

## **RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

### **PROMOÇÃO DO SONO NO RECÉM-NASCIDO**

Projeto de desenvolvimento de competências clínicas  
especializadas na área de Enfermagem de Saúde Infantil e  
Pediátrica

**Autor**

**Isa Sofia Miranda Simões**

**Porto, 2025**



**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO**

**Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica**

**Estágio de natureza profissional com relatório - Módulo II**

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

PROMOÇÃO DO SONO NO RECÉM-NASCIDO

Projeto de desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

**Orientador(es)**

Conceição Reinho  
*Professor Adjunto, Doutor*

Paula Cristina Moreira Mesquita Sousa  
*Professor Coordenador s/ Agreg., Doutor*

**Autor**

Isa Sofia Miranda Simões

**Porto, 2025**



## RESUMO

Do “Estágio de Natureza Profissional com Relatório - Módulo II” recorrente do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Escola Superior de Enfermagem do Porto surgiu o presente relatório de estágio, que visa descrever o percurso de aquisição e desenvolvimento das competências comuns e específicas inerentes ao Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP).

Este percurso teve como foco a promoção do sono do Recém-Nascido (RN), desenvolvido enquanto área de intervenção no âmbito do EESIP e como área de aprofundamento teórico. Este tema emergiu da necessidade de integrar o sono enquanto prioridade nos cuidados de enfermagem, reconhecendo o seu impacto no desenvolvimento infantil e papel parental.

A pertinência e transversalidade do tema evidenciaram-se nos diferentes contextos do estágio, nomeadamente: Internamento de Pediatria Médica, Unidade de Cuidados na Comunidade, Serviço de Urgência Pediátrica e Unidade de Neonatologia.

O relatório foi concretizado com recurso à plataforma educativa da ESEP, *E4nursing*, apoiada na ontologia de enfermagem, através de uma metodologia descritiva e reflexiva, aliada a uma pesquisa bibliográfica e ao enquadramento legal da profissão.

Pela equidade das temáticas, ao longo do relatório, destacam-se a teoria das transições de Meleis, com enfoque, na tipologia desenvolvimental, as teorias de desenvolvimento infantil, permitindo uma compreensão mais aprofundada e diferenciada das particularidades do crescimento e evolução da criança e o modelo de parceria de cuidados pela promoção do envolvimento dos pais na saúde da criança/jovem, em função dos seus conhecimentos e das suas capacidades.

O desenvolvimento das competências especializadas, como a conceção de planos de cuidados individualizados e a articulação entre teoria e prática estão demonstrados por dois casos clínicos, onde foi destacado o papel do EESIP como principal agente de educação para a saúde e facilitador de processos de transição.

Por forma a demonstrar o processo de aquisição das competências comuns e específicas do EESIP, considerando os domínios e unidades de competência, procedeu-se à explanação reflexiva dos contributos resultantes dos vários ensinamentos clínicos e da componente teórica do mestrado.

**Palavras-chave:** Sono; Recém-nascido; Enfermagem; Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica



## ABSTRACT

This internship report arises from the “Professional Internship with Report - Module II” of the Master’s Degree in Child and Pediatric Health Nursing at the Escola Superior de Enfermagem do Porto. Its primary objective is to describe the process of acquiring and developing both general and specific competencies required of the Child and Pediatric Health Nurse Specialist (CPHNS).

This learning journey focused on the promotion of sleep in the Newborn (NB), which was developed as both an area of intervention within the scope of the CPHNS role and a subject of theoretical deepening. This topic emerged from the recognized need to prioritize sleep within nursing care, acknowledging its impact on child development and on parenting roles.

The relevance and cross-cutting nature of this theme became evident across various internship settings, namely: Pediatric Medical Inpatient Unit, Community Care Unit, Pediatric Emergency Department, and Neonatology Unit.

The report was developed using ESEP’s educational platform, E4nursing, underpinned by nursing ontology and supported by a descriptive and reflective methodology, bibliographic research, and the legal framework governing the nursing profession.

Due to the thematic coherence throughout the report, particular emphasis is given to Meleis’s Theory of Transitions, focusing on the developmental typology, theories of child development, which allow for a deeper and more nuanced understanding of the particularities of growth and development in children, and the partnership-in-care model, which promotes parental involvement in the child’s or young person’s health, in accordance with their knowledge and capacities.

The development of specialized competencies, such as the design of individualized care plans and the articulation between theory and practice, is illustrated through two clinical case studies, in which the CPHNS is highlighted as a key health educator and facilitator of transitional processes.

In order to demonstrate the acquisition process of both general and specific competencies of the CPHNS, and in accordance with the defined domains and units of competence, a reflective analysis is provided, integrating the contributions from the various clinical training placements and the theoretical component of the Master's program.

**Keywords:** Sleep; Newborn; Nursing; Pediatric and Child Health Nurse Specialist



## CHAVE DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS

- ACSS: Administração Central do Sistema de Saúde
- APP: Associação Portuguesa de Pediatria
- APS: Associação Portuguesa do Sono
- BCG: Bacilo Calmette-Guérin
- BSIJ: Boletim Individual de Saúde Infantil e Juvenil
- CPTAS: Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale
- CVP: Cateter Venoso Periférico
- DGS: Direção-Geral de Saúde
- ECCL: Equipa de Cuidados Continuados Integrados
- ECMO: Oxigenação Por Membrana Extracorporal
- EESIP: Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
- E4nursing: Enhancing expertise and empowering education for nursing
- ESEP: Escola Superior de Enfermagem do Porto
- FLACC: Face, Legs, Activity, Cry, Consolability
- ICN: International Council of Nurses
- MESIP: Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
- NEMU: Nose, Ear and Midline of Umbilicus
- NIDCAP: Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program
- NIPS: Neonatal Infant Pain Scale
- OE: Ordem dos Enfermeiros
- PSI: Plano de Saúde Individual
- RANU: Rastreio Auditivo Neonatal Universal
- REM: Rapid Eye Movement
- RN: Recém-nascido
- SMSL: Síndrome de Morte Súbita do Lactente
- SNC: Sistema Nervoso Central
- SUB: Serviço de Urgência Básico
- SUMC: Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico
- SUP: Serviço de Urgência Polivalente
- UCC: Unidade de Cuidados na Comunidade
- VSR: Vírus Sincicial Respiratório
- WHO: World Health Organization



## ÍNDICE

RESUMO .....	3
ABSTRACT .....	5
CHAVE DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS .....	7
1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO .....	11
2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S) .....	35
3. CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS .....	45
3.1. Enquadramento teórico .....	45
3.2. Clientes .....	53
3.3. Domínios .....	53
3.3.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico .....	53
3.4. Conceção de Cuidados .....	55
3.5. Especificação das intervenções .....	60
3.6. Síntese relativa ao caso .....	62
4. UNIDADE DE NEONATOLOGIA .....	69
4.1. Enquadramento teórico .....	69
4.2. Clientes .....	77
4.3. Medicação .....	78
4.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita .....	78
4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica .....	79
4.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica. ....	81
4.5. Domínios .....	83
4.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico .....	83
4.6. Conceção de Cuidados .....	87
4.7. Especificação das intervenções .....	94
4.8. Síntese relativa ao caso .....	97
5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS .....	105
6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO .....	131
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	135
ANEXOS .....	157



## 1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO

O relatório de estágio, de natureza profissional, é parte integrante da unidade curricular de Estágio de Natureza Profissional com relatório - Módulo II, inserido no curso de Mestrado em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica, da Escola Superior de Enfermagem do Porto do ano letivo 2024/2025, sob orientação da Professora Doutora Conceição Reinho e coorientação da Professora Doutora Paula Sousa.

O estágio de natureza profissional, nos diferentes contextos de prática clínica, inclui 610 horas de estágio, divididas em dois momentos: i) um primeiro momento com duração de 240h, com o objetivo de conhecer e integrar os diferentes contextos; ii) um segundo momento, num total de 370h, permitindo a aquisição de competências de enfermeiro especialista e competências especializadas na área da Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica.

Os ensinamentos clínicos foram realizados em quatro contextos de cuidados diferenciados, permitindo prestar cuidados a crianças/adolescentes nas diferentes faixas etárias, nomeadamente no internamento pediátrico, unidade de cuidados na comunidade, urgência pediátrica e unidade de neonatologia.

Este documento objetiva descrever e documentar a trajetória formativa, com enfoque na articulação teórico-prática dos conhecimentos consolidados ao longo do ciclo de estudos, bem como o processo de aquisição progressiva das competências comuns do enfermeiro especialista e especializadas inerentes à Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Permite demonstrar o meu desenvolvimento relativamente às competências de conceção e documentação dos cuidados de enfermagem à criança e pais, assim como apresentar os resultados da pesquisa que desenvolvi no âmbito do tema "promoção do sono no Recém-Nascido".

Este relatório encontra-se estruturado em seis capítulos. O primeiro contempla uma introdução onde são descritos aspetos fundamentais para a compreensão do relatório, o segundo explana os diversos contextos dos ensinamentos clínicos, o terceiro e quarto, estão destinados à conceção de cuidados em enfermagem com dois casos clínicos representativos de cuidados de enfermagem em que o tema sobre o sono foi desenvolvido, o quinto dedica-se à análise dos contributos dos ensinamentos clínicos para o desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista e específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP). No sexto capítulo surge a síntese final do relatório, refletindo sobre os diversos contributos do meu percurso, terminando com a bibliografia utilizada ao longo do relatório.

O presente relatório é concretizado com recurso à plataforma educativa da ESEP, *enhancing expertise and empowering education for nursing (E4nursing)*. Foi desenvolvida uma pesquisa ao

longo da concretização do relatório em base de dados, livros e documentos de entidades de saúde de forma a sustentar a informação descrita.

De forma a facilitar a compreensão de conteúdos fundamentais e temas abordados durante o relatório, é descrito, de seguida, um enquadramento dos referenciais teóricos utilizados de forma transversal durante o relatório e durante os ensinamentos clínicos, nomeadamente sobre as plataformas utilizadas para a conceção de cuidados durante os ensinamentos clínicos, sobre a teoria das transições, teorias de desenvolvimento infantil, a literacia em saúde e por fim é apresentada, de forma breve, o tema do projeto a promoção do sono no recém-nascido por base nas informações recolhidas.

#### • **Plataforma E4nursing e Ontologia de Enfermagem:**

Durante os ensinamentos clínicos para a conceção de cuidados, foi utilizado o recurso pedagógico *E4nursing*. É uma plataforma que tem por base a ontologia de enfermagem, que surge como uma descrição de conceitos dentro de um domínio e as relações entre eles, baseado em evidência científica. Permite desenvolver processos de conceção de cuidados de enfermagem, as competências de tomada de decisão clínica e a capacidade de clarificar e sistematizar os cuidados de enfermagem (ESEP, 2024).

A ontologia de enfermagem é uma estrutura que organiza o conhecimento da prática de enfermagem, definindo conceitos e relações fundamentais para apoiar o raciocínio clínico, a comunicação e a documentação dos cuidados. Esta "ferramenta" é construída a partir de taxonomias como a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) e *snomed CT*, representada pelo browser "NursingOntos" (ESEP, 2024).

A *E4nursing* encontra-se estruturada em domínios de atenção de enfermagem e em conformidade com os diferentes momentos do processo de enfermagem, assim permite designar os dados resultantes da avaliação inicial do cliente, identificar diagnósticos de enfermagem, definir objetivos, prescrever intervenções de enfermagem e designar dados da evolução do cliente. Permite também, com base nessas informações, estabelecer um plano de cuidados de enfermagem (ESEP, 2024).

Na conceção de cuidados gerada nesta plataforma, o conceito de sessão não surge como sinónimo de um turno, mas como um momento. Assim, duas sessões, tanto podem ter ocorrido no mesmo turno, como em diferentes turnos.

Neste relatório, são apresentadas duas conceções de cuidados referentes a dois casos ocorridos durante o estágio de natureza profissional, omitindo-se os dados identificativos.

Os planos de cuidados estão organizados por capítulos, nomeadamente por enquadramento teórico, descrição dos clientes, medicação, procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica,

domínios, conceção de cuidados, especificação das intervenções e, por fim, a síntese relativa ao caso. Cada caso, foi analisado em pelo menos duas sessões, de acordo com o modelo da plataforma e4nursing, em que a sessão visa demonstrar passo a passo, a recolha de dados, os domínios selecionados com a respetiva intervenção e a continuidade de cuidados com o processo de evolução do cliente, face às intervenções de enfermagem implementadas.

#### • Teoria das transições:

A Teoria das Transições, proposta por Afaf Meleis, sublinha a relevância de compreender as dimensões e características das transições e de como o enfermeiro pode assumir um papel ativo como facilitador da transição. No contexto da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, a aplicação desta teoria revela-se essencial para orientar a prestação de cuidados assim como promover o bem-estar e a adaptação das crianças e das suas famílias face às mudanças e desafios que enfrentam ao longo do ciclo de vida.

Objetiva-se que na prática a escolha de intervenções potenciem o desenvolvimento e/ou crescimento saudável da criança ao longo de todo o seu ciclo vital, em parceria com os seus pais, progredindo para transições saudáveis. A teoria das transições foi o referencial teórico que esteve como base na prestação de cuidados ao cliente pediátrico e à sua família, evidenciando-se ao longo deste relatório principalmente nos exemplos de conceção dos cuidados.

O EESIP desempenha um papel crucial na promoção de uma transição saudável, ao capacitar a criança/adolescente e os pais, através da implementação de intervenções que promovam os cuidados de saúde, preparam para a mudança de papéis e evitam efeitos negativos que a transição possa implicar sobre o cliente (Pereira, 2019).

Na trajetória de desenvolvimento, é crucial que a criança ou adolescente consolide as etapas anteriores de crescimento, de modo a dominar e aprimorar as competências necessárias para a fase subsequente. Segundo Sousa (2014), essa progressão entre estágios configura-se como um processo de transição, inerente à evolução desenvolvimental.

Importa entender que o conceito de transição se caracteriza por um processo onde ocorre uma alteração ou passagem de um estado, condição ou de um lugar para outro, implicando que a pessoa tenha de adquirir novas competências, conhecimentos e/ou capacidades, para conseguir vivenciar a transição, de uma forma saudável (Chick & Meleis, 1986).

Torna-se assim prioritário o estabelecimento de ações/intervenções, por parte do enfermeiro, que facilitem as transições, sejam elas transições normativas (que são expectáveis) ou acidentais, isto é, processos que surgem pela ocorrência de mudanças ou eventos no indivíduo ou ambiente em que este se encontra, no qual ocorre passagem de um estado, condição ou lugar para outro (Meleis et al., 2000).

A teoria das transições comporta a natureza, isto é o tipo, padrões e as suas propriedades, as suas condições, que poderão ser facilitadoras ou inibidoras e os seus padrões de resposta, nomeadamente os indicadores de processo e os indicadores de resultado da transição, que vão orientar as intervenções/ações de enfermagem (Meleis et al., 2000).

Existem quatro tipos de transições (Meleis, 2012). Nas quais os enfermeiros podem interceder de forma a facilitar todo o processo de transição, nomeadamente:

- Transição Desenvolvimental: Associada a eventos normativos (esperado) do ciclo vital, como a adolescência e a parentalidade ou associada a mudanças familiares, como o luto e esta transição exige redefinição de papéis.
- Transição Saúde-Doença: Resulta de alterações súbitas ou progressivas no estado de saúde. Implica a passagem de um estado saudável para viver com uma doença crónica, exemplo de diabetes tipo I ou o agravamento de uma condição clínica. Implica a reformulação da identidade e da dinâmica familiar, requerendo intervenções que promovam a autogestão da doença e a aceitação.
- Transição Situacional: Surge de mudanças contextuais que exigem redefinição de papéis sociais, como exemplo o desemprego e a reforma.
- Transição Organizacional: Relaciona-se com alterações no ambiente físico ou institucional.

As transições podem ser simples ou múltiplas, simultâneas (ocorrem ao mesmo tempo) ou sequenciais (uma transição após outra), e podem, ainda, estar relacionadas ou não entre si (Meleis, 2010).

A transição pode ser definida e influenciada pelas suas propriedades. Fazem parte a consciencialização, sendo a perceção que a criança e os seus pais, têm sobre a transição a ser vivida e as alterações que esta envolve, o envolvimento dos clientes na transição, o tempo de duração da transição e os pontos e eventos críticos, tal como a hospitalização ou outros momentos que possam ser marcantes durante a transição (Meleis, 2010).

As condições facilitadoras ou dificultadoras envolventes, influenciam a transição sendo elas as condições pessoais, comunitárias e sociais (Meleis, 2012). As condições pessoais são referentes ao significado que a pessoa atribui ao processo de transição, representando um valor neutro, positivo ou negativo. As crenças e atitudes culturais como, por exemplo, o estigma, o estado socioeconómico e a preparação prévia, ou seja, o conhecimento que a criança/ adolescente e os seus pais possuem e as suas expectativas em relação ao processo de transição. Nas condições comunitárias, verificam-se os recursos que a comunidade pode disponibilizar, como o suporte familiar e/ou de amigos, assim como o apoio dos profissionais de saúde (Meleis et al., 2000). As condições sociais, incluem as instituições de natureza social e os papéis socialmente atribuídos (Meleis, 2010).

De forma a avaliar o decorrer da transição, utilizam-se os indicadores de processo que comportam os padrões de resposta, a forma como o cliente se sente ligado, está situado,

interage e desenvolve a capacidade e estratégias de coping para conseguir lidar com a transição e os seus desafios inerentes (Meleis et al., 2000).

Os indicadores de resultado, permitem perceber se o cliente atingiu a mestria com a aquisição de novas competências, e se este, se sente confortável com o novo papel que desempenha, adquirindo uma integridade fluída (Meleis et al., 2010).

As terapêuticas de enfermagem, implementadas, devem facilitar o processo de transição que o cliente está a vivenciar. Devem preparar para as transições futuras e facilitar o desenvolvimento de novas competências relacionadas com as experiências de transição, devem assim, dar resposta às necessidades e mudanças que as transições implicam para o cliente e para a sua família (Meleis & Trangenstein, 1994).

#### • Teorias de desenvolvimento infantil:

A criança e o adolescente atravessam, de forma contínua, diversas fases de crescimento e desenvolvimento, caracterizadas por transformações significativas que impulsionam a sua transição entre diferentes estádios de desenvolvimento. Estas mudanças, intrínsecas ao processo de crescimento, são fundamentais para a aquisição de novas competências e para a adaptação a novos desafios. Deste modo, compreender as especificidades de cada estádio do desenvolvimento, de acordo com várias teorias de desenvolvimento. Permite a implementação de intervenções adequadas, facilitando a adaptação da criança/adolescente às exigências inerentes a cada fase (Hockenberry et al., 2022).

As teorias do desenvolvimento infantil explanam de que forma ocorre o crescimento e desenvolvimento da criança, durante a infância e centram-se em aspetos como o crescimento cognitivo, social e emocional (Kidd & Rodgers, 2019).

As teorias explicativas do desenvolvimento permitem demonstrar, sob várias perspetivas, os processos de desenvolvimento infantil. O potencial de cada criança depende também da resposta às suas necessidades de desenvolvimento, assim sendo o EESIP tem um papel preeminente na promoção do desenvolvimento infantil, que deve ser realizado em parceria com a família.

Importa compreender as principais características dos diferentes padrões do desenvolvimento da criança enquanto EESIP, Uma vez que, possibilita a intervenção de forma adaptada e identifique as necessidades das diferentes faixas etárias (Souza, 2014).

A maior parte do desenvolvimento cerebral, ocorre nos primeiros dois anos de vida de uma criança (Souza & Veríssimo, 2015). Neste período, a criança desenvolve e adquire capacidades como pensar, falar e desenvolve as suas capacidades sociais. Desta forma, percebe-se o impacto crucial que os primeiros anos de vida de uma criança têm para o seu futuro (UNICEF,

2001).

O desenvolvimento infantil é descrito como um processo dinâmico e contínuo em que se verificam diferentes ritmos de desenvolvimento (Direção Geral de Saúde, 2013).

Diferentes autores referem que o desenvolvimento infantil depende intrinsecamente da criança, assim como dos estímulos a que se encontra sujeita pelo ambiente onde o indivíduo se encontra inserido (família, sociedade, cultura e nível socioeconómico), mas também por fatores psicológicos e biológicos (Papalia et al., 2021).

São destacadas quatro teorias do desenvolvimento, nomeadamente a teoria cognitiva de Piaget, a teoria de desenvolvimento psicossocial de Erikson, a teoria de desenvolvimento psicosexual de Freud e uma teoria direcionada para uma perspetiva de aprendizagem com é o caso da teoria de Bowlby.

A escolha destas teorias deve-se à sua relevância para a compreensão do crescimento e da evolução da criança e do adolescente, permitindo desenvolver uma abordagem holística na conceção dos cuidados. Cada uma destas teorias contribui de forma diferente para explicar aspetos do desenvolvimento, fornecendo um enquadramento teórico que justifique determinadas necessidades e intervenções perante o cliente pediátrico.

Na prestação de cuidados, a teoria cognitiva de Piaget esteve presente. A título de exemplo, na adaptação das estratégias de comunicação e ensino às diferentes fases do desenvolvimento cognitivo da criança, garantindo que a informação e as orientações eram transmitidas de forma adequada ao seu nível de compreensão. A teoria do desenvolvimento psicossocial de Erikson permitiu identificar dificuldades na gestão emocional e a nível social característicos de cada fase, possibilitando intervenções que promovem a construção da identidade e da autonomia e o desenvolvimento da confiança.

Por sua vez, a teoria do Desenvolvimento psicosexual de Freud ajudou a compreender comportamentos específicos da criança em função das diferentes fases do crescimento, contribuindo para desenvolver uma abordagem sensível às necessidades do cliente pediátrico. Por fim a teoria de vinculação de Bowlby, fundamentou a importância da relação entre o recém-nascido/ criança e os seus pais ou cuidadores, destacando o impacto que o vínculo desempenha na segurança, no bem-estar, assim como nas reações à hospitalização ou a outros desafios encontrados relativos à saúde infantil.

Ao integrar estas teorias na prática permitiu justificar e definir intervenções que respeitam as particularidades de cada estágio do desenvolvimento, assegurando cuidados mais eficazes, orientados para a promoção da saúde e do bem-estar de cada criança e família.

Segue-se um resumo das teorias selecionadas:

- Teoria de Piaget: A teoria de Jean Piaget, defende que o desenvolvimento infantil é um

processo interativo entre a criança e o meio envolvente. Esta teoria contribuiu para entender que o desenvolvimento cognitivo é um processo contínuo, que implica interação entre o indivíduo e o ambiente, onde a criança é vista como um ser ativo na construção do seu conhecimento. Para Piaget, é fundamental facilitar e estimular o desenvolvimento ao proporcionar um ambiente rico em experiências que desafiem e promovam o desenvolvimento cognitivo da criança.

Piaget caracteriza o desenvolvimento em quatro estágios cognitivos, nomeadamente:

-Estádio sensório-motor: Período dos 0 aos 2 anos de vida, em que a criança gradualmente coordena atividades com o seu meio envolvente através da realização de experiências sensoriais e motoras, isto é, explora o mundo pelos sentidos e ações.

- Estádio pré-operatório: Período dos 2 anos aos 7 anos, no qual a criança desenvolve a linguagem, representa o mundo com palavras e imagens, desenvolve o pensamento simbólico, o egocentrismo e o “faz de conta” e inicia a coordenação de experiências sensoriais com atividade física;

- Estádio das operações concretas: Período dos 7 anos aos 11 anos, onde a criança começa a demonstrar capacidade para resolver problemas no aqui e agora, mas não em termos abstratos, desenvolve a capacidade de realizar operações mentais lógicas sobre objetos concretos, como classificação e ordenação. Começa a entender a reversibilidade e a conservação, reduzindo o egocentrismo.

- Estádio das operações formais: Período entre os 11 anos até à idade adulta, em que se inicia o raciocínio de forma mais abstrata, idealista e lógica, desenvolve a resolução de problemas complexos e a construção de valores próprios (Santos & Freitas, 2019; Alves, 2021).

Cada estágio requer a aquisição de aptidões próprias para lidar com as dificuldades de cada período de desenvolvimento, consideradas sempre mais complexas do que as anteriores (Ferreira & Morais, 2013).

- Teoria de Erikson: Segundo a teoria do desenvolvimento de Eric Erikson, a criança vivencia, em cada etapa, um conflito psicossocial que serve de auxílio no desenvolvimento e na construção da identidade (Oliveira, 2005).

Para Erikson o desenvolvimento infantil pode ser fragmentado em oito estádios, onde resultam crises psicossociais sucessivas, mas relacionadas entre si, no qual advirá um ganho a nível psicológico, emocional e social, que depois se poderá traduzir numa característica pessoal, como qualidade, valor e/ou emoção, que confere à criança equilíbrio mental e relacionamento social (Ferreira & Morais, 2013).

1. O primeiro ano de vida caracteriza-se pela díade confiança/desconfiança, uma vez que a criança depende das pessoas que lhe são significativas para adquirir sentimentos de apoio e confiança;
2. Do 1º ano de vida até aos 3 anos caracteriza-se pela autonomia versus vergonha e dúvida, onde a criança explora o seu ambiente físico, iniciando a construção da sua autoestima, desenvolvendo um equilíbrio entre independência e autossuficiência, assim como vergonha e dúvida;
3. Entre os 4 anos e 5 anos caracteriza-se pela iniciativa versus culpa, onde a criança começa a desenvolver atividades, a sua consciência e a identidade sexual;
4. Dos 6 aos 12 anos caracteriza-se pela produtividade (mestria) versus inferioridade, onde existe a construção de sentimentos de valor próprio e de talentos;
5. Dos 12 aos 18 anos a identidade versus confusão de papéis, com a integração de múltiplos papéis, com gestão da autoimagem e da pressão dos pares.
6. A partir dos 18 anos aos 40 anos, enquanto jovem adulto, determina-se pela intimidade versus isolamento, caracteriza-se pela procura de relacionamentos significativos, quando bem-sucedidos aumenta a intimidade, quando estes relacionamentos não são bem-sucedidos podem levar a um isolamento.

Esta etapa, embora à primeira vista possa não se enquadrar na idade pediátrica uma vez que a Organização Mundial da Saúde estabeleça a faixa etária dos 10 aos 19 anos para a adolescência, existem autores que propõem a extensão deste período até idades mais avançadas ou associando-o a eventos específicos, como a saída da casa dos pais.

Segundo Martins (2012), a transição da pediatria para os cuidados de saúde do adulto não ocorre apenas com a maioridade legal, mas também com a aquisição progressiva de autonomia por parte do jovem. Da mesma forma, Salgado (2023) sublinham que, em contextos familiares e de saúde, como a dependência dos pais podem ser motivos para a extensão do conceito de cliente pediátrico para além dos 18 anos. Nomeadamente, em casos de doença crónica, incapacidade ou deficiência, esta definição estende-se até aos 21 anos, ou até que a transição apropriada para a vida adulta seja concluída com sucesso (Regulamento n.º 351, 2015).

7. e 8. A sétima e oitava etapa não se enquadram na idade pediátrica (Alves, 2020).

- Teoria de Freud: A teoria psicossocial de Sigmund Freud, considerada pioneira na compreensão do desenvolvimento humano, defende que o comportamento é moldado por impulsos inconscientes e conflitos internos. Segundo Freud, a criança atravessa cinco estádios psicosexuais, cada um marcado por uma zona erógena dominante e desafios específicos que,

se não resolvidos, podem gerar fixações com repercussões na vida adulta (Santos & Freitas, 2019). Nomeadamente:

1. Estádio Oral (0-18 meses): O prazer centra-se na região oral, manifestando-se através da sucção, alimentação e exploração do mundo pela boca. Freud associava dificuldades nesta fase (como desmame abrupto) a traços como dependência excessiva ou pessimismo na idade adulta (Johnson & Keogh, 2010).
2. Estádio Anal (18 meses-3 anos): A zona de prazer desloca-se para o ânus, com enfoque no controlo dos esfíncteres durante o desfralde. Este período é crucial para o desenvolvimento de noções da autonomia, ordem e autorregulação. Conflitos aqui podem originar, segundo Freud, tendências à rigidez ou à desorganização na vida adulta.
3. Estádio Fálico (3-6 anos): A atenção volta-se para os genitais, surgindo o complexo de Édipo (nos meninos) e o complexo de Electra (nas meninas), marcados por sentimentos ambivalentes em relação ao progenitor do mesmo sexo. Este estágio é fundamental, na visão freudiana, para a internalização de normas sociais e formação da identidade de género.
4. Estádio de Latência (6 anos-adolescência): Caracteriza-se pela sublimação da energia sexual em atividades sociais, intelectuais e criativas. Freud destacava esta fase como um período de relativa "pausa" nos impulsos sexuais, permitindo à criança investir em aprendizagens escolares e relações de amizade.
5. Estádio Genital (a partir da adolescência): A maturidade sexual consolida-se, com o direcionamento do interesse para a sexualidade e para pessoas fora do núcleo familiar. Este estágio representa, na teoria freudiana, o ápice do desenvolvimento psicosssexual equilibrado, desde que as etapas anteriores tenham sido superadas sem fixações significativas (Santos & Freitas, 2019; Johnson & Keogh, 2010).

- Teoria de Bowlby: Bowlby (1958) conceptualizou a vinculação como um comportamento inato, que visa assegurar a sobrevivência e proteção da criança. Configurando-se como a primeira relação afetiva, predominantemente entre a figura materna e o recém-nascido e que vai servir de modelo para todas as outras relações.

O desenvolvimento desta ligação ocorre através de comportamentos intencionais e por reflexos, manifestados pelo recém-nascido com o propósito de manter a proximidade com a sua figura de referência. Destacam-se:

- Sucção (pela necessidade de nutrição e conforto);
- Choro (demonstração de desconforto ou necessidade);
- Preensão palmar (agarrar como reflexo de segurança);
- Sorriso;
- Seguimento visual/motor.

A teoria destaca três tipos de vinculação (como citado em Ferreira, 2014, p. 8), nomeadamente:

1. Inseguro-evitante: A criança explora o meio envolvente de forma independente, não exibindo protestos na altura de saída da figura principal, mostra-se indiferente à presença ou ausência do cuidador.
2. Seguro: A criança sente-se confiante para explorar o ambiente e usa a figura principal como uma base segura para onde pode voltar após a exploração do meio, sendo a figura-principal recebida afavelmente e com procura de contato.
3. Inseguro-ambivalente/resistente: A criança apresenta ansiedade, tem dificuldade em explorar o meio envolvente, mesmo antes da separação, mostrando-se dependente do cuidador/ figura-principal (Ferreira, 2014).

O desenvolvimento da vinculação evolui em 4 fases, (como citado em Ferreira, 2014, pág. 10), nomeadamente:

1. Orientação e sinais com discriminação limitada da figura: Decorre até às 8/12 semanas de vida e precede a fase da vinculação. A criança não é ainda capaz de diferenciar uma pessoa de outra, mas é capaz de se orientar para uma pessoa, segui-la com o olhar, procurar agarrar, sorrir e parar de chorar quando ouve uma voz ou vê um rosto.
2. Orientação e sinais dirigidos para uma figura discriminada (ou mais de uma): Até aos 6 meses de idade ocorre o início da vinculação, onde a criança é capaz de diferenciar o principal ou principais cuidadores, dirigindo a eles comportamentos que têm por objetivo manter a sua proximidade.
3. Manutenção da proximidade com uma figura discriminada através da locomoção e de sinais: Tem início pelos 6/7 meses e estende-se até aos 2 anos. A criança procura a figura parental através da emissão de sinais (choro, sorriso, sons, gestos) ou através da locomoção. Iniciando a exploração do meio que a rodeia, a criança usa a figura de vinculação como base segura, para onde volta para se reconfortar. A criança passa também a distinguir as pessoas com quem se relaciona habitualmente dos estranhos.
4. Formação de uma parceria corrigida por objetivos: Inicia-se pelos 3 anos de idade, nesta fase a criança apresenta uma maior capacidade para aceitar separações mais prolongadas das figuras de vinculação, adquire gradualmente a capacidade de orientar o seu comportamento, mas também influenciar os planos da figura de vinculação, no sentido de uma negociação dos objetivos partilhados (Ferreira, 2014).

• **Modelo parceria dos cuidados:**

As intervenções do EESIP devem ser orientadas pelo modelo de parceria de cuidados, uma vez

que este proporciona vantagens para a criança, para a família e mesmo para a equipa de enfermagem. Assim, torna-se essencial aprofundar a compreensão sobre este modelo e a sua implementação na prática clínica.

A parceria de cuidados é um modelo específico de enfermagem pediátrica, descrita por Anne Casey e refere-se à relevância do envolvimento dos pais, nos cuidados prestados ao seu filho, planeados de acordo com as suas capacidades e vontade de envolvimento, com o objetivo de promover o exercício parental e dar resposta às necessidades parentais e da criança (Coyne, 1996).

