não realização regular de sesta, esta deverá ser facilitada e incentivada no período do início da tarde sempre que a criança evidencie sinais de sonolência ou cansaço.

Obrigada pela atenção!

Referências Bibliográficas

Vasconcelos A. Prior C. Estevão H. Loureiro H. Ferreira R. Paiva T. Prática da sesta da criança nas creches e infantários, públicos ou privados. Recomendações da Sociedade Portuguesa de Pediatria. 2017.

Kurdziel L, Duclos K, Spencer MC. Sleep spindles in midday naps enhance learning in preschool children. PNAS 2013; 110(43): 17267- 17272.

Apêndice K - Plano de Projeto- Serviço de Internamento de Pediatria

Objetivos	Atividades	Calendarização	Indicadores de Avaliação
Promover conhecimento científico sobre as recomendações de heparinização ou sanalização de cateteres venosos periféricos	- Realização de pesquisa bibliográfica sobre a temática a desenvolver; - Realização de plano de sessão; - Realização de sessão sobre as recomendações existentes sobre heparinização ou sanalização de cateteres periféricos; - Realização de questionário de avaliação da sessão.	- 1º Semana; - 1º Semana; - 3º Semana; - 3º Semana	- Fundamenta a sessão em base científica; - Envia plano de sessão à supervisora clínica e pedagógica; - Que o serviço adote a prática mais correta segundo a evidência científica. - Que 70% dos enfermeiros responda corretamente ao questionário.
Sensibilizar os enfermeiros sobre os fatores perturbadores do sono no RN/ criança/ Jovem hospitalizados e as Intervenções de enfermagem promotoras do sono	- Realização de sessão sobre a importância do sono, fatores perturbadores do sono durante a hospitalização e Intervenções de enfermagem não farmacológicas promotoras do sono, tendo como base a pesquisa bibliográfica e evidência científica já feita até o momento. - Realização de questionário de avaliação da sessão.	- 2º Semana; - 2º Semana.	- Que 80% dos enfermeiros adiram à sessão; - Que 70% dos enfermeiros respondam corretamente ao questionário;
Criar de instrumento direcionado à aplicação no serviço de internamento	- Elaboração de norma de procedimento a adotar no serviço de internamento, de modo a ser um serviço promotor do sono da criança.	- 4º semana	- Enviar norma de procedimento à supervisora pedagógica e clínica e enfermeira chefe do serviço.

Apêndice L- Plano de Sessão de Formação: “Heparinização VS Salinização de Cateteres Venosos Periféricos- Serviço Internamento de Pediatria/ Serviço Neonatologia

Plano de Sessão de Formação					
Tema: Heparinização vs salinização de cateteres venosos periféricos Local: serviço internamento pediatria Supervisora: XXXX			Aluna: Ana Rita Vales Chaves Medeiros Data: 27/4/2023 15h00		
Objetivo Geral:	Fase	Duração	Conteúdo	Método	Recursos
Promover conhecimento científico sobre as recomendações de heparinização ou salinização de cateteres venosos periféricos.	INTRODUÇÃO	2 minutos	Apresentação da aluna. Justificação do tema e metodologia utilizada para realização da sessão.	Expositivo	PowerPoint
Objetivos Específicos: Pretende-se que no final da sessão os enfermeiros: 5) Compreendam a importância da permeabilidade do cateter venoso periférico; 6) Identifiquem as desvantagens da heparina; 7) Identifiquem as vantagens do uso de cloreto de sódio.	Desenvolvimento	20 minutos	- Importância de manter o cateter venoso periférico permeável; - Quando se deve realizar a lavagem dos cateteres venosos periféricos; - Resultados dos estudos sobre a eficácia da utilização de solução salina e solução de heparina; - Desvantagens da heparina; - Vantagens do cloreto de sódio.	Expositivo/Participativo	PowerPoint
	CONCLUSÃO	3 minutos	Síntese oral dos conteúdos apresentados no desenvolvimento.	Expositivo/Participativo	
	AVALIAÇÃO	5 minutos	<u>Sumativa:</u> Questionário de avaliação da sessão.	Participativo	Questionário
DURAÇÃO		30 minutos			

Apêndice M- Sessão de Formação “Heparinização VS Salinização Cateteres Venosos Periféricos” - Serviço de Internamento Pediatria / Neonatologia

Heparinização vs Salinização Cateteres Periféricos

DOCENTE: PROFª DOUTORA ANA PAULA NUNES

DISCENTE: ANA MEDEIROS

Abril 2023

Terapia Intravenosa

- ▶ A colocação de CVP, é um procedimento invasivo que pode causar sofrimento emocional e físico grave em crianças;¹
- ▶ A punção venosa está entre as causas mais comuns de dor, entre os procedimentos que as crianças são sujeitas;¹
- ▶ Assim, é necessário reduzir tanto quanto possível este procedimento, e manter permeabilidade do CVP, a fim de prolongar o tempo de permanência "in situ";¹

Terapia Intravenosa

- ▶ As diretrizes dos Centros de Controle de Doenças (CDC) para procedimentos de acesso vascular recomendam que os CVPs sejam mantidos no local pelo maior tempo possível em utentes pediátricos, a menos que complicações tornem sua remoção necessária;¹
- ▶ Aumentar o tempo de permanência do CVP, aumenta a probabilidade de complicações, assim é necessário manusear o dispositivo de modo a evitar qualquer obstrução e contaminação.¹

Formação de Coágulos CVP

- ▶ No entanto, o bloqueio do cateter venoso periférico (cvp) requer uma lavagem periódica com fluido para evitar formação de coágulo;^{2,5}
- ▶ Hoje, tanto a heparina quanto a solução salina normal são usadas para lavar os cateteres venosos, embora não haja evidências convincentes a favor da heparina;⁴
- ▶ A lavagem do CVP deve ser realizada imediatamente após a inserção, antes e após a administração de medicação e pelo menos **a cada 24h** se não for utilizada (forte indicação para remoção);⁴

Formação de Coágulos CVP

- ▶ As diretrizes do Departamento de Saúde da Austrália Ocidental (2017) recomendam lavar o CVPs com solução salina normal, **usando 5-10 ml de solução**. A lavagem do CVP deve ser feita após a sua inserção, antes e após cada uso, entre as múltiplas administrações de medicamentos para evitar interações e incompatibilidades e pelo menos **a cada 12h** se o CVP não for utilizado.⁴

Discussão de Resultados

- ▶ A realização da vedação do cateter com solução salina normal é simples e conveniente. Não requer diluição com solvente, o que facilita a não contaminação relacionada à diluição durante o procedimento;⁶
- ▶ Segundo um estudo randomizado controlado aberto, houve **menor** incidência de **flebite** no grupo com **solução salina normal** (37/317; 11,67%) em comparação com o grupo com solução de heparina (43/292; 14,73%), mas a diferença não foi estatisticamente significativa;⁶
- ▶ Solução salina normal é recomendado como solução de vedação para CVPs, por ser **seguro, eficaz e fácil de usar**.⁶

Discussão de Resultados

- ▶ Um estudo randomizado, duplo-cego, realizado em 1997, administrou 3 ml de solução de heparina na concentração de 10 UI/ml ao grupo controle e 3 ml de solução Salina normal ao grupo experimental em CVPs de **calibre 22 e 24**. A conclusão foi que **não houve diferenças** significativas na **duração da patência** do CVP entre os dois grupos;¹
- ▶ Portanto, o autor concluiu que a solução salina é preferível à solução de heparina na manutenção da permeabilidade do CVP em crianças;¹
- ▶ Um estudo randomizado, duplo-cego foi conduzido em 2007 em crianças de 1 a 10 anos, comparando a eficácia de solução salina e solução de heparina nas concentrações de 1 UI/ml e 10 UI/ml. Concluiu-se que **não havia benefícios** no uso de **solução de heparina** em nenhuma das concentrações.¹

Discussão de Resultados

- ▶ Uma meta-análise de 1998 que não faz distinção entre as populações adulta e pediátrica examinou 13 ensaios randomizados, mostrando que o bloqueio com solução de heparina em uma concentração de 10 UI/ml não fornece nenhum benefício significativo em comparação com o uso de solução salina, enquanto solução de heparina a **100 UI/ml** aumentou significativamente a duração do CVP e reduziu o risco de flebite. No entanto, os autores observaram que **estudos insuficientes** foram feitos nessa dosagem para provar que era um **procedimento seguro**;¹

Discussão de Resultados

- ▶ Outra revisão em 2010 também não fazendo distinção entre utentes adultos e pediátricos chegou a conclusões muito diferentes. Dos 5 ensaios examinados, 2 mostraram que a solução salina foi mais eficaz do que a solução de heparina em prolongar a duração do cvp e 3 não observaram diferença significativa entre os dois.¹

Discussão Resultados

- ▶ Segundo uma revisão sistemática, o uso de solução **salina normal parece superar a solução de heparina** na manutenção da desobstrução de cateteres venosos periféricos. Oito dos 10 estudos de revisão concluíram que, na ausência de vantagem clara da solução de heparina, o uso de SF 0,9% é recomendado devido a possíveis complicações graves da heparina;⁴
- ▶ Um estudo clínico prospetivo, controlado, aberto e randomizado não revelou diferenças estatisticamente significativas na frequência de flebite e colonização da ponta do cateter entre CVPs bloqueados com solução salina e CVPs bloqueados com solução de heparina.³

Desvantagens Heparina

- ▶ Risco de hemorragia iatrogénica;
- ▶ Trombocitopenia;
- ▶ Interações medicamentosas;
- ▶ Resultados anormais de testes de coagulação;
- ▶ Maior custo;
- ▶ Risco de preparação de dosagem errada;
- ▶ Anti coagulação sistêmica com fenômenos como sangramento intraventricular e cerebral (principalmente em recém-nascidos);
- ▶ Em crianças, hipersensibilidade ao princípio ativo;
- ▶ Preparação manual da solução de heparina apresenta um risco de contaminação de 8% a 10%.^{1,5,6}

Vantagens Cloreto de Sódio

- ▶ Barato;
- ▶ Não requer configuração ou etapa de diluição, em comparação com a solução de heparina;
- ▶ Minimizando a carga de trabalho dos enfermeiros;
- ▶ Minimiza o risco de contaminação e as chances de erro na configuração da dose;
- ▶ Eficaz.^{3,4,6}

Conclusão

- ▶ As evidências atuais apoiam o uso de cloreto de sódio 0.9%, para manutenção dos CVP, tendo em consideração os riscos associados ao uso de Heparina e ao custo-benefício.