A capacidade da equipa de enfermagem para desempenhar as suas funções em parceria com os pais, integra uma competência fundamental para alcançar os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem (Sousa et al., 2023)

Os pais ou a pessoa de referência são considerados os melhores prestadores de cuidados para as crianças, pelo que os enfermeiros têm como objetivo a promoção da adaptação dos cuidadores, capacitando-os para que possam gerir de forma adequada a condição específica da criança (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

A parceria de cuidados deve ser estabelecida com os pais, de forma a promover a sua confiança nos profissionais de saúde, fornecendo auxílio e orientação, acolhendo-os nos serviços, respondendo às suas necessidades. Durante o processo devem ser consideradas outras variáveis importantes, como a existência de outros filhos, a parte profissional, a manutenção das tarefas domésticas e a distância de casa aos serviços de saúde (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

Este modelo engloba cinco conceitos fundamentais, nomeadamente criança, a saúde, o ambiente, a família e o próprio enfermeiro pediátrico. No seu modelo, Casey faz uma distinção entre “cuidados familiares” e “cuidados de enfermagem”, mas não são definidas fronteiras fixas entre ambos, sendo recomendada uma abordagem de cuidados flexível, que vá ao encontro das características familiares (Lopes, 2012).

Assim sendo, o modelo de parceria de cuidados estabelece dois princípios fundamentais, nomeadamente:

- A prestação de cuidados de enfermagem à criança hospitalizada deve ser realizada pelos pais com o apoio dos enfermeiros e os cuidados familiares podem ser realizados pelos enfermeiros, quando os pais estão ausentes ou manifestam vontade de não participar.
- O objetivo da parceria de cuidados é satisfazer as necessidades de saúde da criança, sendo que os enfermeiros negociam os cuidados com os pais e só intervêm quando estes não têm as competências necessárias para prestar os cuidados à criança (Sousa, 2012).

O modelo de parceria de cuidados, como objetivo terapêutico é indissociável da utilização do

processo de enfermagem, uma vez que ocorre uma apreciação inicial, um planeamento, através da negociação dos cuidados em que os pais pretendem participar e desenvolver ações conjuntas com o enfermeiro, uma implementação e uma avaliação dos cuidados prestados.

Na apreciação inicial, na recolha de dados deve ser avaliada a estrutura familiar e o seu desejo em participar nos cuidados à criança. Os pais devem ser vistos como participantes na equipa de saúde, tirando benefícios do seu conhecimento sobre a criança com a intenção de contribuir para a sua recuperação, capacitando-os e empoderando-os durante a hospitalização (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020). Ao demonstrar a importância que esta parceria tem para a recuperação da criança, provoca um efeito de empoderamento dos pais, contribuindo para incrementar a vontade de permanecer junto do filho e permite lidar melhor emocionalmente com a hospitalização (Merck & McElfresh, 2019).

A implementação da parceria de cuidados, segundo Sousa et al. (2023), assenta numa intencionalidade terapêutica deliberada e contextualizada, adaptada às necessidades específicas de cada criança e família. Desta intencionalidade é possível diferenciar sete intenções:

1. A promoção da participação dos pais nos cuidados desenvolvimentais, isto é a promoção do papel parental habitual durante a hospitalização: Situação de doença aguda, em que após a alta o papel parental habitual é retomado;
2. A promoção do papel parental especial, com a aquisição de competências específicas para dar resposta a cuidados complexos recorrentes de situações particulares de doença dos seus filhos: É um processo patológico complexo, que implica um tempo de internamento superior, com necessidades específicas que, apesar de transitórias, pode existir a verbalização dos pais em quererem participar;
3. A promoção do desempenho do papel parental especial permanente: Promover, durante a hospitalização, o desempenho do papel parental complexo dos pais com capacidade parental complexa efetiva;
4. A promoção do desempenho do papel parental especial permanente durante o período de hospitalização, quando identificada a necessidade de valorização das competências parentais: Melhorar o desempenho do papel parental complexo, durante a hospitalização;
5. A promoção do descanso dos pais em situações que já existe o desempenho de um papel parental especial no domicílio e existe uma necessidade de diminuição da sobrecarga parental;
6. A preparação para o desempenho do papel parental especial e permanente: No caso de crianças com doenças com necessidades permanentes e inaugurais identificadas durante a hospitalização e existe a necessidade de intervir no sentido de facilitar a vivência de uma transição;

7. A promoção do papel parental na aquisição da autonomia por parte da criança: A promoção da autonomia da criança em situações de crianças que já se encontram num estágio desenvolvimental em que é importante promover a sua autonomia, seja perante situações de doença aguda como crónica.

O EEESIP desenvolve um papel essencial no desenvolvimento de uma relação de parceria com os pais, em qualquer contexto de saúde, com vista a promover a melhor condição de saúde possível para a criança/adolescente (Regulamento n.º 422, 2018).

Após a implementação das intervenções de enfermagem com base na parceria de cuidados, espera-se que no momento de regresso a casa, os pais tenham adquirido as competências necessárias para dar resposta as necessidades do filho e tenham mantido os laços afetivos com a criança durante a hospitalização (Sousa et al., 2023).

#### • **A literacia em saúde:**

No contexto de enfermagem, a literacia em saúde tem uma importância crucial uma vez que através do seu aumento, promove a autonomia do utente, melhora a adesão aos tratamentos, reduz erros e complicações, empodera o utente e sobretudo tem um papel ativo na prevenção e promoção de saúde, capacitando o indivíduo para tomar decisões informadas sobre o seu bem-estar (Matos & Silva, 2020).

O aumento da literacia em saúde, através da terapêutica de enfermagem, informoterapia, esteve presente de forma prioritária nos cuidados prestados à criança e à família durante os ensinamentos clínicos.

Ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica compete prestar cuidados especializados de elevada complexidade, garantindo segurança de crianças e jovens, independentemente do seu estado de saúde (saudáveis, com patologia aguda ou crónica). Paralelamente, deve desenvolver intervenções educativas em saúde, identificando e mobilizando recursos, com o objetivo de prestar suporte à família e/ou cuidador principal (Regulamento n.º 351, 2015).

Os pais que se encontram devidamente informados encontram-se mais bem preparados para uma tomada de decisão fundamentada e para a gestão da condição de saúde/doença do seu filho (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

A informoterapia caracteriza-se como a prescrição criteriosa de informação em saúde, fundamentada em evidência científica e adaptada às necessidades específicas do indivíduo, com o objetivo de capacitá-lo para a tomada de decisões autónomas e informadas no âmbito da sua saúde (Kemper & Mettler, 2006).

A informoterapia permite satisfazer as necessidades de conhecimento da criança e sua família e por isso, deve ser usada pelo enfermeiro para facilitar e contribuir para a vivência de uma transição saudável (Magalhães, 2013). Para que este processo seja possível, o enfermeiro deve obedecer a critérios rigorosos ao providenciar a informação. A informoterapia assenta em três pressupostos nomeadamente a transmissão de informação certa, à pessoa certa e na hora certa (Mitchell, 1994).

O enfermeiro tem a responsabilidade de realizar intervenções do tipo ensinar, contratualizar, assistir e analisar com o objetivo de aumentar a literacia em saúde dos seus clientes, com a modificação do conhecimento, capacidade, consciencialização, significados e autoeficácia (Mancuso, 2008).

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2016) define literacia em saúde como o conjunto de competências cognitivas, sociais e práticas que capacitam os indivíduos a procurar, compreender, avaliar e aplicar informações de saúde, de modo a promover e manter um estado de saúde saudável.

Esta deve ser uma prioridade enquanto foco de atuação durante os cuidados prestados, uma vez que pode ter repercussão em cada cliente nos diferentes momentos do percurso de vida. O EESIP deve investir na promoção do conhecimento sobre o desenvolvimento da criança, fornecendo orientações para ajudar os pais, de modo a facilitar a compreensão das necessidades da criança/jovem, orientar para decisões que respondem às necessidades e interesses da criança e auxiliar na promoção da reflexão e decisão, assim apoiar no exercício do seu papel parental.

A inadequada literacia pode ter consequências, como a falta de conhecimento ou conhecimento inadequado levando a um acesso aos serviços de saúde errado, tendo impacto no aumento de hospitalizações por má gestão da condição clínica, eleva a prevalência e severidade de doenças crónicas e as condições gerais em termos de saúde, assim como, uma baixa sensibilização para a importância da utilização de serviços de prevenção e rastreio de doenças (Pedro et al., 2016).

A adequação das competências de literacia em saúde dos pais varia com o nível de desafio colocado pelos contextos e situações, sendo essencial existir sensibilidade e responsividade perante as necessidades e recursos apresentados pelos pais (Goes & Barros, 2019).

#### • **Sono no Recém-Nascido:**

Simultaneamente com o percurso nos diferentes contextos de estágio para a aquisição das competências previstas para o enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, foi delineado durante o Módulo I do Estágio de Natureza Profissional, um projeto de desenvolvimento profissional na área de Saúde Infantil e Pediátrica, tendo em vista a aquisição

de competências clínicas especializadas numa temática, servindo de orientação para o Módulo II.

A pertinência do tema "promoção do sono no Recém-Nascido", recai sobre a percepção de que as perturbações do sono nas crianças têm sido consideradas transitórias, sem gravidade e sem consequências a longo prazo. No entanto, nos últimos anos, esta posição tem-se revertido, atribuindo-se mais importância ao sono (Godinho, 2024).

A seleção deste tema advém da necessidade de entender e promover o sono como uma necessidade fundamental para o crescimento e desenvolvimento infantil saudável, tanto na prática de enfermagem como para o exercício do papel parental, uma vez que o sono no recém-nascido ocupa uma grande parte do dia e pode apresentar-se como um desafio para pais.

Este tema surgiu da sua transversalidade em todos os contextos clínicos, pois a promoção do sono seguro e adequado não se restringe apenas ao meio hospitalar, estendendo-se também no domicílio. Além disso, o sono é frequentemente uma preocupação dos pais, tendo por isto o enfermeiro um papel crucial na educação e orientação parental. O impacto que um sono com qualidade tem no desenvolvimento infantil e na adaptação da família ao recém-nascido, reforçou a minha motivação para aprofundar este tema e também contribuir para a implementação de boas práticas.

De forma a sustentar este subcapítulo foi efetuada uma pesquisa bibliográfica em bases de dados (Cochrane; Scopus; WebOfScience e EBSCO) considerando as palavras-chave: Sleep; Habit; Sleeping; Habits; Infant; Newborn; Infants; Neonate; Neonates; Newborns; Baby e Babies e consultada literatura cinzenta, nomeadamente a legislação nacional, teses de mestrado e livros, de forma livre.

Apresenta-se, em anexo, uma tabela com os artigos selecionados e encontrados nas bases de dados, organizados por ordem cronológica. A seleção dos artigos obedeceu a critérios, nomeadamente a necessidade de abordarem o sono no recém-nascido ou incluírem informação específica sobre o sono do recém-nascido prematuro. Embora exista uma vasta quantidade de publicações sobre o sono, o número de artigos disponíveis torna-se mais restrito quando a pesquisa é delimitada exclusivamente à faixa etária recém-nascido ou ao sono neonatal.

A alternância entre a vigília e o sono constitui um ritmo fundamental da espécie humana assumindo particular importância durante a infância (Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2017). Estudos relacionados com o desenvolvimento infanto-juvenil defendem os benefícios do sono durante os vários períodos de desenvolvimento (Vilelas et al., 2023).

O período de sono, ao qual dedicamos um terço da vida, não se limita a uma simples ausência de vigília pelo que é necessário definir o que é o sono (Vilelas et al., 2023).

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) define o sono como "um

processo fisiológico caracterizado por uma redução periódica da atividade motora e sensorial, manifestada pela diminuição de consciência, diminuição do metabolismo, pela postura imóvel, pela atividade corporal diminuída e pela diminuição da sensibilidade a estímulos externos (International Council of Nurses [ICN], 2019, p. 127).

É considerado um estado comportamental reversível, no qual o organismo alterna ciclicamente entre vigília e repouso, mantendo a homeostasia neurofisiológica (Carskadon & Dement, 2011).

É habitualmente também definido como um estado comportamental caracterizado por uma postura própria e característica, com atividade motora reduzida e diminuição da percepção e resposta aos estímulos do meio ambiente (Barbosa, 2022). É considerado um estado comportamental facilmente reversível e que alterna de forma cíclica com a vigília (Silva, 2014).

O sono é um processo reparador e uma necessidade básica e vital do organismo, que contribui de forma importante para crescimento corporal e desenvolvimento cerebral do recém-nascido. É responsável pela renovação celular, produção de hormonas e anticorpos assim como a síntese de proteínas e a regulação metabólica (Otsuka et al., 2020).

É também essencial para a manutenção do período de vigília, recuperação de energia, regulação da atividade dos sistemas endócrinos, imunológico e metabólico e pelo desenvolvimento e plasticidade do cérebro (National Sleep Foundation, 2020).

Já o sono neonatal refere-se ao padrão de sono característico do recém-nascido, compreendido entre o nascimento e os 28 dias de vida, no entanto as suas características podem-se prolongar até aos três meses de vida, dependendo do desenvolvimento da criança. Este período é marcado por uma organização fisiológica distinta, ainda imatura, que se manifesta em ciclos de sono curtos e fragmentados (Peirano & Algarin, 2007).

Quando o sono no recém-nascido é inadequado ou insuficiente acarreta consequências. Pode traduzir-se numa maior dificuldade em ganhar peso, numa menor resistência imunológica e num atraso no desenvolvimento dos sistemas vitais, como o sistema cardiovascular e o sistema respiratório (Heraghty et al., 2008). Encontra-se correlacionada com maior susceptibilidade para infeções, instabilidade térmica (dificuldade em manter a temperatura corporal) e episódios de apneia ou bradicardia em recém-nascidos pré-termo (Sheldon et al., 2014).

A longo prazo, pode afetar a concentração, o desempenho cognitivo, o humor, e aprendizagem e a memória, tendo também efeitos importantes sobre o crescimento da criança, nomeadamente alterações na função endócrina, imunológica e metabólica, podendo resultar, como exemplo, em excesso de peso/obesidade, especialmente na primeira infância (Varma et al., 2020).

As perturbações do sono no recém-nascido acarretam repercussões significativas no contexto familiar e na qualidade de vida nos pais. Estas alterações repercutem-se, primariamente,

através de privação de sono, fadiga acumulada e instabilidade emocional, comprometendo o bem-estar global dos cuidadores e o seu desempenho nas esferas pessoal, profissional e parental (Silva et al., 2018).

Adicionalmente, a disrupção dos padrões de sono neonatal pode contribuir para um ciclo vicioso de exaustão, no qual a incapacidade de repouso adequado dos pais limita a sua capacidade de responder eficazmente às necessidades do recém-nascido. Este fenómeno sublinha a urgência de intervenções precoces, orientadas para a prevenção e gestão do sono desde o período perinatal, assegurando não apenas a saúde do recém-nascido, mas também a sustentabilidade do ambiente familiar saudável.

A fragmentação do sono neonatal pode exacerbar o cansaço parental, reduzindo a sensibilidade e a disponibilidade para interações afetivas consistentes. Esta dinâmica compromete a formação de um vínculo seguro (Sadeh et al., 2010).

Durante o período de sono podem existir despertares que ocorrem entre os ciclos de sono, característica que muitos pais desconhecem. As flutuações são esperadas no sono das crianças, mas estes despertares embora comuns e fisiológicos, são frequentemente definidos como problemáticos pelos pais (Middlemiss et al., 2017).

Os recém-nascidos manifestam comportamentos subtis que antecedem o estado de sono, indicando a transição entre o estado de vigília e o sono. Reconhecer estes sinais é fundamental para sincronizar os cuidados ao recém-nascido e para promover um ambiente propício ao repouso (Peirano & Algarín, 2007).

Um dos primeiros indícios é a ocorrência de bocejos repetidos, gesto que reflete o esgotamento energético, a necessidade fisiológica de reduzir o estado de alerta e por sua vez a necessidade de recuperação. Paralelamente, é comum o recém-nascido esfregar os olhos ou as orelhas com as mãos, movimento que pode ser acompanhado de um olhar fixo.

Outro comportamento característico é o lateralizar a cabeça para o lado, muitas vezes acompanhado de pequenos ruídos. Este reflexo, destina-se à procura instintiva por conforto que facilita a transição para o sono.

Adicionalmente, é frequente observar-se uma agitação crescente (movimentos bruscos de pernas e braços) seguida de uma calma súbita, momento em que o recém-nascido entra no estado de sono (Heraghty et al., 2008).

Os padrões e ciclos de sono sofrem transformações profundas ao longo do desenvolvimento humano, adaptando-se às exigências do desenvolvimento humano. No período neonatal, os ritmos circadianos não se encontram desenvolvidos, manifestando-se através de ciclos de sono-vigília curtos e fragmentados ao longo do dia e noite, reflexo da imaturidade do sistema nervoso (Peirano & Algarín, 2003). Esta plasticidade do sono evidencia-se pela transição gradual de um

padrão polifásico (múltiplos episódios de sono ao longo do dia) para uma organização circadiana consolidada, processo que se estende até à primeira infância.

De acordo com a American Academy of Sleep Medicine (2016), o sono neonatal apresenta três estádios, nomeadamente, o sono ativo, o sono tranquilo e o sono indeterminado. Estes estádios são iniciados a partir da 28<sup>a</sup> semana de gestação (Carvalho et al., 2019).

O sono ativo ou sono Rapid Eye Movement (REM) é responsável pelo desenvolvimento e maturação do sistema nervoso central, corresponde à fase do sono onde existe uma intensa atividade cerebral. Nesta fase o recém-nascido pode apresentar movimentos oculares rápidos com os olhos fechados, aumento da frequência cardíaca e da frequência respiratória, movimentos faciais e da língua assim como tremores (Carvalho et al., 2019).

O sono tranquilo, Non Rapid Eye Movement (NREM), também designado como sono profundo, constitui-se como um estádio crucial para a recuperação energética e a regeneração tecidual, processos mediados pelo aumento da síntese proteica e da produção de hormona do crescimento. Adicionalmente, desempenha um papel fundamental na consolidação de processos cognitivos, sustentando a aprendizagem e o desenvolvimento cerebral. Durante esta fase, o recém-nascido exibe uma reduzida responsividade a estímulos exógenos, acompanhada pela atenuação da atividade cerebral / neuronal, pela redução do metabolismo basal e pela diminuição da temperatura corporal central (Liao et al., 2018).

Por sua vez, o sono indeterminado caracteriza-se como uma fase transitória entre o sono ativo (REM) e o sono tranquilo (NREM), refletindo a imaturidade dos mecanismos regulatórios do ciclo sono-vigília no período neonatal (Carvalho et al., 2019).

Um ciclo de sono neonatal corresponde à sequência temporal que engloba as fases de sono ativo e tranquilo, repetindo-se múltiplas vezes ao longo do período de descanso. Cada ciclo dura, em média, 50 a 60 minutos no recém-nascido, iniciando-se predominantemente com sono ativo (cerca de 50% do ciclo), seguido de sono tranquilo (40%) e pelo sono indeterminado (10%) (Heraghty et al., 2008). Esta estrutura reflete a imaturidade do sistema nervoso central (Chora & Azougado, 2015).

Nos recém-nascidos pré-termo o sono ativo, representa a maior parte do tempo de sono, cerca de 80%, comparativamente com os 50 % nos recém-nascidos de termo, isto porque este estádio de sono, encontra-se relacionado com maturação e desenvolvimento do sistema nervoso central, essencial no desenvolvimento dos prematuros. Os bebés prematuros demoram mais tempo a adormecer e apresentam ciclos de sono mais curtos, sendo que a incapacidade aumentada para se protegerem dos estímulos os leva a ter dificuldade na passagem do sono leve ao sono tranquilo (Anders, Keener & Kraemer, 2020).

Ao longo do ciclo de vida as necessidades relativas ao sono alteram-se, nomeadamente em

relação à sua duração (Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2017).

Os recém-nascidos precisam em média de 14 a 17 horas de sono, mas pode compreender um total de 11h a 19h de sono por dia e apresenta um padrão de sono polifásico ou não circadiano (não diferencia o dia da noite), caracterizado por vários períodos de sono/ vigília ao longo das 24 horas. Gradualmente, após o 1º mês de vida, o sono vai-se consolidando em torno do período noturno (National Sleep Foundation, 2020; World Health Organization, 2022).

No meio intrauterino o feto está exposto a estímulos maternos de forma periódica que sincronizam o relógio biológico fetal com o ritmo circadiano materno. O desenvolvimento deste ritmo inicia-se por volta das 25 semanas de gestação e tem um desenvolvimento lento e progressivo, continuando o seu desenvolvimento após o nascimento até cerca de 1 a 3 meses de idade (Rivkees, 2004).

O ciclo do sono do recém-nascido é regido essencialmente pela necessidade de colmatar necessidades básicas e de conforto. Desta forma criar um ambiente propício para o sono potencia um menor número de interrupções/ despertares (Astbury et al, 2021). A estrutura básica do sono nas crianças é totalmente estabelecida apenas pelos 18 meses (Schoch et al., 2020).

Durante o período de sono existem despertares que ocorrem entre os ciclos de sono, característica muitos pais desconhecem. As flutuações são esperadas no sono das crianças, mas estes despertares embora comuns e fisiológicos, são frequentemente definidos como problemáticos pelos pais (Middlemiss et al., 2017).

A evidência científica ainda é inconsistente no que diz respeito à associação entre a amamentação/leite adaptado e o sono infantil (Messayke et al., 2021). No entanto, sabe-se que o leite materno é mais facilmente digerido, que o leite adaptado ou de fórmula, o que pode resultar num período mais curto de saciedade e, portanto, um sono curto. Por outro lado, o leite materno retém uma maior percentagem de melatonina, que provoca um efeito hipnótico e relaxante, contribuindo para a melhoria do sono do recém-nascido quando este é amamentado com leite materno (Figueiredo et al., 2017).

No que concerne aos recém-nascidos em ambiente hospitalar, em particular nas unidades de neonatologia e nos serviços de urgência, estes tendem a estar mais expostos a estímulos que interrompem o ciclo de sono. Um padrão de sono adequado é considerado fundamental para o sucesso na recuperação, no entanto a hospitalização pode ter um impacto negativo no padrão de sono do recém-nascido, momento em que os seus benefícios são ainda mais necessários (Stremler et al., 2021).

Este impacto negativo é motivado por fatores disruptores do sono, que podem ser intrínsecos e extrínsecos ao recém-nascido e que devem ser evitados pela implementação de estratégias promotoras e protetoras do sono, através da gestão do ambiente, dos cuidados e da promoção

do conforto. Estas intervenções poderão ser adaptadas e mantidas também pelos pais no regresso a casa (Huang et al., 2021).

A recomendação é de que o ruído do ambiente onde o recém-nascido se encontra, não deve ultrapassar os 45 decibéis. Existem intervenções que potenciam esta recomendação, nomeadamente diminuir o volume dos vários alarmes e reduzir o tom de voz (Varvara et al., 2016; Chora & Azougado, 2015; Ward & Balfour, 2015).

As incubadoras fechadas minimizem o ruído, mas estas também se constituem como fonte de ruído, pelo que se deve evitar colocar objetos em cima das incubadoras, evitar sons de telefones e telemóveis, fechar as portas das incubadoras com cuidado e evitar abrir embalagens no interior da incubadora (Ferraz, 2016).

A gestão da luminosidade pode ter um grande impacto no desenvolvimento do recém-nascido, uma vez que luzes intensas e brilhantes afetam negativamente o desenvolvimento do sistema visual e aumenta os níveis de cortisol e de stress. Assim, numa unidade de neonatologia é recomendado tapar as incubadoras com coberturas opacas, utilizar luzes mais suaves, restringir as luzes mais fortes apenas para a realização de procedimentos que assim o exijam, não utilizar focos de luz diretamente para a face do recém-nascido (Chora & Azougado, 2015).

Nos recém-nascidos com 32 a 34 semanas de gestação, é importante considerar a introdução gradual à luz ambiente, de preferência natural, durante o dia, e manter a escuridão durante o período noturno (Fidler et al., 2022).

A alternância cíclica de luz é outra estratégia recomendada para simular o ambiente diurno e noturno, já que promove o desenvolvimento do ritmo circadiano. A luz artificial excessiva, principalmente do espectro azul, como a emitida por monitores hospitalares, podem interferir no início da produção de melatonina e por isso desregular o sono do recém-nascido. Assim, recomenda-se que, em unidades neonatais, se utilize luz artificial com tonalidades quentes e de baixa intensidade, evitando exposição contínua a fontes luminosas intensas durante a noite (Lo et al., 2020).

Os cuidados ao recém-nascido devem ser agrupados por forma a coincidir com a hora da refeição, evitando interrupções para cuidados rotineiros. Quando os cuidados são emergentes, o recém-nascido deve ser desperto de forma suave e gradual, utilizando uma voz suave, para que a sua transição do sono para o estado de vigília seja o menos abrupta (Firmino et al., 2022).

Determinadas intervenções relativas ao posicionamento do recém-nascido são consideradas promotoras do sono, uma vez que no meio intrauterino o feto possui limites bem definidos que promovem a contenção dos movimentos. Desta forma, no meio extrauterino deve ser providenciado limites ao corpo do recém-nascido para que se sinta seguro e confortável, replicando o meio intrauterino. Efetuar a contenção dos movimentos do recém-nascido através de ninhos ou lençóis (denominado swaddling ou wrapping) (Dixley & Ball, 2022).

A contenção manual, é outra intervenção recomendada, isto é segurar a cabeça, os braços e pernas do recém-nascido mantendo o tronco e os membros alinhados e em flexão, permite a organização e autorregulação do recém-nascido, favorecendo a promoção do sono (Carvalho et al., 2019).

Nas unidades de neonatologia e posteriormente no regresso a casa, a promoção do método “canguru”, deve ser prática diária nas rotinas do recém-nascido, uma vez que o contacto pele com pele, traz benefícios tanto para o recém-nascido como para mãe, podendo ter repercussões positivas no sono do recém-nascido, no seu desenvolvimento e na sua saúde (Fernandes et al., 2024).

A sucção não-nutritiva através de chupeta, é vista como uma estratégia para acalmar o recém-nascido e facilitar o sono. A sucção estimula a produção de serotonina, que ajuda a reduzir o stress e promove um estado de relaxamento, facilitando o início do sono (Correia & Lourenço, 2020).

A partir das 31/32 semanas de idade gestacional deve ser promovida a exposição do recém-nascido à voz materna, durante o dia (Coughlin, 2014). A musicoterapia e sons conhecidos como “White noises” (Ruído branco), podem favorecer o sono no recém-nascido, uma vez que simulam o ambiente intrauterino, promovendo assim a sensação de conforto ao mesmo tempo que diminuem outros estímulos externos que possam ser disruptores do sono. No entanto, devem ser usados com moderação. A fonte sonora deve ser colocada a pelo menos um metro de distância do recém-nascido e não deve ultrapassar os 50 decibéis (White, 2015).

O banho e a massagem surgem como intervenções com resultados positivos na promoção do sono apenas para recém-nascidos de termo (Correia & Lourenço, 2020). Para que o banho não seja um fator causador de stress este deve ser realizado em contenção, contribuindo assim para a organização e autorregulação do recém-nascido, favorecendo mais uma vez o sono.

Também no que respeita à massagem, técnicas específicas de massagem podem aliviar as cólicas, proporcionando maior conforto ao recém-nascido e, conseqüentemente, melhor qualidade de sono. Ao mesmo tempo a massagem estimula o sistema nervoso parassimpático, promovendo o relaxamento, e potencia também o sistema imunitário, contribuindo para a saúde geral do recém-nascido e promove padrões de sono mais estáveis (Carvalho et al., 2022).

É impreterível apostar na formação dos profissionais de saúde relativamente ao sono do recém-nascido, uma vez que é essencial a prestação de cuidados que sejam neuroprotetores e adequados às necessidades. Todas as intervenções que visem a promoção do desenvolvimento do recém-nascido e que sejam capazes de facilitar e proteger o sono e o repouso devem ser implementadas (Monteiro, 2022).

A promoção de um ambiente de sono seguro para o recém-nascido centra-se principalmente na prevenção da Síndrome de Morte Súbita do Lactente (SMSL), um diagnóstico de etiologia

multifatorial.

A SMSL caracteriza-se pelo óbito inesperado de crianças com menos de um ano de idade, cuja causa permanece indeterminada após autópsia e investigação pericial do contexto onde ocorreu o óbito. Embora a incidência seja menos comum no período neonatal, registando uma incidência máxima entre o 2.º e o 4.º mês, as intervenções preventivas devem ser implementadas precocemente, idealmente desde o nascimento (Moon et al., 2022).

As medidas de promoção de um ambiente de sono seguro dizem respeito essencialmente ao local onde o recém-nascido dorme e ao posicionamento do recém-nascido durante o sono (Gonilha, 2023).

Os recém-nascidos devem ser posicionados em decúbito dorsal (posição de barriga para cima) durante o sono, por se tratar da única posição reconhecida como segura e amplamente recomendada para a prevenção da Síndrome de Morte Súbita do Lactente (SMSL) (Moon et al., 2022).

Por outro lado, o posicionamento em decúbito ventral (barriga para baixo) deve ser evitado, devido ao risco elevado de retenção de dióxido de carbono (hipercapnia), pela diminuição da oxigenação tecidual (hipoxia e sobreaquecimento corporal (hipertermia), fator cumulativo associado à SMSL (Carlin & Moon, 2017).

O berço deve ser estável e o colchão deve ser firme, bem adaptado às laterais e não deve ter inclinação, deve estar livre de qualquer tipo objetos, como brinquedos, e almofadas. A roupa da cama e do recém-nascido devem estar adequadas ao ambiente e a temperatura do quarto (entre 18°C e 21°C) (Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2009).

A roupa do berço/ cama não deve ultrapassar os ombros do recém-nascido, por forma a evitar que a cabeça fique coberta (Moon et al., 2022). Os sacos de dormir são uma boa alternativa, estes têm diferentes características e capacidades térmicas e são considerados seguros para o recém-nascido (Institutos Nacionales de Salud, 2017).

O local mais seguro para um recém-nascido dormir é numa superfície própria para a sua idade, separada da cama dos pais ou cuidadores, mas situada no mesmo quarto. A partilha do quarto, sem partilha da cama, durante pelo menos os primeiros seis meses de vida, tem sido amplamente recomendada por se associar a uma redução significativa do risco de Síndrome da Morte Súbita do Lactente (SMSL) (Moon et al., 2022).

Dormir numa cama de adulto, apesar de por vezes ser percecionado como mais prático ou promotor do vínculo, pode expor o recém-nascido a riscos acrescidos de asfixia, estrangulamento ou aprisionamento entre almofadas, cobertores ou o corpo dos adultos. Estas situações representam potenciais acidentes com consequências graves ou fatais, muitas vezes evitáveis com a promoção do sono seguro e adoção de estratégias preventivas da SMSL pelos

pais.

O uso da chupeta é recomendado como fator protetor para a prevenção do SMSL, uma vez que a sucção desenvolve a tensão muscular ao nível das vias aéreas superiores e a língua acaba por adotar uma posição em que se move para a frente mantendo assim, a permeabilização das vias aéreas. O uso de chupeta no período de sono, reduz o risco de SMSL até 90%, especialmente quando combinado com outras medidas de sono seguro (Castilho & Rocha, 2009).

Devido ao risco elevado de estrangulamento de forma acidental, a utilização de chupetas nunca deve incluir a fixação por cordões ou fitas ao pescoço do recém-nascido (Mellara et al., 2010).

A amamentação deve ser promovida como um fator positivo para a prevenção de SMSL, sendo que o seu efeito protetor aumenta com a amamentação em exclusivo, no entanto qualquer período de amamentação é benéfico (Adams et al., 2015).

Os pais devem ser encorajados a estabelecer regras restritas para que o recém-nascido frequente espaços livres de tabaco. Devem também ser informados sobre o risco aumentado de SMSL quando o recém-nascido e posteriormente o lactente partilha a cama com um adulto fumador, mesmo que esse adulto não fume na cama (Jawed & Jassal, 2022).

O cheiro do tabaco contém substâncias tóxicas que podem irritar os pulmões dos recém-nascidos, assim como fumo do cigarro e as partículas que ficam impregnadas em roupas, móveis, cabelos, pele e objetos, podem representar riscos significativos para o controlo da função respiratória e cardiovascular do recém-nascido (Jawed & Jassal, 2022).

A promoção do sono no recém-nascido centra-se essencialmente na gestão das necessidades básicas e na adaptação do meio envolvente ao recém-nascido, sendo que as intervenções possíveis são relativamente limitadas. Os artigos encontrados são unânimes neste sentido, destacando a importância de um ambiente tranquilo e a satisfação das necessidades fisiológicas do bebé de forma a favorecer um sono adequado.

No entanto, à medida que a criança cresce e o seu desenvolvimento neurológico e fisiológico evoluem, o padrão de sono altera-se e por isso surgem maiores oportunidades de intervenção. Em idades posteriores, é possível adotar estratégias mais diversificadas, como a introdução de rotinas, a promoção da autonomia no adormecer e o estabelecimento de associações positivas ao sono, permitindo melhorar a qualidade do sono da criança.

A intervenção na promoção do sono infantil pressupõe um conhecimento aprofundado sobre a fisiologia do sono, o desenvolvimento psicomotor e a interação entre estes fatores, bem como nas diversas condições de saúde ou doença. Este domínio permite a implementação de estratégias eficazes que promovam o sono adequado a cada fase do desenvolvimento, assegurando a harmonização entre necessidades biológicas e contextos ambientais (García, 2018).

As necessidades de sono e repouso apresentam variações significativas ao longo da infância, sendo influenciadas por fatores intrínsecos como o desenvolvimento neurológico e fatores extrínsecos, como hábitos familiares e o ambiente hospitalar. Os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica assumem um papel determinante nesta área, promovendo o sono independentemente do contexto onde exercem através da educação para a saúde e adequação de intervenções (Barbosa & Freitas, 2024).

## 2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S)

Este capítulo tem como objetivo descrever os vários locais dos ensinos clínicos considerando os recursos humanos e físicos disponíveis, métodos de trabalho, modelos de trabalho, projetos de melhoria contínua quando presentes, assim como protocolos instituídos para a ação dos enfermeiros.

Os ensinos clínicos foram realizados num hospital central, nomeadamente no Internamento de Pediatria, Serviço de urgência pediátrica e Neonatologia e numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) da região Norte do país. Os contextos clínicos serão apresentados na ordem em que os ensinos clínicos se realizaram.

### **Internamento médico de pediatria:**

O internamento de pediatria médica tem como principal objetivo tratar e prestar assistência altamente qualificada e diferenciada a crianças, neste caso, da região Norte do país. Recebe assim crianças com patologias e necessidades de saúde bastante complexas que carecem de cuidados diferenciados e especializados.

Relativamente aos recursos físicos, este serviço é composto por 36 camas distribuídas em quartos duplos e quartos individuais, todos com casa de banho individual e lavatório junto á porta. Cada unidade é composta por uma cama/berço, adequado à idade do cliente e um cadeirão para o acompanhante. A unidade ainda dispõe de um monitor de sinais vitais, uma rampa de oxigénio, ar comprimido e sistema de aspiração. Cada unidade tem uma campainha com alarme sonoro e luminoso de forma a chamar a atenção dos enfermeiros e assistentes operacionais.

A ala de internamento dispõe de uma sala de “brincar” e atividades para as crianças internadas. Esta sala tem a presença frequente de educadoras de infância e professoras do ensino básico que permitem orientar as crianças internadas.

Este serviço, ainda, dispõe de vários voluntários que dão apoio às crianças e pais em diversos momentos como exemplo quando estes necessitam de se ausentar, assim como também providenciam ajuda na sala de “brincar” e promovem atividades junto das crianças.

O espaço físico dispõe de duas áreas de trabalho de enfermagem com recursos informáticos como computadores e ecrãs com telemetria dos monitores de sinais vitais de cada unidade, assim como um dispensador de medicação e material clínico.

Relativamente à dinâmica do internamento de pediatria, referente a acompanhantes e visitas, é

permitida a permanência de um dos pais ou pessoa significativa para a criança durante as 24 horas, assim como visitas durante um período do dia.

A equipa de enfermagem é composta por 36 enfermeiros, sendo que cerca de 80% são enfermeiros especialistas em saúde infantil e pediátrica e em todos os turnos, sempre que possível, na constituição da equipa dispõe de um enfermeiro especialista.

Os enfermeiros são distribuídos por turnos (Manhã/ Tarde/ Noite) em que no turno da manhã são seis enfermeiros na prestação de cuidados, uma enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação e ainda um enfermeiro gestor, no turno da tarde dispõe de cinco enfermeiros e quatro enfermeiros no turno da noite.

No que concerne às dotações seguras, a OE (2019) preconiza que, no serviço de internamento de pediatria, seja garantida a seguinte proporção enfermeiro/utente:

- Um enfermeiro para três utentes durante o turno da manhã;
- Um enfermeiro para quatro utentes no turno da tarde;
- Um enfermeiro para cinco utentes no turno da noite.

O método de trabalho de enfermagem implementado neste serviço é o método individual de trabalho, onde um enfermeiro assume a total responsabilidade pela conceção e execução de cuidados aos clientes que lhe são distribuídos no turno (Ventura-Silva et al., 2021).

Para fomentar a melhoria contínua dos cuidados, encontravam-se em curso projetos divididos por áreas de interesse, nomeadamente em relação à comunicação em saúde, sistemas de informação em Enfermagem, integridade da pele, dor em pediatria, risco clínico e a criança em risco.

Em relação aos protocolos para a ação dos enfermeiros a equipa de enfermagem realiza mensalmente um momento onde é apresentado um artigo sobre um tema relevante para a equipa ou existe uma reflexão sobre novas recomendações para a melhoria da prática dos enfermeiros, permitindo desta forma que a equipa preste cuidados baseados na mais recente evidencia científica.

### **Unidade de cuidados na comunidade (UCC):**

Os cuidados de saúde primários têm por objetivo principal o cuidado à comunidade, dando resposta às suas necessidades, assegurando cuidados de saúde completos que englobem promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos próximos ao seu local de residência, assim como intervir para capacitar as pessoas, famílias e comunidade para que possam gerir melhor a sua saúde (WHO, 2023).

A Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) tem como missão principal contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a otimização dos indicadores de saúde através de uma intervenção interdisciplinar, especialização e garantia de cuidados de saúde primários integrados, contínuos e centrados nas necessidades da comunidade. Esta atuação assenta em três pilares fundamentais:

1. Promoção da equidade no acesso a cuidados de saúde qualificados;
2. Intervenção precoce em situações de risco clínico ou social;
3. Gestão de casos complexos em articulação com a rede hospitalar e social (Decreto-Lei n.º 10143,2009; Decreto-Lei n.º 7539,2017).

O ensino clínico decorreu numa UCC pertencente a uma unidade local de saúde do norte do país. A equipada UCC é constituída por 16 enfermeiros de diversas valências, dos quais duas enfermeiras com especialidade em saúde infantil e pediátrica, um médico, um assistente social, um psicólogo, um secretário clínico e um assistente operacional.

O espaço físico da unidade é um edifício com dois pisos, onde o piso superior está reservado para a área de trabalho dos enfermeiros. O piso inferior destina-se a receber sessões de grupo e dispõe ainda de um gabinete para consultas e uma sala reservada para a amamentação. Os recursos materiais existentes no local consistem em material informático (computadores e projetores) e equipamento de apoio para as reuniões e sessões de educação para a saúde como exemplo para as sessões do curso de massagem infantil (colchões, bolas de pilates e modelos de recém-nascidos). A unidade dispõe ainda de duas viaturas para o uso dos profissionais na deslocação ao domicílio ou sessões externas à UCC.

Nesta UCC decorrem diversos projetos como a capacitação do cuidador informal, projeto de apoio à amamentação, projeto de recuperação pós-parto, programa nacional de saúde escolar, curso de preparação para o parto e parentalidade, projeto de reabilitação respiratória e a criação da equipa de cuidados continuados integrados (ECCI).

No entanto, relativamente aos projetos implementados pelas enfermeiras especialistas em saúde infantil e pediátrica destacam-se o programa de massagem infantil, destinado para crianças de um mês de vida até aos seis meses de idade, dividido em cinco sessões, uma vez por semana, em grupos de máximo de cinco pais/crianças. Este programa tem por objetivos a promoção de contacto e ligação entre os pais e filhos, estimular o desenvolvimento infantil da criança, facilitar o seu relaxamento e promover alívio de cólicas assim como potenciar o sono do recém-nascido/lactente. A inclusão no curso é feita por referenciação interna, pelo enfermeiro e/ou médico de família das unidades da área de abrangência da UCC.

As EEESIP, recentemente, também iniciaram o programa de massagem nas escolas destinadas a crianças em idade pré-escolar, com o objetivo de potenciar o relaxamento, o conhecimento

sobre o seu corpo e a promoção do desenvolvimento infantil.

Outro projeto implementado é o desenvolvimento de sessões para educação parental. Estas sessões ocorriam mensalmente e têm como objetivo a partilha de conhecimentos com pais/cuidadores, no sentido de melhorar o conhecimento, capacitar e promover o exercício de uma parentalidade saudável e responsiva, abordando temas referentes e pertinentes ao desenvolvimento infantil no 1º ano de vida da criança.

Uma das EEESIP encontra-se responsável pela implementação de um projeto que visa acompanhar o desenvolvimento e implementar atividades promotoras do desenvolvimento infantil de crianças com necessidades especiais através de visitas domiciliárias.

No momento em que decorreu o ensino clínico, as EEESIP encontravam-se também a integrar o programa de saúde escolar, desenvolvendo assim planos de saúde individual (PSI) para responder às necessidades especiais das crianças nas escolas, providenciando conhecimento e apoio aos pais, professores, auxiliares educativas e assistentes operacionais envolvidas no dia-dia da criança, tendo em vista a promoção da autonomia da criança na vida escolar e a adaptação da escola às necessidades detetadas.

A metodologia de trabalho utilizada na UCC centra-se no método de equipa e no método individual, onde um enfermeiro é responsável por todos os cuidados a uma criança ou a uma comunidade, dependente do programa a que o enfermeiro se encontra alocado.

Segundo o Regulamento n.º 743 (2019) da Ordem dos Enfermeiros para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem e no contexto de atuação da UCC, as necessidades de saúde da comunidade relacionadas com a implementação de programas e projetos no âmbito do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil e Programa Nacional de Saúde Escolar, devem ser assegurados por um Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, podendo trabalhar em colaboração com enfermeiros de outras especialidades. As dotações seguras recomendadas são:

- 1 EESIP 14h/semanais para o curso da parentalidade, massagem infantil e promoção do aleitamento materno;
- 1 EESIP 35h/semanais por cada 150 alunos com necessidades de saúde especiais;
- 1 EESIP 35h/semanais por cada 1500 alunos saudáveis.

Esta UCC abrange uma população infantil/juvenil de cerca de 9000 alunos saudáveis e cerca de 600 alunos com necessidades especiais, posto isto, a UCC, no momento, não se encontra de acordo com as dotações recomendadas.

Como projeto de melhoria, encontra-se em vigor, um programa que visa promover a alimentação saudável ao longo do ciclo de vida, de forma a melhorar indicadores associados. Isto ocorre através do aumento do conhecimento sobre a alimentação de toda a comunidade e a

diminuição de doenças associadas como exemplo da obesidade e hipertensão.

Outra ação, que visa a melhoria contínua e a orientação dos enfermeiros, pertencentes a esta UCC, diz respeito ao agendamento de reuniões com toda a equipa, semanalmente, de forma a destacar pontos positivos e negativos, como objetivos atingidos, erros que aconteceram, de forma a que a equipa tome atitudes em prol de melhores resultados.

### **Serviço de urgência pediátrica:**

Os serviços de urgência constituem-se como unidades assistenciais de natureza interdisciplinar e multiprofissional, cuja missão primordial é a prestação de cuidados de saúde especializados em situações classificadas como urgência clínica (necessidade de avaliação prioritária) ou emergência médica (risco iminente de vida), exigindo intervenção médica imediata (Despacho normativo nº 11, 2002).

Os serviços de urgência pediátrica prestam atendimento urgente e emergente a clientes até aos 17 anos e 364 dias de vida e deve proporcionar resposta de proximidade à população da sua área, sendo que deve atender todas as crianças independentemente da doença apresentada (Despacho n.º 10319, 2014).

O objetivo é a receção, diagnóstico e o tratamento de crianças/jovens que requerem cuidados hospitalares imediatos (Administração Central do Sistema de Saúde, 2015).

O sistema de emergência em Portugal, está estruturado em três níveis distintos de atuação, organizados por ordem crescente de recursos e capacidade de resposta, nomeadamente o Serviço de Urgência Básico (SUB), o Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico (SUMC) e o Serviço de Urgência Polivalente (SUP) (Despacho n.º 10319, 2014).

O ensino clínico, ocorreu num serviço de urgência pediátrica polivalente. Os serviços de urgência polivalentes destinam-se ao atendimento de crianças com situações de doença súbita ou trauma grave. O serviço de urgência, deste nível, deve dispor de todos os recursos mínimos definidos, como o apoio em termos de diagnóstico e terapêutica das diversas especialidades, incluindo neurocirurgia, cardiologia pediátrica, pedopsiquiatria, cirurgia pediátrica e cuidados intensivos pediátricos. Devendo estar preparado para o atendimento diferenciado de trauma grave (Despacho n.º 10319, 2014).

A elevada e crescente afluência de crianças e jovens aos serviços de urgência pediátricos demarca a necessidade de priorizar o atendimento (Oliveira, 2020).

A prioridade no atendimento é determinada em função da gravidade clínica da criança, sendo esta estabelecida através do processo de triagem. Este procedimento é da responsabilidade do enfermeiro, que recorre a um sistema estruturado e validado, neste contexto, à *Canadian*

*Paediatric Triage and Acuity Scale (CPTAS).*

Este sistema de triagem desenvolve-se em três etapas fundamentais: a avaliação inicial da gravidade clínica, realizada com base no Triângulo de Avaliação Pediátrica (aparência, esforço respiratório e circulação; a avaliação da queixa principal e, por fim, a avaliação dos sinais vitais. O modelo está organizado em cinco níveis de acuidade, reanimação, emergente, urgente, pouco urgente e não urgente, numerados de um a cinco, respetivamente, e representados por cores distintas.

A aplicação deste modelo permite uma classificação rápida e eficaz da condição clínica da criança logo no primeiro contacto, tendo por base a urgência, o risco e a gravidade dos sintomas apresentados e observados. Este processo é essencial para garantir uma resposta atempada e adequada às necessidades da criança, otimizando a segurança e a qualidade dos cuidados prestados (Gomes et al., 2019).

Os enfermeiros que desempenham a função de triagem, devem ter formação específica no sistema de triagem e devem ser, preferencialmente, EESIP, devendo ter a capacidade de, em poucos minutos, avaliar a situação e identificar situações potencialmente graves (Gomes et al., 2019).

O espaço físico do serviço de urgência, onde ocorreu o ensino clínico, constituía-se por:

- Uma área administrativa, destinada à admissão no serviço;
- Uma área de triagem, constituída por dois gabinetes;
- Um gabinete de enfermagem;
- Duas salas de espera, organizada por níveis de prioridade: uma para clientes triados com prioridade azul/verde, e outra para prioridade amarela/laranja e, ainda, uma zona de espera para clientes em maca;
- Duas áreas de observação:
  - Uma área de observação encontra-se destinada às prioridades pouco urgente e urgente, constituída por uma zona destinada a tratamentos e colheitas constituída por uma maca e carrinho com material de enfermagem, um Wc, 5 gabinetes médicos e ainda com 10 "boxes" com cadeirão e cadeira para acompanhante;
  - Uma área de observação encontra-se destinada à prioridade muito urgente, um espaço open-space com área de trabalho no centro com computadores, monitores de telemetria e material de enfermagem e medicação com vista para as 11 unidades, constituídas por uma cama/maca ou berço, um cadeirão, um monitor de sinais vitais e uma rampa de oxigénio, ar e vácuo;
- Duas salas destinadas a observação e tratamentos por parte de Ortopedia e Cirurgia;
- Uma aérea de internamento de curta duração, constituída por uma zona open-space com oito

unidades e um quarto de isolamento. Cada unidade é constituída por uma cama/maca ou berço, um cadeirão, um monitor de sinais vitais e uma rampa de oxigénio, ar e vácuo; um wc de apoio à área e sala de sujos, assim como área de trabalho com computadores, monitores e carrinho com material de enfermagem. Estas vagas inerentes a esta unidade estão destinadas para as crianças/adolescentes que não tem vaga em regime de internamento quer no próprio hospital ou no mais próximo da sua área de residência, ficando a aguardar vaga nesta área. Destina-se também a crianças/adolescentes submetidos a cirurgias com necessidade de um internamento curto;

- Uma sala de emergência destinada à prioridade emergente, em open space, tinha capacidade para admitir até três clientes em simultâneo, permitindo a circulação em 360º à volta da maca.

A equipa de enfermagem é composta por 57 enfermeiros onde 11 são EESIP e cinco tinham curso de Suporte Avançado de Vida Pediátrico. Em cada turno, a equipa de enfermagem era constituída por nove enfermeiros, distribuídos pelas diferentes áreas.

No que se reporta à dotação segura, segundo a OE (2019), no internamento de curta duração do serviço de urgência deve existir um rácio de um enfermeiro para três utentes e na restante urgência, um enfermeiro por cada posto de trabalho, sendo estas as recomendações que a instituição procura cumprir.

Atendendo à natureza do serviço, o método de trabalho em equipa, era o método utilizado no serviço. Apesar da distribuição dos enfermeiros por áreas, estes trabalhavam em colaboração, e quando uma das áreas estava mais sobrecarregada, os profissionais mobilizavam-se, temporariamente, para agilizar os cuidados. Em cada turno existia um enfermeiro coordenador, com funções de prestação de serviços na sala de enfermagem, gestão de conflitos, apoio à sala de emergência, gestão de recursos humanos e articulação com a equipa médica na gestão de vagas. A dinâmica de trabalho neste serviço segue o método de trabalho de equipa, onde os cuidados são prestados sob a liderança de um enfermeiro que organiza os cuidados tendo por base as características dos profissionais de enfermagem, rentabilizando os recursos (Ventura-Silva et al., 2021).

Quanto a projetos de melhoria continua, durante o ensino clínico encontrava-se a decorrer a implementação do projeto “ligue antes, salve vidas”, onde era promovida a utilização da linha de saúde SNS24, antes de recorrer ao serviço de urgência. O objetivo principal deste projeto é a orientação da criança/adolescente para o local mais adequado à sua situação clínica, evitando deslocações desnecessárias e sobrecarga do serviço de urgência que, desta forma, fica mais disponível para as situações de doença grave que justificam a sua procura (Serviço Nacional de Saúde, 2024).

**Neonatologia:**

As unidades de neonatologia desempenham um papel crucial na prestação de cuidados de saúde ao recém-nascido, abrangendo todas as crianças com menos de 28 dias de vida, independentemente, do nível de cuidado necessário. Estas unidades, podem ainda, prestar cuidados específicos a lactentes que devido a problemas relacionados com o nascimento prematuro, como anomalias congénitas ou doenças adquiridas no período neonatal, necessitam de cuidados (Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS],2017).

Em Portugal, a rede de referenciação perinatal está institucionalizada no Sistema Nacional de Saúde (SNS), organizada de forma hierarquizada em três níveis apoio distintos, cada um corresponde a um tipo de unidade hospitalar com capacidades técnicas e tecnológicas específicas:

1. Hospitais de Apoio Perinatal Básico (Nível I): Unidades preparadas para acompanhar gestações de baixo risco e partos eutócicos, garantindo cuidados essenciais ao recém-nascido saudável.
2. Hospitais de Apoio Perinatal Diferenciado (Nível II): Destinados a gestações de risco moderado, dispõem de recursos para intervenções como cesarianas de urgência e cuidados intermédios a recém-nascidos pré-termo ( $\geq 32$  semanas).
3. Hospitais de Apoio Perinatal Altamente Diferenciado (Nível III): Centros de referência nacional equipados para casos de alto risco (ex.: malformações fetais, pré-termo extremo  $< 32$  semanas).

Este serviço de neonatologia, inclui-se nos hospitais com apoio perinatal altamente diferenciado. O Serviço dentro do hospital localiza-se perto do bloco de partos, do serviço de obstetrícia e do bloco operatório e encontra-se dividido em duas alas com ligação direta entre elas.

Este contexto, permite receber recém-nascidos com prematuridade superior a 23 semanas, recém-nascidos com patologias cardíacas, metabólicas e cirúrgicas, assim como permite a reanimação neonatal avançada, a prática de todas as modalidades de ventilação mecânica neonatal, a colocação de cateteres, a realização e interpretação de meios complementares de diagnóstico e a aplicação da técnica de hipotermia induzida e oxigenação por membrana extra corporal (ECMO).

Esta Unidade de Neonatologia encontra-se dividida em duas alas. A ala dedicada aos cuidados intensivos e outra ala dedicada aos cuidados intermédios neonatais. Entre as alas existe uma área de repouso, higiene, arrumação e um local para realizar refeições, destinada para os pais.

Cada ala possui uma zona de trabalho de enfermagem, uma zona de preparação de leites e um carro com material e medicação em caso de emergência.

A ala de cuidados intensivos neonatais é composta por 10 unidades, distribuídas em nove unidades individuais e uma unidade com capacidade dupla, estruturada para possibilitar o

internamento simultâneo de gémeos. Todas as unidades têm estrutura física para possibilitar a permanência dos pais durante o internamento do recém-nascido. A ala dedicada aos cuidados intermédios é em regime de open-space, onde existem 7 unidades com berço ou incubadora, conforme a necessidade, assim como um cadeirão para o acompanhante.

Os recém-nascidos permanecem em ambas as alas continuamente monitorizados e todas as unidades têm um ressuscitador manual acessível.

Relativamente aos recursos humanos em cada turno estão destacados sete enfermeiros, de uma equipa composta por um total de 42 enfermeiros, em que cerca de mais de 50% são enfermeiros especialistas em enfermagem em saúde infantil e pediátrica. A distribuição por turno, é de cinco enfermeiros na ala de cuidados intensivos e dois na ala de cuidados intermédios, porém, esta divisão não é rígida e pode ser ajustada à taxa de ocupação do momento. Neste contexto, por norma, cada enfermeiro por turno é responsável por dois clientes de cuidados intensivos e até quatro clientes nos cuidados intermédios.

As dotações seguras recomendadas para os cuidados intensivos são de um enfermeiro por cada cliente independentemente do turno, já relativamente aos cuidados intermédios no turno da manhã, o recomendado será um enfermeiro para cada dois clientes e um enfermeiro por cada três clientes no turno da tarde e da noite. É recomendada a presença permanente de dois enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Regulamento n.º 743, 2019).

Posto isto, neste contexto clínico, nem sempre as recomendações relativas às dotações seguras são cumpridas, embora exista a procura para as cumprir, ficando o rácio enfermeiro/ cliente dependente da lotação do serviço.

O método de trabalho de enfermagem, em vigor, segue o método individual de trabalho, onde um enfermeiro assume a total responsabilidade pela conceção e execução de cuidados aos clientes que lhe são distribuídos no turno, ainda que, em casos específicos, exista colaboração entre os enfermeiros (Ventura-Silva et al., 2021).

Neste serviço optam por prestar cuidados centrados no desenvolvimento do recém-nascido, onde existe uma abordagem centrada no recém-nascido e nos seus pais.

A equipa procura transformar o ambiente hospitalar, para dar suporte ao desenvolvimento do recém-nascido, respeitando sua individualidade e ao mesmo tempo promover a criação de um vínculo afetivo com os pais.



### 3. CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

O Tomás (nome fictício) comparece à primeira consulta de saúde infantil e juvenil na sua Unidade de Saúde Familiar, acompanhado pelos pais. Trata-se de um recém-nascido com 6 dias de vida, que nasceu de parto eutócico às 39 semanas de gestação e encontra-se sob aleitamento materno exclusivo. Durante a consulta, os pais expressaram dúvidas e preocupações relativamente aos cuidados ao recém-nascido, nomeadamente sobre o sono, conservação do leite materno e sobre estratégias para a promoção do desenvolvimento do recém-nascido.

#### 3.1. Enquadramento teórico

- **Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil - 1ª Consulta:**

A interação entre o enfermeiro e o cliente, no âmbito dos cuidados de saúde primários, tem como principal finalidade a promoção da saúde e a prevenção da doença (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

Neste contexto, o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) estabelece um conjunto de orientações estratégicas que integram a realização de consultas em idades-chave, com vista ao acompanhamento contínuo e integral do desenvolvimento físico, psicomotor, cognitivo e emocional da criança/jovem, bem como da sua socialização, alimentação e percurso escolar (DGS, 2013). Este programa propõe ainda a articulação dessas consultas com o calendário definido pelo Programa Nacional de Vacinação, com o objetivo de racionalizar os contactos com os serviços de saúde e reduzir o número de deslocações aos serviços de saúde.

Para a concretização destes objetivos, os enfermeiros recorrem a diversos instrumentos facilitadores, nomeadamente roteiros de entrevista, protocolos clínicos e orientações emanadas pelo PNSIJ, os quais servem de suporte à planificação e condução da consulta, assegurando intervenções sistematizadas, centradas na criança e ajustada às suas necessidades em cada etapa do desenvolvimento (DGS, 2013).

Está preconizado pelo Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil que para a primeira consulta de vida é importante:

- Recolher informações sobre a história obstétrica materna nomeadamente o tipo de parto, idade gestacional e índice de Apgar (ao 1º/5º/10º minuto).
- Recolher informação relativa à antropometria no nascimento (peso, comprimento e perímetro cefálico).
- Verificar a realização do rastreio auditivo neonatal universal (RANU) e resultado obtido, o

resultado do rastreio de cardiopatia congénita por oximetria de pulso, resultado do rastreio oftalmológico neonatal e por fim verificar se realizou o rastreio neonatal metabólico. A colheita da amostra para este rastreio deve ocorrer entre o 3º e o 6º dia de vida.

- Realizar exame físico completo e avaliação antropométrica: peso, comprimento, índice de massa corporal perímetro cefálico e a pele.
- Avaliar a audição através do comportamento do recém-nascido em resposta a sons altos e súbitos (por ex. bater palmas, fechar subitamente a porta e estimular com roca/sinos).
- Avaliar a presença de reflexos primitivos.
- Verificar se iniciou o plano de vacinação com a realização da vacina Hepatite B e neste momento a imunização contra o VSR. Verificar se o recém-nascido é ou não elegível para a vacina BCG.
- Avaliar a relação emocional/comportamental: Satisfação do principal cuidador com o seu bebé e a adaptação da família às novas rotinas e reações dos irmãos se existirem.
- Avaliar a segurança, nomeadamente a exposição ao fumo do tabaco em casa/automóvel; o risco de acidentes domésticos, rodoviários e de lazer; a exposição a problemas associados ao consumo de álcool e/ou outras substâncias psicoativas no meio familiar/envolvente.
- Avaliar o tipo de aleitamento e a periodicidade das refeições e frequência da regurgitação.
- Avaliar a eliminação intestinal e urinária. Questionar sobre as dejeções, micções e as suas características.
- Avaliar os cuidados de higiene diários.
- Avaliar o sono e o conhecimento sobre o sono por parte dos pais.

Em todas as consultas, devem-se avaliar as preocupações dos pais e a dinâmica familiar assim como, a rede de suporte social e familiar deve ser também alvo de preocupação por parte do profissional de saúde. Há que prestar uma especial atenção ao estado emocional da mãe, pelo risco da depressão pós-parto ou do cuidador, de modo que sejam identificados os casos que poderão interferir no desenvolvimento da criança (Arrais & Araújo, 2016).

Os cuidados antecipatórios são definidos como cuidados orientados para a antecipação de futuros problemas, tentando prevenir a sua ocorrência ou diminuir potenciais consequências. No decorrer da consulta de saúde infantil, são temas abordados com os pais para antecipar necessidades.

A valorização dos cuidados antecipatórios na saúde infantil é um dos focos do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, uma vez que faculta aos pais e a outros cuidadores, conhecimento necessário para o desempenho, no que respeita à promoção e proteção dos direitos da criança e permite potenciar o exercício da parentalidade (DGS, 2013).

Durante a primeira consulta os cuidados antecipatórios a abordar dizem respeito a:

- Alimentação: Promover a manutenção do aleitamento materno, em exclusivo, até aos 6 meses.
- Posição de deitar: Decúbito dorsal (tendo em conta a prevenção da síndrome da morte súbita do lactente).
- Desenvolvimento: Posição quando acordado (decúbito ventral/colo).

- Acidentes e Segurança: Cadeira de segurança (ler com os pais as informações que estão no BSIJ entre a atual e a próxima consulta).
- Sintomas/Sinais de alerta: Sintomas ou sinais que justificam recorrer aos serviços de saúde (recusa alimentar, gemido, icterícia generalizada, prostração, febre, entre outros).
- Relação emocional: Averiguar dificuldades do principal cuidador na relação com o seu bebé e nas interações familiares.

- **Recém-nascido:**

O recém-nascido é a criança com idade compreendida entre os 0 e os 28 dias de vida e a este período dá-se o nome de período neonatal. Define-se como o tempo de transição entre a situação de dependência intrauterina e a existência “autónoma”, independente da idade gestacional (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

O crescimento e desenvolvimento do recém-nascido é um processo dinâmico e contínuo, que resulta da interação entre fatores biológicos e ambientais. O crescimento do recém-nascido pode ser analisado em três grandes dimensões interligadas, que se influenciam mutuamente e que são determinantes para a construção das bases do desenvolvimento humano (Papalia et al., 2021).

A primeira dimensão, o desenvolvimento físico, refere-se às alterações morfológicas e fisiológicas que ocorrem desde o nascimento, incluindo o crescimento corporal e o aumento do peso, assim como o desenvolvimento do sistema nervoso, muscular e ósseo. Nesta fase, verifica-se também a aquisição de capacidades motoras e sensoriais essenciais para a adaptação ao meio extrauterino, como os reflexos primitivos, o desenvolvimento muscular e da coordenação motora (Santrock, 2020).

O desenvolvimento cognitivo, por sua vez, está relacionado com a capacidade do recém-nascido de processar informação e formar conexões. Esta dimensão engloba competências como a perceção, a memória, a resolução de problemas e o raciocínio. Desde os primeiros dias de vida, o recém-nascido manifesta uma capacidade inata para reconhecer padrões, diferenciar estímulos e estabelecer ligações entre ações e consequências, habilidades essenciais para a aprendizagem e a adaptação progressiva ao meio extrauterino. A teoria de Piaget sugere que, nesta fase, os bebés encontram-se no estágio sensório-motor, em que exploram o mundo através dos sentidos e dos movimentos (Berk, 2022).

Por fim, o desenvolvimento psicossocial que abrange as interações e relações que o recém-nascido estabelece com os outros. A qualidade das primeiras relações, sobretudo com os pais e cuidadores, é determinante para o desenvolvimento da vinculação, relação que futuramente pode influenciar a confiança, a autoestima e a capacidade da criança para estabelecer relações saudáveis (Bowlby, 1988). As expressões faciais, o choro e os primeiros sorrisos são algumas das formas de comunicação que permitem ao bebé interagir com o meio envolvente e manifestar as suas necessidades e emoções (Berk, 2022).

É importante salientar que cada recém-nascido se desenvolve a um ritmo próprio, sendo essencial respeitar as variações individuais no processo de crescimento. No entanto, a monitorização sistemática destes domínios permite identificar precocemente eventuais desvios

ou dificuldades, possibilitando intervenções atempadas e adequadas. As aquisições motoras, cognitivas e sensoriais manifestam-se de uma forma ordenada no tempo e as escalas de avaliação exploram as diferentes competências. É importante perceber que existem variações individuais e, apesar das idades-chave para a aquisição de competências, essas devem ocorrer dentro de um intervalo médio esperado para a idade (Santrock, 2020).

Nos primeiros dias de vida, é comum que o recém-nascido apresente uma perda de peso, que pode atingir até 10% do peso ao nascimento. Esta perda ocorre principalmente devido à eliminação de líquidos corporais em excesso, pela transição do meio intrauterino para o meio extrauterino, bem como pela adaptação do sistema digestivo ao aleitamento materno ou à alimentação com leite adaptado (WHO, 2009).

A perda de peso inicial deve ser avaliada, garantindo que não ultrapasse os limites considerados normais. De acordo com Organização Mundial da Saúde (2009), a recuperação do peso do nascimento ocorre, na maioria dos casos, entre o 10.º e o 14.º dia de vida. Esta recuperação deve-se ao estabelecimento de um padrão alimentar adequado (Eidelman, 2012). São diversos os fatores que podem influenciar a velocidade de recuperação do peso, incluindo o tipo de parto, a presença de complicações neonatais, a eficiência da pega, entre outros. Os recém-nascidos amamentados exclusivamente com leite materno podem apresentar uma perda ligeiramente maior do peso inicial em comparação com aqueles alimentados com leite adaptado, mas esta diferença tende a ser compensada nas semanas seguintes (Gartner et al., 2005)

O comprimento dos recém-nascidos de termo aumenta cerca de 30% em 5 meses e 50% em 12 meses. O perímetro cefálico é o reflexo do tamanho cerebral, sendo medido até aos 3 anos. Ao nascimento, o cérebro corresponde a 25% do tamanho do adulto, e o perímetro cefálico tem em média 35 centímetros e aumenta em média 1 centímetro por mês durante o primeiro ano.

O exame físico deve ser feito utilizando a sequência céfalo-caudal e enquadrada no que é esperado na fase de desenvolvimento em que a criança se encontra e deve ser implementado na consulta (DGS, 2013).

As habilidades motoras desenvolvem-se à medida que o sistema muscular e o sistema nervoso funcionam em conjunto. Os movimentos são principalmente controlados por reflexos como, por exemplo, o reflexo de moro, tónico assimétrico, de preensão, marcha automática e pontos cardeais. O recém-nascido apresenta de uma forma espontânea uma postura em flexão (pernas fletidas sobre as coxas e estas sobre o abdómen) com a cabeça voltada para o lado. Os movimentos espontâneos tendem a ser simétricos, de extensão e flexão, mais comuns nos membros inferiores (Papalia et al., 2021).

Os recém-nascidos precisam em média de 14 a 17 horas de sono e têm um padrão de sono polifásico ou ultradiano (não diferencia o dia da noite), caracterizado por vários períodos de sono/vigília ao longo das 24 horas, despertam a cada três ou quatro horas de forma a satisfazer as suas necessidades fisiológicas e de conforto (Associação portuguesa do sono, 2017).

Os recém-nascidos são participantes ativos do seu desenvolvimento em conjunto com quem os envolve. As mudanças corporais, assim como os avanços no desenvolvimento cerebral, ajudam a explicar as mudanças progressivas na coordenação motora, equilíbrio e destreza. O período neonatal é um período de grande oportunidade para o desenvolvimento de habilidades sociais e cognitivas das crianças e é influenciado pela qualidade das interações que a criança tem (Vilaça & Ramos, 2020).