Referências Bibliográficas

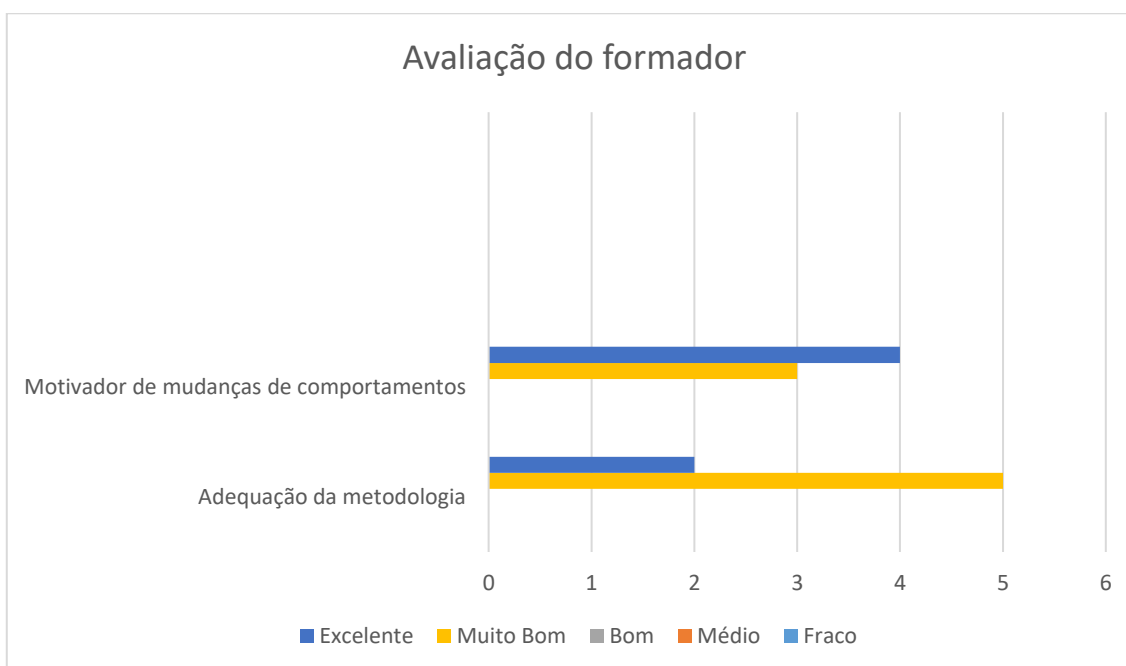
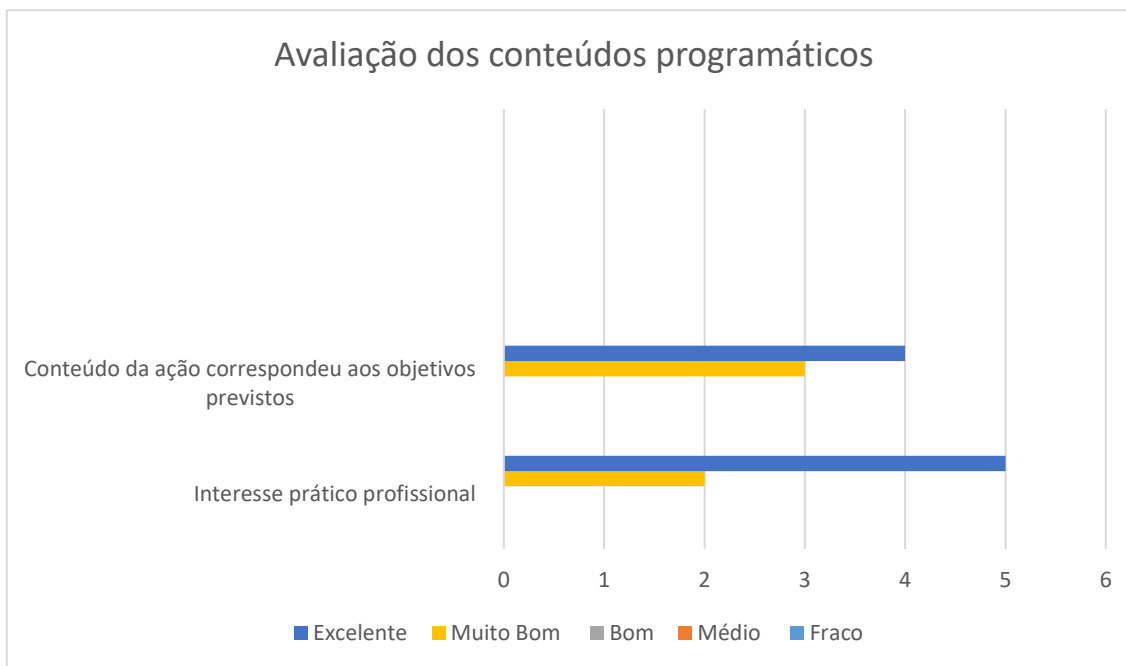
1. Bisogni Sofia, Giusti F, Ciofi D, e Festini F. «Heparin Solution for Maintaining Peripheral Venous Catheter Patency in Children: A Survey of Current Practice in Italian Pediatric Units». *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing* 37, n.º 2 (junho de 2014): 122–35. <https://doi.org/10.3109/01460862.2014.895562>.
2. Goossens, Godelieve A. «Flushing and Locking of Venous Catheters: Available Evidence and Evidence Deficit». *Nursing Research and Practice* 2015 (2015): 1–12. <https://doi.org/10.1155/2015/985686>.
3. Pérez-Granda M, Bouza E, Pinilla B, Cruces R, González A, Millán J, e Guembe M. «Randomized Clinical Trial Analyzing Maintenance of Peripheral Venous Catheters in an Internal Medicine Unit: Heparin vs. Saline». Editado por Christophe Leroyer. *PLOS ONE* 15, n.º 1 (6 de janeiro de 2020): e0226251. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0226251>.

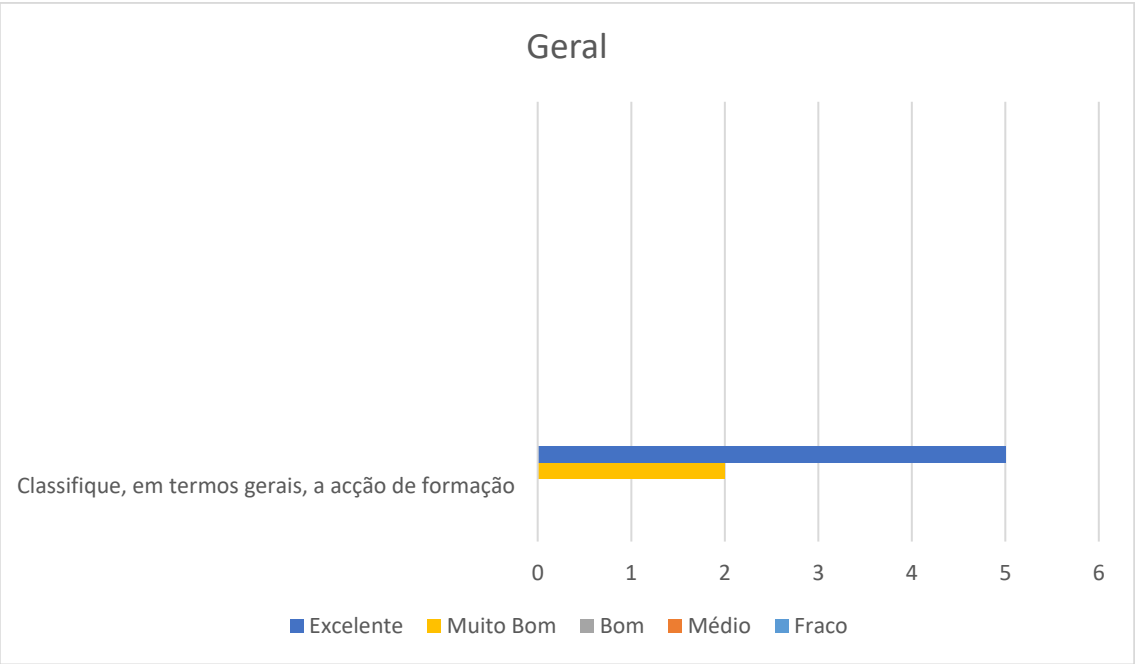
Referências Bibliográficas

4. Sotnikova C, Fasoi G, Efstathiou F, Kaba E, Bourazani M, e Kelesi M. «The Efficacy of Normal Saline (N/S 0.9%) Versus Heparin Solution in Maintaining Patency of Peripheral Venous Catheter and Avoiding Complications: A Systematic Review». *Materia Socio Medica* 32, n.º 1 (2020): 29. <https://doi.org/10.5455/msm.2020.32.29-34>.
5. Thamlikitkul V, e Indranoi A. «Switching from Heparinized Saline Flush to Normal Saline Flush for Maintaining Peripheral Venous Catheter Patency». *International Journal for Quality in Health Care* 18, n.º 3 (1 de junho de 2006): 183–85. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzi107>.
6. Xu L, Hu Y, Huang X, Fu J, e Zhang J. «Heparinized Saline versus Normal Saline for Maintaining Peripheral Venous Catheter Patency in China: An Open-Label, Randomized Controlled Study». *Journal of International Medical Research* 45, n.º 2 (abril de 2017): 471–80. <https://doi.org/10.1177/0300060516685203>.

Obrigada pela Atenção!

Apêndice N - Resultados da Avaliação da Sessão Formativa “Heparinização VS Salinização Cateteres Venosos Periféricos” - Serviço de Internamento Pediatria





Apêndice O - Plano de Sessão de Formação: “Influencia da hospitalização no sono da Criança” - Serviço de Internamento de Pediatria

Plano de Sessão de Formação					
Tema: Influência da hospitalização no sono da criança Local: Serviço de internamento de pediatria Supervisora: Enfª Manuela Marques			Aluna: Ana Rita Vales Chaves Medeiros Data: 27/4/2023 Hora: 14h30		
Objetivo Geral:	Fase	Duração	Conteúdo	Método	Recursos
Sensibilizar os enfermeiros sobre os fatores perturbadores do sono no RN/ criança/ Jovem hospitalizados e as Intervenções de enfermagem promotoras do sono.	INTRODUÇÃO	2 minutos	Apresentação da aluna. Justificação do tema e metodologia utilizada para realização da sessão.	Expositivo	PowerPoint
Objetivos Específicos: Pretende-se que no final da sessão os enfermeiros: 1) Compreendam a influência da hospitalização no sono da criança; 2) Compreendam os benefícios do sono; 3) Compreendam as consequências da privação do sono; 4) Identifiquem as intervenções promotoras do sono; 5) Compreendam a importância da promoção do sono no meio hospitalar;	Desenvolvimento	20 minutos	-Definição do sono; -Benefícios do sono; -Fases do sono; -Consequências da privação do sono; -Fatores que contribuem para distúrbios do sono; - Intervenções de enfermagem para a promoção do sono.	Expositivo/Participativo	PowerPoint
	CONCLUSÃO	3 minutos	Síntese oral dos conteúdos apresentados no desenvolvimento.	Expositivo/Participativo	
	AVALIAÇÃO	5 minutos	<u>Sumativa:</u> Questionário de avaliação da sessão.	Participativo	Questionário
DURAÇÃO		30 minutos			

Apêndice P - Sessão de Formação: “Influência da Hospitalização no Sono da Criança”
- Serviço de Internamento Pediatria

Influência da Hospitalização no Sono da Criança

Docente: Profª Doutora Ana Paula Nunes

Discente: Ana Medeiros

Abril 2023

Sono

- O sono é uma necessidade humana básica, e é essencial para os processos de desenvolvimento das crianças, regulação das emoções, comportamento, enfrentamento e percepção da dor, para além de que o sono regula os sinais vitais, melhora a imunidade e apoia a recuperação de doenças e lesões, este quando é insuficiente pode afetar a saúde da criança.(1-6,6-9)
- O sono começa a desenvolver-se no período fetal e é um processo neurofisiológico necessário para o desenvolvimento do cérebro cujos padrões variam com a idade, e a qualidade do mesmo desde este período tem consequências a nível do desenvolvimento ao longo da vida.(9)

Fases do Sono

Sono Não- REM.^{9,14,16}

Fase 1:

- Chamada também a fase da sonolência;
- Quando se fecha os olhos (primeiro passo que nos leva a fase1);
- Existe o relaxamento muscular;
- A respiração torna-se uniforme;
- Atividade cerebral mais lenta do que em vigília;
- Diminuição FC.