Compreender o crescimento e o desenvolvimento do recém-nascido capacita o enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica a reconhecer e a potenciar o crescimento e desenvolvimento do recém-nascido, permite também intervir quando existe alguma alteração ou desvio dos padrões habituais (Monteiro, 2019).

É essencial capacitar os pais em relação à promoção da saúde e desenvolvimento expectável do recém-nascido, nomeadamente em relação ao padrão alimentar, eliminação urinária e intestinal, higiene e conforto, vestuário, sono e repouso, adaptação ao papel parental e promoção da segurança e vigilância da saúde (Vilaça & Ramos, 2020).

#### • Teoria das transições:

A transição é entendida como experiência humana descrita como o conjunto de respostas, que ao longo do tempo são moldadas pelas condições pessoais e ambientais, pelos significados atribuídos a essas experiências, pelo conhecimento, pela habilidade na gestão das modificações e pelo impacto que causa a nível do bem-estar da pessoa.

A experiência de uma transição exige que o indivíduo integre novos conhecimentos, modifique comportamentos e redefina os significados atribuídos ao evento em questão, conduzindo inevitavelmente a uma reconfiguração da perceção de si próprio no contexto social. Neste sentido, a parentalidade constitui uma fase de transição, associada a mudanças no desenvolvimento individual e na dinâmica familiar, implicando uma adaptação a novos papéis e responsabilidades (Meleis et al., 2000).

Ser Mãe/Pai é um novo papel que a pessoa assume com o nascimento de um filho. Tornar-se pai ou mãe é um desafio de grande responsabilidade, pela sua complexidade de competências e saberes necessários (Martins, 2009).

A parentalidade envolve laços afetivos, bem como os conhecimentos, as atitudes e os comportamentos das mães e dos pais. Esta é influenciada por vários fatores, desenvolve-se e transforma-se conforme as necessidades, características e desejos dos filhos/as e das mães/pais (Ordem dos psicólogos, 2020).

Segundo Bornstein (2015), a parentalidade refere-se a um conjunto de comportamentos e práticas que promovem o bem-estar e o desenvolvimento da criança. Inclui desde o cuidado físico até ao apoio emocional.

Na perspetiva da teoria da vinculação, Bowlby (1969) destaca que a qualidade da relação entre a criança e seus cuidadores influencia significativamente o desenvolvimento emocional e social. Uma vinculação segura proporciona um ambiente estável e favorável ao crescimento saudável da criança.

Neste caso clínico, verifica-se uma transição do tipo desenvolvimental, conforme descrito na Teoria das Transições de Afaf Meleis. Esta transição é inerente ao processo de desenvolvimento humano e ao ciclo de vida, sendo uma experiência normativa e esperada no contexto da parentalidade.

Embora esta mãe já tenha experiência prévia com a maternidade, uma vez que se trata do seu segundo filho, para o pai esta é a sua primeira experiência da paternidade. Além disso, enquanto casal, enfrentam juntos uma nova dinâmica familiar, o que exige adaptação a novos papéis, responsabilidades e desafios. O nascimento de um filho representa uma fase de transição, que pode influenciar tanto o papel individual como a interação conjugal.

No que se refere ao recém-nascido, não é possível determinar uma transição, uma vez que, segundo Meleis et al. (2000), a transição implica envolvimento, consciencialização e participação no processo de mudança. Como o recém-nascido ainda não possui competências desenvolvimentais que lhe permitam compreender ou interagir intencionalmente com esta mudança, a transição ocorre essencialmente no contexto dos cuidadores.

Neste sentido, o papel dos enfermeiros, é fundamental para facilitar este processo de transição, fornecendo apoio, informação e através de implementação de estratégias que promovam a adaptação dos pais, melhorando a sua confiança e competência no desempenho do papel parental.

Posto isto, as consultas de vigilância infantil são um momento oportuno para o EEESIP perceber quais as fragilidades deste novo papel e direcionar as suas intervenções.

Compreender as propriedades e as condições facilitadoras ou dificultadoras inerentes a este processo, nomeadamente conhecer as características dos pais, as características da criança, o tipo de relação do casal, a partilha de tarefas entre o casal e as crenças culturais uma vez que são condições pessoais que influenciam a adaptação à parentalidade (Magalhães, 2011; Sorares, 2018).

A identificação dos significados e das atitudes pessoais que os pais demonstram perante este processo de mudança, possibilita ao enfermeiro identificar o nível de consciencialização e envolvimento, para assim implementar terapêuticas de enfermagem focadas na promoção e na prevenção, que serão consideradas facilitadoras de uma transição saudável (Melleis et al., 2000).

A informoterapia como terapêutica de enfermagem, desempenha um papel fundamental na educação para a saúde, uma vez que muitas das decisões relativas aos cuidados prestados pelos pais aos seus filhos dependem do nível de conhecimento dos pais. De acordo com Nutbeam (2021), a literacia em saúde parental encontra-se associada à adoção de comportamentos potenciadores de saúde, nomeadamente em relação à vacinação, à nutrição adequada e à prevenção de acidentes.

De modo a alcançar a mestria e a integração fluída da identidade é importante ter presente os indicadores de processo e aspetos fundamentais como a reformulação de identidades, a responsabilidade, o domínio de novas competências, a redefinição de prioridades e a confiança no desempenho do novo papel (Soares, 2008).

Na primeira consulta de saúde infantil, o acompanhamento da transição para a parentalidade assume um papel essencial na promoção e na capacitação dos pais para o exercício do seu novo papel. Neste contexto, os indicadores de processo descritos pela teoria das transições são fundamentais para avaliar a adaptação dos pais a esta nova etapa.

A reformulação de identidades surge como um processo inevitável, particularmente neste caso, em que a mãe já possui experiência prévia com a maternidade, mas o pai assume pela primeira vez este papel. Outro elemento determinante é a redefinição de prioridades, que se manifesta na reorganização da vida pessoal, profissional e familiar com o objetivo de responder às exigências do novo papel parental.

A adaptação a uma rotina centrada nas necessidades do recém-nascido exige uma nova organização quer pessoal quer familiar reajuste, podendo provocar novos desafios como privação do sono, insegurança e ansiedade.

O apoio oferecido durante a consulta permite validar as experiências dos pais, normalizar os desafios sentidos e fortalecer a sua confiança no desempenho do novo papel (Soares, 2008).

Portanto a confiança surge como um fator determinante na qualidade da transição. Segundo Meleis et al. (2000), transições bem-sucedidas são caracterizadas por uma progressiva capacidade e bem-estar no novo papel.

A responsabilidade e o domínio de novas competências são igualmente aspetos centrais na transição para a parentalidade. A aquisição de conhecimentos sobre os cuidados ao recém-nascido, nomeadamente em áreas como alimentação, sono, higiene e sinais de alerta, são essenciais para reforçar a confiança e a segurança dos cuidadores.

Durante a consulta, os enfermeiros desempenham um papel crucial ao fornecer informação clara e baseada em evidência, promovendo a literacia em saúde e facilitando o processo de transição.

#### • **Informoterapia e literacia em saúde:**

Ao longo do desenvolvimento da consulta, de forma a melhorar a relação entre o enfermeiro e cliente, devem ser considerados processos de comunicação para melhor informar e influenciar a tomada de decisão individual/familiar sobre os comportamentos promotores de saúde e o promover o empoderamento.

Posto isto, a comunicação deve ser acessível, deve ter credibilidade, atendendo às características do indivíduo e/ou família. Este processo de comunicação é multidirecional e, para o seu sucesso, contribui a atitude do enfermeiro, pela demonstração da disponibilidade, consistência, transparência e intencionalidade decorrentes da utilização das orientações sobre a Saúde Infantil e Juvenil (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

Nas consultas de saúde infantil e pediátrica o enfermeiro tem a oportunidade de envolver a criança/jovem e a família no planeamento dos seus objetivos e resultados, motivando-os através da relevância pessoal e dos comportamentos de saúde a adotar.

Através da informoterapia como terapêutica de enfermagem, ao implementar intervenções do

tipo ensinar e instruir,. De acordo com Soares (2008) os pais valorizam o apoio material informativo como panfletos e atualmente meios digitais como exemplo vídeos demonstrativos, assim como a partilha de experiências.

anão entanto a informação fornecida deverá ter sempre em conta o estado desenvolvimental da criança e as preocupações ou lacunas sentidas pelos seus pais ou cuidadores (OE, 2018).

A literacia em saúde, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (2024), é o grau em que os indivíduos têm a capacidade de obter, processar e entender as informações básicas de saúde para utilizarem os serviços e tomarem decisões adequadas de saúde.

Ao longo do ciclo de vida é necessário saber encontrar, compreender e usar a informação e os diversos serviços de saúde, pelo que o aumento da literacia em saúde deve ser considerada uma prioridade. Elevados níveis de Literacia em Saúde permitem ter capacidade para tomar decisões de saúde fundamentadas no dia-a-dia, em casa, na comunidade, no local de trabalho, na navegação no sistema de saúde e no contexto político, possibilitando o aumento do controlo sobre a sua saúde e dos mais próximos (DGS, 2019).

A literacia em saúde, envolve a capacidade de aceder, compreender e utilizar informações de saúde de forma eficaz. e tem vindo a ser reconhecida como um pilar fundamental na melhoria da qualidade dos cuidados prestados. No caso da saúde infantil, o nível de literacia em saúde dos pais e dos cuidadores assume-se como um fator importante, dado que o conhecimento adequado sobre cuidados os cuidados à criança, a prevenção de doenças e a promoção da saúde são aspetos decisivos para a qualidade do exercício parental.

De acordo com Sousa et al. (2023), a literacia em saúde infantil não se limita ao conhecimento de informações médicas, mas implica também a capacidade de interpretar sinais e sintomas de doenças, compreender as informações recebidas e adotar comportamentos que promovam a saúde e o desenvolvimento da criança. Os pais que estão bem informados são mais propensos a tomar decisões conscientes e que têm um impacto positivo no desenvolvimento da criança.

Adicionalmente, a literacia em saúde é um fator crucial para a gestão das transições na vida da criança. Pais que compreendem melhor os desafios inerentes a cada estadio, conseguem oferecer respostas /cuidados adequados às necessidades das criança.

A promoção da literacia em saúde, portanto, não deve ser vista apenas como uma ação pontual, mas como um processo contínuo que deve ser integrado nas práticas de enfermagem, com o intuito de melhorar a qualidade dos cuidados e a qualidade de vida da criança e da sua família.

A primeira consulta de saúde infantil representa um momento-chave na promoção do desenvolvimento saudável do recém-nascido e no apoio à transição para a parentalidade. Nesta fase, os pais encontram-se frequentemente num estado de adaptação, repleto de dúvidas e desafios, sendo essencial que os enfermeiros adotem estratégias que promovam a capacitação e a tomada de decisão informada.

Assim sendo, a informoterapia e a literacia em saúde assumem um papel fundamental,

permitindo melhorar o conhecimento, a autonomia e a confiança dos cuidadores na prestação de cuidados ao recém-nascido.

### 3.2. Clientes

#### Cliente

Recém-nascido | Idade: 6 dias | Masculino

#### Mãe/Pai

18-10-2024 10:00

18-10-2024 10:00 - Figura parental principal: mãe.

18-10-2024 10:00 - Número de outros filhos: 1.

18-10-2024 10:00 - Filho(s) Toddler.

18-10-2024 10:00 - Papel parental não partilhado.

18-10-2024 10:00 - Tipologia de cuidados que presta em casa: desenvolvimental.

18-10-2024 10:00 - Disponibilidade para tomar conta: Todos os dias, a todo o tempo.

### 3.3. Domínios

#### Início

18-10-2024 10:00  
 18-10-2024 10:00  
 18-10-2024 10:00  
 18-10-2024 10:00  
 18-10-2024 10:00  
 18-10-2024 10:00  
 18-10-2024 10:00  
 18-10-2024 10:00  
 18-10-2024 10:00  
 18-10-2024 10:00

#### Domínios

Comportamentos de ligação mãe/pai-filho  
 Comportamentos para amamentar  
 Comportamentos de ligação filho-mãe/pai  
 Desenvolvimento psicomotor  
 Desenvolvimento físico  
 Recém-nascido  
 Pele e mucosas  
 Eliminação intestinal  
 Eliminação urinária  
 Sono

#### Fim

### 3.3.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico

- **Comportamentos de ligação mãe/pai-filho e Comportamentos de ligação filho-mãe/pai:**

A Ligação entre cuidador e criança é o estabelecimento de uma relação afetiva entre mãe/pai/cuidador e a criança (ICN, 2019). A qualidade da interação entre pais e filhos desempenha um papel crucial no desenvolvimento infantil (Lago et al., 2010).

A vinculação consiste na ligação emocional entre o recém-nascido e a sua figura de vinculação principal. É importante incentivar e envolver os pais nos cuidados ao recém-nascido e assim avaliar e promover a vinculação/ligação (Hockenberry et al., 2021).

- **Comportamentos para amamentar:**

A seleção deste domínio prende-se com o facto de o Tomás ser amamentado de forma exclusiva. A amamentação é um ato tanto emocional quanto físico. Importa reconhecer as características adaptativas do processo parental, perspetivando a promoção da manutenção do aleitamento materno ao clarificar dúvidas e providenciar suporte (WHO, 2021).

- **Desenvolvimento psicomotor:**

A avaliação do desenvolvimento psicomotor possibilita a identificação precoce das perturbações psicomotoras e dessa forma permite a adequação de intervenções e intervenção precoce (DGS, 2013). O desenvolvimento psicomotor refere-se à gradual aquisição de novas funções e capacidades à medida que a criança se desenvolve, aspetos biológicos e sociais exercem influência sobre esse desenvolvimento (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

A deteção precoce de atrasos ou desvios no desenvolvimento possibilita intervenções oportunas, podendo ter um impacto significativo no recém-nascido (Laranjeira, 2012).

- **Desenvolvimento físico:**

A monitorização do desenvolvimento durante a idade pediátrica envolve a realização de consultas regulares de "Saúde Infantil e Juvenil", conforme determinado pela Direção-Geral da Saúde e registado no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil (BSIJ). É crucial avaliar periodicamente o crescimento de cada criança de forma a identificar possíveis desvios na trajetória expectável. Cada criança possui um padrão genético único pelo que não devemos comparar, mas sim avaliar a evolução individual, considerando a família, características pessoais e padrões de referência (DGS, 2019).

- **Recém-nascido:**

O Tomás encontra-se com 6 dias de vida. O período de Recém-nascido corresponde à criança que tem entre 0 e 28 dias de vida, sendo este o período de transição entre a "dependência intrauterina e a existência "autónoma" (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

A identificação deste domínio permite avaliar as necessidades do recém-nascido e adequar as intervenções de enfermagem relativas ao papel parental.

**• Pele e mucosas:**

Definidas como componentes do sistema tegumentar, onde a pele é a superfície mais extensa do corpo e as mucosas a camada de revestimento natural, na superfície interna do corpo, forrando cavidades que convergem para o exterior do corpo (ICN, 2019), a vigilância de alterações da integridade cutânea e/ ou alterações das suas características podem ser indicadores de alterações do estado clínico.

De acordo com o Programa Nacional da Saúde Infante Juvenil, é expectável que nas consultas de vigilância de saúde decorra a realização de um exame físico global (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020)

**• Sono:**

O sono é processo corporal com a diminuição da atividade corporal evidenciada pela diminuição da consciência, redução do metabolismo e pela diminuição de resposta a estímulos externos (ICN, 2019), serve para reorganizar as funções corporais e garantir o crescimento corporal e desenvolvimento psicomotor (SPN, 2018).

De acordo com o Programa Nacional da Saúde Infante Juvenil, é expectável que durante a consulta ocorra a avaliação do sono do recém-nascido. Serve este domínio para negar ou validar a hipótese diagnóstica associado ao Sono.

**• Eliminação intestinal e urinária:**

Avaliar e conhecer as características da eliminação intestinal e urinária do recém-nascido é fundamental para uma determinação do padrão do recém-nascido e permite ao mesmo tempo detetar algum desvio do padrão expectável para esta idade.

### 3.4. Conceção de Cuidados

**Eliminação intestinal**

18-10-2024 10:00

18-10-2024 10:00 - Presença de dejeções com características aparentemente normais.

18-10-2024 10:00 - Coloração das fezes: amarelada.

**18-10-2024 10:00 - Determinar evolução da eliminação intestinal**

*18-10-2024 10:00 - Avaliar evolução da eliminação intestinal [Próxima Consulta (1º Mês).]*

**Eliminação urinária**

18-10-2024 10:00

18-10-2024 10:00 - Cor da urina: amarelo-palha.

18-10-2024 10:00 - Frequência da eliminação urinária: normal .

**18-10-2024 10:00 - Determinar evolução da eliminação urinária**

*18-10-2024 10:00 - Avaliar evolução da eliminação urinária [Próxima Consulta (1º Mês).]*

**Pele e mucosas**

18-10-2024 10:00

18-10-2024 10:00 - Sem alterações da integridade dos tecidos.

**18-10-2024 10:00 - Determinar evolução da integridade dos tecidos***18-10-2024 10:00 - Avaliar evolução da integridade dos tecidos [Próxima Consulta (1º Mês).]***Sono**

18-10-2024 10:00

18-10-2024 10:00 - Sono reparador.

**18-10-2024 10:00 - Determinar evolução do sono***18-10-2024 10:00 - Avaliar evolução do sono [Próxima Consulta (1º Mês).]***Comportamentos de ligação mãe/pai-filho**

18-10-2024 10:00

18-10-2024 10:00 - Comportamentos de ligação mãe-filho: facilitador.

18-10-2024 10:00 - Comportamentos de ligação pai-filho: facilitador.

**18-10-2024 10:00 - Determinar evolução da ligação mãe/pai-filho***18-10-2024 10:00 - Avaliar evolução da ligação mãe-filho [Próxima Consulta (1º Mês).]**18-10-2024 10:00 - Avaliar evolução da ligação pai-filho [Próxima Consulta (1º Mês).]***Comportamentos para amamentar**

18-10-2024 10:00

18-10-2024 10:00 - Oferece a mama quando reconhece sinais de fome.

18-10-2024 10:00 - Adota posição confortável para facilitar o mamar.

18-10-2024 10:00 - Termina a mamada quando reconhece sinais de saciedade.

18-10-2024 10:00 - Utiliza estratégias para estimular o mamar.

18-10-2024 10:00 - Com manifestações de pega adequada.

**18-10-2024 10:00 - Amamentação****Comportamentos de ligação filho-mãe/pai**

18-10-2024 10:00

18-10-2024 10:00 - Comportamentos de vinculação: procura atrair a presença do adulto com choro, sorriso, balbuciar, olhar ou agitando os braços; comportamentos direcionados a qualquer pessoa, porque não consegue distinguir adultos.

**18-10-2024 10:00 - Determinar evolução da vinculação***18-10-2024 10:00 - Avaliar evolução da vinculação [Próxima Consulta (1º Mês).]***Desenvolvimento psicomotor**

18-10-2024 10:00

18-10-2024 10:00 - Desenvolvimento da postura e da motricidade global: sem sinais de alarme.

18-10-2024 10:00 - Desenvolvimento da visão: sem sinais de alarme.

18-10-2024 10:00 - Desenvolvimento da audição: sem sinais de alarme.

**18-10-2024 10:00 - Determinar evolução do desenvolvimento infantil***18-10-2024 10:00 - Avaliar evolução do desenvolvimento infantil [Próxima Consulta (1º Mês).]***Desenvolvimento físico**

18-10-2024 10:00

18-10-2024 10:00 - Peso: 3.23 Kg.

- 18-10-2024 10:00 - Percentil do peso: P(25).  
18-10-2024 10:00 - Comprimento/Altura: 51.00 cm.  
18-10-2024 10:00 - Percentil do comprimento: P(50).  
18-10-2024 10:00 - Perímetro cefálico: 32.00 cm.  
18-10-2024 10:00 - Percentil do perímetro cefálico: P(3).  
18-10-2024 10:00 - Índice de massa corporal: 12.42 Kg/m2.  
18-10-2024 10:00 - Percentil do índice de massa corporal: P(15).

**18-10-2024 10:00 - Determinar evolução do crescimento**

*18-10-2024 10:00 - Avaliar evolução do crescimento [Próxima Consulta (1º Mês).]*

**Recém-nascido**

18-10-2024 10:00

**18-10-2024 10:00 - Recém-nascido**

**18-10-2024 10:00 - Determinar evolução do coto do cordão umbilical**

*18-10-2024 10:00 - Avaliar evolução do estado do coto do cordão umbilical [Final da consulta.]*

18-10-2024 10:45 - Estado do coto umbilical: em mumificação.

**18-10-2024 10:00 - Promover papel parental desenvolvimental: higiene e conforto**

18-10-2024 10:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre higiene do recém-nascido: facilitador.

18-10-2024 10:00 - Capacidade da mãe/pai para cuidar da higiene do recém-nascido: facilitadora.

18-10-2024 10:00 - Significado atribuído pela mãe/pai ao tratamento do coto umbilical: não dificultador.

*18-10-2024 10:00 - Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: higiene e conforto [Final da consulta.]*

18-10-2024 10:45 - Boa condição de higiene e asseio da criança.

18-10-2024 10:45 - Vestuário da criança adequado face às condições ambientais e antropométrica.

**18-10-2024 10:00 - Promover papel parental desenvolvimental: ingestão nutricional**

18-10-2024 10:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre ingestão nutricional do recém-nascido: facilitador.

18-10-2024 10:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre extração conservação e uso do leite materno: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

18-10-2024 10:00 - Capacidade da mãe/pai para alimentar o recém-nascido: facilitadora.

18-10-2024 10:00 - Capacidade da mãe/pai para extrair leite materno

18-10-2024 10:00 - Dispositivo: Bomba elétrica de extração de leite - facilitadora.

18-10-2024 10:00 - Autoeficácia da mãe/pai para alimentar o recém-nascido: facilitadora.

**18-10-2024 10:00 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento**

**sobre conservação e preparação do leite materno** [RESOLVIDO] 18-10-2024  
10:45

18-10-2024 10:00 - Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre conservação e preparação do leite materno [Final da consulta.] [FIM]

18-10-2024 10:45

18-10-2024 10:45 - Conhecimento da mãe/pai sobre extração conservação e uso do leite materno: facilitador [MELHOROU].

18-10-2024 10:00 - Ensinar mãe/pai sobre conservação e preparação do leite materno [Neste contacto] [FIM] 18-10-2024 10:45

**18-10-2024 10:00 - Promover papel parental desenvolvimental: sono/repouso**

18-10-2024 10:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre sono do recém-nascido: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

**18-10-2024 10:00 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre sono do recém-nascido** [RESOLVIDO] 18-10-2024 10:45

18-10-2024 10:00 - Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre sono do recém-nascido [Final da consulta.] [FIM] 18-10-2024 10:45

18-10-2024 10:45 - Conhecimento da mãe/pai sobre sono do recém-nascido: facilitador [MELHOROU].

18-10-2024 10:00 - Ensinar mãe/pai sobre sono [Neste contacto] [FIM]

18-10-2024 10:45

18-10-2024 10:00 - Ensinar mãe/pai sobre promoção de hábitos para dormir [Neste contacto] [FIM] 18-10-2024 10:45

**18-10-2024 10:00 - Promover papel parental desenvolvimental: segurança**

18-10-2024 10:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre promoção da segurança do recém-nascido: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

18-10-2024 10:00 - Capacidade da mãe/pai para transportar o recém-nascido em segurança: facilitadora.

**18-10-2024 10:00 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre promoção da segurança do recém-nascido** [RESOLVIDO] 18-10-2024  
10:45

18-10-2024 10:00 - Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre promoção da segurança do recém-nascido [Final da consulta.] [FIM]

18-10-2024 10:45

18-10-2024 10:45 - Conhecimento da mãe/pai sobre promoção da segurança do recém-nascido: facilitador [MELHOROU].

18-10-2024 10:00 - Ensinar mãe/pai sobre medidas de segurança: síndrome de morte súbita [Neste contacto] [FIM] 18-10-2024 10:45

**18-10-2024 10:00 - Promover papel parental desenvolvimental: vigilância e promoção da saúde**

18-10-2024 10:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre vigilância e promoção da saúde do recém-nascido: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

18-10-2024 10:00 - Significado atribuído pela mãe/pai à vacinação: não dificultador.

**18-10-2024 10:00 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre vigilância e promoção da saúde do recém-nascido** [RESOLVIDO]

18-10-2024 10:45

*18-10-2024 10:00 - Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre vigilância e promoção da saúde do recém-nascido [Final da consulta.] [FIM]*

18-10-2024 10:45

18-10-2024 10:45 - Conhecimento da mãe/pai sobre vigilância e promoção da saúde do recém-nascido: facilitador [MELHOROU].

*18-10-2024 10:00 - Ensinar mãe/pai sobre vigilância e promoção da saúde [Neste contacto] [FIM]* 18-10-2024 10:45

**18-10-2024 10:00 - Promover papel parental desenvolvimental: lidar com o choro**

18-10-2024 10:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre choro do recém-nascido: facilitador.

18-10-2024 10:00 - Capacidade da mãe/pai para usar estratégias para lidar com o choro do recém-nascido: facilitadora.

18-10-2024 10:00 - Autoeficácia da mãe/pai para usar estratégias para lidar com o choro do recém-nascido: facilitadora.

*18-10-2024 10:00 - Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: lidar com o choro [Final da consulta.]*

18-10-2024 10:45 - A mãe/pai adota comportamentos para lidar com o choro de acordo com a recomendação.

**18-10-2024 10:00 - Promover papel parental desenvolvimental: crescimento**

18-10-2024 10:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre crescimento do recém-nascido: facilitador.

**18-10-2024 10:00 - Promover papel parental desenvolvimental: desenvolvimento infantil**

18-10-2024 10:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre desenvolvimento infantil durante o período de recém-nascido: facilitador.

18-10-2024 10:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil no período de recém-nascido: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

**18-10-2024 10:00 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil no período de recém-nascido** [RESOLVIDO] 18-10-2024 10:45

*18-10-2024 10:00 - Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil no período de recém-nascido [Final da consulta.] [FIM]* 18-10-2024 10:45

18-10-2024 10:45 - Conhecimento da mãe/pai sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil no período de recém-nascido: facilitador [MELHOROU].

*18-10-2024 10:00 - Ensinar mãe/pai sobre estratégias para promover o*

*desenvolvimento infantil no período de recém-nascido [Neste contacto] [FIM]*  
18-10-2024 10:45

### 3.5. Especificação das intervenções

Ensinar mãe/pai sobre promoção de hábitos para dormir

- Deve dormir em berço/cama própria e nunca com os pais.
- Condições de berço seguro: Livre de objetos e colchão plano.
- Posição dorsal como posição de prevenção da Morte súbita.
- Ambiente calmo com a diminuição da luz e Ruído.
- Promover o relaxamento do recém-nascido com sons que relembram o meio intra uterino como o “shhh” e “white noises”
- Promover o relaxamento do recém-nascido através da massagem infantil.
- Manter a temperatura do quarto entre os 18 e 21°C. Aconselhar sacos de dormir.

Ensinar mãe/pai sobre medidas de segurança: síndrome de morte súbita

- A Síndrome de Morte Súbita do Lactente é a morte repentina e sem explicação de um bebé, geralmente, durante o sono, no seu primeiro ano de vida. Constitui uma das principais causas de morte no primeiro ano de vida nos países desenvolvidos.
- Prevenção da Síndrome de morte súbita: Explicar à mãe/pai que devem deitar o bebé a dormir de barriga para cima e os pés devem tocar no fundo do berço em berço próprio; Evitar cobrir o bebé acima da linha dos ombros; O colchão deve ser firme e não devem existir espaços entre o colchão e o berço; Evitar vestir o bebé com demasiada roupa e se usar saco de dormir, este deve cumprir com as recomendações de isolamento térmico; Manter a temperatura do quarto entre os 18 e 21°C; Não fumar nem permitir que ninguém fume no mesmo ambiente que o bebé se encontra.

Ensinar mãe/pai sobre sono

- Os recém-nascidos dormem entre 14 e 17 horas por dia, distribuídas em ciclos curtos de sono, que podem durar entre 2 a 4 horas cada.
- Têm ritmo não circadiano ( Não distinguem o dia da noite).
- Os ciclos de sono são intercalados com momentos de vigília que podem durar até 60 minutos.
- O sono do recém-nascido divide-se em dois tipos de fases: Sono leve e Sono profundo.
- Sono profundo, onde o recém-nascido está menos acessível aos estímulos externos, os olhos estão bem fechados e sem movimentos oculares, a atividade motora é limitada e quase inexistente.
- Sono leve, corresponde à fase do sono onde existe uma intensa atividade cerebral, onde o recém-nascido tem os olhos fechados mas com movimentos oculares rápidos e podem também apresentar movimentos faciais e da língua e pequenos tremores.
- Benefícios do Aleitamento materno para o sono: Fornecimento de melatonina através do leite materno.

### Ensinar mãe/pai sobre vigilância e promoção da saúde

- Importância da prescrição e forma de administração da vitamina D: A vitamina D é introduzida na segunda semana de vida, após prescrição médica, até ao 1<sup>a</sup> ano de vida; Funciona como profilaxia do raquitismo e profilaxia de deficiência em vitamina; Deve ser administrada 1 gota /dia em conjunto com a amamentação.
- Sobre o diagnóstico precoce e o seu procedimento, assim como consultar o resultado no website (<https://www.diagnosticoprecoce.org/>).
- As consultas são agendadas segundo o plano nacional infantil e juvenil . A seguinte será ao 1<sup>o</sup> mês de vida.
- Reconhecer sinais de alarme no recém-nascido: Temperatura superior a 38°C; Prostração, gemido ou irritabilidade; Recusa alimentar; Vômitos ou fezes líquidas; Manchas na pele; Icterícia (Coloração amarela);

### Ensinar mãe/pai sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil no período de recém-nascido

- Pegar no bebé e embalá-lo suavemente; Falar e cantar suavemente; Chamar o bebé pelo nome; Falar sobre tudo o que estiver a fazer: lavar as mãos, vestir-se; Usar canções de embalar, música instrumental suave ou músicas com melodias repetidas (Sugerir); Comunicar com o bebé olhando-o nos olhos, encostado ao peito; Colocar o bebé sobre os joelhos, deixar que ele agarre o indicador com as mãos e converse com ele; Segurar um objeto com cor forte a 20 cm e movimentá-la para cima e para baixo, para a esquerda e direita, estando o bebé em estado de alerta e com a cabeça em posição central; Dar oportunidade ao bebé de experimentar cheiros diferentes (flor, laranja...); Fazer massagem suave corporal, observando sempre o bebé calmamente, sem movimentos muito elaborados (Frequentar cursos de massagem infantil) e proporcionar momentos "tummy time".

### Ensinar mãe/pai sobre conservação e preparação do leite materno

- Cuidados a ter com o material necessário para a recolha de leite materno: Lavar as mãos; O material usado na recolha de leite materno deve ser lavado adequadamente na máquina da loiça ou sob água corrente e sabão; Após a lavagem, o material deve ser esterilizado. Pode ser utilizado um esterilizador ou colocado numa panela submerso em água durante 5 minutos, após levantar fervura.
- Como armazenar leite materno: O leite materno deve ser conservado em recipientes esterilizados adequados à conservação de leite materno (frascos de vidro com tampa, frascos de plástico rígido e sacos de congelação); Rotular o recipiente, com dia/mês/ano e hora. Pode-se juntar leite de várias sessões de recolha (no máximo até 48h), tendo em atenção: Aproximar as temperaturas do leite antes de juntá-lo no frigorífico; O leite materno deve ser congelado até  $\frac{3}{4}$  da capacidade total do recipiente.
- Onde armazenar o leite materno:
- À temperatura ambiente se  $<25^{\circ}\text{C}$  : 6/8h;
- No fundo da 1<sup>a</sup> prateleira do frigorífico (se temperatura entre 0-4°C): 8 dias; No fundo da 1<sup>a</sup> prateleira do frigorífico ( se temperatura entre 4-10°C): 3 a 5 dias;
- No congelador que se situa dentro do frigorífico: 2 semanas; No congelador que se situa

- fora do frigorífico: 3 a 6 meses;
- Na arca frigorífica (-19°C ou mais baixo): 6 a 12 meses.
- Como descongelar o leite materno: O leite materno deve ser descongelado preferencialmente no interior do frigorífico e deve ser consumido nas 24h seguintes.
- Como aquecer leite materno: O leite materno pode ser dado à temperatura ambiente, pode ser aquecido em água quente. Agitar suavemente o recipiente com um movimento rotativo para misturar o leite.

### 3.6. Síntese relativa ao caso

A síntese relativa a este caso clínico está organizada em quatro aspetos que orientaram a conceção de cuidados e a ação perante o recém-nascido e os seus pais, nomeadamente as prioridades no planeamento de cuidados, os contributos das intervenções face aos diagnósticos identificados, timing da avaliação do objetivo final e a aplicação do tema de projeto na conceção de cuidados.

- **Prioridades no planeamento de cuidados:**

O cenário apresentado trata-se de uma primeira consulta onde surgem intervenções essencialmente centradas na avaliação da condição do recém-nascido. Após a avaliação psicomotora, física e da recolha de todas as informações necessárias para conhecer o recém-nascido considerou-se que o recém-nascido se encontrava dentro do que é considerado normativo para a idade e sem sinais de alarme.

Posto isto, apesar de ser um segundo filho desta mãe, sendo considerado um aspeto facilitador para a vivência da transição desenvolvimental, ao longo da consulta foram validados conhecimentos já adquiridos anteriormente. No entanto, com o decorrer da consulta foram percecionadas falhas de conhecimento relativamente ao papel parental com necessidade de serem foco de atenção.

O Tomás é amamentado de forma exclusiva, no entanto a mãe sente necessidade de começar a extrair leite e conservá-lo para posteriormente usar. No primeiro filho não conseguiu fazer, pelo que referiu não saber como conservar o leite materno necessitando assim de melhorar conhecimento sobre conservação do leite materno.

Ao longo da consulta, todos os temas respeitantes à segurança do recém-nascido foram validados, tais como a prevenção de afogamento, queimaduras, aspiração, brinquedos, quedas, Shaken baby syndrome e transporte em segurança. Mas quando questionados sobre os cuidados que tem com o sono do recém-nascido, os pais referiram que frequentemente partilhavam a cama com o recém-nascido pelo que foi considerado prioritário melhorar o conhecimento sobre a promoção da segurança e sobre o sono do recém-nascido.

A promoção do desenvolvimento infantil foi também uma prioridade, dado que foi verificado que os pais apresentavam défices ao nível das estratégias que poderiam implementar para potenciar o desenvolvimento do recém-nascido.

A vigilância e promoção da saúde do recém-nascido foi alvo de intervenção durante esta consulta, uma vez que a mãe questionou sobre a necessidade ou não de administração da vitamina D ao recém-nascido, assim como demonstrou interesse em saber mais sobre sinais de alarme, na qual deve estar mais atenta e que pode motivar a procura de cuidados de saúde.

- **Contributos das intervenções face aos objetivos identificados:**

As terapêuticas de enfermagem reportam-se às intervenções que o enfermeiro implementa de forma intencional com o intuito de alcançar os objetivos delineados na conceção de cuidados. Neste caso, as intervenções implementadas pretenderam contribuir de uma forma positiva no processo de transição que os pais do recém-nascido estão a vivenciar.

Durante a consulta realizou-se uma anamnese e com base na observação direta ou até mesmo com recurso à entrevista da mãe e/ou pai do recém-nascido, foram identificados défices do conhecimento relativos ao desempenho do papel parental desenvolvimental, com necessidade de serem colmatados.

Quando é percecionada a necessidade de melhorar determinado conhecimento a intervenção do enfermeiro passa por recorrer à informoterapia, com a transmissão de informação oportuna, à pessoa certa e no momento certo (Mettler & Kemper, 2006).

Desta forma, foram implementadas intervenções do tipo “informar” que têm como principal objetivo providenciar conhecimento nas temáticas definidas como prioritárias da conceção de cuidados durante a consulta. Nomeadamente ensinar sobre conservação e preparação do leite materno, sobre sono e promoção de hábitos para dormir, sobre medidas de segurança: síndrome de morte súbita, sobre vigilância e promoção da saúde e sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil no período de recém-nascido.

A intervenção de enfermagem "avaliar a evolução" pretende detetar possíveis desvios e alterações no desenvolvimento da criança assim como permite identificar os resultados das intervenções implementadas durante a consulta. Permite igualmente avaliar o conhecimento adquirido pelos pais após a informoterapia objetivando que a mestria no desempenho do papel parental seja alcançada.

- **Timing da avaliação do objetivo final:**

O caso clínico aqui explanado teve por base apenas um contacto com o recém-nascida e os seus pais, no entanto a conceção de cuidados encontra-se explanada em dois momentos (duas sessões).

A primeira sessão decorreu durante a consulta onde foram avaliados conhecimentos e recolhidos dados relevantes para diagnósticos. Uma vez que os pais se encontravam disponíveis para melhorar conhecimentos foram também implementadas intervenções do tipo informar, através da transmissão de informação e fornecimento de material de leitura.

O segundo momento aconteceu no final da consulta, onde foram reavaliados conhecimentos após informoterapia.

No primeiro momento foram avaliados parâmetros relativos ao recém-nascido, como exemplo do desenvolvimento físico e psicomotor, que devem ser sempre avaliados a cada contacto, foi definida a próxima avaliação na próxima consulta, que, neste caso, será ao 1º mês de vida. Muitos destes parâmetros são considerados no plano nacional de saúde infantil e juvenil, preconizados para serem avaliados em cada consulta programada. Contudo, de salientar que caso seja agendada outra consulta por outro motivo qualquer, estes parâmetros deverão ser alvo de avaliação por parte do enfermeiro.

Durante a consulta foram abordados temas relativos aos cuidados e ao desenvolvimento do recém-nascido que exigem que a mãe/pai sejam capazes de assimilar a informação recebida, alterarem hábitos, se adaptem e coloquem em prática atividades.

Por este motivo e para determinar a evolução do processo adaptativo dos pais foi agendada nova consulta. Os aspetos em que papel parental desenvolvimental foram alvo de intervenção deverão ser reavaliados nessa consulta, nomeadamente em relação à evolução do papel parental desenvolvimente referente ao sono/repouso, estratégias de desenvolvimento infantil, higiene e conforto e aspetos relativos à vigilância e promoção da saúde.

Estes aspetos ficaram programados para serem reavaliados no próximo contacto, que será na consulta do primeiro mês do Tomás, no entanto foram facultados contactos telefónicos e de email, para esclarecimento de dúvidas durante o período entre consultas.

- **Tema de projeto - sono no recém-nascido: Contributos para a conceção de cuidados:**

O Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil realça o sono como um dos cuidados antecipatórios durante as consultas, torna-se assim fundamental incentivar a abordagem deste tema, de forma a prevenir potenciais situações de doença (Direção-Geral de Saúde, 2013).

As perturbações do sono nas crianças têm sido consideradas transitórias, sem gravidade e sem consequências a longo prazo, mas nos últimos anos, esta posição tem-se revertido, atribuindo-se mais importância ao sono (Godinho, 2024). É por isso um tema que gera dúvidas e inseguranças entre os pais.

Maia e Pinto (2008) consideram que o sono é uma necessidade biológica com impacto no crescimento e desenvolvimento da criança e muitos são os pais que referem dificuldades no sono dos filhos. Perante esta constatação, estas autoras referem que apenas 14% dos pais referiram ter recebido algum esclarecimento sobre o sono e hábitos de sono pelos profissionais de saúde.

Os problemas de sono são uma queixa frequente nas consultas de saúde e muitas vezes não são valorizados. Grande parte destes problemas deve-se à falta de ensino dos hábitos e promoção de sono (Maia & Pinto, 2008).

O sono não é apenas um fator essencial para o desenvolvimento saudável do recém-nascido, mas também pode ter um grande impacto na vida e na saúde dos pais. Desta forma, o EESIP ao capacitar os pais sobre o sono do recém-nascido traz não só benefícios para o recém-nascido assim como pode ser um aspeto facilitador na transição para a parentalidade.

A privação de sono é uma experiência comum entre os pais de recém-nascidos, o que pode levar a sintomas de fadiga, irritabilidade, ansiedade e até depressão pós-parto. Ao conhecer as características do sono do recém-nascido permite programar períodos de descanso, assim como as atividades do dia-a-dia, reduzindo a sensação de imprevisibilidade e desorganização (Singh & Menahem, 2023).

De acordo com Singh & Menahem (2023), os despertares constantes do recém-nascido, assim como o choro excessivo, podem tornar-se aspetos angustiantes, exigentes e exaustivos para os pais, especialmente para as mães, aumentando o risco de depressão pós-parto.

Os pais que detêm conhecimento acerca do sono do recém-nascido, não só se sentem mais capazes, assim como se sentem mais confiantes em desenvolver estratégias promotoras do sono (Martins et al., 2019).

Durante a primeira consulta de vida do Tomás foram providenciadas informações relativamente às características do sono no recém-nascido assim como estratégias promotoras do sono.

Segundo a Associação Portuguesa do Sono (2017), os recém-nascidos dormem entre 14 e 17 horas por dia, distribuídas em ciclos curtos de sono, que podem durar entre 2 a 4 horas cada, tanto de dia quanto de noite. Isto ocorre porque ainda não desenvolveram o ritmo circadiano, que diferencia o dia da noite.

O sono dos recém-nascidos é dividido entre sono leve (REM) e sono profundo (não-REM). O sono REM ocupa a maior parte do tempo, o que ajuda no desenvolvimento cerebral. É durante o sono REM que o cérebro processa informações e experiências adquiridas ao longo do dia, além de estimular o desenvolvimento cognitivo e emocional. O sono profundo (não-REM) começa a ser mais longo e frequente conforme o crescimento, especialmente após os três meses de vida (Grigg-Damberger, 2016).

Vários são os estudos que indicam a extrema importância do sono, como um estado fisiológico fundamental tanto na termorregulação e conservação de energia, como no desenvolvimento do sistema neurosensitivo e motor, na aprendizagem e memória, na função imunológica, no crescimento e na plasticidade cerebral (Carvalho et al., 2019). A preservação da plasticidade cerebral é essencial, uma vez que consiste na capacidade do cérebro para alterar constantemente a sua estrutura e função em resposta aos estímulos do ambiente, sendo um processo essencial ao longo da infância (Altimier & Phillips, 2016).

O ciclo do sono do recém-nascido é regido, essencialmente, pela necessidade de colmatar necessidades básicas e de conforto, desta forma criar um ambiente propício para o sono ajuda a diminuir o número interrupções/despertares (Astbury et al, 2021).

Durante a consulta existiu a necessidade de informar os pais sobre práticas seguras do sono. Essencialmente de modo a reduzir o risco de asfixia e a Síndrome da Morte Súbita do Lactente (SMSL), recomenda-se que o recém-nascido durma de barriga para cima (Posição dorsal), num berço com uma superfície firme e sem objetos soltos, como almofadas, brinquedos ou mantas, que possam aumentar o risco de asfixia. É importante salientar que deve ser evitado o aquecimento excessivo do ambiente e do recém-nascido, pois o sobreaquecimento aumenta o risco de SMSL (Jawed, 2023).

Embora os recém-nascidos não tenham um padrão de sono definido, durante as consultas de saúde infantil, o enfermeiro especialista pode ajudar a promover hábitos de sono através de atividades como o banho, massagem e o controlo da iluminação e do som do ambiente. No período de recém-nascido, técnicas como o uso de ruídos brancos, movimentos suaves como balançar e a prática do “swaddling” (enrolar o bebê numa manta), são estratégias que imitam o meio intrauterino e que têm efeitos positivos na manutenção do sono.

Apesar dos pais do Tomás demonstrarem conhecimento acerca do choro do recém-nascido foi explicada e demonstrada a técnica dos 5 “S’s” que traz benefícios não só para o conforto do bebê como acaba por promover o sono.

A técnica dos “5 S’s” consiste em cinco ações diferentes que se destinam a acalmar o choro do bebê e a ajudá-lo a dormir, aumentando o seu período de sono (Singh & Menahem, 2023).

Karp (2014) criou esta técnica com base no facto de os bebés terem passado nove meses a serem embalados, a balançarem gentilmente e a serem tranquilizados dentro de um útero. Com o nascimento, o recém-nascido depara-se com diversos estímulos estranhos como a luz e frio, sentindo-se inseguro. Assim, defende que o primeiro trimestre de vida deveria ser uma espécie de quarto trimestre de gestação. Para tal, torna-se importante recriar esse ambiente de conforto, incluindo os sons e sensações, com o intuito de ajudar o bebê a sentir-se calmo e seguro através da aplicação dos 5 “S’s”.

Os “5 S’s” dizem respeito a:

- 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;

Os pais do Tomás referiram que partilham a cama com o recém-nascido, conhecido como o "co-sleeping". Foi desta forma um tema abordado na consulta onde a principal função do enfermeiro especialista foi informar sobre os riscos associados e os benefícios existentes, possibilitando assim que os pais pudessem decidir em manter ou não esta prática.

Segundo a norma proposta pela National Health Service (2021), os pais escolhem esta prática para facilitar a amamentação e por questões de conforto, praticidade e proximidade, considerando estes aspetos como benéficos, no entanto a partilha de cama aumenta significativamente o risco de morte súbita. A partilha de cama encontra-se altamente contraindicada para recém-nascidos de baixo peso, prematuros e pais fumadores (American academy of pediatrics, 2016).

Uma vez que o Tomás é amamentado de forma exclusiva foi também abordado como benefício do aleitamento materno a presença de melatonina no leite materno. Segundo Ramires et al. (2023), refere que o leite materno, produzido no período noturno pela mãe, apresenta elevada concentração de melatonina e triptofano, que favorecem o sono, facilitam a digestão e promovem a renovação celular.



## 4. UNIDADE DE NEONATOLOGIA

A Júlia (nome fictício) é uma recém-nascida de pré-termo (RNPT) de 34 semanas, internada na unidade de neonatologia. Nasceu por cesariana por placenta prévia, com apgar 8/9/10, com peso de 1,780Kg e necessidade de oxigenoterapia na primeira hora de vida. No momento da primeira sessão, com 4 dias de vida, encontra-se em incubadora com monitorização cardíaca e respiratória contínua e sob fototerapia. Mantém-se internada no serviço de neonatologia por prematuridade, baixo peso e necessidade de aquisição de autonomia alimentar. Mantém sonda orogástrica por onde faz apenas uma quantidade parcial de leite materno. A mãe extrai leite materno por bomba e não pretende amamentar. A recém-nascida e os seus pais, foram clientes dos meus cuidados durante dois turnos em dois dias consecutivos, nomeadamente no turno da tarde e no dia seguinte, no turno da manhã.

### 4.1. Enquadramento teórico

#### **Recém-nascido pré-termo:**

A condição de saúde do recém-nascido pré-termo assenta, fundamentalmente, na avaliação do seu crescimento e desenvolvimento, sendo esta particularmente crítica nas primeiras semanas de vida. Trata-se de uma fase que exige cuidados de saúde diferenciados e altamente especializados, dada a imaturidade dos seus sistemas vitais e a maior vulnerabilidade a complicações (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

Considera-se recém-nascido pré-termo, ou prematuro, aquele que nasce com vida antes das 37 semanas completas de gestação, contadas a partir do primeiro dia do último ciclo menstrual da mãe (Hockenberry et al., 2022).

A prematuridade é subdividida de acordo com a idade gestacional (WHO, 2012):

- Prematuridade extrema < 28 semanas;
- Prematuridade severa 28 a > 31 semanas e seis dias;
- Prematuridade moderada 32 a > 33 semanas e seis dias;
- Prematuridade tardia 34 a 36 semanas e seis dias.

E ainda classificada de acordo com o peso à nascença:

- Recém-nascido de baixo peso inferior a 2500 gramas;
- Recém-nascido de muito baixo peso inferior a 1500 gramas;

- Recém-nascido de extremo baixo peso inferior a 1000 gramas (Hockenberry et al., 2022).

A Júlia nasceu com 34 semanas de gestação, é um recém-nascida com prematuridade tardia e de baixo peso, com 1780 gramas.

Um recém-nascido prematuro apresenta características físicas e comportamentais muito específicas, devido ao nascimento antes do tempo ideal. A prematuridade confere ao recém-nascido uma aparência exterior frágil, são mais pequenos e magros, têm uma cabeça grande e desproporcional em relação ao corpo, uma pele fina e rosada, suave e brilhante, por vezes com a rede venosa visível por baixo da fina epiderme. São recém-nascidos por norma mais inativos e apáticos, fisiologicamente imaturos, incapazes de manter a sua temperatura corporal (Hockenberry et al., 2022). Relativamente aos recém-nascidos de pré-termo tardios, como é o caso da Júlia, habitualmente não têm a aparência característica da prematuridade, como observado nos recém-nascidos de pré-termo com idade gestacional inferior às 34 semanas, no entanto, não deixam de estar em risco quanto ao seu desenvolvimento (Hockenberry et al., 2022).

Os recém-nascidos prematuros têm, igualmente, de adquirir progressivamente competências desenvolvimentais. Contudo estas são alcançadas de uma forma mais lenta e com mais dificuldades, uma vez que iniciam a vida fora do útero mais cedo do expectável (Lourenço, 2012).

Os prematuros de 33 e as 37 semanas de gestação têm características e comportamentos específicos que vão influenciar o sucesso dos cuidados prestados (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

A pele de um recém-nascido prematuro é mais fina, translúcida e frágil. Nesta fase, existe um aumento de tolerância aos diferentes tipos de toque. Pelo tamanho corporal mais reduzido e a menor quantidade de gordura subcutânea, podem demonstrar dificuldades na manutenção da temperatura adequada (Sociedade Portuguesa Neonatologia, 2016).

Relativamente à alimentação, os reflexos essenciais para a sua autonomia alimentar, nomeadamente o reflexo de sucção e de deglutição, podem não estar completamente desenvolvidos. Os reflexos de sucção e deglutição encontram-se presentes a partir das 32-34 semanas de gestação, apesar de serem descoordenados pelo menos até às 36-37 semanas e desenvolve-se lentamente com o crescimento (Olhweiler et al., 2005).

É frequente que os recém-nascidos prematuros apresentem dificuldades respiratórias, como episódios de apneia, decorrentes da imaturidade dos seus pulmões. Esta imaturidade compromete a eficácia do processo respiratório, tornando-o insuficiente para garantir uma oxigenação adequada de forma autónoma. Nestes casos, é muitas vezes necessário recorrer a suporte ventilatório, nomeadamente através da administração de oxigénio suplementar ou da utilização de ventilação mecânica, até que ocorra um desenvolvimento pulmonar compatível

com a respiração espontânea eficaz (Garate et al., 2024).

O cérebro de um recém-nascido prematuro não se encontra totalmente desenvolvido podendo ter um impacto na coordenação motora, na percepção sensorial e no comportamento. A imaturidade do sistema nervoso central compromete a coordenação motora, além de dificultar o sono e os padrões de alimentação (Fernandes et al., 2012).

Apesar da imaturidade do sistema motor, os recém-nascidos de pré-termo tardios, quando acordados conseguem movimentar os membros ativamente e os seus movimentos tornam-se mais controlados e suaves, é comum nesta fase conseguirem virar a cabeça e adotarem a postura de flexão durante o repouso (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

A visão ainda que seja imatura, tem a capacidade de manter as pálpebras fechadas em resposta à luz, mantêm os olhos abertos durante os períodos de alerta e reagem facilmente a estímulos verbais. Os prematuros têm uma resposta ao som muito individualizada e que reflete a sensibilidade da sua audição (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

Relativamente à interação social os prematuros tardios podem continuar a exibir comportamentos e sinais de stress relacionados com a socialização, no entanto existe uma maior capacidade de interação quando em estado de alerta (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

O vínculo e a ligação entre o recém-nascido e os pais podem sofrer dificuldades, no entanto a interação precoce e o contacto físico podem promover uma evolução favorável (Poeira et. al, 2021).

O desenvolvimento de um recém-nascido prematuro é um processo individual e gradual, sendo que as primeiras semanas de vida são essenciais para o desenvolvimento físico e neurológico.

### **Ambiente e cuidados na neonatologia:**

A prematuridade implica uma maior especificidade e complexidade dos cuidados, adequados não só às suas necessidades, mas também às necessidades dos pais advindas de uma parentalidade que foi iniciada precocemente.

Os recém-nascidos pré-termo tardios podem ser capazes de concretizarem uma transição eficaz da vida intrauterina para a extrauterina, no entanto, pela natureza da sua gestação limitada, estão sujeitos aos mesmos fatores de risco de qualquer recém-nascido pré-termo necessitando de cuidados de saúde especializados. O recém-nascido que até então se encontra no meio intrauterino com um ambiente adequado e harmonioso à vida fetal, de repente depara-se com uma unidade de cuidados intensivos neonatal, num ambiente totalmente diferente, mas essencial à sua sobrevivência.

A unidade de neonatologia consiste num ambiente clínico, sobrecarregado de estímulos como som, luz, equipamentos excessivos, atividade e manipulação que se podem revelar nocivos para o recém-nascido. No entanto, a grande maioria dos recém-nascidos pré-termo são submetidos a uma vigilância intensiva, colocados num ambiente térmico controlado, com monitorização eletrocardiográfica e tensão arterial e respiratória, com o objetivo principal de manter a estabilidade hemodinâmica (Hockenberry et al., 2022)

Ao longo dos últimos anos as unidades de cuidados neonatais, têm vindo a evoluir para um modelo de cuidados centrado na família e no apoio ao desenvolvimento do recém-nascido, com uma relação estreita entre os profissionais e família, apoiando a relação dos pais com o seu recém-nascido.

Als (2015), desenvolveu um modelo de cuidados que assenta na avaliação individual do recém-nascido. Este modelo permite uma adaptação ao ambiente da unidade e dos cuidados, integrando os pais como indispensáveis na relação e desenvolvimento do recém-nascido. O modelo depende da interpretação da evolução do desenvolvimento do recém-nascido. Nesta teoria, as funções fisiológicas e comportamentais dependem da interação dos seguintes subsistemas e estão sujeitos à influência do ambiente:

- Autónimo: Inclui a respiração, circulação, coloração, controlo de temperatura e função dos músculos lisos dos comportamentos viscerais. Cerca da 28<sup>a</sup> semana de gestação, o feto alcança a homeostasia das funções fisiológicas;
- Motor: Controla o tónus muscular, a postura e os movimentos. Pela 36<sup>a</sup> semana de gestação, coexistindo com a estabilidade fisiológica das funções vitais, assiste-se à diferenciação motora;
- Organização de estados: Refere-se ao controlo da diversidade e transição dos estádios, estando frequentemente presente a partir das 42 semanas.
- Atenção/interação: Regula as competências do recém-nascido para responder aos estímulos do ambiente envolvente e às relações sociais, a partir do momento em que o recém-nascido consegue manter um estádio de alerta controlado.
- Autorregulador: Controla a capacidade de aquisição e manutenção do equilíbrio entre os diferentes subsistemas, através de comportamentos de autoconsolo e de evicção.

Uma estimulação adaptada às competências do recém-nascido funciona de forma positiva traduzida por um comportamento de aproximação, exibindo sinais de estabilidade, como:

- Padrão e frequência cardíaca e respiratória regular;
- Coloração rosada;
- Manutenção da postura e tónus;
- Posição fletida ou fetal;
- Mão no rosto;
- Mão à boca ou dentro da boca;
- Sucção;
- Olhar vivo e atento;

- Aspeto e postura relaxados;
- Comportamentos de autoconsolo;
- Padrões de sono organizados.

De forma oposta, todos os tipos de estímulos inadequados, quer em qualidade e intensidade, desencadeiam um comportamento de evicção, evidenciados por sinais de stress que se podem traduzir por:

- Mudança de cor;
- Alterações da frequência cardíaca;
- Variação da saturação periférica de oxigénio;
- Alterações do padrão respiratório;
- Extensão dos membros;
- Soluços, bocejos e vômitos;
- Atividade desorganizada.

O *Newborn Individualized Developmental Care and Assessment program* (NIDCAP) é um programa adaptável para as unidades neonatais, em que é centrado nos cuidados individualizados e na avaliação do desenvolvimento do recém-nascido. Tem como objetivo principal oferecer cuidados humanizados e individualizado aos recém-nascidos internados nas unidade de neonatologia, promovendo o desenvolvimento saudável (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

Em Portugal, este programa tem sido reconhecimento pela sua capacidade de melhorar o bem-estar dos recém-nascido internados nas unidades de cuidados intensivos neonatais. O NIDCAP valoriza as necessidades únicas de cada recém-nascido, ajustando os cuidados com base nas suas reações e sinais. Além disso, tem como prioridade envolver os pais de forma ativa, criando um vínculo afetivo forte e capacitando-os para o papel parental (Silva & Rodrigues, 2018).

Uma das prioridades do NIDCAP é a promoção de um ambiente mais acolhedor e tranquilo durante o internamento do recém-nascido, através da diminuição de estímulos como luzes intensas ou ruídos excessivos. Esta abordagem ajuda a diminuir o stress dos recém-nascidos e desta forma, facilitar o seu desenvolvimento neurológico e físico, contribuindo para melhores resultados a curto e longo prazo (NIDCAP 2020).

### **Icterícia neonatal e Fototerapia:**

A icterícia neonatal é uma condição muito comum nos primeiros dias de vida dos recém-nascidos, especialmente entre os recém-nascidos pré-termo (DGS, 2019).

A icterícia manifesta-se pela coloração amarelada da pele e escleróticas, causada pelo aumento de bilirrubina na corrente sanguínea. Na maioria dos casos, a icterícia é fisiológica e temporária. Contudo, em alguns casos, os níveis mais elevados de bilirrubina podem necessitar de atenção

especial para evitar complicações mais graves. As complicações a longo prazo mais comuns são défices neurológicos, défices motores, dificuldades auditivas, problemas visuais e atraso no desenvolvimento cognitivo (Macedo & Amaral, 2022).

Em Portugal, as unidades de neonatologia têm protocolos bem estabelecidos para identificar e tratar a icterícia. A fototerapia, trata-se de um método frequentemente utilizado, que consiste em expor o recém-nascido a uma luz azul, que ajuda a transformar a bilirrubina em excesso em formas mais fáceis de serem eliminadas pelo organismo, através da eliminação intestinal e urinária. Este procedimento é seguro, não invasivo e eficaz, sendo ajustado às necessidades individuais de cada recém-nascido (Ribeiro, 2020).

O diagnóstico precoce da icterícia é um aspeto essencial nos cuidados ao recém-nascido. As maternidades e unidades neonatais realizam avaliações sistemáticas, muitas vezes utilizando dispositivos não invasivos, como medidores transcutâneos de bilirrubina, ou através de colheita de amostra sanguínea. Com os avanços na neonatologia, a maioria dos recém-nascidos com icterícia neonatal recuperam rapidamente e sem consequências (Figueiredo & Monteiro, 2016).

A decisão de iniciar a fototerapia baseia-se nos valores séricos de bilirrubina, na idade gestacional e na presença de fatores de risco adicionais. São considerados valores adequados (Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2004) :

- Recém-nascidos de termo: Nos primeiros três dias de vida, é comum observar-se um aumento dos níveis de bilirrubina até 6-8 mg/dL, considerados dentro dos limites fisiológicos se inferiores a 12 mg/dL.
- Recém-nascidos pré-termo: Podem apresentar níveis máximos de bilirrubina de 10-12 mg/dL no 5º dia de vida, podendo atingir até 15 mg/dL sem anomalias no metabolismo.

São considerados valores para iniciar fototerapia:

Recém-nascidos de termo saudáveis:

- 24 horas de vida: bilirrubina superior a 12 mg/dL.
- 48 horas de vida: bilirrubina superior a 15 mg/dL.
- 72 horas de vida: bilirrubina superior a 18 mg/dL.

Recém-nascidos pré-termo:

- 24 horas de vida: bilirrubina superior a 10 mg/dL.
- 48 horas de vida: bilirrubina superior a 13 mg/dL.
- 72 horas de vida: bilirrubina superior a 15 mg/dL.

É fundamental que a decisão de iniciar a fototerapia seja individualizada, considerando não apenas os níveis de bilirrubina, mas também a idade gestacional, idade pós-natal, peso de nascimento e a presença de outras condições clínicas associadas.

### **Teoria das transições: Transição para a parentalidade**

O nascimento de um filho é um acontecimento que dá início a um novo ciclo de vida, trata-se de um processo que conduz à incorporação de novos papéis, com necessidade de organização e redefinição do modo de ser e de estar do indivíduo e da família. A transição para a parentalidade é considerada do tipo desenvolvimental, segundo a teoria das transições de Meleis, como por exemplo tornar-se mãe/pai (Meleis, 2010).

Ao longo da gestação, os pais idealizam o seu filho e no momento do nascimento, o filho imaginário torna-se real, correspondendo ou não, ao idealizado. Inicia-se assim o processo de parentalidade que nem sempre é fácil e linear, sendo particularmente especial no caso da prematuridade, pois exige uma adaptação forçada (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

A experiência da prematuridade pode despertar receios e medos nos pais, relativamente à saúde e ao desenvolvimento do recém-nascido, suscitando, por vezes, sentimentos de culpa ou de falha por parte dos pais, decorrentes da perceção de não terem conseguido levar a gestação até ao termo (Schiavo et al., 2021).

A transição para a parentalidade, é dificultada com o nascimento de um filho prematuro. Assim, torna-se essencial conhecer as condições que são facilitadoras para esta transição assim como dificuldades sentidas pelos pais, de modo a facilitar a adaptação aos seus novos papéis, através da aquisição de novos conhecimentos e competências com o objetivo de promover a autonomia do papel parental.

Neste caso, as condições facilitadoras presentes dizem respeito ao facto de estes pais ainda durante a gestação serem alertados para a possibilidade do nascimento precoce deste recém-nascido devido ao diagnóstico de placenta previa e mostrarem disponibilidade total para aprenderem e melhorarem os seus conhecimentos e capacidades relativamente aos cuidados de um recém-nascido. Relativamente a condições dificultadoras dizem respeito ao facto de ser o primeiro filho destes pais e necessitar de cuidados de saúde específicos com necessidade de internamento numa unidade de neonatologia.

Uma transição bem-sucedida depende dos padrões de resposta dos, neste caso dos pais ao processo que estão a vivenciar, os quais podem ser avaliados através dos indicadores de processo e de resultado.

Os indicadores de processo permitem identificar se os pais estão a evoluir favoravelmente ou não na transição. Tendo em conta o contexto de neonatologia, é importante perceber se estes se sentem ligados ao recém-nascido, se interagem com ele, se compreendem as suas necessidades e os desafios presentes, e se estão a desenvolver estratégias de confiança e de coping para lidar com o recém-nascido prematuro.

São aspetos que considerarei estarem presentes tanto no pai como na mãe, conforme consegui

avaliar durante os cuidados. Durante o internamento da recém-nascida organizaram-se para conseguir pelo menos um dos dois estar sempre presentes, questionaram frequentemente a equipa relativamente a dúvidas sobre o estado de saúde como em relação aos cuidados que poderiam prestar à recém-nascida.

Já os indicadores de resultado referem-se à mestria, ou seja, à competência que os pais adquirem relativamente às novas responsabilidades, e à integração fluida, que é a capacidade de reformular a sua identidade, incorporando esta nova realidade de forma ativa e tranquila (Marques, 2023). São exemplos neste caso o facto de os pais se reconhecerem como cuidadores da recém-nascida, mesmo em contexto hospitalar e mediante limitações de contacto físico, outro aspeto diz respeito à mãe, uma vez que esta demonstra aceitação perante a sua decisão de não amamentar, mas mantém demonstrar envolvimento através da extração de leite materno.

Em contexto de neonatologia, o papel do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica, vai além dos cuidados prestados ao recém-nascido, englobando o apoio emocional e educativo aos pais do recém-nascido. Desempenha um papel fundamental na comunicação com os pais, na gestão das emoções, na gestão do medo e da ansiedade, validando os seus sentimentos e encorajando-os a celebrar os pequenos progressos, reforçando o seu papel ativo e a importância da sua presença no desenvolvimento do recém-nascido através da gestão da participação dos pais nos cuidados e de terapêuticas de enfermagem como a informoterapia, capacitando-os gradualmente para a vivência desta transição (Regulamento nº 422, 2018).

### **Modelo de parceria de cuidados:**

O modelo de parceria de cuidados proposto por Casey (1988) constitui uma abordagem reconhecida e aplicada em diversos contextos de prestação de cuidados de saúde, nomeadamente em unidades de neonatologia. Este modelo defende a participação dos pais nos cuidados ao recém-nascido desde os primeiros momentos de vida, mesmo em ambientes tecnicamente mais complexos e exigentes.

Assente em cinco pilares fundamentais, a saúde, o meio envolvente, os cuidados de enfermagem, a criança e a família. O modelo orienta a prática de enfermagem no sentido de estabelecer uma colaboração entre profissionais e a família. Promove, assim, uma relação baseada na compreensão mútua, na comunicação eficaz e na flexibilidade, valorizando o papel dos pais como parceiros essenciais no processo de cuidados (Casey, 1988).

Numa unidade de neonatologia, onde os cuidados prestados ao recém-nascido são frequentemente invasivos, pode, por esse motivo, ser um momento desafiador a nível emocional. Desta forma o modelo de Anne Casey mostra-se fundamental uma vez que, este modelo reconhece a família como a principal referência para o recém-nascido e enfatiza a necessidade de que os pais e a equipa de enfermagem devem trabalhar como parceiros para

garantir o melhor desenvolvimento do recém-nascido. Esta parceria é construída com base na comunicação efetiva, respeito mútuo e divisão de responsabilidades, permitindo que a família participe ativamente na tomada de decisões e nos cuidados do seu filho (Casey, 1988; Merck & McElfresh, 2019).

Tendo em conta os principais pilares do modelo de Casey, o empoderamento dos pais numa unidade de neonatologia é essencial, uma vez que, a capacitação dos pais para cuidar dos seus filhos durante o internamento é um processo gradual e não linear, que inclui informar, treinar e envolver os pais nos cuidados básicos como a alimentação e o posicionamento. Tendo presente que o modelo de parceria de cuidados, não requer uma distribuição igual de tarefas, nem impõe qualquer limite à participação dos pais no cuidado à criança, a definição dos limites decorre, apenas, da conjugação da avaliação inicial com a negociação estabelecida entre pais e os enfermeiros.

A comunicação é um aspeto central da parceria de cuidados. O modelo de Casey, defende que devem ser fornecidas informações claras e acessíveis. Portanto a informoterapia, neste contexto, tem como objetivo fornecer informações objetivas e acessíveis à compreensão dos pais, baseadas em evidência científica, para que possam tomar decisões informadas e promoverem um ambiente de cuidados mais seguro e eficaz para o seu recém-nascido (Silva et al., 2024).