Fase 2 :

- Depois de alguns minutos, as ondas cerebrais diminuem mais um pouco.

Fase 3-4 :

- Sono profundo;
- Atividade cerebral muito lenta;
- Muito difícil de acordar;
- Diminuição da TA.

Promove a recuperação da energia e reparação celular, com um aumento da síntese proteica e produção da hormona de crescimento, contribuindo também para o processo de aprendizagem e consolidação da memória.

Fases do Sono

Sono REM.^{9,14,16}

- É nesta fase que ocorre os sonhos, mas para serem lembrados temos que acordar enquanto estes acontecem;
- Presença de movimentos oculares rápidos;
- Respiração rápida e irregular;
- Movimentos corporais e faciais;
- Acordar espontâneo;
- Grande atividade cerebral;
- Ereção do pênis e clitóris;
- No RN pode corresponder a 80 % do sono.

Essencial para a maturação e desenvolvimento do sistema nervoso central, incluindo o crescimento do sistema neurossensorial e desenvolvimento do padrão comportamental.

Fases do sono.¹⁴

- A Fase 3-4, dormimos profundamente entre 60 a 70 minutos, durante a primeira parte da noite, para depois retomar a fase 2;
- Estas 4 Fases constituem um ciclo de sono, com duração de 90- 100 minutos. Este ciclo repete-se 4 a 5 vezes durante a noite;
- Durante a noite vivemos 6 a 8 despertares;
- A Fase REM predomina no final da noite;
- Durante o sono noturno entramos em vigília, cerca de 2% do tempo total;
- Aos 6 meses o sono Ativo ou REM corresponde a 30% e o sono tranquilo ou Não REM (Fase 1,2,3,4) corresponde a 70%.

Ritmos Biológicos.¹⁴

- O Núcleo Supraquiasmático do Hipotálamo atua como um relógio biológico e sincroniza o ritmo sono-vigília de acordo com o ambiente;
- Núcleo Supraquiasmático são o ritmo da Melatonina e o ritmo da temperatura corporal;
- A produção de Melatonina segue um ritmo de 24 h sincronizado com o ciclo claro-escuro;
- A luz está associada à baixa produção de Melatonina e a escuridão à alta conversão de serotonina em Melatonina.

Ciclo Circadiano.¹⁴

- Para alinhar o ciclo circadiano vigília – sono, os sincronizadores externos são essenciais, nomeadamente:
 - Luz;
 - Ruído;
 - Silêncio;
 - Horários de comer, deitar e levantar;
 - Elementos externos associados ao sono.

Horas de Sono Recomendadas.¹⁵

- **Lactentes dos 4 aos 12 meses:** 12- 16 h (incluído sestas);
- **Crianças de 1 a 2 anos:** 11-14h (incluído sestas);
- **Crianças de 3 a 5 anos:** 10 a 13h (incluído sestas);
- **Crianças de 6 a 12 anos:** 9 a 12h sono noturno;
- **Adolescentes de 13 a 18 anos:** 8 a 10h de sono noturno.

Consequências Privação do Sono.⁶

- Desempenho cognitivo e aprendizagem;
- Regulação emocional;
- Comportamento;
- Risco de quedas;
- Obesidade;
- HTA.

O Sono e a Hospitalização

- Segundo a literatura, o estresse da hospitalização é associado a dificuldades de sono em crianças, não atingindo os requisitos de sono adequados;¹⁰
- Segundo um estudo descritivo de crianças hospitalizadas com idades entre 3 e 8 anos, as crianças dormiram 20% a 25% menos em relação ao seu tempo de sono usual esperado como resultado de uma latência prolongada para o início do sono ou término prematuro do sono;⁵
- Em outros estudos com uma faixa etária entre 12 meses e 18 anos, em unidades de terapia intensiva e crianças com cancro hospitalizadas para quimioterapia, obtiveram como resultados a duração reduzida do sono, atraso no início do sono, interrupções frequentes do sono e término prematuro do sono entre crianças.⁵

O Sono e a Hospitalização

- As crianças são propensas a apresentar alterações comportamentais desadaptativas após a alta, incluindo ansiedade geral, apatia, abstinência e ansiedade relacionada ao sono, contribuindo para distúrbios do sono;⁵
- Observou-se que as dificuldades de sono pós-alta podem persistir de 4 dias a 3,5 semanas;⁵
- Durante a hospitalização a privação do sono é um fator de risco para o delírium nas crianças;¹²
- Crianças e adolescentes hospitalizados são um grupo vulnerável para o risco de um sono curto e perturbado, em comparação com os adultos.¹²

O Sono e a Hospitalização

- Fatores que contribuem para os distúrbios do sono:⁵
 - Dor crônica;
 - Ansiedade relacionada com o ambiente desconhecido;
 - Ansiedade de separação de um dos pais ou isolamento dos pais;
 - Separação dos familiares e amigos;
 - Falta ou diminuição de interação social.

Promoção do Sono no Meio Hospitalar.⁴

- Florence Nightingale afirmou que impedir que os doentes fossem acordados era um princípio fundamental de uma boa enfermagem;
- A Academia Americana de Enfermagem, instrui os enfermeiros a não acordar doentes para procedimentos de rotina, cuidados, a menos que seja exigido pela sua condição. Sendo que todas as partes interessadas, nomeadamente a família dos doentes, devem garantir a eficácia destas intervenções de melhoria da qualidade do sono pediátrico intra-hospitalar.

Intervenções Enfermagem

- Redução do ruído (diminuição do tom de voz, baixar o volume dos monitores);
- Redução da luz;
- Cuidados agrupados;
- Massagem;
- Controlo da dor pós- operatória;
- Ler histórias;
- Musicoterapia;
- Treino para o relaxamento como respiração diafragmática;
- Educação do sono para doentes/ cuidadores;
- Monitorização reduzida tensão arterial;
- Adiamento dos cuidados noturnos de rotina sempre que possível;
- Administração flexível de medicamentos, nomeadamente durante os horários de vigília de modo a reduzir as interrupções do sono;
- Quartos particulares.^{1-3,5,12,13}

Livros

- Olívia, a ovelha que não queria dormir, de Clementina Almeida - **3-6 anos**
- Sono Soninho, de José Jorge Letria - **3-6 anos**
- Porque não dormem os gatos, de Fernanda Freitas - **4-6 anos**
- Dormir é bom, Dormir faz bem, de Teresa Paiva e Helena Rebelo Pinto - **7-8 anos**
- O meu amigo, o sono, de Teresa Paiva e Helena Rebelo Pinto - **8-12 anos**
- Os mistérios do sono, de Teresa Paiva e Helena Rebelo Pinto - **13-16 anos**