O modelo de Casey reforça que o foco de atenção não deve ser apenas o recém-nascido, mas devem ser ponderadas as necessidades emocionais e sociais da família como um todo. Isso inclui fornecer apoio emocional, sempre que necessário, promovendo a confiança destes pais na sua capacidade de cuidar do recém-nascido e desta forma potenciar ligações e diminuir o stress presente. Assim, como criar oportunidades para a permanência dos pais com o recém-nascido e implementar estratégias que facilitem a transição para o papel parental (Mendes, 2016; Merck & McElfresh, 2019).

A aplicação do modelo de parceria de cuidados na neonatologia, apresenta benefícios tanto para o recém-nascido quanto para os pais, uma vez que o envolvimento dos pais nos cuidados pode levar a uma evolução favorável do estado clínico do recém-nascido e por sua vez a redução do tempo de internamento (Amaral, 2009). Para os pais, a participação nos cuidados contribui para o aumento da confiança no seu papel parental assim como promove a ligação entre os pais e o recém-nascido e facilita a vinculação (Mendes, 2016).

## 4.2. Clientes

### Cliente

Recém-nascido | Idade: 5 dias | Feminino

### Mãe/Pai

14-01-2025 15:00

14-01-2025 15:00 - Figura parental principal: mãe.

14-01-2025 15:00 - Número de outros filhos: 0.

14-01-2025 15:00 - Papel parental não partilhado.

14-01-2025 15:00 - Disponibilidade para tomar conta: Todos os dias, a todo o tempo.

## 4.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2025-01-14 15:00:00	Leite materno ou Leite adaptado para prematuros, 30 ml	
2025-01-14 15:00:00	Fortificante de leite materno 100 mg	
2025-01-14 15:00:00	Citrato de cafeína 8mg PO	

### 4.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

- **Fortificante para leite materno:**

**Grupo medicamentoso/Ação:** Suplemento alimentar especialmente formulado com proteínas extensamente hidrolisadas, vitaminas e minerais, de forma a aumentar o perfil energético da dieta, quando adicionado ao leite materno.

**Indicação terapêutica:** Indicado para a gestão nutricional de recém-nascidos pré-termo e/ou de baixo peso.

**Efeito terapêutico:** Aumento de peso.

**Efeitos secundários:** Nenhum efeito secundário conhecido.

**Cuidados de Enfermagem:** Cuidados associados com a conservação, preparação e administração, nomeadamente:

- Utilizar a colher medida contida na embalagem ou usar unidoses e o pó não deve ser pressionado;
- Adicionar a quantidade de fortificante ao leite materno à temperatura corporal (37°C);
- Agitar o leite materno de forma suave até à dissolução completa do pó.
- O leite materno com fortificante não deve ser reaquecido;

Outro cuidado de enfermagem inerente será a monitorização do peso da recém-nascida de forma a avaliar a eficácia do fortificante.

(Nutrícia, 2023)

- **Citrato de cafeína:**

**Grupo medicamentoso/Ação:** Estimulante do Sistema Nervoso Central (SNC).

**Indicação terapêutica:** Tratamento de apneia primária em recém-nascidos pré-termo.

**Efeito terapêutico:** Prevenção de apneia.

**Efeitos secundários frequentes:** Taquicardia e aumento da eliminação urinária.

**Cuidados de Enfermagem:**

- Vigiar a eliminação urinária, o sistema respiratório e o sistema cardiovascular.
- Administrar oralmente, juntamente com a refeição (leite materno e/ou adaptado);
- Proteger a embalagem da luz;
- Informar as mães que estejam a amamentar recém-nascidos tratados com citrato de cafeína, de que não devem ingerir alimentos, bebidas ou medicamentos que contenham cafeína, uma vez que a cafeína se mantém no leite materno.

(CHIESI Farmacêutica, 2017)

#### 4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

##### Atitudes terapêuticas

14-01-2025 15:00

**14-01-2025 15:00 - Fototerapia** [RESOLVIDO] 14-01-2025 19:00

**14-01-2025 15:00 - Assegurar fototerapia** [FIM] 14-01-2025 19:00

14-01-2025 15:00 - Aplicar dispositivo de fototerapia [FIM] 14-01-2025 19:00

14-01-2025 15:00 - Otimizar fototerapia [FIM] 14-01-2025 19:00

**14-01-2025 15:00 - Determinar sinais de complicações relacionadas com a fototerapia** [FIM] 14-01-2025 19:00

14-01-2025 15:00 - Avaliar evolução de sinais de desidratação [FIM] 14-01-2025 19:00

**14-01-2025 15:00 - Incubadora** [RESOLVIDO] 15-01-2025 13:00

14-01-2025 15:00 - Humidade: 45% Temperatura: 32,5°C

**14-01-2025 15:00 - Assegurar funcionamento da incubadora.** [FIM] 15-01-2025 13:00

14-01-2025 15:00 - Otimizar incubadora [FIM] 15-01-2025 13:00

**Sondas, Drenos e Cateteres**

14-01-2025 15:00

**14-01-2025 15:00 - Sonda gástrica** [RESOLVIDO] 15-01-2025 13:00

14-01-2025 15:00 - Propósito terapêutico da sonda gástrica: administração de líquidos.

14-01-2025 15:00 - Características do dispositivo: Fr 6.

**14-01-2025 15:00 - Determinar evolução da administração pela sonda** [FIM] 15-01-2025 13:00

14-01-2025 15:00 - Avaliar evolução da administração pela sonda gástrica [Às refeições] [FIM] 15-01-2025 13:00

14-01-2025 19:00 - Substância administrada pela sonda gástrica: leite.

14-01-2025 19:00 - Quantidade administrada pela sonda gástrica: 0 ml.

15-01-2025 10:00 - Substância administrada pela sonda gástrica: leite.

15-01-2025 10:00 - Quantidade administrada pela sonda gástrica: 0 ml.

**14-01-2025 15:00 - Assegurar funcionamento da sonda** [FIM] 15-01-2025 13:00

14-01-2025 15:00 - Otimizar sonda gástrica [FIM] 15-01-2025 13:00

**14-01-2025 15:00 - Prevenir complicações relacionadas com sonda gástrica** [FIM] 15-01-2025 13:00

14-01-2025 15:00 - Trocar sonda gástrica [3/3 dias e em SOS] [FIM] 15-01-2025 13:00

14-01-2025 15:00 - Executar tratamento ao local de inserção da sonda gástrica [SOS] [FIM] 15-01-2025 13:00

**14-01-2025 15:00 - Cateter venoso periférico**

14-01-2025 15:00 - Localização do cateter venoso periférico

14-01-2025 15:00 - Mão Direita(o)

14-01-2025 15:00 - Características do dispositivo: Cateter nº 24.

14-01-2025 15:00 - Ausência de dor.

14-01-2025 15:00 - Ausência de calor.

14-01-2025 15:00 - Ausência de rubor.

14-01-2025 15:00 - Ausência de tumefação.

14-01-2025 15:00 - Ausência de exsudado.

14-01-2025 15:00 - Ausência de infiltração.

**14-01-2025 15:00 - Assegurar funcionamento do cateter**

14-01-2025 15:00 - Otimizar cateter venoso periférico

**14-01-2025 15:00 - Prevenir complicações relacionadas com cateter venoso periférico**

*14-01-2025 15:00 - Executar tratamento ao local de inserção do cateter venoso periférico [SOS]*

*14-01-2025 15:00 - Trocar cateter venoso periférico [SOS]*

**4.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.****• Fototerapia:**

A fototerapia é um tratamento médico utilizado em neonatologia, tem como objetivo reduzir os níveis de bilirrubina no sangue, especialmente em casos de icterícia neonatal (Quintas & Silva, 2004).

A fototerapia utiliza luz específica para ajudar a converter a bilirrubina numa forma que o organismo consiga eliminar mais facilmente.

A fototerapia é realizada até que os níveis de bilirrubina diminuam. O tempo do tratamento, pode variar entre algumas horas até vários dias, dependendo da gravidade da icterícia e da eficácia do tratamento (Araújo et al., 2024).

É essencial ter alguns cuidados durante a fototerapia. Deve-se proceder à proteção dos olhos do recém-nascido com uma proteção ocular, de forma a evitar alterações na retina. Vigiar a eliminação urinária, uma vez que a exposição à luz e calor provocado pela fototerapia podem potenciar a desidratação. Monitorizar a temperatura corporal de forma a evitar a hipertermia e hipotermia. É necessário garantir a exposição uniforme à luz, pelo que o recém-nascido, deve ser posicionado regularmente (SPP, 2016).

**• Incubadora**

Uma incubadora é um equipamento médico utilizado frequentemente em neonatologia para providenciar um ambiente controlado e seguro para recém-nascidos, especialmente recém-nascidos pré-termo ou com condições médicas específicas.

Este dispositivo permite manter a temperatura e a humidade adequadas ao recém-nascido, simulando as condições do meio intrauterino. Como se torna um ambiente fechado e controlado evita a perda excessiva de fluidos corporais assim como diminui o risco de infeções (ACSS, 2017).

Existem alguns cuidados frequentes a ter com estes dispositivos, nomeadamente a sua higienização e manuseamento. Quando estão em uso é importante controlar a sua temperatura e humidade frequentemente assim como proceder a sua limpeza e desinfeção de forma regular, de modo a diminuir o risco de infeções (Costa et al., 2017).

No contexto clínico, deste caso, o recém-nascido permanece na mesma incubadora até um período máximo de sete dias, sendo efetuada a troca de incubadora e higienização da anterior.

**• Sonda gástrica:**

A alimentação entérica, é iniciada quando as necessidades de nutrição não podem ser

satisfeitas através da ingestão oral e tem como objetivo o fornecimento de nutrientes diretamente no trato gastrointestinal. Através destes dispositivos, é possível administrar alimentação diretamente no estômago. A sonda pode ser inserida pelo nariz até ao estômago, sonda nasogástrica, ou pela boca até ao estômago, sonda orogástrica (Anderson & Herring, 2019; Starship, 2019).

Pela imaturidade no reflexo de sucção e deglutição presente na maioria dos recém-nascidos pré-termo, a sonda gástrica serve como um meio temporário para melhorar o estado nutricional e o crescimento (Mason et al., 2005).

Com a necessidade inserção de uma sonda gástrica, é importante respeitar as características do material, no caso de sonda de polivinil, necessitam de ser trocadas entre três a cinco dias e o tamanho recomendado para a idade inferior a 4 meses é a utilização de sonda com tamanho 6 French (Estevão-Costa, 2014; Starship, 2019).

Para o correto posicionamento e inserção da sonda, esta deve ser medida usando o método Nose, Ear and Midline of Umbilicus (NEMU). Isto significa, medir a partir da ponta da sonda desde a asa do nariz até ao lóbulo da orelha, e depois até ao ponto médio entre o xifóide e a cicatriz umbilical (Government of Western Australian, 2021).

Após a sua inserção é necessário verificar o correto posicionamento nas seguintes situações (Rosengarten & Davies, 2021):

- Antes da administração da alimentação;
- Antes da administração de medicação por esta via;
- Pelo menos uma vez por dia quando a alimentação entérica está a ser feita de forma contínua através de máquina perfusora, ou antes da troca das seringas de alimentação;
- Após episódios de vômito ou tosse;

Como complicações associadas à alimentação através deste dispositivo médico, podem ocorrer náuseas normalmente associadas ao esvaziamento gástrico lento, diarreia, quando ocorre alimentação inadequada ou quando a função intestinal se encontra alterada, regurgitação, aspiração por deslocação da sonda e refluxo gastroesofágico (Braegger et al., 2010).

É fundamental verificar a correta fixação da sonda prevenindo assim a deslocação da sonda, que pode ocorrer por tosse, espirros, vômitos e remoção não intencional (Silva et al., 2020).

A aspiração de conteúdo gástrico e a observação da sua coloração do conteúdo extraído são práticas comuns. Segundo Ezhumalai et al. (2021), a presença de conteúdo gástrico de cor esverdeada, amarelada ou translúcida pode sugerir colocação gástrica. No entanto, este método não é considerado totalmente fiável de forma isolada, especialmente em recém-nascidos em pausa alimentar.

A medição do pH do conteúdo aspirado é amplamente recomendada como método complementar. Um pH  $\leq 5,5$  é geralmente indicativo de localização gástrica (NICE, 2020). Outro método será a auscultação epigástrica, que consiste na injeção de ar pela sonda com auscultação simultânea no epigastro de forma a ouvir o som do ar no estômago (Clemente et al., 2018).

A radiografia continua a ser o método mais fiável para confirmar a posição da sonda. Contudo, não é viável para verificação de forma rotineira, devido à exposição à radiação e à logística hospitalar envolvida (Ezhumalai et al., 2021).

#### • **Cateter venoso periférico (CVP):**

O cateterismo venoso periférico é um procedimento que permite o acesso à rede venosa e é um procedimento constante em contextos de saúde, sendo utilizado com diferentes finalidades, entre elas para administração de medicação endovenosa (OE, 2021).

Os enfermeiros são os principais responsáveis pelo procedimento de cateterismo venoso periférico e por este motivo devem ser detentores de conhecimentos científicos e competências para proceder à colocação, manutenção, prevenção de complicações e remoção deste dispositivo (Alves, 2017).

De forma a garantir o sucesso da manutenção e prevenção de complicações como exemplo as flebites, as medidas de controlo de infeção devem estar presentes na altura de inserção do cateter e aquando da sua manipulação. A lavagem das mãos, utilização de luvas, substituição de pensos e sistemas de infusão, utilização de solução antisséptica no local de inserção do acesso venoso ou do obturador sempre que o CVP é manipulado e o tempo de permanência do CVP são atitudes a serem consideradas para evitar complicações associadas ao dispositivo (Soares, 2023; Santos, 2014).

Em neonatologia está recomendado que a troca do cateter ocorra somente quando existem indicações clínicas ou funcionais que justifiquem a troca (O'Grady et al., 2011).

#### 4.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
14-01-2025 15:00	Sensações somáticas	
14-01-2025 15:00	Reflexo de sucção	
14-01-2025 15:00	Sistema respiratório	
14-01-2025 15:00	Sistema cardiovascular	
14-01-2025 15:00	Deglutição	
14-01-2025 15:00	Eliminação intestinal	
14-01-2025 15:00	Eliminação urinária	
14-01-2025 15:00	Pele e mucosas	
14-01-2025 15:00	Termorregulação	
14-01-2025 15:00	Sono	
14-01-2025 15:00	Comportamentos de ligação mãe/pai-filho	
14-01-2025 15:00	Comportamentos de ligação filho-mãe/pai	
14-01-2025 15:00	Desenvolvimento físico	
14-01-2025 15:00	Recém-nascido	
14-01-2025 15:00	Atitudes terapêuticas	
14-01-2025 15:00	Sondas, Drenos e Cateteres	
14-01-2025 15:00	Consciência	
14-01-2025 15:00	Desenvolvimento psicomotor	

#### **4.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico**

- **Sensações somáticas (Dor):**

As vias de transmissão da dor funcionam a partir das 24 semanas de gestação (Warren & Bond, 2015). O recém-nascido prematuro sente uma dor difusa e não localizada pela falta de maturação cerebral (Louis, 2010). A dor induz no prematuro respostas comportamentais e fisiológicas que são passíveis de avaliar através da observação do comportamento do recém-nascido (Warren & Bond, 2015).

Durante o internamento na neonatologia o recém-nascido é submetido a vários procedimentos dolorosos, é desta forma essencial adotar estratégias e através de medidas farmacológicas e não farmacológicas eliminar e/ou diminuir a dor.

- **Reflexo de sucção e Deglutição:**

Após o nascimento, é expectável, que o recém-nascido apresente o reflexo de sucção desenvolvido, que lhe permite alimentar-se espontaneamente. O reflexo de sucção e a deglutição encontram-se presentes a partir das 32-34 semanas de gestação, apesar de serem descoordenados pelo menos até às 36-37 semanas (Papalia et al., 2021).

Deglutir surge como “Comer ou beber: passagem dos líquidos e dos alimentos fragmentados, pelo movimento da língua e dos músculos, da boca para o estômago através da orofaringe e esófago” (ICN, pág.47, 2019). A deglutição eficaz decorre de uma sucção adequada, em simultaneidade com uma coordenação da respiração, condições necessárias para uma alimentação segura e bem-sucedida (Otto & Almeida, 2017). Torna-se assim necessário avaliar o reflexo de sucção e deglutição num recém-nascido prematuro.

- **Sistema respiratório:**

O sistema respiratório do prematuro é imaturo, uma vez que por norma existe uma deficiência de surfactante, substância essencial para manter os alvéolos abertos durante a respiração, representando a sua imaturidade pulmonar que exige uma monitorização rigorosa para garantir uma ventilação e oxigenação adequadas (SPN, 2016).

Deve ser observada a elevação do tórax, simetria nos movimentos respiratórios e sinais de dificuldade respiratória (Papalia et al., 2021). O padrão respiratório no recém-nascido é irregular e abdominal, com uma frequência entre 30 e 60 ciclos/min (Balest, 2022). Os períodos de apneia superiores a 20 segundos são anormais e podem ser acompanhados de bradicardia.

Devido à imaturidade do sistema respiratório e aos desafios que enfrentam para se adaptarem ao meio extrauterino, a vigilância desempenha um papel essencial no suporte à adaptação respiratória independente (WHO, 2020).

**• Sistema cardiovascular:**

Alterações cardiovasculares são comuns nos prematuros, desde hipertensão, hipotensão, bradicardia, taquicardia, entre outros, pelo que a avaliação é imprescindível. Após o nascimento, o sistema cardiovascular sofre alterações, como o encerramento do canal arterial e do forâmen oval. A probabilidade de um recém-nascido prematuro apresentar uma cardiopatia congénita é grande. A frequência cardíaca de um recém-nascido pré-termo pode variar desde 100 a 180 batimentos/minuto. A monitorização contínua ajuda a detetar falhas nesta transição ou outras complicações possíveis, como a hipotensão (Galvão & Cardoso, 2017).

**• Eliminação intestinal:**

O recém-nascido prematuro possui um sistema intestinal imaturo a nível estrutural e funcional, com um microbioma intestinal menos competente que o recém-nascido de termo, o que influencia a digestão, absorção de nutrientes e a motilidade intestinal. A imaturidade provoca, muitas vezes um trânsito intestinal lento, aumentando o risco de obstipação que poderá ter repercussões negativas a nível da progressão alimentar (Guimarães et al., 2015). As avaliações do abdómen, do padrão intestinal e das características das fezes, permitem detetar alterações, como a obstipação e a disquesia, e prescrever intervenções, como a massagem abdominal ou estimulação retal (Vilaça & Ramos, 2020).

**• Eliminação urinária:**

A avaliação da eliminação urinária no recém-nascido prematuro é essencial para garantir a função renal adequada. Os rins dos prematuros pré-termo ainda são imaturos uma vez que têm menor capacidade de filtração glomerular (Silva et al., 2016). Alterações no volume, frequência e aparência da urina podem ser sinais de desidratação, insuficiência renal ou infeção do trato urinário (Ribeiro, 2022).

Assim, através da seleção deste domínio é possível negar a hipótese diagnóstica como retenção urinária, anúria, oligúria ou poliúria.

**• Pele e mucosas:**

Os cuidados com a pele são de extrema importância nos recém-nascidos pré-termo pela sensibilidade cutânea que apresentam. Inerente ao internamento na neonatologia os recém-nascidos estão expostos a fatores intrínsecos como a idade gestacional, o peso, imobilidade, perfusão tecidual e o estado nutricional e fatores extrínsecos, como os dispositivos médicos, que potenciam o desenvolvimento de lesões cutâneas (Nascimento & Landim, 2016).

A seleção deste domínio recai sobre a necessidade de vigilância da pele, pelo risco de lesão que um recém-nascido prematuro apresenta, tanto pela imaturidade da pele como pela presença de dispositivos.

**• Termorregulação:**

Os prematuros apresentam uma maior área de superfície corporal em relação ao seu peso, o que favorece a perda de calor. A epiderme e a derme encontram-se subdesenvolvidas, o que reduz a função de barreira e facilita a perda de calor e água transdérmica (WHO, 2022).

O hipotálamo, estrutura responsável pelo controlo térmico, ainda se encontra em processo de desenvolvimento, dificultando a perceção e resposta a alterações de temperatura ambiente, ao mesmo tempo o recém-nascido prematuro não possui maturidade neurológica suficiente para reagir ao frio através de defesas comportamentais, como o choro, o movimento ou a procura de calor (Thompson & Kagan, 2017).

As camadas de gordura desenvolvem-se durante os últimos dois meses de gestação e permitem que o recém-nascido mantenha temperaturas corporais mais estáveis (Papalia & Martorell, 2021). Quanto a um recém-nascido pré-termo, as camadas de gordura ainda não estão totalmente desenvolvidas, pelo que estão mais suscetíveis às mudanças de temperatura (Hockenberry et al., 2022).

A seleção deste domínio recai sobre a necessidade de negar a hipótese diagnóstica de hipotermia e hipertermia.

• **Sono:**

Os recém-nascidos prematuros, internados numa unidade de neonatologia, têm maior probabilidade de alterações no seu padrão de sono, quer pela sua condição de saúde/doença quer por fatores externos como a iluminação, o ruído e as manipulações frequentes que interrompem os ciclos de sono (Levy et al., 2017). O sono desempenha um papel essencial no desenvolvimento neurológico, crescimento físico e na regulação metabólica. Assim, torna-se imperativo a adoção de intervenções que respeitem os ciclos do sono do recém-nascido, através de cuidados que potenciem o desenvolvimento saudável (Gardner et al., 2016).

• **Comportamentos de ligação mãe/pai-filho:**

A ligação da mãe/pai ao filho é descrita como a ligação entre cuidador e criança: estabelecimento de uma relação afetiva entre mãe/pai e a criança (ICN, 2019). O processo de ligação mãe/pai-filho com o internamento do recém-nascido numa unidade de neonatologia pode ser interrompido pela separação física, pelo stress causado e pelo sentimento de impotência por parte dos pais (OE, 2024). A seleção deste domínio recai sobre a necessidade de promover e facilitar a ligação entre mãe/pai e o recém-nascido através de intervenções que possam favorecer a ligação, como o toque, a voz, a interação, os pais nos cuidados ao recém-nascido, com a finalidade de lhes promover confiança no exercício do seu papel parental (WHO, 2021)

• **Comportamentos de ligação filho-mãe/pai:**

A ligação do filho aos pais é intitulada como vinculação, é a formação de laços afetivos (ICN,

2019). O processo de vinculação consiste na ligação emocional entre o recém-nascido e os pais e/ou o cuidador. No caso de um recém-nascido pré-termo com necessidade de internamento o processo natural de vinculação é afetado, sendo por isso fundamental a implementação precoce de intervenções promotoras da vinculação durante a permanência do recém-nascido na neonatologia (Querido et al., 2020).

- **Desenvolvimento físico:**

Os valores antropométricos como o peso, comprimento e perímetro cefálico, são os valores mais utilizados na avaliação do crescimento de um recém-nascido. Através da monitorização dos valores antropométricos, é possível compreender se o recém-nascido está a evoluir favoravelmente, uma vez que o crescimento adequado reflete a eficácia da nutrição e das intervenções executadas nesse âmbito (Hockenberry et al., 2022).

- **Recém-nascido:**

O recém-nascido é a criança com idade compreendida entre os 0 e os 28 dias de vida, período que se denomina como neonatal, durante o qual o recém-nascido se adapta ao meio extra-uterino e à sua nova existência autónoma, independentemente da sua idade gestacional (Vilaça & Ramos, 2020). Este domínio trata-se de uma área de atenção do enfermeiro por incluir aspetos relativos ao processo adaptativo do papel parental desenvolvimental.

- **Consciência:**

Vigiar o estado de consciência no recém-nascido prematuro permite a identificação e a intervenção precoce de alterações que possam influenciar de forma negativa o seu desenvolvimento neurológico e físico. A prematuridade está frequentemente associada a um maior risco de comprometimento no desenvolvimento devido à imaturidade do seu sistema nervoso. A vigilância do estado de consciência permite a avaliar a resposta do recém-nascido a estímulos externos e internos, identificando possíveis sinais de stress, de dor ou de alterações neurológicas (Calasans, 2006).

- **Desenvolvimento psicomotor (Motor):**

O desenvolvimento motor é uma das áreas mais afetadas pela prematuridade, devido à imaturidade do sistema nervoso e à exposição a procedimentos dolorosos. A avaliação contínua permite observar a capacidade do recém-nascido de realizar movimentos espontâneos, a coordenação motora, o tónus muscular e a resposta a estímulos externos, comportamentos essenciais para o seu desenvolvimento físico e neurológico saudável (Als & Duffy, 2017).

## 4.6. Conceção de Cuidados

### Consciência

14-01-2025 15:00

14-01-2025 15:00 - Consciente.

#### **14-01-2025 15:00 - Determinar sinais de alteração da consciência**

*14-01-2025 15:00 - Avaliar evolução de sinais de alteração da consciência [1 vez/T e em SOS]*

15-01-2025 10:00 - Consciente.

### Sensações somáticas

14-01-2025 15:00

14-01-2025 15:00 - Sem manifestação de dor.

#### **14-01-2025 15:00 - Determinar sinais de dor**

*14-01-2025 15:00 - Avaliar evolução de sinais de dor [1 vez/T e em SOS]*

15-01-2025 10:00 - Sem manifestação de dor [MANTEVE].

### Reflexo de sucção

14-01-2025 15:00

14-01-2025 15:00 - Com acanolamento da língua.

14-01-2025 15:00 - Com peristaltismo da língua.

14-01-2025 15:00 - Sem força de sucção.

#### **14-01-2025 15:00 - Reflexo de sucção comprometido [RESOLVIDO] 14-01-2025 19:00**

**14-01-2025 15:00 - Determinar evolução do reflexo de sucção [FIM] 14-01-2025 19:00**

*14-01-2025 15:00 - Avaliar evolução do reflexo de sucção [3/3h] [FIM] 14-01-2025 19:00*

14-01-2025 19:00 - Com acanolamento da língua [MANTEVE].

14-01-2025 19:00 - Com peristaltismo da língua [MANTEVE].

14-01-2025 19:00 - Com força de sucção [MELHOROU].

#### **14-01-2025 15:00 - Promover reflexo de sucção [FIM] 14-01-2025 19:00**

*14-01-2025 15:00 - Estimular o reflexo de sucção [FIM] 14-01-2025 19:00*

### Sistema respiratório

14-01-2025 15:00

14-01-2025 15:00 - Frequência respiratória: 52 ciclos/min.

14-01-2025 15:00 - Ritmo respiratório regular.

14-01-2025 15:00 - Movimento respiratório simétrico.

14-01-2025 15:00 - Profundidade da ventilação: inspirações normais.

14-01-2025 15:00 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação.

14-01-2025 15:00 - Sem adejo nasal.

14-01-2025 15:00 - Saturação do oxigénio no sangue

14-01-2025 15:00 - Periférico(a): 97 %.

14-01-2025 15:00 - Coloração da mucosa: rosada.

14-01-2025 15:00 - Reflexo da tosse: presente.

**14-01-2025 15:00 - Determinar evolução da ventilação**

*14-01-2025 15:00 - Avaliar evolução da ventilação*

14-01-2025 19:00 - Frequência respiratória: 48 ciclos/min.

15-01-2025 10:00 - Frequência respiratória: 41 ciclos/min.

14-01-2025 19:00 - Ritmo respiratório regular [MANTEVE].

15-01-2025 10:00 - Ritmo respiratório regular [MANTEVE].

14-01-2025 19:00 - Movimento respiratório simétrico [MANTEVE].

15-01-2025 10:00 - Movimento respiratório simétrico [MANTEVE].

14-01-2025 19:00 - Saturação do oxigénio no sangue

14-01-2025 19:00 - Periférico(a): 98 %.

15-01-2025 10:00 - Saturação do oxigénio no sangue

15-01-2025 10:00 - Periférico(a): 99 %.

14-01-2025 19:00 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação [MANTEVE].

15-01-2025 10:00 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação [MANTEVE].

14-01-2025 19:00 - Coloração da mucosa: rosada.

15-01-2025 10:00 - Coloração da mucosa: rosada.

**Sistema cardiovascular**

14-01-2025 15:00

14-01-2025 15:00 - Localização do Pulso

14-01-2025 15:00 - Pé Direita(o)

14-01-2025 15:00 - Frequência do pulso: 145 pulsações por minuto.

14-01-2025 15:00 - Pulso rítmico.

14-01-2025 15:00 - Pulso simétrico.

14-01-2025 15:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea

14-01-2025 15:00 - Membro inferior Direita(o)

14-01-2025 15:00 - Pressão sanguínea sistólica: 72 mmHg.

14-01-2025 15:00 - Pressão sanguínea diastólica: 46 mmHg.

**14-01-2025 15:00 - Determinar evolução do ritmo cardíaco**

*14-01-2025 15:00 - Avaliar evolução de sinais de arritmia*

14-01-2025 19:00 - Localização do Pulso

14-01-2025 19:00 - Pé Direita(o)

14-01-2025 19:00 - Pulso rítmico.

14-01-2025 19:00 - Frequência do pulso: 130 pulsações por minuto.

15-01-2025 10:00 - Localização do Pulso

15-01-2025 10:00 - Pé Esquerda(o)

15-01-2025 10:00 - Pulso rítmico.

15-01-2025 10:00 - Frequência do pulso: 138 pulsações por minuto.

**14-01-2025 15:00 - Determinar evolução da pressão sanguínea**

*14-01-2025 15:00 - Avaliar evolução da pressão sanguínea [1 vez/T e em SOS]*

**Deglutição**

14-01-2025 15:00

14-01-2025 15:00 - Sem indícios de compromisso da deglutição.

**14-01-2025 15:00 - Determinar evolução da deglutição**

*14-01-2025 15:00 - Avaliar evolução da deglutição*

14-01-2025 19:00 - Sem indícios de compromisso da deglutição [MANTEVE].

15-01-2025 10:00 - Sem indícios de compromisso da deglutição [MANTEVE].

### **Eliminação intestinal**

14-01-2025 15:00

14-01-2025 15:00 - Presença de dejeções com características aparentemente normais.

14-01-2025 15:00 - Fezes: em moderada quantidade.

14-01-2025 15:00 - Consistência das fezes: Fezes pastosas ou semilíquidas.

14-01-2025 15:00 - Coloração das fezes: amarelada.

#### **14-01-2025 15:00 - Determinar evolução da eliminação intestinal**

*14-01-2025 15:00 - Avaliar evolução da eliminação intestinal [1 vez/T e em SOS]*

15-01-2025 13:00 - Presença de dejeções com características aparentemente normais [MANTEVE].

15-01-2025 13:00 - Consistência das fezes: Fezes moles.

15-01-2025 13:00 - Coloração das fezes: amarelada.

### **Eliminação urinária**

14-01-2025 15:00

14-01-2025 15:00 - Quantidade de urina: 32 ml.

14-01-2025 15:00 - Cor da urina: amarelo-palha.

14-01-2025 15:00 - Cheiro da urina: "sui generis".

14-01-2025 15:00 - Transparência da urina: Límpida.

#### **14-01-2025 15:00 - Determinar evolução da eliminação urinária**

*14-01-2025 15:00 - Avaliar evolução da eliminação urinária [1 vez/T e em SOS]*

15-01-2025 13:00 - Quantidade de urina: 39 ml.

15-01-2025 13:00 - Cor da urina: amarelo-palha.

15-01-2025 13:00 - Cheiro da urina: "sui generis" [MANTEVE].

### **Pele e mucosas**

14-01-2025 15:00

14-01-2025 15:00 - Sem alterações da integridade dos tecidos.

#### **14-01-2025 15:00 - Determinar evolução da integridade dos tecidos**

*14-01-2025 15:00 - Avaliar evolução da integridade dos tecidos [1 vez/T e em SOS]*

15-01-2025 10:00 - Sem alterações da integridade dos tecidos.

### **Termorregulação**

14-01-2025 15:00

14-01-2025 15:00 - Temperatura corporal periférica

14-01-2025 15:00 - Região axilar: 36.80 °C.

#### **14-01-2025 15:00 - Determinar evolução da temperatura corporal**

*14-01-2025 15:00 - Avaliar evolução da temperatura corporal [1 vez/T e em SOS]*

15-01-2025 10:00 - Temperatura corporal periférica

15-01-2025 10:00 - Região axilar: 36.70 °C.

### **Sono**

14-01-2025 15:00

14-01-2025 15:00 - Dormiu por períodos curtos.

14-01-2025 15:00 - Sono não reparador e intermitente .

**14-01-2025 15:00 - Sono comprometido [RESOLVIDO] 15-01-2025 10:00**

**14-01-2025 15:00 - Determinar evolução do sono**

14-01-2025 15:00 - Avaliar evolução do sono [1 vez /dia]

15-01-2025 10:00 - Dormiu por períodos longos.

15-01-2025 10:00 - Sono reparador [MELHOROU].

**14-01-2025 15:00 - Melhorar sono [FIM] 15-01-2025 10:00**

14-01-2025 15:00 - Implementar estratégias de promoção do sono [FIM]

15-01-2025 10:00

### **Comportamentos de ligação mãe/pai-filho**

14-01-2025 15:00

14-01-2025 15:00 - Comportamentos de ligação mãe-filho: aceitação materna, com potencial para melhorar a expressão afetiva.

14-01-2025 15:00 - Comportamentos de ligação pai-filho: aceitação paterna, com potencial para melhorar a expressão afetiva.