Referências Bibliográficas

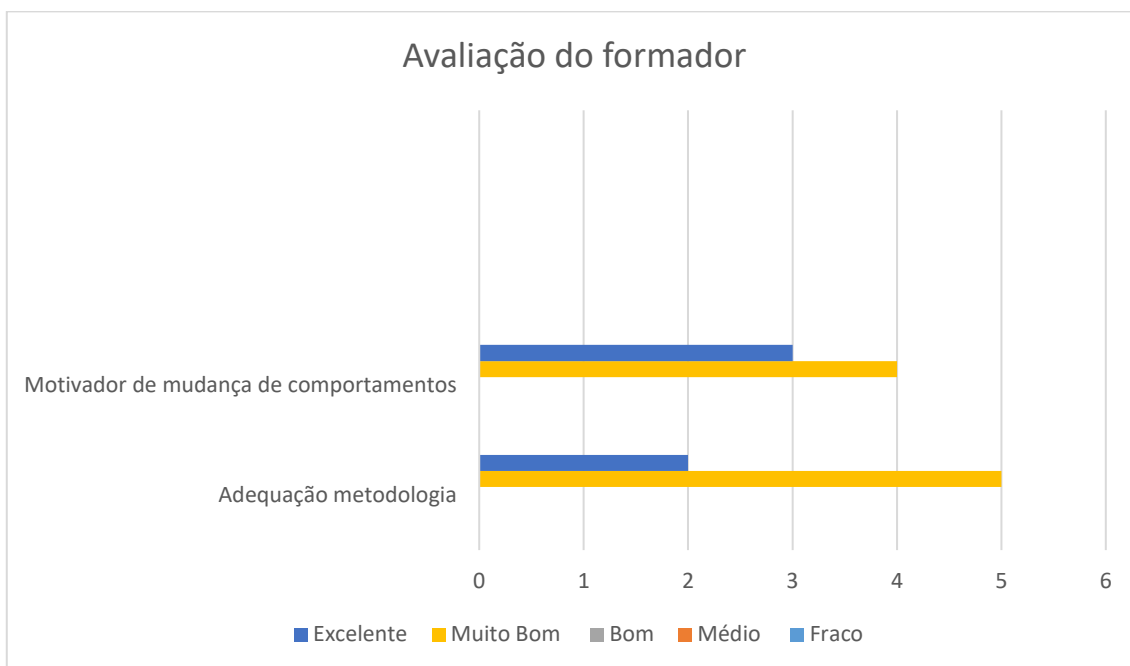
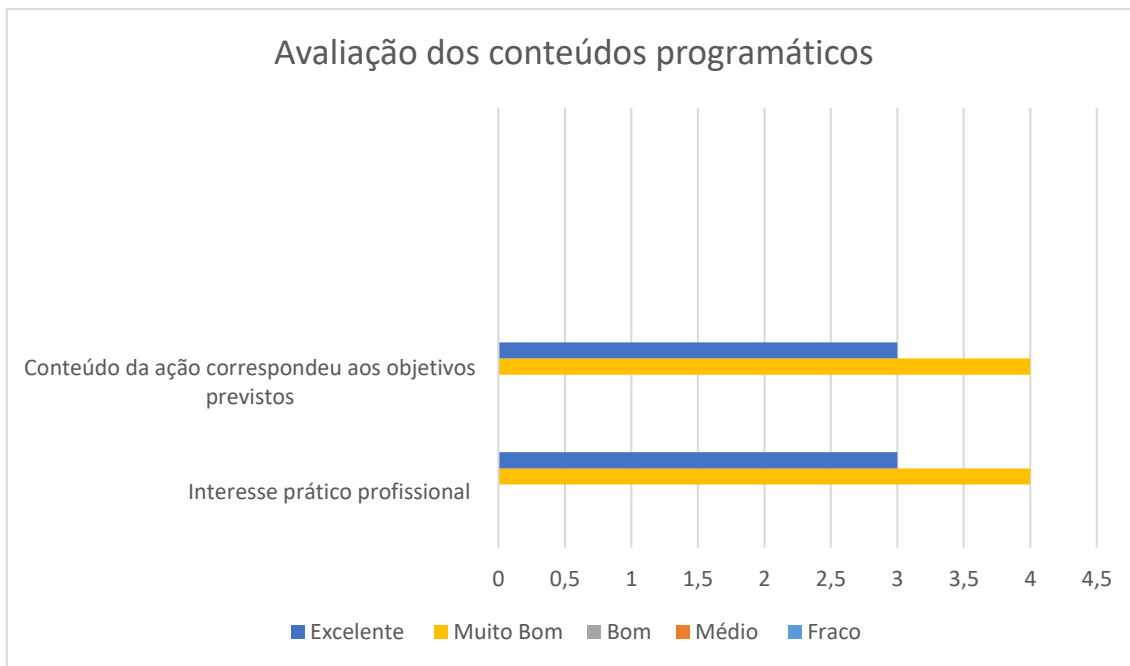
1. Crous EC, North N. Sleep promotion for hospitalised children: Developing an evidence-based guideline for nurses. Curationis [Internet]. 6 de outubro de 2021 [citado 1 de dezembro de 2022];44(1). Disponível em: <https://curationis.org.za/index.php/curationis/article/view/2219>
2. Anggerainy SW, Wanda D, Nurhaeni N. Music Therapy and Story Telling: Nursing Interventions to Improve Sleep in Hospitalized Children. Compr Child Adolesc Nurs. 29 de março de 2019;42(sup1):82–9.
3. Mozer CL, Bhagat PH, Seward SA, Mason NR, Anderson SL, Byron M, et al. Optimizing Oral Medication Schedules for Inpatient Sleep: A Quality Improvement Intervention. Hosp Pediatr. 1 de abril de 2021;11(4):327–33.
4. Peirce LB, Orlov NM, Erundu AI, Anderson SL, Chamberlain M, Gozal D, et al. Caregiver and Staff Perceptions of Disruptions to Pediatric Inpatient Sleep. J Clin Sleep Med. 15 de novembro de 2018;14(11):1895–902.
5. Papaconstantinou EA, Hodnett E, Stremler R. A Behavioral-Educational Intervention to Promote Pediatric Sleep During Hospitalization: A Pilot Randomized Controlled Trial. Behav Sleep Med. 4 de julho de 2018;16(4):356–70.
6. Stremler R, Micsinszki S, Adams S, Parshuram C, Pullenayegum E, Weiss SK. Objective Sleep Characteristics and Factors Associated With Sleep Duration and Waking During Pediatric Hospitalization. JAMA Netw Open. 1 de abril de 2021;4(4):e213924.

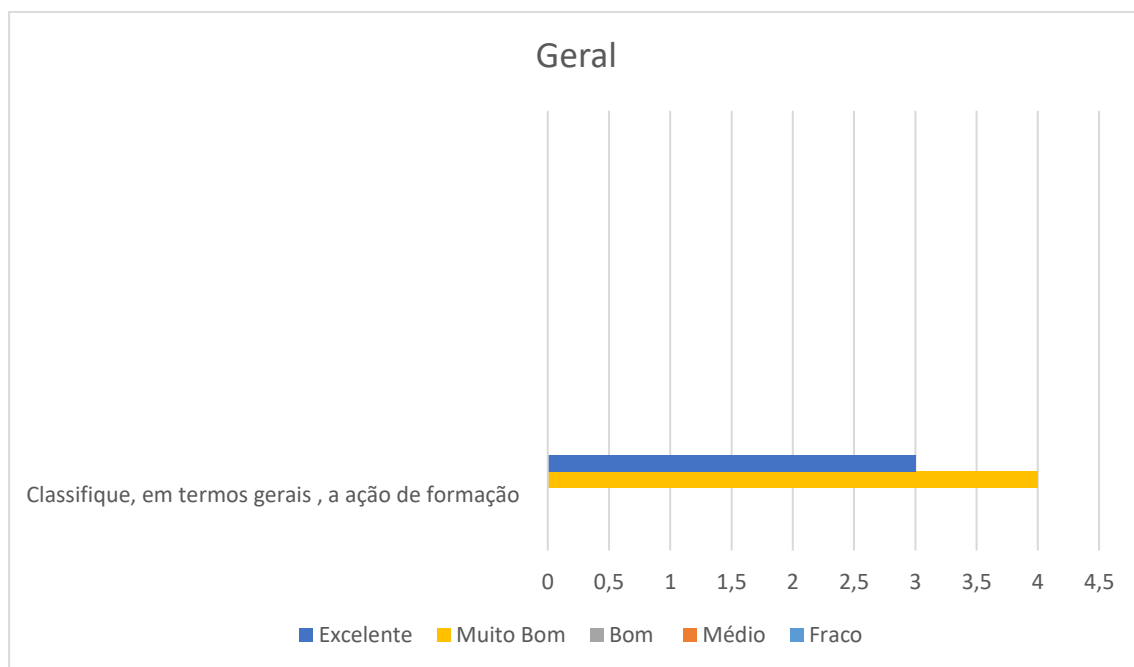
Referências Bibliográficas

7. Vecchi C. Causes and effects of lack of sleep in hospitalized children. Arch Argent Pediatr [Internet]. 1 de fevereiro de 2020 [citado 1 de dezembro de 2022];118(2). Disponível em: <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2020/v118n2a15e.pdf>
8. Maki MT, Orsi KCSC, Tsunemi MH, Hallinan MP, Pinheiro EM, Avelar AFM. O efeito da manipulação sobre o sono do recém-nascido prematuro. Acta Paul Enferm. outubro de 2017;30(5):489–96.
9. Correia A, Lourenço M. Promoção do sono em unidades de cuidados intensivos neonatais: scoping review: Sleep promotion in neonatal intensive care units: scoping review. Enferm Glob. 22 de dezembro de 2019;19(1):527–75.
10. Farias-Fernández M, Rendón-Macias ME, Iglesias-Leboreiro J, Bernárdez-Zapata I, Gordillo-Rodríguez L. Effects of hospitalization on children's sleep pattern irrespective of sleep problems history. Bol Méd Hosp Infant México. 29 de julho de 2021;78(4):5499.
11. Kolcaba K, Dimarco M. Comfort Theory and its application to pediatric nursing. Pediatr Nurs. 1 de maio de 2005;31:187–94.
12. Hybschmann J, Topperzer MK, Gjerde LK, Born P, Mathiasen R, Sehested AM, et al. Sleep in hospitalized children and adolescents: A scoping review. Sleep Med Rev. outubro de 2021;59:101496.
13. Cook DJ, Arora VM, Chamberlain M, Anderson S, Peirce L, Erondy A, et al. Improving Hospitalized Children's Sleep by Reducing Excessive Overnight Blood Pressure Monitoring. Pediatrics. 1 de setembro de 2020;146(3):e20192217.
14. Estivill E. Dormir Bien. Dummies. 2010
15. Vasconcelos A, Prior C, Estevão H, Loureiro H, Ferreira R, Paiva T. Prática da sesta da criança nas creches e infantários, públicos ou privados. Recomendações da Sociedade Portuguesa de Pediatria. 2017.
16. Donskoy I, Loghmanee D. Insomnia in Adolescence. Med Sci. 1 de setembro de 2018;6(3):72.

Obrigada pela atenção!

Apêndice Q - Resultados da Avaliação da Sessão Formativa: “Influência da Hospitalização no Sono da Criança” - Serviço de Internamento de Pediatria





Apêndice R – Norma: “Promoção do Sono da Criança e Jovem” - Serviço de Internamento Pediatria

Promoção do Sono da Criança e Jovem

Palavra Chave: Sono

1. Objetivos

- 1.1 Uniformizar cuidados para a promoção do sono da criança e jovem;
- 1.2 Implementar a hora do conto;
- 1.3 Implementar a hora da sesta.

2. Âmbito

- 2.1 Todos os profissionais do serviço de internamento de pediatria.

3. Siglas

RN- Recém-Nascido;
TA- Tensão Arterial.

4. Pontos Importantes:

- 4.1 O sono é uma necessidade humana básica, e é essencial para os processos de desenvolvimento das crianças, regulação das emoções, comportamento, enfrentamento e percepção da dor, para além de que o sono regula os sinais vitais, melhora a imunidade e apoia a recuperação de doenças e lesões, este quando é insuficiente pode afetar a saúde da criança.
- 4.2 O tempo médio de sono no primeiro ano de vida é de 12 a 16 horas, nos lactentes 11 a 14 horas, 10-13 horas nos pré-escolares, nos escolares 9-12 horas e 8 a 10 horas em adolescentes < 19 anos de idade, pode-se concluir que ao longo do tempo a criança assume um padrão de sono semelhante ao adulto, nomeadamente durações mais curtas, ciclos de sono mais longos e menos sono durante o dia.
- 4.3 Estando o sono inerente ao desenvolvimento do RN, e consequentemente da futura criança, com consequências a longo prazo, o enfermeiro tem um papel crucial na proteção e melhoria do sono do RN/ criança/ Jovem.
- 4.4 O estresse da hospitalização é associado a dificuldades de sono em crianças, não atingindo os requisitos de sono adequados. As dificuldades de sono pós-alta podem persistir de 4 dias a 3,5 semanas.
- 4.5 Os riscos relativos à privação do sono na criança podem ter efeitos negativos a curto e a longo prazo em diversos domínios (no desempenho cognitivo e aprendizagem, na regulação emocional e no comportamento, no risco de quedas, de obesidade e hipertensão arterial).
- 4.6 A sesta parece promover uma alteração qualitativa na memória que envolve a abstração. A abstração, particularmente importante para os lactentes em desenvolvimento, é essencial no desenvolvimento cognitivo e da linguagem, permitindo grande plasticidade na aprendizagem.