### **14-01-2025 15:00 - Ligação mãe/pai-filho**

**14-01-2025 15:00 - Determinar evolução da ligação mãe/pai-filho**

14-01-2025 15:00 - Avaliar evolução da ligação mãe-filho [1 vez /dia]

14-01-2025 15:00 - Avaliar evolução da ligação pai-filho [1 vez /dia]

**14-01-2025 15:00 - Promover ligação mãe/pai-filho**

14-01-2025 15:00 - Executar técnica de pele com pele

14-01-2025 15:00 - Planear a participação da mãe/pai nos cuidados

**14-01-2025 15:00 - Promover adesão da mãe/pai a estratégias promotoras de ligação mãe/pai-filho**

14-01-2025 15:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre promoção da ligação mãe/pai-filho: facilitador.

14-01-2025 15:00 - Consciencialização da mãe/pai sobre a relação entre a técnica de mãe-canguru e a ligação mãe/pai-filho: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

14-01-2025 15:00 - Consciencialização da mãe/pai sobre a relação entre a participação nos cuidados e a ligação mãe/pai-filho: facilitadora.

**14-01-2025 15:00 - Potencial da mãe/pai para melhorar**

**consciencialização da relação entre a técnica de pele com pele e a ligação mãe/pai-filho [RESOLVIDO] 15-01-2025 13:00**

14-01-2025 15:00 - Avaliar evolução da consciencialização da mãe/pai sobre a relação entre a técnica de pele com pele e a ligação mãe/pai-filho [Após executarem a técnica pele com pele] [FIM] 15-01-2025 13:00

15-01-2025 13:00 - Consciencialização da mãe/pai sobre a relação entre a técnica de mãe-canguru e a ligação mãe/pai-filho: facilitadora [MELHOROU].

14-01-2025 15:00 - Contratualizar com a mãe/pai experiência indutora da consciencialização [FIM] 15-01-2025 13:00

14-01-2025 15:00 - Analisar com mãe/pai a relação entre a técnica de pele com pele e a ligação mãe/pai-filho [Após executarem a técnica pele com pele] [FIM] 15-01-2025 13:00

14-01-2025 15:00 - Avaliar evolução da adesão da mãe/pai a estratégias promotoras de ligação mãe/pai-filho [Após indicadores de processo facilitadores]

**Comportamentos de ligação filho-mãe/pai**

14-01-2025 15:00

14-01-2025 15:00 - Comportamentos de vinculação: não procura atrair a presença do adulto com o choro, sorriso, balbuciar, olhar ou agitando os braços.

**14-01-2025 15:00 - Vinculação****14-01-2025 15:00 - Determinar evolução da vinculação**

*14-01-2025 15:00 - Avaliar evolução da vinculação [1 Vez /dia]*

15-01-2025 10:00 - Comportamentos de vinculação: não procura atrair a presença do adulto com o choro, sorriso, balbuciar, olhar ou agitando os braços [MANTEVE].

**14-01-2025 15:00 - Promover vinculação**

*14-01-2025 15:00 - Executar técnica de pele com pele*

*14-01-2025 15:00 - Planear a participação da mãe/pai nos cuidados*

**Desenvolvimento psicomotor**

14-01-2025 15:00

14-01-2025 15:00 - Desenvolvimento da postura e da motricidade global: sem sinais de alarme.

**14-01-2025 15:00 - Determinar evolução do desenvolvimento infantil**

*14-01-2025 15:00 - Avaliar evolução do desenvolvimento infantil [1 Vez /dia]*

15-01-2025 10:00 - Desenvolvimento da postura e da motricidade global: sem sinais de alarme [MANTEVE].

**Desenvolvimento físico**

14-01-2025 15:00

14-01-2025 15:00 - Peso: 1.78 Kg.

14-01-2025 15:00 - Percentil do peso: P(1).

14-01-2025 15:00 - Comprimento/Altura: 39.00 cm.

14-01-2025 15:00 - Percentil do comprimento: P(1).

14-01-2025 15:00 - Índice de massa corporal: 11.70 Kg/m<sup>2</sup>.

14-01-2025 15:00 - Percentil do índice de massa corporal: P(15).

**14-01-2025 15:00 - Crescimento****14-01-2025 15:00 - Determinar evolução do crescimento**

*14-01-2025 15:00 - Avaliar evolução do crescimento [3/3 dias]*

**Recém-nascido**

14-01-2025 15:00

**14-01-2025 15:00 - Recém-nascido****14-01-2025 15:00 - Determinar evolução do coto do cordão umbilical**

*14-01-2025 15:00 - Avaliar evolução do estado do coto do cordão umbilical [1 Vez/dia e em SOS]*

15-01-2025 10:00 - Estado do coto umbilical: em mumificação.

**14-01-2025 15:00 - Substituir mãe/pai nas atividades para satisfazer necessidades desenvolvimentais**

*14-01-2025 15:00 - Alimentar através de biberão [3/3h]*

*14-01-2025 15:00 - Dar banho [4/4 dias]*

*14-01-2025 15:00 - Executar cuidados de higiene oral [1 vez T em SOS]*

14-01-2025 15:00 - Trocar fralda [3/3h e em SOS]

14-01-2025 15:00 - Tratar do coto do cordão umbilical [1 x/dia e em SOS]

14-01-2025 15:00 - Vestir/despir

14-01-2025 15:00 - Implementar estratégias de promoção do sono

14-01-2025 15:00 - Implementar medidas de segurança

14-01-2025 15:00 - Implementar estratégias de promoção do desenvolvimento infantil

#### **14-01-2025 15:00 - Promover papel parental desenvolvimental: higiene e conforto**

14-01-2025 15:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre higiene do recém-nascido: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

14-01-2025 15:00 - Capacidade da mãe/pai para cuidar da higiene do recém-nascido: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

#### **15-01-2025 10:00 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre higiene do recém-nascido** [RESOLVIDO] 15-01-2025 13:00

15-01-2025 10:00 - Ensinar mãe/pai sobre higiene [FIM] 15-01-2025 13:00

15-01-2025 10:00 - Ensinar mãe/pai sobre higiene oral [FIM] 15-01-2025 13:00

15-01-2025 10:00 - Ensinar mãe/pai sobre vestuário [FIM] 15-01-2025 13:00

15-01-2025 10:00 - Ensinar mãe/pai sobre tratamento do coto do cordão umbilical [FIM] 15-01-2025 13:00

#### **14-01-2025 15:00 - Potencial da mãe/pai para melhorar capacidade para cuidar da higiene do recém-nascido** [RESOLVIDO] 14-01-2025 19:00

14-01-2025 15:00 - Avaliar evolução da capacidade da mãe/pai para cuidar da higiene do recém-nascido [Após instruir e treinar sobre trocar a fralda] [FIM]

14-01-2025 19:00

14-01-2025 19:00 - Capacidade da mãe/pai para cuidar da higiene do recém-nascido: facilitadora [MELHOROU].

14-01-2025 15:00 - Instruir mãe/pai a trocar fralda [Neste contacto] [FIM]

14-01-2025 19:00

#### **15-01-2025 10:00 - Potencial da mãe/pai para melhorar capacidade para cuidar da higiene do recém-nascido**

15-01-2025 10:00 - Instruir mãe/pai a dar banho

15-01-2025 10:00 - Instruir mãe/pai a cuidar da higiene oral

15-01-2025 10:00 - Instruir mãe/pai a tratar do coto do cordão umbilical

15-01-2025 10:00 - Treinar mãe/pai a dar banho

15-01-2025 10:00 - Treinar mãe/pai a tratar do coto do cordão umbilical

14-01-2025 15:00 - Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: higiene e conforto

15-01-2025 13:00 - Boa condição de higiene e asseio da criança.

15-01-2025 13:00 - Vestuário da criança adequado face às condições ambientais e antropométrica.

#### **14-01-2025 15:00 - Promover papel parental desenvolvimental: ingestão**

**nutricional**

14-01-2025 15:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre ingestão nutricional do recém-nascido: facilitador.

14-01-2025 15:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre extração conservação e uso do leite materno: facilitador.

14-01-2025 15:00 - Capacidade da mãe/pai para alimentar o recém-nascido: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

14-01-2025 15:00 - Capacidade da mãe/pai para extrair leite materno

14-01-2025 15:00 - Dispositivo: Bomba elétrica de extração de leite - facilitadora.

**14-01-2025 15:00 - Potencial da mãe/pai para melhorar capacidade para alimentar o recém-nascido** [RESOLVIDO] 14-01-2025 19:00

*14-01-2025 15:00 - Avaliar evolução da capacidade da mãe/pai para alimentar o recém-nascido [Após instruir e treinar a mãe/pai a alimentar através de biberão] [FIM] 14-01-2025 19:00*

14-01-2025 19:00 - Capacidade da mãe/pai para alimentar o recém-nascido: facilitadora [MELHOROU].

*14-01-2025 15:00 - Instruir mãe/pai a alimentar através de biberão [Neste contacto] [FIM] 14-01-2025 19:00*

*14-01-2025 15:00 - Treinar mãe/pai a alimentar através de biberão [Neste contacto] [FIM] 14-01-2025 19:00*

14-01-2025 15:00 - Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: ingestão nutricional [Após indicadores de processo facilitadores]

15-01-2025 13:00 - Boa condição do estado nutricional e de hidratação da criança.

**14-01-2025 15:00 - Promover papel parental desenvolvimental: sono/repouso**

14-01-2025 15:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre sono do recém-nascido: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

**14-01-2025 15:00 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre sono do recém-nascido** [RESOLVIDO] 14-01-2025 19:00

*14-01-2025 15:00 - Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre sono do recém-nascido [Próximo contacto] [FIM] 14-01-2025 19:00*

14-01-2025 19:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre sono do recém-nascido: facilitador [MELHOROU].

*14-01-2025 15:00 - Ensinar mãe/pai sobre sono [Neste contacto] [FIM] 14-01-2025 19:00*

14-01-2025 15:00 - Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: sono/repouso [Após indicadores de processo facilitadores]

15-01-2025 13:00 - Boa condição da qualidade e duração do sono da criança.

## 4.7. Especificação das intervenções

Avaliar evolução do crescimento

- Avaliar peso.

Estimular o reflexo de sucção

- Oferecer chupeta à Júlia quando acordada, com sinais de fome ou de irritabilidade/desconforto.

Executar técnica de pele com pele

- Planear com os pais, os momentos oportunos para efetuar contacto pele com pele;
- Executar a transferência da Júlia da incubadora para o colo dos pais, após terem sido prestados os cuidados, de forma a permitir que a Júlia usufrua deste contacto por um maior período sem ser interrompida;
- Gerir o ambiente de forma a que seja o mais confortável possível para o pais e o recém-nascido;
- Vigiar tolerância da Júlia ao contacto pele com pele.

Implementar estratégias de promoção do desenvolvimento infantil

- Utilizar posicionamentos promotores do conforto, em posição de flexão, com alinhamento pela linha média, com auxílio de suportes macios promovendo o desenvolvimento muscular da Júlia;
- Proteger os olhos da luz intensa, não só durante a fototerapia, mas durante qualquer prestação de cuidados, o escurecimento do ambiente propicia a abertura dos olhos;
- Limitar a intensidade e número de fontes de ruído: falar com tom de voz suave em conformidade com o estado, comportamento e necessidades manifestadas;
- Limitar quantidade e frequência da manipulação, promover organização comportamental e estimulação tátil positiva, com auxílio de materiais de contenção;
- Promover a sucção não nutritiva, durante a alimentação por gavagem pela sonda gástrica ou na realização de procedimentos dolorosos;
- Proteger o recém-nascido da hiperestimulação, através do planeamento de cuidados que promovam a organização e regulação do comportamento ( Pires, 2011; Marques et al., 2024).

Alimentar através de biberão

- Estabelecer um ritmo de 5-7 sucções, com pausas para descansar. Uso de tetina de baixo fluxo.
- Proceder à alimentação por biberão em lateral elevado (Neto, 2014).

Implementar medidas de segurança

- Travar as rodas da incubadora e manter as portas da incubadora fechadas;
- Testar o funcionamento do sistema de aspiração;
- Manter o insuflador manual ao alcance e testar o seu funcionamento;

- Colocar e manter a pulseira de identificação no recém-nascido.

Instruir mãe/pai a alimentar através de biberão

- Proceder à alimentação por biberão em lateral elevado;
- Estabelecer um ritmo de 5-7 sucções, com pausas para descansar/eructar. Uso de tetina de baixo fluxo (Neto, 2014).

Instruir mãe/pai a trocar fralda

- Planear o momento da mudança da fralda de forma a causar menor impacto no sono da Júlia;
- Preparar o material necessário: fralda, compressas de algodão, água tépida ou linimento;;
- Executar a troca da fralda com posicionamentos laterais, se possível;
- No caso de um recém-nascido do sexo feminino a limpeza da zona genital deve ser executada da frente para trás;
- Observar as características da urina e fezes, assim como o coto umbilical;
- Guardar a fralda removida, de forma a monitorizar a eliminação intestinal e urinária (Querido et al., 2020).

Implementar estratégias de promoção do sono

- Diminuir os estímulos sonoros, como os alarmes e o ruído ambiente;
- Diminuir a intensidade da luz e proteger a zona ocular quando não é necessário a utilização de uma luz mais intensa durante procedimentos;
- Colocar a proteção da incubadora de forma a diminuir a incidência da luz, após procedimentos;
- Agrupar os cuidados de enfermagem a realizar e minimizar a manipulação, sempre que possível, de forma a respeitar os ciclos de sono.
- Promover o posicionamento promotor de conforto, de preferência em posição de flexão, com alinhamento pela linha média (Correia & Lourenço, 2020).

Executar cuidados de higiene oral

- Executar a lavagem da boca e mucosas com leite materno ou água destilada (Çuvadar, 2024).

Ensinar mãe/pai sobre sono

- O sono para o recém-nascido pré-termo, é uma necessidade básica essencial pois desempenha um papel vital na manutenção da plasticidade cerebral, maturação do sistema nervoso central, consolidação da memória, aprendizagem, manutenção da energia, regulação térmica, fortalecimento da imunidade e promove a regulação hormonal , pelo que deve ser respeitado (Correia & Lourenço, 2020);
- Os recém-nascidos podem passar 17h a dormir (National Sleep Foundation, 2020);
- O sono dos recém-nascidos é dividido entre sono leve (REM) e sono profundo (não-REM) (Grigg-Damberger, 2016).
- Os cuidados ao recém-nascido devem ser agrupados de forma a minimizar as interrupções do sono (Correia & Lourenço, 2020);
- Estratégias promotoras e protetoras do sono do recém-nascido: Diminuir os estímulos luminosos e ruidosos. Optar pelo posicionamento promotor de conforto, de preferência em

posição de flexão, com alinhamento pela linha média dentro da incubadora (Correia & Lourenço, 2020).

Ensinar mãe/pai sobre tratamento do coto do cordão umbilical

- Realizar a limpeza do coto do cordão umbilical com soro fisiológico do topo para a base;
- Secar com uma compressa;
- Manter o coto umbilical seco, deve permanecer no exterior da fralda;
- Vigiar sinais inflamatórios: Presença de exsudado; rubor, calor edema (Pires, 2016).

Ensinar mãe/pai sobre higiene oral

- Realizar limpeza da boca e lábios com recurso a compressa de algodão e se possível leite materno, ou água destilada;

Ensinar mãe/pai sobre vestuário

- Adequar o vestuário à temperatura ambiente.

Ensinar mãe/pai sobre higiene

- Material necessário para o banho: Banheira, água (idealmente 37°C), gel de banho com ph neutro, compressas, toalha para envolver o recém-nascido e toalha para secar;
- Realizar a imersão da recém-nascida na água, mantendo-a sempre envolvida para proporcionar conforto e segurança;
- Proceder à limpeza pela seguinte ordem: rosto, cabeça, tronco, membros superiores, membros inferiores e por último genitais;
- Secar de preferência por partes e com a recém-nascida envolvida numa toalha de forma a realizar contenção dos membros (Pereira, 2013).

#### 4.8. Síntese relativa ao caso

A síntese relativa a este caso clínico está organizada em cinco aspetos que orientaram a conceção de cuidados e a ação perante a recém-nascida na unidade de neonatologia e os seus pais, nomeadamente as prioridades no planeamento de cuidados e os timings da avaliação do objetivo final, os contributos das intervenções face aos diagnósticos identificados, intencionalidades da parceria de cuidados e os contributos do tema de projeto na conceção de cuidados.

##### **Prioridades no planeamento dos cuidados e timings da avaliação dos objetivos finais:**

As prioridades desta conceção de cuidados, tendo em conta o contexto e as características da recém-nascida, diz respeito à melhoria da condição clínica da júlia e a estabilidade hemodinâmica, através da identificação e controlo de sinais e sintomas de possíveis complicações. A outra prioridade desta conceção é a promoção do papel parental, ajustado às necessidades específicas da júlia e dos próprios pais.

A Júlia e os seus pais foram alvo dos meus cuidados, durante dois turnos em dois dias consecutivos. A conceção de cuidados encontra-se explanada em quatro sessões, estas sessões representam apenas alguns momentos que ocorreram durante o contacto com a recém-nascida e os pais. As sessões criadas pretendem demonstrar a condição clínica, as necessidades da recém-nascida e a sua evolução, assim como as necessidades identificadas, relativas ao papel parental desenvolvimental e que foram alvo de intervenção, durante os cuidados.

Durante a primeira sessão, a recém-nascida encontrava-se no quarto dia de vida, sob fototerapia, em incubadora e a ser alimentada com leite materno, apenas parcialmente por sonda. Durante esta sessão, foram recolhidos dados e realizadas avaliações para diagnósticos relativos à condição da recém-nascida, nomeadamente a avaliação da consciência, sinais de dor, determinar evolução do reflexo de sucção, sistema respiratório, sistema cardiovascular, a deglutição, eliminação intestinal, eliminação urinária, integridade dos tecidos, temperatura corporal, o sono, comportamentos de ligação e vinculação e avaliação do desenvolvimento psicomotor relativamente ao desenvolvimento da postura e da motricidade global, avaliação do crescimento, assim como, a avaliação das necessidades desenvolvimentais a serem substituídas na ausência dos pais.

Foi também, nesta sessão, identificada a necessidade de reforçar a consciencialização dos pais relativamente à importância da técnica de contacto pele a pele, enquanto estratégia fundamental na promoção da vinculação entre pais e a recém-nascida. Esta técnica, potencia múltiplos benefícios fisiológicos e emocionais para os recém-nascidos, tais como a estabilização da frequência cardíaca e respiratória, termorregulação, melhora o sono assim como promove a eficácia da alimentação (Conde-Agudelo et al., 2016).

Neste caso, permitiu reduzir o impacto emocional da separação devido à hospitalização da recém-nascida, favorecendo o sentimento de proximidade e reforçando os laços entre os pais e a recém-nascida. Este contacto contribui para o reconhecimento mútuo, a familiarização com os sinais e comportamentos da bebé e o desenvolvimento da confiança no exercício do papel parental (Ludington-Hoe et al., 2008).

Ainda durante a primeira sessão, foram avaliadas capacidades inerentes ao papel parental desenvolvimental, em relação à higiene e conforto, particularmente em relação à troca da fralda, uma vez que se tratava de uma primeira filha e ainda não tinha existido oportunidade, pela instabilidade da recém-nascida, de executarem a troca da fralda, pelo que foram instruídos nesta sessão.

No momento da primeira sessão, a recém-nascida ainda se encontrava com o reflexo de sucção comprometido, sendo alimentada por biberão e outra parte pela sonda orogástrica, na segunda e terceira sessão, ainda mantinha a sonda mas não foi necessário administrar leite por sonda. Foram avaliados conhecimentos relativamente ao papel parental desenvolvimental em relação à

ingestão nutricional, que se mostraram facilitadores, uma vez que demonstraram conhecimentos sobre a ingestão nutricional e sobre extração conservação e uso do leite materno. No entanto, perante as dificuldades alimentares da Júlia, os pais ainda se mostravam inseguros na alimentação por biberão pelo que foram instruídos e treinados a alimentar a Júlia com o recurso a biberão nesta sessão.

O sono da júlia encontrava-se comprometido, pelo que os pais mostraram interesse em perceber o que estaria a dificultar o sono e que medidas eram possíveis de implementar perante este compromisso. Assim, foi avaliado o conhecimento relativamente ao sono/repouso do recém-nascido. Necessitava de ser melhorado, sendo o momento certo para intervir uma vez que coincidiu com um dos momentos de intervenção na júlia e os pais mostraram-se recetivos a receber informação.

A segunda sessão, que ocorreu no final do turno da tarde, onde foi suspensa a fototerapia. O reflexo de sucção foi novamente avaliado, uma vez que esta sessão coincidiu com o momento de alimentação, existindo uma melhoria. Nesta sessão, ocorreu também, após a instrução, a avaliação da capacidade de a mãe/pai executarem a troca da fralda e alimentarem a recém-nascida através de biberão. Foram validados conhecimentos relativamente ao sono/repouso após a aplicação da informoterapia na primeira sessão.

A terceira sessão, ocorreu no turno da manhã, no dia seguinte à primeira sessão, onde foram avaliados novamente todos os aspetos relativamente ao processo corporal da júlia.

Ainda na terceira sessão existiu a necessidade de ser novamente avaliado o conhecimento relativamente à higiene e conforto do recém-nascido e nesta sessão já foi considerado o momento oportuno para intervir, uma vez que os pais se mostraram disponíveis para receber informação, respetivamente em relação ao banho e ao tratamento do coto umbilical, uma vez que coincidia com o facto de a júlia tomar banho pela primeira vez fora da incubadora e na presença dos pais.

Na quarta e última sessão, que ocorreu no final do turno da manhã, onde foi removida a sonda orogástrica, uma vez que a júlia conseguia ser alimentada na totalidade pelo biberão e foi removida a júlia da incubadora, passando para um berço por apresentar estabilidade hemodinâmica. Nesta sessão foi avaliada a evolução do papel parental desenvolvimental inerente à higiene e conforto, ingestão nutricional, sono e repouso, uma vez que os indicadores de processo se encontravam facilitadores.

### **Contributos das intervenções face aos objetivos identificados:**

As terapêuticas de enfermagem reportam-se às intervenções que o enfermeiro implementa de forma intencional com o intuito de alcançar os objetivos delineados na conceção de cuidados.

Assim diferentes tipos de intervenções têm contributos específicos face aos objetivos determinados.

As intervenções do tipo “avaliar”, objetivaram a monitorização da evolução da condição dos diagnósticos identificados, estabelecendo uma ligação com as intervenções implementadas possibilitando assim o ajuste das intervenções. Nesta conceção de cuidados, permitiu identificar alterações em processos corporais que se encontravam alterados e permitiu simultaneamente avaliar a evolução do papel parental face às temáticas trabalhadas durante os dois dias de contacto.

A intervenções do tipo “executar” e “implementar”, dizem respeito a uma ação, permitiram retratar a prestação de cuidados diretos à Júlia, no sentido de melhorar a sua condição clínica e permitiram simultaneamente satisfazer as necessidades desenvolvimentais da recém-nascida, como exemplos estimular o reflexo de sucção, implementar estratégias de promoção do sono, executar técnica de pele com pele, alimentar através de biberão, entre outras.

Com o objetivo de aumentar o conhecimento dos pais e por sua vez, facilitar uma transição saudável face ao papel parental desenvolvimental, foi implementada informoterapia através de intervenções do tipo "ensinar", isto é, fornecer informação sistematizada sobre determinada temática (ICN, 2019), face aos aspetos higiene e conforto, sono, ingestão nutricional.

Existiu a necessidade de aquisição de novas capacidades, por parte dos pais, essenciais ao processo normativo desenvolvimental da recém-nascida, importou por isso implementar intervenções do tipo ensinar, instruir e treinar.

Relativamente aos dispositivos como sonda orgástica, cateter venoso periférico e a incubadora, existem intervenções associadas do tipo “otimizar” e “trocar”, estas ações estão diretamente relacionadas com o bom funcionamento e uso correto desses dispositivos, assegurando que continuem a ser utilizados de acordo com os seus objetivos.

As intervenções do tipo "executar o tratamento" são essenciais para garantir a integridade da pele à volta dos dispositivos, minimizando o risco de lesões cutâneas e outras complicações relacionadas ao uso prolongado dos mesmos.

### **Intencionalidade da parceria de cuidados:**

O internamento de um filho num serviço de neonatologia é, normalmente, vivenciado de uma forma difícil pelos pais, não só pelo nascimento prematuro do seu filho, mas também pelo grau de complexidade dos cuidados e do ambiente envolvente. Portanto, desenvolver a capacidade de trabalhar em parceria de cuidados, ao envolver os pais nos cuidados ao recém-nascido e permite-lhes desenvolver competências no âmbito do papel parental, deve ser uma responsabilidade por parte do EESIP.

Durante esta conceção de cuidados, os pais foram considerados parceiros nos cuidados com os objetivos de potenciar a evolução favorável e desenvolvimento positivo da recém-nascida, mas também com o objetivo de promover a autonomia no papel parental desenvolvimental.

O nível de participação nos cuidados foi de acordo com o interesse e a disponibilidade manifestada pelos pais, existiu negociação de cuidados, através da contratualização de experiências, onde foram definidos timings para a participação nos cuidados e determinadas quais as temáticas do foro desenvolvimental que os pais pretendiam melhorar o seu conhecimento.

Foi proporcionado o conhecimento, através da informoterapia e providenciado tempo e espaço para assimilarem informação e conseguirem colocar em prática. Dotar os pais de informação essencial para se sentirem seguros na participação dos cuidados necessários assim como conhecer melhor a condição clínica da Júlia.

### **Contributos do tema de projeto na conceção de cuidados:**

O sono desempenha um papel crucial no desenvolvimento físico e neurológico dos recém-nascidos, especialmente nos recém-nascido pré-termo, uma vez que enfrentam desafios únicos devido à imaturidade do sistema nervoso central e relativos ao internamento em ambientes hospitalares como as unidades de cuidados intensivos neonatais. O sono nos recém-nascidos pré-termo é facilmente influenciado por fatores biológicos e ambientais, sendo por isso considerado uma prioridade nos cuidados neonatais (Ward & Yasin, 2022).

As perturbações do sono no início da vida, podem causar não só desconforto ao recém-nascido, como também podem ter consequências a longo prazo, como défices cognitivos, dificuldades de atenção, maior suscetibilidade a doenças e alterações comportamentais e sociais. Reconhecendo a importância do sono no desenvolvimento dos recém-nascidos, é essencial priorizá-lo sempre que possível, adotando estratégias neuroprotetoras como parte integrante dos cuidados diários ao recém-nascido (Correia & Lourenço, 2020).

Nos recém-nascidos pré-termo, os ciclos de sono tendem a ser mais curtos e desorganizados em comparação aos bebés de termo. De acordo com a *American Academy of Sleep Medicine* (2018), o sono neonatal apresenta dois tipos, nomeadamente o sono ativo, o sono tranquilo e alguns autores defendem ainda a presença do sono indeterminado, que consiste na transição de um estágio de sono para outro.

O sono ativo (REM), representa a maior parte do tempo de sono nos recém-nascidos de pré-termo, cerca de 80%, comparativamente com os 50 % nos recém-nascidos de termo, isto porque este estágio de sono, encontra-se relacionado com maturação e desenvolvimento do sistema nervoso central (Anders, Keener & Kraemer, 2020) sendo essencial no desenvolvimento

dos prematuros. Os restantes 20 %, de tempo de sono, encontra-se dividido entre o sono tranquilo e o sono indeterminado. O sono tranquilo desempenha um papel fundamental na recuperação de energia e na reparação celular, promovendo, entre outros processos, o aumento da síntese proteica e a produção da hormona do crescimento. Contribui igualmente para a aprendizagem e para a consolidação da memória, sendo, por isso, essencial ao desenvolvimento físico e cognitivo (Barbeau & Weiss, 2017).

É importante referir que o sono ativo, caracteriza-se também pela presença de movimentos oculares rápidos, com respiração rápida e irregular, assim como é frequente a presença de movimentos corporais e faciais nesta fase de sono (Chora & Azougado, 2015).

Embora as unidades de neonatologia sejam indispensáveis para a sobrevivência dos recém-nascidos, o ambiente é frequentemente desafiador e imprevisível, marcado pela exposição constante à luz, elevados níveis de ruído e as intervenções frequentes e não programadas, podem comprometer o sono, prejudicando a recuperação da saúde do recém-nascido prematuro (Cordeiro & Carvalho, 2019).

A Júlia sendo uma prematura de 34 semanas, ainda não tem os seus ciclos de sono bem desenvolvidos. Encontrando-se numa unidade de neonatologia e sob tratamento de fototerapia, importa perceber como é o seu sono afetado e que atitudes são passíveis de promover a proteção do sono, de forma a favorecer o seu desenvolvimento.

Durante o contacto com a júlia foi perceptível a dificuldade que esta tinha em adormecer, principalmente durante o tratamento de fototerapia. Foi também um dos temas trabalhados com os pais durante a conceção de cuidados, uma vez que se demonstraram disponíveis para conhecer mais sobre o sono e de que forma pode ser potenciado.

A fototerapia, devido à sua luz intensa, pode reduzir a duração dos ciclos de sono, tornando-o mais superficial e facilmente interrompido. Isso pode levar a um aumento do tempo de vigília e agitação e menor tempo de sono profundo. Os recém-nascidos submetidos à fototerapia precisam de usar uma proteção ocular podendo, muitas vezes, tornar-se desconfortável influenciando a qualidade do sono (Cordeiro & Carvalho, 2019).

São diversos os fatores, que podem impactar de forma negativa o sono da recém-nascida durante o seu internamento na unidade de neonatologia, pelo que é importante adotar estratégias promotoras do sono. Estratégias essas que contam também com a parceria dos pais e que poderão ser implementadas, posteriormente, no regresso a casa.

As principais estratégias para a promoção e proteção do sono de um recém-nascido referenciadas e aplicadas foram:

- A gestão do ambiente, nomeadamente através da diminuição do ruído, os sons constantes de monitores, alarmes e conversas interferem na consolidação do sono e a diminuição da luz, através da utilização de luzes mais suaves, a restrição de luzes mais fortes apenas

para a realização de procedimentos que assim o exijam e a utilização de cobertas das incubadoras (Longini et al., 2021).

- A gestão dos cuidados, por forma a concentrar as manipulações do recém-nascido, sabe-se que a dor e o stress associado a procedimentos invasivos têm impacto negativo no sono, reduzindo os períodos de sono tranquilo e aumentando os episódios de vigília (Axelin, Salanterä & Lehtonen, 2006).
- A promoção do conforto do recém-nascido, nomeadamente através de técnicas de contenção, sucção não nutritiva e a técnica pele com pele. O contato pele a pele com os pais melhora a qualidade do sono e promove maior estabilidade fisiológica (Feldman et al., 2014).

O envolvimento dos pais no cuidado diário promove um ambiente mais acolhedor e está associado à melhoria do sono e do desenvolvimento global do bebé (Feldman et al, 2014).

Apesar da mãe da Júlia não querer amamentar, consegue extrair leite materno, foi por isso incentivada a manter esse hábito. O leite materno é considerado o melhor alimento para um recém-nascido por todos os benefícios que traz e um deles é que este inclui uma maior percentagem de melatonina, que tem um efeito hipnótico e relaxante, contribuindo para a melhoria do sono (Figueiredo et al., 2017)

Assim, a avaliação do sono ao longo de todo o internamento permite que sejam implantadas intervenções oportunas que preservem e melhorem a qualidade do sono da recém-nascida.



## 5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Nos cuidados de saúde, atualmente, ocorre uma maior exigência técnica e científica, sendo a especialização e diferenciação dos enfermeiros uma tendência cada vez mais real e necessária (Regulamento n.º 140, 2019).

O título de especialista confere ao enfermeiro o reconhecimento de que possui “competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade” (como citado no Decreto-Lei nº161, 1996, p.1).

Desta forma, este capítulo tem como objetivo descrever e refletir sobre as experiências do percurso formativo ao longo de todo o curso de MESIP, de forma particular nos ensinamentos clínicos e como estes contribuíram para o desenvolvimento das competências comuns e específicas do EESIP.

Este capítulo encontra-se dividido em duas partes. Inicia-se esta reflexão sobre a aquisição das competências delineadas para todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua especificidade clínica, denominadas de competências comuns que deverão ser expressas pela capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados, assim como por um suporte de formação, investigação e assessoria ao seu exercício profissional especializado (Regulamento n.º 140, 2019).

Posteriormente é feita uma reflexão sobre as competências específicas relativas ao Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica. Competências que pretendem dar resposta em diferentes áreas de intervenção, deter conhecimentos e habilidades para antecipar e responder às situações de emergência, avaliar a família e responder às suas necessidades da criança/adolescente e família ao longo de todo o ciclo de vida, nomeadamente no âmbito da adaptação às mudanças na saúde e dinâmica familiar (OE, 2018).

### **Competências comuns do enfermeiro especialista em enfermagem:**

As competências comuns são compostas por quatro domínios de competências, consideradas imprescindíveis durante o processo de especialização, nomeadamente o "domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; a melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais " (como citado no Regulamento n.º 140, 2019, p. 4745).