Na idade pré-escolar, a sesta tem sido referida como recurso valioso para a consolidação da memória.

5. Intervenções

5.1 Redução do ruído:

- 5.1.1 Diminuição do tom de voz;
- 5.1.2 Baixar o volume dos monitores;
- 5.1.3 Ajustar o volume dos telefones e telemóveis;
- 5.1.4 Minimizar ao máximo o ruído (abertura de armários, preparação de medicação, troca de lixos).

5.2 Medidas para controlo da iluminação:

- 5.2.1 Apagar as luzes pelas 21h;
- 5.2.2 Utilizar o mínimo de luz durante a noite para prestação de cuidados;
- 5.2.3 Manter as luzes apenas do posto de trabalho durante o período noturno;
- 5.2.4 Fechar os estores das janelas;
- 5.2.5 Desligar as televisões.

5.3 Medidas durante a hora da sesta:

- 5.3.1 Assegurar a hora da sesta entre as 10h30 e as 11h30 e entre as 14h e as 15h.
- 5.3.2 Diminuir as luzes durante o período estipulado e o ruído;
 - a) Evitar entrada e saída dos quartos e salas;
 - b) Evitar a limpeza do serviço e reposição de material;
 - c) Utilizar tom de voz baixo entre os profissionais;
 - d) Evitar a presença de visitas.
- 5.3.3 Não programar cuidados/ intervenções no período estipulado.

5.4 Intervenções promotoras do sono:

- 5.4.1 Agrupar os cuidados;
- 5.4.2 Hora do conto pelas 21h;
- 5.4.3 Monitorização reduzida da TA;
- 5.4.4 Massagem e respiração diafragmática para relaxamento;
- 5.4.5 Adiamento dos cuidados noturnos sempre que possível;
- 5.4.6 Incentivar a trazer elemento de transição;
- 5.4.7 Respeitar sempre que possível as rotinas de sono da criança;
- 5.4.8 Respeitar sempre que possível a hora do banho da criança;
- 5.4.9 Quartos particulares;
- 5.4.10 Crianças devem partilhar quarto com crianças da mesma faixa etária.

6. Referências

1. Crous EC, North N. Sleep promotion for hospitalised children: Developing an evidence-based guideline for nurses. *Curationis* [Internet]. 6 de outubro de 2021 [citado 1 de dezembro de 2022];44(1). Disponível em: <https://curationis.org.za/index.php/curationis/article/view/2219>
2. Anggerainy SW, Wanda D, Nurhaeni N. Music Therapy and Story Telling: Nursing Interventions to Improve Sleep in Hospitalized Children. *Compr Child Adolesc Nurs*. 29 de março de 2019;42(sup1):82–9.
3. Mozer CL, Bhagat PH, Seward SA, Mason NR, Anderson SL, Byron M, et al. Optimizing Oral Medication Schedules for Inpatient Sleep: A Quality Improvement Intervention. *Hosp Pediatr*. 1 de abril de 2021;11(4):327–33.
4. Peirce LB, Orlov NM, Erondy AI, Anderson SL, Chamberlain M, Gozal D, et al. Caregiver and Staff Perceptions of Disruptions to Pediatric Inpatient Sleep. *J Clin Sleep Med*. 15 de novembro de 2018;14(11):1895–902.
5. Papaconstantinou EA, Hodnett E, Stremler R. A Behavioral-Educational Intervention to Promote Pediatric Sleep During Hospitalization: A Pilot Randomized Controlled Trial. *Behav Sleep Med*. 4 de julho de 2018;16(4):356–70.
6. Stremler R, Micsinszki S, Adams S, Parshuram C, Pullenayegum E, Weiss SK. Objective Sleep Characteristics and Factors Associated With Sleep Duration and Waking During Pediatric Hospitalization. *JAMA Netw Open*. 1 de abril de 2021;4(4):e213924.
7. Vecchi C. Causes and effects of lack of sleep in hospitalized children. *Arch Argent Pediatr* [Internet]. 1 de fevereiro de 2020 [citado 1 de dezembro de 2022];118(2). Disponível em: <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2020/v118n2a15e.pdf>
8. Maki MT, Orsi KCSC, Tsunemi MH, Hallinan MP, Pinheiro EM, Avelar AFM. O efeito da manipulação sobre o sono do recém-nascido prematuro. *Acta Paul Enferm*. outubro de 2017;30(5):489–96.
9. Correia A, Lourenço M. Promoção do sono em unidades de cuidados intensivos neonatais: scoping review: Sleep promotion in neonatal intensive care units: scoping review. *Enferm Glob*. 22 de dezembro de 2019;19(1):527–75.
10. Fariás-Fernández M, Rendón-Macías ME, Iglesias-Leboreiro J, Bernárdez-Zapata I, Gordillo-Rodríguez L. Effects of hospitalization on children's sleep pattern irrespective of sleep problems history. *Bol Méd Hosp Infant México*. 29 de julho de 2021;78(4):5499.
11. Hybschmann J, Topperzer MK, Gjørde LK, Born P, Mathiasen R, Sehested AM, et al. Sleep in hospitalized children and adolescents: A scoping review. *Sleep Med Rev*. outubro de 2021;59:101496.
12. Cook DJ, Arora VM, Chamberlain M, Anderson S, Peirce L, Erondy A, et al. Improving Hospitalized Children's Sleep by Reducing Excessive Overnight Blood Pressure Monitoring. *Pediatrics*. 1 de setembro de 2020;146(3):e20192217.
13. Vasconcelos A, Prior C, Estevão H, Loureiro H, Ferreira R, Paiva T. Prática da sesta da criança nas creches e infantários, públicos ou privados. *Recomendações da Sociedade Portuguesa de Pediatria*. 2017.

7. Assinaturas

7.1 Aprovação:

7.2 Elaboração:

Ana Medeiros

A.E. ESIP da Escola Superior de Saúde Cruz Vermelha de Lisboa
28/4/2023

Apêndice S- Plano Projeto- Serviço de Neonatologia

Objetivos	Atividades	Calendarização	Indicadores de Avaliação
Sensibilizar os enfermeiros para a promoção do sono e medidas não farmacológicas promotoras do sono nas unidades de cuidados intensivos neonatais	- Realização de pesquisa bibliográfica sobre a temática a desenvolver; - Realiza plano de sessão; - Realização de sessão de sessão sobre as medidas não farmacológicas promotoras do sono; - Realização de questionário para avaliação da sessão	-1º semana -2º semana -3º Semana	-Fundamenta a sessão com base científica; -Envia plano de sessão à supervisora clínica e pedagógica; -Que 80% dos enfermeiros adiram à sessão; -Que 75% dos enfermeiros responda corretamente ao questionário.
Criar de instrumento direcionado à aplicação no serviço de Neonatologia	-Realização de panfleto a ser utilizado no serviço de neonatologia, de modo a sensibilizar os pais para a importância do sono do RN e medidas promotoras do sono a serem utilizadas no domicílio.	-3º Semana	-Enviar panfleto à supervisora clínica e pedagógica e enfermeira chefe do serviço.

Apêndice T- Plano de Sessão de Formação: “Promoção do Sono do Prematuro”

Plano de Sessão de Formação					
Tema: Promoção do sono do prematuro Local: Serviço de Neonatologia Supervisora: xxxx			Aluna: Ana Rita Vales Chaves Medeiros Data: 13/4/2023 Hora: 15h30		
Objetivo Geral:	Fase	Duração	Conteúdo	Método	Recursos
Sensibilizar os enfermeiros sobre os fatores perturbadores do sono do prematuro durante a hospitalização e Intervenções de enfermagem promotoras do sono.	INTRODUÇÃO	2 minutos	Apresentação da aluna. Justificação do tema e metodologia utilizada para realização da sessão.	Expositivo	PowerPoint
Objetivos Específicos: Pretende-se que no final da sessão os enfermeiros: 1) Compreendam a influência da hospitalização no sono do prematuro; 2) Compreendam os benefícios do sono; 3) Compreendam as consequências da privação do sono; 4) Identifiquem as intervenções promotoras do sono; 5) Compreendam a importância da promoção do sono no meio hospitalar;	Desenvolvimento	20 minutos	- Prematuridade, dados estatísticos; - Definição do sono; - Benefícios do sono; - Fases do sono; - Consequências da privação do sono; - Fatores perturbadores do sono; - Intervenções de enfermagem para a promoção do sono.	Expositivo/Participativo	PowerPoint
	CONCLUSÃO	3 minutos	Síntese oral dos conteúdos apresentados no desenvolvimento.	Expositivo/Participativo	
	AVALIAÇÃO	5 minutos	<u>Sumativa:</u> Questionário de avaliação da sessão.	Participativo	Questionário
DURAÇÃO		30 minutos			

Apêndice U - Sessão de Formação: “Promoção do Sono do Prematuro” - Serviço de Neonatologia

PROMOÇÃO DO SONO DO PREMATURO

Discente: Ana Medeiros
Docente: Profª Doutora Ana Paula Nunes



SUMÁRIO

- PREMATURIDADE;
- DEFINIÇÃO DE SONO;
- O SONO E HOSPITALIZAÇÃO;
- CONSEQUÊNCIAS DA PRIVAÇÃO DO SONO;
- FATORES PERTURBADORES DO SONO NAS UCIN;
- INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NÃO FARMACOLÓGICAS.

PREMATURIDADE

- ❖ A PREMATURIDADE É UM IMPORTANTE PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA MUNDIAL. RECENTEMENTE A ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE INFORMOU QUE UMA ESTIMATIVA DE 15 MILHÕES DE BEBÊS PREMATUROS NASCEM A CADA ANO E O NÚMERO ESTÁ AUMENTANDO (OMS, 2017). (2)
- ❖ BEBÊS PREMATUROS SÃO MAIS PROPENSOS A SOFRER COMPLICAÇÕES PERINATAIS E NEONATAIS, O QUE PODE COLOCÁ-LOS EM MAIOR RISCO DE MORTALIDADE E DIFICULDADES PARA DORMIR. (2)

SONO

- ❖ O SONO É UMA NECESSIDADE FISIOLÓGICA ESSENCIAL PARA O ADEQUADO DESENVOLVIMENTO DOS RECÉM-NASCIDOS, ESPECIALMENTE OS PREMATUROS, UMA VEZ QUE CONTRIBUI PARA A HOMEOSTASE DO ORGANISMO E PARA O BEM-ESTAR. (1)

ESSENCIAL:

Maturação
Neurológica

Preservação
da
plasticidade
cerebral

Consolidação
da memória a
longo prazo

Estabelecimento
da saúde
emocional e da
função
imunológica

Restauração
celular

SONO

- ❖ OS RN PASSAM 16 A 18H A DORMIR, SENDO O SONO DOS RECÉM-NASCIDOS POLIFÁSICO E ULTRADIANO; (2)
- ❖ O SONO DO PREMATURO INCLUI TRÊS ESTÁGIOS: O SONO TRANQUILO, O SONO ATIVO E O SONO INDETERMINADO; (2)
- ❖ EM MÉDIO UM CICLO DE SONO NOS PREMATUROS CORRESPONDE A 50-70 MINUTOS. (4)

SONO ATIVO⁷⁻⁹

Movimentos
oculares
rápidos

Respiração
rápida e
irregular

Grande
atividade
cerebral

Alta atividade
fisiológica

Padrão
eletroencefalográfico
contínuo

Batimentos
cardíacos
irregulares

Movimentos
corporais e
faciais

Essencial para a maturação e desenvolvimento do sistema nervoso central, incluindo o crescimento do sistema neurossensorial e desenvolvimento do padrão comportamental.



SONO

O SONO PREMATURO É CONSIDERADO UMA AÇÃO CRUCIAL, SEMELHANTE À RESPIRAÇÃO E NUTRIÇÃO! (3)

HOSPITALIZAÇÃO

- ❖ PREMATUROS GERALMENTE SÃO SUBMETIDOS A MÚLTIPLOS ESTÍMULOS SENSORIAIS E FÍSICOS ASSOCIADOS AO MANUSEIO EXCESSIVO POR PARTE DAS EQUIPAS DE SAÚDE; (5)
- ❖ NA MAIORIA DAS VEZES, OS CUIDADOS PRESTADOS AOS PREMATUROS INTERNADOS SÃO BASEADOS EM ROTINAS ESTABELECIDAS PELO SETOR E NÃO NAS NECESSIDADES MANIFESTADAS PELO RECÉM-NASCIDO NO MOMENTO. (5)

Pode desencadear alterações importantes:

No ciclo sono- vigília, resultando da fragmentação do sono e até mesmo da sua privação.

Pode levar a alterações significativas do seu desenvolvimento, principalmente a nível neurossensorial.

CONSEQUÊNCIAS DA PRIVAÇÃO DO SONO

- ❖ A PRIVAÇÃO DO SONO DE PREMATUROS PODE PIORAR O ESTADO CLÍNICO, RETARDAR A ALTA HOSPITALAR E DESENCADear DISTÚRBIOS COMPORTAMENTAIS NA IDADE ADULTA. (2)
- ❖ O MANUSEIO EXCESSIVO E A PRIVAÇÃO DE SONO EM PREMATUROS PODEM PREJUDICAR O DESENVOLVIMENTO NEUROMOTOR, INDUZIR HIPEREXCITABILIDADE, DESENCADear OU EXACERBAR DOENÇAS PSIQUIÁTRICAS E CAUSAR SONOLÊNCIA DIURNA EXCESSIVA. (5)
- ❖ FUTURAMENTE PODE CAUSAR ALTERAÇÕES A NÍVEL DA COGNIÇÃO, ATENÇÃO, AUMENTO DO RISCO DE DOENÇAS ASMÁTICAS, OBESIDADE, ANSIEDADE, DEPRESSÃO E COMPROMETIMENTO COMPORTAMENTAL E SOCIAL. (5)

CONSEQUÊNCIAS DA PRIVAÇÃO DO SONO

- ❖ AS PERTURBAÇÕES DO SONO PODEM LEVAR A ALTERAÇÕES DA TERMORREGULAÇÃO, PRODUÇÃO E LIBERTAÇÃO DE ALGUNS HORMÔNIOS E COMPROMETIMENTO DA IMUNIDADE DO RN. (6)
- ❖ OS DISTÚRBIOS DO SONO PODEM PROVOCAR AGITAÇÃO, IRRITABILIDADE, CHORO E CONSEQUENTEMENTE AUMENTO DA PRESSÃO INTRACRANIANA. (6)

FATORES PERTURBADORES DO SONO NAS UCIN

Luminosidade

Ruído Excessivo

Constante
Manipulação

Variações da
temperatura
corporal

Procedimentos
invasivos e
dolorosos

Intervenções de
enfermagem e
médicas

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NÃO FARMACOLÓGICAS

**Posicionamento
em Rede**



INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NÃO FARMACOLÓGICAS

- ✓ CUIDADOS AGRUPADOS;
- ✓ MÚSICA;
- ✓ BANHO DE BANHEIRA;
- ✓ POSICIONAMENTO EM DECÚBITO VENTRAL;
- ✓ SAWDDING;
- ✓ CONTENÇÃO MANUAL E ATRAVÉS DE NINHOS;

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NÃO FARMACOLÓGICAS

- ✓ SUCÇÃO NÃO NUTRITIVA;
- ✓ ADMINISTRAÇÃO ORAL DE SACAROSE;
- ✓ TOQUE HUMANO SUAVE;
- ✓ ALTERNÂNCIA CICLADA DA LUZ.
- ✓ HORÁRIO DO SILÊNCIO;
- ✓ TÉCNICA YAKSON.

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NÃO FARMACOLÓGICAS

MASSAGEM:

- MÃOS QUENTES;
- TOQUE SUAVE COM PRESSÃO MODERADA;
- MOVIMENTO LENTO DAS MÃOS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- ARAÚJO FM, PEDREIRA MLG, AVELAR AFM, PRADELLA-HALLINAN MLC, TSUNEMI MH, PINHEIRO EM. SLEEP AND SALIVARY CORTISOL IN PRETERM NEONATES: A CLINICAL, RANDOMIZED, CONTROLLED, Crossover STUDY. REV BRAS ENFERM [INTERNET]. 2018;71(SUPPL 3):1358-65. [THEMATIC ISSUE: HEALTH OF WOMAN AND CHILD] DOI: [HTTP://DX.DOI.ORG/10.1590/0034-7167-2017-0546](http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0546)
- 2- LIAO J, HU R, SU L, WANG S, XU Q, QIAN X, ET AL. NONPHARMACOLOGICAL INTERVENTIONS FOR SLEEP PROMOTION ON PRETERM INFANTS IN NEONATAL INTENSIVE CARE UNIT: A SYSTEMATIC REVIEW. WORLDVIEWS EVID BASED NURS. OUTUBRO DE 2018;15(5):386–93.
- 3- FIRMINO C, RODRIGUES M, FRANCO S, FERREIRA J, SIMÕES AR, CASTRO C, ET AL. NURSING INTERVENTIONS THAT PROMOTE SLEEP IN PRETERM NEWBORNS IN THE NEONATAL INTENSIVE CARE UNITS: AN INTEGRATIVE REVIEW. INT J ENVIRON RES PUBLIC HEALTH. 2 DE SETEMBRO DE 2022;19(17):10953.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 4- VADAKKAN ALBRITJ, PRABAKARAN V. COMPARISON OF THE EFFECT OF NESTING AND SWADDLING ON SLEEP DURATION AND AROUSAL FREQUENCY AMONG PRETERM NEONATES: A RANDOMIZED CLINICAL TRIAL. J CARING SCI. 12 DE JULHO DE 2022;11(3):126–31.
- 5- MAKI MT, ORSI KCSC, TSUNEMI MH, HALLINAN MP, PINHEIRO EM, AVELAR AFM. O EFEITO DA MANIPULAÇÃO SOBRE O SONO DO RECÉM-NASCIDO PREMATURO. ACTA PAUL ENFERM. OUTUBRO DE 2017;30(5):489–96.
- 6- SANTOS BR DOS, ORSI KCSC, BALIEIRO MMFG, SATO MH, KAKEHASHI TY, PINHEIRO EM. EFFECT OF «QUIET TIME» TO REDUCE NOISE AT THE NEONATAL INTENSIVE CARE UNIT. ESC ANNA NERY - REV ENFERM [INTERNET]. 2015 [CITADO 1 DE DEZEMBRO DE 2022];19(1). DISPONÍVEL EM: [HTTP://WWW.GNRESEARCH.ORG/DOI/10.5935/1414-8145.20150014](http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/1414-8145.20150014)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 7- CORREIA A, LOURENÇO M. PROMOÇÃO DO SONO EM UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS: SCOPING REVIEW: SLEEP PROMOTION IN NEONATAL INTENSIVE CARE UNITS: SCOPING REVIEW. ENFERM GLOB. 22 DE DEZEMBRO DE 2019;19(1):527-75
- 8- ESTIVILL. E. DORMIR BIEN. DUMMIES. 2010
- 9- DONSKOY I, LOGHMANEE D. INSOMNIA IN ADOLESCENCE. MED SCI. 1 DE SETEMBRO DE 2018;6(3):72.
- 10- RIBAS CG, ANDREAZZA MG, NEVES VC, VALDERRAMAS S. EFFECTIVENESS OF HAMMOCK POSITIONING IN REDUCING PAIN AND IMPROVING SLEEP-WAKEFULNESS STATE IN PRETERM INFANTS. RESPIR CARE. ABRIL DE 2019;64(4):384-9.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 11- BANIASADI H, HOSSEINI SS, ABDOLLAHYAR A, SHEIKHBARDSIRI H. EFFECT OF MASSAGE ON BEHAVIOURAL RESPONSES OF PRETERM INFANTS IN AN EDUCATIONAL HOSPITAL IN IRAN. J REPROD INFANT PSYCHOL. 27 DE MAIO DE 2019;37(3):302-10
- 12-ALMADHOOB A, OHLSSON A. SOUND REDUCTION MANAGEMENT IN THE NEONATAL INTENSIVE CARE UNIT FOR PRETERM OR VERY LOW BIRTH WEIGHT INFANTS. COCHRANE NEONATAL GROUP, EDITOR. COCHRANE DATABASE SYST REV [INTERNET]. 27 DE JANEIRO DE 2020 [CITADO 1 DE DEZEMBRO DE 2022];2020(1). DISPONÍVEL EM: [HTTP://DOI.WILEY.COM/10.1002/14651858.CD010333](http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD010333).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

13- GIORDANO V, GOERAL K, SCHRAGE-LEITNER L, BERGER A, OLISCHAR M. THE EFFECT OF MUSIC ON AEEG CYCLICITY IN PRETERM NEONATES. CHILDREN. 9 DE MARÇO DE 2021;8(3):208.

14-COSTA KSF, FERNANDES D DA S, PAULA RAP, GUARDA LEDA, DARÉ MF, CASTRAL TC, ET AL. HAMMOCK AND NESTING IN PRETERM INFANTS: RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL. REV BRAS ENFERM. DEZEMBRO DE 2019;72(SUPPL 3):96-102.

15-RODARTE MD DE O, FUJINAGA CI, LEITE AM, SALLA CM, SILVA CG DA, SCOCHI CGS. EXPOSIÇÃO E REATIVIDADE DO PREMATURO AO RUÍDO EM INCUBADORA. CODAS. 2019;31(5):E20170233.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

16-TAN Y. EFFECT OF NON-PHARMACOLOGICAL INTERVENTIONS ON SLEEP IN PRETERM INFANTS IN THE NEONATAL INTENSIVE CARE UNIT: A PROTOCOL FOR SYSTEMATIC REVIEW AND NETWORK META-ANALYSIS. 30 DE AGOSTO DE 2022 [CITADO 1 DE DEZEMBRO DE 2022]; DISPONÍVEL EM: [HTTPS://OSF.IO/NPR97/](https://osf.io/NPR97/)

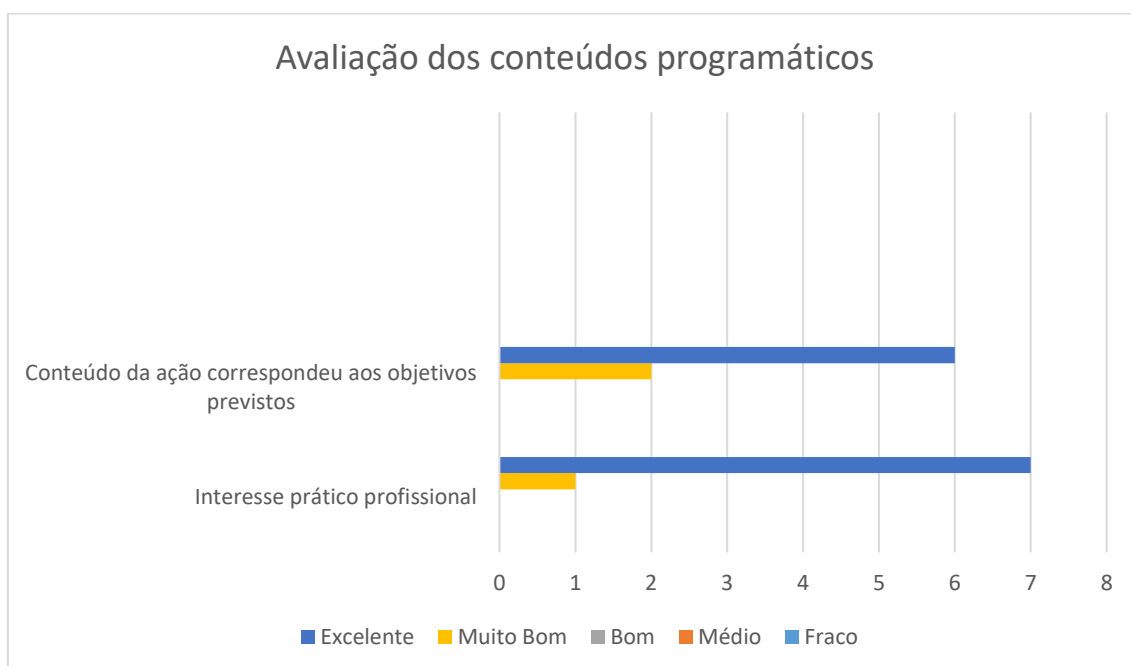
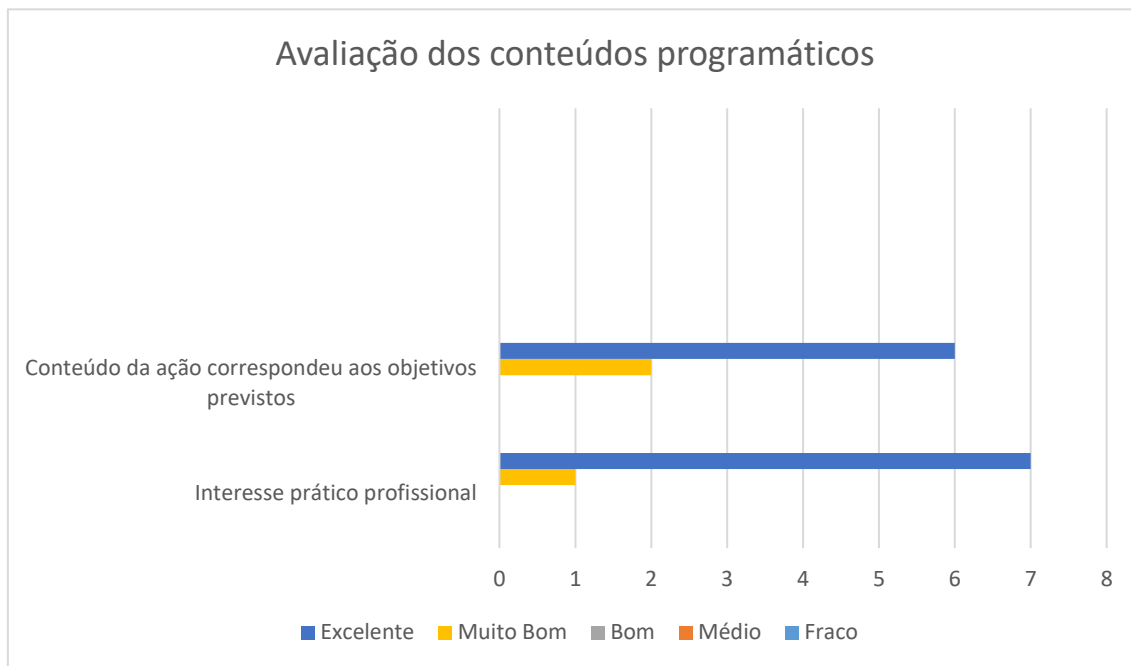
17-SHELLHAAS RA, BURNS JW, BARKS JDE, HASSAN F, CHERVIN RD. MATERNAL VOICE AND INFANT SLEEP IN THE NEONATAL INTENSIVE CARE UNIT. PEDIATRICS. 1 DE SETEMBRO DE 2019;144(3):E20190288.

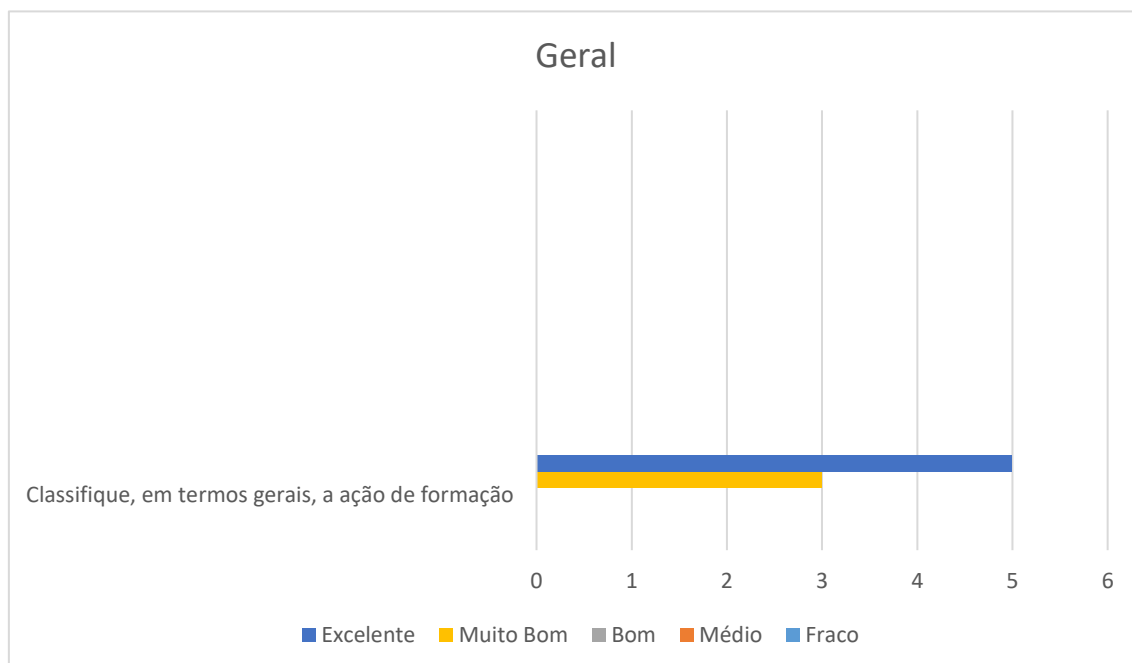
18-OH RS, ORSI KC, PINHEIRO EM, SANTOS LM, AVELAR AF. NÍVEL DE ILUMINAÇÃO EM UNIDADES NEONATAIS, SEGUNDO MANEJO DO AMBIENTE E MOBILIÁRIO. ACTA PAUL ENFERM. 2022;35: E APE02517. DISPONÍVEL EM: [HTTP://DX.DOI.ORG/10.37689/ACTA-APE/2022AO02517](http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2022AO02517)



OBRIGADA PELA ATENÇÃO!

Apêndice V- Resultados da Avaliação da Sessão Formativa: “Promoção do Sono do Prematuro” - Serviço de Neonatologia





Apêndice W - Panfleto “O Sono do Meu Bebê “- Serviço de Neonatologia



O sono é uma necessidade humana básica, e é essencial para os processos de desenvolvimento das crianças, regulação das emoções, comportamento, enfrentamento e percepção da dor, para além de que o sono regula os sinais vitais, melhora a imunidade e apoia a recuperação de doenças e lesões

Bibliografia

1. Gross EC, North N. Sleep promotion for hospitalized children: Developing an evidence-based guideline for nurses. *Curationis*. [Internet]. 6 de outubro de 2021 [citado 1 de dezembro de 2023];44(1). Disponível em: <https://curationis.org.za/index.php/curationis/article/view/2219>
2. Argersinger SW, Wiedula D, Nuchiani N. Music Therapy and Story Telling: Nursing Interventions to Improve Sleep in Hospitalized Children. *Comp Child Adolesc Nurs*. 29 de março de 2019;42(sup1):82-9.
3. Moore CL, Blagier PH, Servud SA, Moran NR, Anderson SL, Byron M, et al. Optimizing Oral Medication Schedules for Hospitalized Children: A Cluster Randomized Intervention. *Hosp Pediatr*. 1 de abril de 2021;11(4):327-33.
4. Bruce LB, Osofsky NJ, Eronitz AI, Anderson SL, Clumbechin M, Gross D, et al. Caregiver and Staff Perceptions of Disruption to Pediatric Inpatient Sleep. *J Clin Sleep Med*. 15 de novembro de 2018;14(11):1893-902.
5. Papakonstantinou EA, Hodiart E, Stenier R. A Behavioral-Educational Intervention to Promote Pediatric Sleep During Hospitalization: A Pilot Randomized Controlled Trial. *Behav Sleep Med*. 4 de julho de 2018;16(4):356-70.
6. Stenier R, Macuszek S, Adams S, Puchlun C, Pilleravugun E, Weiss SK. Objective Sleep Characteristics and Factors Associated With Sleep Duration and Waking During Pediatric Hospitalization. *JAMA Netw Open*. 1 de abril de 2021;4(4):e213924.
7. Causes and effects of lack of sleep in hospitalized children. *Arch Argent Pediatr*. [Internet]. 1 de fevereiro de 2020 [citado 1 de dezembro de 2022];118(2). Disponível em: <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosag/2020/11/118a2a13e.pdf>
8. Maki MT, Omi KCSC, Trueman MH, Hallinan MP, Puhiesco EM, Avelar AFM. O efeito da manipulação sobre o sono do recém-nascido prematuro. *Acta Paul Enferm*. outubro de 2017;30(5):485-96.
9. Correa A, Lourenço M. Promoção do sono em unidades de cuidados intensivos neonatais: scoping review. *Sleep promotion in neonatal intensive care units: scoping review*. *Enferm Glob*. 22 de dezembro de 2019;19(1):527-75.
10. Estrivill E, Domínguez Ben, Duanyes. 2010
11. Vasconcelos A, Pires C, Emerílio H, Lourenço H, Ferreira R, Para T. Prática da sonda da criança nas creches e instituições públicas ou privadas. *Recomendações da Sociedade Portuguesa de Pediatria*. 2017.

O Sono do Meu bebé



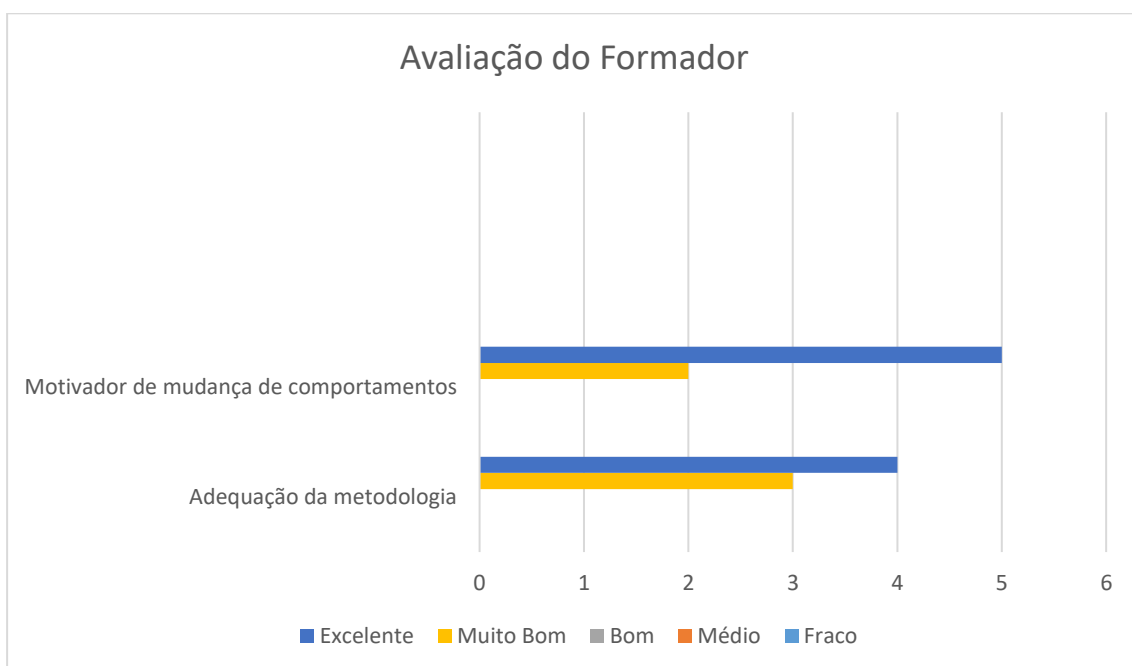
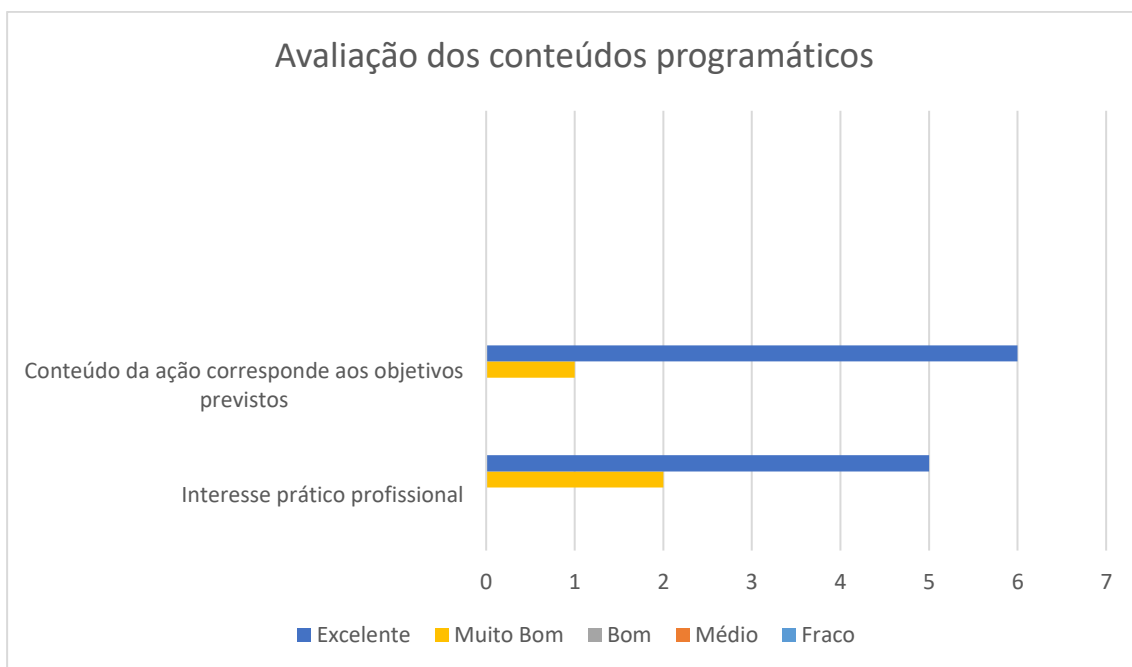
Junho 2023

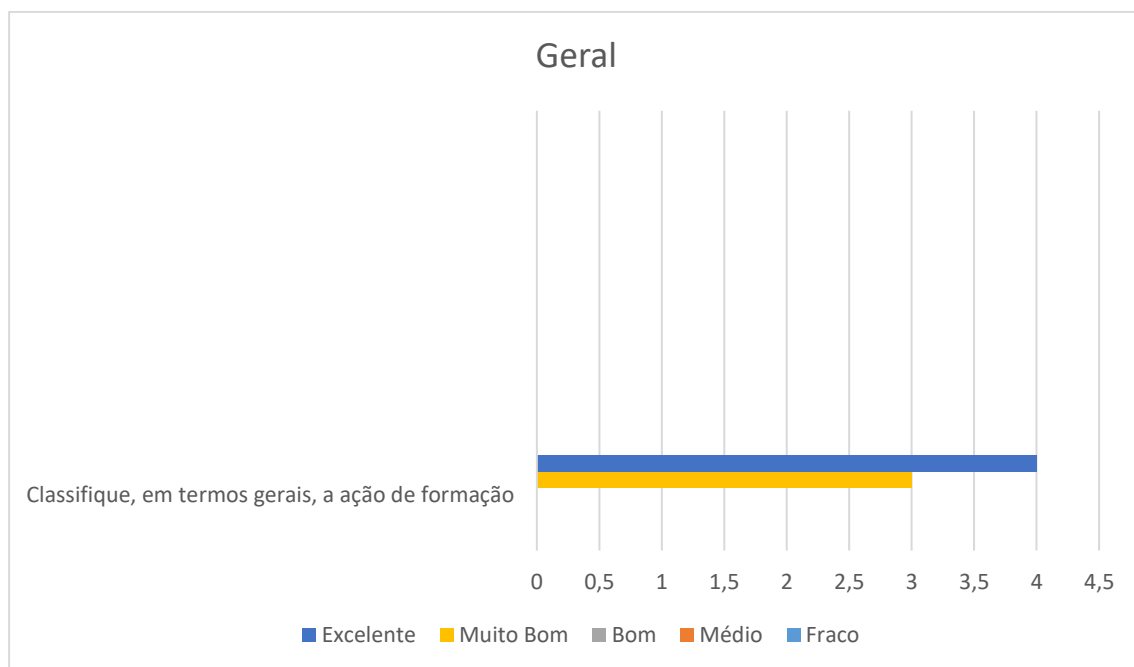


Apêndice X - Plano de Sessão de Formação: “Heparinização VS Salinização de Cateteres Venosos Periféricos” - Serviço de Neonatologia

Plano de Sessão de Formação					
Tema: Heparinização vs salinização de cateteres venosos periféricos Local: serviço neonatologia Supervisora: xxxxx			Aluna: Ana Rita Vales Chaves Medeiros Data: 13/6/2023 Hora: 15h00		
Objetivo Geral:	Fase	Duração	Conteúdo	Método	Recursos
Promover conhecimento científico sobre as recomendações de heparinização ou salinização de cateteres venosos periféricos.	INTRODUÇÃO	2 minutos	Apresentação da aluna. Justificação do tema e metodologia utilizada para realização da sessão.	Expositivo	PowerPoint
Objetivos Específicos: Pretende-se que no final da sessão os enfermeiros: 1) Compreendam a importância da permeabilidade do cateter venoso periférico; 2) Identifiquem as desvantagens da heparina; 3) Identifiquem as vantagens do uso de cloreto de sódio.	Desenvolvimento	20 minutos	- Importância de manter o cateter venoso periférico permeável; - Quando se deve realizar a lavagem dos cateteres venosos periféricos; - Resultados dos estudos sobre a eficácia da utilização de solução salina e solução de heparina; - Desvantagens da heparina; - Vantagens do cloreto de sódio.	Expositivo/Participativo	PowerPoint
	CONCLUSÃO	3 minutos	Síntese oral dos conteúdos apresentados no desenvolvimento.	Expositivo/Participativo	
	AVALIAÇÃO	5 minutos	<u>Sumativa:</u> Questionário de avaliação da sessão.	Participativo	Questionário
DURAÇÃO		30 minutos			

Apêndice Y - Resultados da Avaliação da Sessão Formativa: “Heparinização VS Salinização de Cateteres Venosos Periféricos” - Serviço de Neonatologia





Apêndice Z- Plano de Projeto – Serviço de Urgência Pediátrico

Objetivos	Atividades	Calendarização	Indicadores de Avaliação
Criar de instrumento direcionado à aplicação no serviço de urgência pediátrica	-Realização poster para fixação no serviço sobre a importâncias do sono e intervenções de enfermagem não farmacológicas a serem utilizadas no serviço. -Realização de sessão para apresentação do poster, antes da sua fixação no serviço.	- 2º semana -3 semana	-Envia poster à supervisora clínica e pedagógica; -Que 70% dos enfermeiros da equipa permanente do serviço de urgência pediátrica adira à sessão.