#### **• A: Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal:**

No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, a Ordem dos Enfermeiros preconiza que as competências do enfermeiro especialista tenham por base o conhecimento da ética e deontologia, na avaliação metódica das melhores práticas e nas preferências do cliente demonstrando assim um exercício seguro, profissional e ético (Regulamento n.º 140, 2019):

Para este domínio são impostas duas unidades de competências fundamentais, nomeadamente:

- A1. Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional;
- A2. Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Para facilitar a aquisição destas unidades de competências, considero que foi essencial adquirir conhecimento, nomeadamente através a unidade curricular de “Epistemologia e Ética de Enfermagem” durante o MESIP, uma vez que esta unidade permitiu uma maior compreensão dos fundamentos em que se baseia a prática de enfermagem, fornecendo desta forma uma base, para que fosse possível existir uma reflexão crítica sobre questões éticas e morais que possam surgir nos diferentes contextos de saúde.

De forma a adquirir estas competências tornou-se fundamental compreender e aplicar os princípios éticos elementares da enfermagem, conforme delineado no código deontológico dos enfermeiros. Este trata-se de um guia que orienta a prática, com enumeração dos deveres que devem ser considerados ao longo da prática profissional (OE, 2015).

Tendo presente a carta da criança hospitalizada, foram respeitados princípios como o direito à privacidade, acompanhamento familiar contínuo e participação nas decisões terapêuticas foram integrados na prática diária (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

Adapte os cuidados às necessidades específicas de cada criança, considerando fatores como idade, desenvolvimento cognitivo e contexto cultural, conforme preconizado pela Convenção sobre os Direitos da Criança (UNICEF, 1989).

Durante os ensinamentos clínicos, procurei sempre adotar uma postura empática, adaptando a minha comunicação à faixa etária e necessidades emocionais de cada criança. Compreendi a importância de respeitar os medos e inseguranças que demonstram, pelo que foi, nos vários contextos, prioritário criar um ambiente de confiança. Para isso recorri muitas vezes a estratégias lúdicas (brincadeiras, livros, música, televisão) e linguagem acessível, permitindo à criança sentir-se mais confiante e disponível para demonstrar os seus receios.

Atualmente, Portugal vive um período de forte imigração, acolhe famílias de diversas culturas que procuram melhores condições de vida (Observatório das Migrações, 2023)

Durante os ensinamentos clínicos deparei-me com várias situações em que procurei compreender essas culturas sem qualquer julgamento, promovendo assim um cuidado humanizado e mais

inclusivo, através da escuta ativa, respeitando crenças, hábitos e formas de expressão das famílias imigrantes. A barreira da comunicação foi sem dúvida um entrave, mas tentei utilizar uma linguagem simples e acessível, procurei um equilíbrio entre o que é considerado o melhor para a criança e o que é normativo para a outra cultura, respeitando assim as crenças e as necessidades de cada criança e família.

Durante o ensino clínico na unidade de neonatologia, deparei-me com uma situação particularmente desafiante. Acompanhei uma família originária do Brasil que demonstrava resistência em autorizar o início do plano nacional de vacinação do recém-nascido. Esta relutância prendia-se com motivos de ordem religiosa, sustentados pela crença de que a proteção da criança deveria advir exclusivamente da fé e da intervenção divina, rejeitando, por isso, qualquer interferência médica preventiva considerada “desnecessária” à luz das suas convicções.

Perante esta situação, assumi uma postura de escuta ativa e empatia, procurando compreender o contexto das suas preocupações, evitei impor uma resposta imediata, preferindo estabelecer primeiro uma relação de confiança. Através de uma comunicação clara, simples e respeitosa, procurei esclarecer os benefícios das vacinas na prevenção de doenças potencialmente graves e irreversíveis, reforçando a importância da proteção precoce num momento em que o sistema imunitário da criança ainda se encontra insuficiente.

Tentei também desmistificar algumas das ideias erróneas associadas à vacinação, percebendo que parte da resistência advinha de informações circuladas na comunidade religiosa da qual faziam parte. Percebi que a oposição à vacinação, quando enraizada em valores espirituais e/ou culturais, exige mais do que apenas argumentos científicos, requer também empatia, tempo e diálogo para que os pais consigam construir uma decisão informada.

Uma vez que é um direito o acesso à informação, durante o estágio de natureza profissional, respondi às dúvidas de forma clara, respeitando o nível de compreensão da criança e dos pais, procurei também perceber qual a necessidade de informação e quais seriam os melhores momentos para receberem a informação.

Os profissionais de enfermagem que cuidam de crianças/adolescentes devem procurar um equilíbrio eficaz entre a responsabilidade profissional e a parental, seguindo um modelo de trabalho colaborativo que envolve o enfermeiro, a criança e a sua família. Esse modelo é pautado pelos princípios da dignidade e do respeito (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

Considerando que a criança tem o direito de estar acompanhada por quem lhe é significativo, incentivei de forma consistente a presença dos pais ou cuidadores em todos os contextos e momentos de intervenção, realçando os múltiplos benefícios associados à sua participação ativa.

Com este propósito, procurei implementar a parceria de cuidados, baseada na comunicação, na escuta ativa, na compreensão e na tomada de decisões partilhada. A presença dos pais/cuidadores permite reduzir o impacto negativo da hospitalização, ajuda a criança a sentir-se mais protegida, reduzindo níveis de ansiedade, medo e dor, e favorece uma maior adesão aos cuidados necessários. Além disso, esta proximidade proporciona um ambiente mais estável e previsível, essenciais para o bem-estar e desenvolvimento da criança durante a hospitalização.

A presença dos pais ou pessoa significativa é possível em todos os contextos onde estagiei, com exceção dos períodos associados às passagens de turno na unidade de neonatologia, com o objetivo de manter a privacidade da informação partilhada entre os profissionais.

A carta da criança hospitalizada defende que as agressões físicas ou emocionais assim como a dor devem ser reduzidas ao mínimo (Ordem dos enfermeiros, 2008). Este aspeto foi considerado prioritário em todos os contextos de saúde em que estive presente. A dor deve ser avaliada de forma constante e valorizada, adequando assim estratégias não farmacológicas e farmacológicas quando necessário.

O meio hospitalar pode ter consequências negativas para a criança, pelo que esta tem o direito a um ambiente adequado e humanizado por forma a que esse impacto seja diminuído. A título de exemplo, durante os ensinamentos clínicos especialmente em épocas festivas como a páscoa e o natal, incentivei as equipas para a decoração dos serviços e o desenvolvimento de atividades recreativas (exemplos: pinturas faciais, desenhos, jogos, música) com as crianças internadas, por forma a criar memórias positivas durante a presença das mesmas nos diversos serviços.

O princípio da autonomia foi particularmente relevante durante a prática clínica, com a importância de reconhecer a autonomia da criança/adolescente e família, admitindo o seu direito à autodeterminação e à tomada de decisões informadas sobre a sua saúde e cuidados, de acordo com a sua condição, compreensão e cultura.

Destaco exemplos que ilustram o princípio da autonomia durante os ensinamentos clínicos. No internamento de pediatria médica, uma adolescente de 13 anos com doença celíaca, encontrava-se internada devido a alterações gastrointestinais e otimização da dieta. Durante as refeições, demonstrava resistência em seguir a dieta isenta de glúten, sentindo-se frustrada com a restrição alimentar. Por este motivo, envolvi-a ativamente na escolha dos alimentos que se encontravam disponíveis dentro das suas limitações, garantindo que participasse na gestão da sua própria condição.

Durante o estágio na unidade de Neonatologia, o princípio da autonomia revelou-se essencial na relação com os pais, especialmente no envolvimento destes nos cuidados prestados ao recém-nascido. Os pais mostravam-se inseguros e receosos quanto à sua capacidade de participar nos cuidados do recém-nascido, acreditando que o estado clínico exigia exclusivamente a intervenção dos profissionais de saúde. Desta forma, procurei respeitar a autonomia dos pais,

explicando-lhes que, apesar da condição clínica do bebé, poderiam desempenhar um papel ativo nos seus cuidados ao seu filho de forma gradual e respeitando os seus limites e receios.

Na prática de enfermagem, é fundamental reconhecer que a criança não possui capacidade legal para conceder consentimento, sendo esse direito reservado aos seus representantes legais. No entanto, sempre que possível, deve ser respeitada a sua autonomia, considerando a sua vontade e participação nas decisões relativas à sua saúde. De acordo com a Convenção sobre os Direitos da Criança, a criança tem o direito de expressar a sua opinião sobre todas as questões que a afetam, devendo essa opinião ser tida em conta de acordo com a sua idade e maturidade (Nações Unidas, 1989).

O princípio da beneficência foi aplicado na priorização de intervenções que maximizassem o bem-estar e a recuperação da criança/adolescente. Exemplo da aplicação deste princípio foi uma situação ocorrida no serviço de urgência onde perante uma intoxicação medicamentosa, não assumida de uma adolescente, a prioridade foi intervir na diminuição dos efeitos da medicação ingerida através da lavagem gástrica. Durante todos os procedimentos nunca foi feito nenhum julgamento, aplicando-se assim também o princípio da não maleficência, onde se evitou causar danos, tanto físicos quanto psicológicos e procurou-se sempre minimizar os riscos associados aos cuidados de enfermagem.

O princípio da não maleficência foi posto em prática em todos os contextos e de forma constante. A título de exemplo, no ensino clínico decorrido na unidade de neonatologia, onde se procurou sempre agrupar os cuidados aos recém-nascidos de forma a promover o seu desenvolvimento, evitando assim provocar stress, respeitando também os seus ciclos de sono.

Enquanto futura enfermeira especialista em saúde infantil e pediátrica, a aplicação do princípio da justiça e equidade na prática clínica exige um compromisso com a prestação de cuidados justos, adaptados às necessidades individuais de cada criança, independentemente da sua origem, condição socioeconómica, cultural ou religiosa. Em conjunto com a equipa multidisciplinar, é possível garantir um atendimento inclusivo e equitativo através de diversas estratégias. Exemplo de situações ocorridas durante o ensino clínico ocorrido no internamento de pediatria médica, em que em casos de crianças de famílias em situação de vulnerabilidade económica, através da parceria com a assistente social foi garantido o acesso a programas de apoio, fornecimento de equipamentos adequados à necessidade da criança e a continuação de um acompanhamento à criança e família.

A confidencialidade e privacidade foi rigorosamente observada e respeitada em todos os contextos clínicos. Durante os estágios, lidei com informações sensíveis, como diagnósticos de doenças crónicas ou situações familiares complexas, que exigiram uma maior descrição e respeito pela privacidade dos clientes e suas famílias, pelo que em nenhum momento compartilhei informações clínicas fora do contexto profissional.

Durante o ensino clínico ocorrido na urgência pediátrica, uma adolescente de 16 anos, que se identifica com um género diferente do atribuído à nascença, recorre ao serviço de urgência pediátrica por lombalgia. Está acompanhada pela mãe, que insiste em usar o nome de registo da adolescente, enquanto esta demonstra desconforto e pede para ser tratada pelo seu nome escolhido. Procurei desta forma durante a triagem, proporcionar um ambiente seguro e reservado para que a adolescente se pudesse expressar livremente e tentei explicar-lhe que a informação partilhada será mantida confidencial, salvo em situações em que a sua segurança esteja em risco. Durante os cuidados foi usado o nome escolhido pela mesma e identificada com pronomes identificativos do sexo com o qual se identificava. A privacidade foi também respeitada, não expondo a adolescente a situações que a pudessem deixar desconfortável.

Foi assegurada a confidencialidade e a segurança da informação escrita e não identificação dos clientes na conceção de cuidados apresentada nos planos de cuidados, reforçando a aquisição das competências neste domínio.

• **B: Domínio da melhoria contínua da qualidade:**

No domínio da melhoria contínua da qualidade, a ordem dos enfermeiros, considera que o enfermeiro especialista colabora na "conceção e operacionalização de projetos institucionais na área da qualidade, na avaliação da qualidade das práticas e na sua eventual revisão, bem como na implementação de programas de melhoria contínua, com o objetivo de atingir um ambiente terapêutico e seguro" (como citado no Regulamento n.º 140, 2019, p.4747):

Para este domínio são impostas três unidades de competências fundamentais, nomeadamente:

- B1. Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;
- B2. Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua;
- B3. Garante um ambiente terapêutico e seguro.

Ter presente os padrões de qualidade recomendados pela Ordem dos Enfermeiros (2001), nomeadamente a satisfação dos clientes, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, a readaptação funcional e a organização dos serviços de enfermagem. Assim como seguir os guias orientadores disponibilizados pela Ordem dos Enfermeiros, aliados aos protocolos de procedimentos das instituições onde decorreram os ensinamentos clínicos que foram essenciais para aprofundar a compreensão da prática de enfermagem e garantir que intervenções fossem devidamente sustentadas por princípios científicos e técnicos devidamente validados.

A aplicação e compreensão destas diretrizes permitiu-me não só executar procedimentos de forma segura e eficaz, mas também compreender a fundamentação teórica e a evidência científica que os sustenta.

No contexto clínico, estas competências podem traduzir-se em iniciativas que visam otimizar procedimentos, implementar melhores práticas baseadas em evidências mais atuais e promover a segurança do cliente (Danno et al., 2021). Durante o Módulo I, nomeadamente no ensino clínico que decorreu no internamento de pediatria médica, tive oportunidade de colaborar com a tutora na concretização de uma proposta de protocolo sobre estratégias que reduzem o erro na administração de medicação em crianças hospitalizadas, onde foram descritas intervenções e estratégias que o enfermeiro deve adotar antes e posteriormente a administração de medicação.

Este ensino clínico coincidiu com o dia da higienização das mãos pelo que durante este colaborei com a tutora na organização do dia, foram elaborados panfletos, cartazes e programados jogos para a promoção da consciencialização das crianças e pais para a importância da lavagem das mãos, promovendo assim o cumprimento de práticas seguras no controlo de infeção.

Tendo em vista a melhoria contínua dos cuidados de saúde, é fundamental que cada enfermeiro assuma um compromisso com a atualização constante da sua prática clínica. Para além de beneficiar diretamente os clientes, este processo contribui também para a valorização e reconhecimento da enfermagem, reforçando o papel do enfermeiro como um profissional qualificado e detentor de conhecimentos atualizados.

Enquanto aluna de mestrado, torna-se essencial não apenas absorver conhecimento, mas também questionar, investigar e contribuir para a divulgação da evidência científica mais atual. Assim, a passagem pelos diferentes contextos de estágio não deve ser vista apenas como uma oportunidade de aprendizagem individual, mas também como um espaço de partilha de conhecimentos.

Com o objetivo da promoção do bem-estar do cliente recém-nascido durante os vários ensinamentos clínicos foram aproveitados momentos de reunião para a discussão em equipa sobre aspetos relacionados com a promoção do sono do recém-nascido. A título de exemplo, durante o ensino clínico decorrido no serviço de urgência pediátrica foram discutidos aspetos que são postos em prática e outros que poderiam ser melhorados, de forma a contribuir para a promoção do sono. Este contexto torna-se especialmente difícil por se tratar de um ambiente hospitalar em que a prioridade é a resolução da condição de doença aguda e o sono pode ser prejudicado devido aos estímulos como presença de ruídos, luzes intensas e movimentação constante. Senti que com este grupo de enfermeiros, onde o sono foi um aspeto discutido, ficaram sensibilizados para a importância do sono para a recuperação e desenvolvimento da criança, assim como para a adoção de estratégias mais eficazes neste ambiente hospitalar.

Em todos os contextos clínicos onde estagiei, tive a oportunidade de participar nas passagens de turno, um momento essencial para garantir a continuidade e a segurança dos cuidados prestados. As passagens de turno permitiram-me não apenas receber e transmitir informações

sobre o estado clínico das crianças e sobre as intervenções realizadas, mas também contribuir para a análise e melhoria dos cuidados prestados. A passagem de turno revelou-se muitas vezes um espaço de partilha e reflexão, onde se discutiam e questionavam decisões clínicas, estratégias e intervenções, levando muitas vezes à identificação de oportunidades de melhoria. Além disso, ao passar o turno permitiu-me trabalhar a comunicação e perceber a necessidade de organização da informação e das próprias equipas, nomeadamente a importância de transmissão de informações de forma clara, objetiva e estruturada para evitar falhas na continuidade dos cuidados.

### **C. Domínio da gestão dos cuidados:**

No domínio da gestão dos cuidados, segundo a Ordem dos Enfermeiros, "o enfermeiro especialista realiza a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas. Deve também adequar os recursos existentes às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança mais adequado à garantia da qualidade dos cuidados" (como citado no Regulamento n.º 140, 2019, p. 4748):

Para este domínio são impostas duas unidades de competências fundamentais, nomeadamente:

- C1. Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde;
- C2. Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.

A gestão dos cuidados constitui um dos domínios da prática do enfermeiro especialista, assumindo um papel determinante na organização e supervisão das equipas de enfermagem, nomeadamente na distribuição eficaz de recursos humanos e materiais e na garantia da continuidade e qualidade dos cuidados prestados.

No internamento de pediatria médica, na unidade de neonatologia e no serviço de urgência pediátrica existe um enfermeiro(a) gestor(a) que garante a supervisão da unidade, no entanto, por turno, existe um enfermeiro responsável que assume o papel de líder de equipa. Durante os ensinamentos clínicos tive oportunidade de ter como tutoras enfermeiras especialistas em saúde infantil e pediátrica que eram responsáveis de turno, por este motivo tive a oportunidade de desenvolver esta competência através da observação e discussão sobre o funcionamento das equipas de enfermagem.

A gestão de cuidados implica a elaboração do plano de trabalho dos enfermeiros, garantindo uma distribuição equitativa dos clientes, respeitando as dotações seguras e os princípios de continuidade de cuidados, sempre que possível, onde o mesmo enfermeiro acompanhava a criança em turnos consecutivos, permitindo a construção de uma relação terapêutica e uma maior compreensão sobre as suas necessidades e o princípio da rotatividade, assegurando que os enfermeiros contactam com diferentes clientes e patologias, promovendo assim o

desenvolvimento profissional.

Além disso, a gestão de recursos materiais revelou-se um aspeto essencial em todos os contextos, contribuindo para a manutenção dos stocks de materiais clínicos e farmacêuticos, assegurando que as necessidades de cada unidade eram satisfeitas sem desperdício ou falhas.

A gestão de cuidados no contexto da urgência pediátrica tem início no processo de triagem, um momento crucial para a organização do serviço e a priorização dos atendimentos. Habitualmente, a função de triagem é desempenhada por um enfermeiro especialista em enfermagem em saúde infantil e pediátrica, cuja experiência e conhecimentos permitem uma melhor avaliação da situação clínica de cada criança/ adolescente.

Durante o ensino clínico no serviço de urgência pediátrica, tive a oportunidade de realizar diversos turnos na triagem, aprofundando a compreensão sobre a sua importância na organização dos cuidados e na eficiência do serviço. Este processo assegura que os casos mais urgentes recebem cuidados imediatos, enquanto os restantes são encaminhados de forma organizada e segura, garantindo igualdade no acesso aos cuidados e otimização dos recursos disponíveis.

Outro aspeto fundamental, na gestão de cuidados no serviço de urgência pediátrica, diz respeito à delegação de tarefas, especialmente num serviço onde a tomada de decisão deve ser rápida e fundamentada. Através da observação e discussão com a tutora, compreendi a importância de uma delegação de tarefas criteriosa, uma vez que é expectável que a delegação respeite as capacidades de cada profissional, evitando sobrecarga de trabalho e assegurando a segurança do cliente.

Na unidade de neonatologia, particularmente nos cuidados intensivos neonatais, a gestão dos cuidados envolve não apenas a coordenação da equipa, mas também a negociação com as equipas médicas, assistentes operacionais, outros profissionais de saúde envolvidos e os pais presentes, com o objetivo de otimizar a prestação de cuidados em função do bem-estar do recém-nascido. Desta forma, tive a oportunidade de acompanhar e participar na organização do trabalho de enfermagem em parceria com os outros profissionais de saúde, de forma a agrupar procedimentos, minimizando as manipulações excessivas dos recém-nascidos. Este planeamento revelou-se essencial para a melhoria da qualidade dos cuidados e para a recuperação e desenvolvimento saudável dos recém-nascidos.

Na unidade de cuidados à comunidade, tive a oportunidade de colaborar e participar com a minha tutora na realização de sessões de educação para a saúde dirigidas aos pais e na execução de planos individuais de saúde. Estas atividades revelaram-se fundamentais não apenas para a transmissão de conhecimento, mas também para o desenvolvimento de competências relativas à gestão da informação e da comunicação. A participação nestes projetos permitiu-me compreender a importância de adaptar a linguagem e os conteúdos às

necessidades e especificidades de cada criança/família, garantindo que a informação transmitida fosse acessível e compreendida. Além disso, o envolvimento nas sessões proporcionou a oportunidade de aperfeiçoar a gestão dos recursos didáticos e materiais necessários, bem como a planeamento e organização das sessões, assegurando que decorressem de forma estruturada e sem falhas.

#### **D. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais:**

No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, a ordem dos enfermeiros preconiza que o enfermeiro especialista deve demonstrar capacidade de autoconhecimento, identificando as características que podem comprometer o estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Também é implícito que as tomadas de decisão por parte do enfermeiro especialista sejam baseadas em conhecimento válido, atual e pertinente (Regulamento n.º 140, 2019):

Para este domínio são impostas duas unidades de competências fundamentais, nomeadamente:

- D1. Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;
- D2. Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.

O percurso ao longo do mestrado permitiu o desenvolvimento competências emocionais e relacionais, no entanto destaco os estágios como uma grande experiência neste âmbito. Deparei-me com situações de grande complexidade emocional, que desafiaram a minha capacidade de gerir sentimentos e emoções, bem como a necessidade de atuar com serenidade e precisão em momentos mais críticos. O contacto direto com os clientes pediátricos e suas famílias permitiu-me compreender a importância da gestão emocional no sentido de estabelecer relações terapêuticas eficazes, promovendo um ambiente seguro e acolhedor para a criança, adolescentes, pais ou cuidadores.

Assim sendo, o autoconhecimento torna-se numa ferramenta que possibilita otimizar as intervenções de enfermagem, uma vez que ao reconhecer as nossas características é possível compreender de que forma estas podem impactar a relação com os clientes e os colegas, garantindo que as nossas características não interferem negativamente na tomada de decisões clínicas e na relação interpessoal.

Durante um turno na unidade de cuidados intensivos neonatais, acompanhei um momento em que a equipa médica teve de comunicar aos pais um prognóstico reservado do seu recém-nascido. Esta experiência levou-me a refletir sobre o impacto emocional da informação transmitida e a necessidade de manter uma postura assertiva, empática e ao mesmo tempo profissional. Foi para mim um momento difícil, no entanto considero que foi essencial gerir as minhas emoções para conseguir proporcionar apoio adequado aos pais posteriormente a esta notícia.

No estágio em internamento pediátrico, acompanhei crianças submetidas a procedimentos

invasivos e dolorosos. Esta experiência revelou-se emocionalmente exigente, uma vez que foi necessário gerir a minha resposta emocional ao sofrimento da criança, assegurando que a minha postura transmitia tranquilidade, confiança e segurança, fundamentais para minimizar o medo e ansiedade sentida pela criança. Paralelamente, a comunicação com os pais revelou-se um aspeto crucial, uma vez que a sua ansiedade e preocupação podiam influenciar a experiência da criança. Assim, adotei uma abordagem assertiva e empática, explicando de forma clara a necessidade dos diversos procedimentos, esclarecendo dúvidas e incentivando a sua participação no conforto e suporte emocional dos seus filhos.

Ao longo da parte teórica do mestrado e dos diferentes estágios clínicos, foram várias as vezes em que foi necessário aprofundar o conhecimento sobre determinadas patologias, conceitos e terapêuticas de enfermagem. A procura pela melhor evidencia foi um processo presente desde o início do mestrado, pelo que ao longo do percurso o compromisso com a pesquisa contínua permitiu adquirir competências relativamente à qualidade das pesquisas e permitiu simultaneamente perceber a importância da constante atualização do conhecimento na área de enfermagem.

A passagem pelos diferentes campos de estágio exigiu um conhecimento mais aprofundado sobre as patologias mais comuns de cada contexto. Para tal, foi essencial investir na pesquisa e atualização de conhecimento, não apenas no que diz respeito às doenças predominantes em cada cenário, mas também referente aos domínios dos dispositivos médicos, medicação e intervenções de enfermagem mais adequadas.

No âmbito do projeto que nos acompanhou desde o segundo semestre, a pesquisa centrou-se numa abordagem mais profunda sobre o sono no recém-nascido, permitindo compreender a sua importância para o desenvolvimento infantil e as estratégias mais eficazes para a promoção de um padrão de sono saudável no meio hospital e no domicílio.

Destaco ainda a experiência adquirida durante o ensino clínico na unidade de cuidados à comunidade, onde tive a oportunidade de elaborar planos individuais de saúde, adaptados às necessidades das crianças, família e escola, desde diagnósticos mais comuns, como diabetes inaugural e epilepsia, mas também a patologias menos frequentes, como surdez neurossensorial e síndrome de Brugada. A complexidade destas situações exigiu momentos de investigação, fundamentais para garantir uma intervenção informada, atualizada, eficaz e centrada nas necessidades específicas das crianças.

Para garantir que a informação prestada fosse precisa, atualizada e baseada na melhor evidência científica, foi essencial recorrer a fontes devidamente credíveis e fundamentadas. A utilização de livros especializados, artigos científicos e protocolos permitiram sustentar as intervenções com base no conhecimento mais recente e validado na área da enfermagem de saúde infantil e pediátrica.

A pesquisa foi realizada em bases de dados científicas reconhecidas, como PubMed, Scielo e CINAHL, que disponibilizam artigos revistos por pares e estudos relevantes para a aplicação na prática clínica. Além disso, foram consultados websites de instituições portuguesas e internacionais como a Direção-Geral da Saúde (DGS), a Ordem dos Enfermeiros (OE) a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a UNICEF, que fornecem informações baseadas na evidência para a prestação de cuidados à criança e à família.

### **Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica:**

Durante a concretização do mestrado ademais da aquisição das competências comuns do enfermeiro especialista, espera-se que adquira competências específicas relacionadas à sua área de especialidade (Regulamento n.º 140, 2019).

Estas referem-se ao conjunto de habilidades, conhecimentos e aptidões necessários para desempenhar funções específicas de forma eficaz e segura numa área em particular (Regulamento n.º 422, 2018).

A ordem dos enfermeiros preconiza que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica adquira durante a formação as seguintes competências específicas (Regulamento n.º 422, 2018):

- Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde.
- Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade.
- Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem

#### **E1. Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde:**

Considerando o binómio indissociável criança/família, segundo a ordem dos enfermeiros, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica deve conseguir estabelecer uma parceria de cuidados promotora da saúde e da parentalidade nos diversos contextos de saúde, ao longo das diversas fases da infância a adolescência (Regulamento n.º 422, 2018).

Esta competência encontra-se dividida em duas unidades de competência, nomeadamente:

- E1.1. 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;
- E1.2. Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem.

A utilização do Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey nos diferentes contextos clínicos revelou-se fundamental para promover a autonomia da criança e, simultaneamente, promover o

papel parental, tanto na prestação de cuidados como na tomada de decisão relacionada à saúde e ao bem-estar da criança/adolescente (DGS, 2013).

Durante o ensino clínico na unidade de neonatologia, senti que foi fundamental fornecer apoio emocional e, também apoio instrutivo aos pais, capacitando-os para desempenharem um papel ativo nos cuidados ao recém-nascido. Através da implementação de intervenções do tipo ensinar, treinar e informar, centradas nos procedimentos necessários ao cuidado do recém-nascido, foi possível promover uma parentalidade mais segura e confiante, reduzindo o impacto negativo deste momento crítico e com os objetivos de promover a independência, antecipar o momento de regresso a casa e promover o desenvolvimento saudável do recém-nascido.

No serviço de urgência pediátrica, a presença e participação dos pais revelou-se essencial, funcionando como um fator facilitador da adaptação da criança/adolescente à condição que motivou a ida ao serviço de urgência e na adesão ao plano terapêutico, tanto no meio hospitalar como posteriormente no domicílio. A informação prestada aos pais e a promoção da sua capacitação através de melhores conhecimentos, permite que desenvolvam uma melhor gestão da saúde da criança/adolescente. A título de exemplo, foram frequentes os casos em que foram realizados ensinamentos sobre a gestão da hipertermia, administração de inaladores e sobre motivos de alerta que devem motivar o regresso ao serviço de urgência.

Durante o segundo momento de estágio, na unidade de cuidados à comunidade, que coincidiu com o pico das infeções respiratórias, participei numa sessão de promoção para a saúde, onde foram abordados temas como prevenir as infeções respiratórias e os cuidados a ter em crianças até um ano de idade. Identicamente, durante as sessões do curso de massagem infantil em que participei, existia sempre um momento dedicado à informoterapia, onde eram abordados ensinamentos sobre o sono, choro, cólicas, cuidados de higiene e desenvolvimento infantil, informações que poderiam ter um grande impacto na saúde da criança.

Durante a minha experiência em saúde escolar, tive a oportunidade de participar em sessões de educação para a saúde destinadas a crianças em idade pré-escolar, que estavam a ser implementadas pela equipa do local onde realizei o estágio. Estas sessões focavam-se na higiene oral, um tema fundamental para a promoção da saúde infantil e para a prevenção de problemas dentários.

Segundo o Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais (2018), cerca de 47% das crianças aos 6 anos apresentam cáries dentárias, percentagem que diminui progressivamente com a implementação de programas preventivos.

O principal objetivo destas sessões consistia em promover a adesão das crianças à escovagem dos dentes. Para isso, foram utilizadas metodologias lúdicas, como contar histórias e/ou canções alusivas ao tema e demonstrações práticas com modelos dentários, de forma a captar a atenção das crianças e tornar o processo de aprendizagem mais envolvente. Além disso, foram

transmitidas orientações simples e adaptadas à faixa etária, como a importância da escovagem dos dentes pelo menos duas vezes ao dia, a escolha de uma escova adequada, a utilização de pasta com valores adequados de fluor e a necessidade de supervisão por parte dos cuidadores. Esta experiência permitiu-me compreender a importância da prevenção em saúde oral desde cedo e o impacto positivo que a educação para a saúde pode ter na adoção de hábitos saudáveis.

Durante o estágio no internamento pediátrico, deparei-me com um caso de suspeita de abuso sexual. Foi, sem dúvida, um desafio que exigiu uma abordagem multidisciplinar, na qual toda a equipa se reuniu para discutir as melhores estratégias a adotar. Esta experiência permitiu-me desenvolver uma visão mais clara sobre como atuar em situações de grande vulnerabilidade, compreendendo o impacto que a hospitalização e a conduta dos profissionais podem ter na proteção e promoção de bem-estar da criança.

Ainda durante o estágio no internamento pediátrico, deparei-me com dois casos de lactentes internados devido à Shaken Baby Syndrome (SBS). Felizmente, ambas as crianças não tiveram consequências graves, no entanto não diminuí a gravidade da situação, uma vez que se trata de uma forma de maus-tratos e que estas podem ter consequências graves e permanentes para a criança.

A Síndrome de baby shaken ocorre quando recém-nascido/lactente é violentamente abanado, geralmente em momentos de frustração ou desespero por parte dos cuidadores. Devido à imaturidade do seu sistema neurológico e à fragilidade dos músculos na zona cervical, o movimento provoca uma aceleração e desaceleração rápida do cérebro dentro do crânio, podendo resultar em lesões cerebrais graves, hemorragias intracranianas, lesões da retina e, em casos mais graves, provocar a morte (Mian et al., 2015).

Embora, nestes dois casos específicos, os lactentes não tivessem aparentemente consequências graves, é importante reconhecer que nem sempre os efeitos são imediatamente perceptíveis. Algumas crianças podem desenvolver défices cognitivos, dificuldades de aprendizagem e epilepsia ao longo do seu desenvolvimento causados pela síndrome.

Este exemplo, permitiu-me refletir sobre como a prevenção é uma responsabilidade dos profissionais de saúde, particularmente dos enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde Infantil e pediátrica. A educação para saúde e para a parentalidade, assume um papel crucial na prevenção de maus-tratos, uma vez que ao capacitar os pais e cuidadores, para reconhecerem precocemente sensações de stress e frustração, compreendam que o choro excessivo nos primeiros meses é um comportamento expectável, pode ter impacto na redução dos maus-tratos infantis (DGS, 2019).

## **E2. Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade:**

Segundo a Ordem dos Enfermeiros, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil

e Pediátrica deve "mobilizar os recursos de forma oportuna, cuidar da criança/jovem e família em situações de particular exigência, através da utilização de diversas abordagens e terapias" (como citado no Regulamento n.º 422, 2018, p.19193).

Esta competência encontra-se dividida em cinco unidades de competência, nomeadamente:

- E2.1. Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados;
- E2.2. Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas;
- E2.3. Responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados;
- E2.4. Providencia 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;
- E2.5. Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade.

Ao cuidar da criança/jovem e família, o enfermeiro especialista, deve estar apto para o reconhecimento imediato de uma urgência, situação clínica de instalação súbita com risco de estabelecimento de falência de funções vitais, e/ou emergência, quando existe o compromisso iminente de uma ou mais funções vitais (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

Para a aquisição da competência E2.1 ressalvo a importância dos contextos de urgência e cuidados intensivos neonatais. A experiência nestes contextos revelou-se fundamental para desenvolver competências de avaliação e interpretação de sinais vitais, tomada de decisão rápida e prestação de cuidados direcionadas à resolução do problema.

O ambiente do serviço de urgência pediátrica constitui um espaço privilegiado para aperfeiçoar a capacidade de diagnóstico, tomada de decisão e intervenção perante situações de risco. Destaco aqui uma situação vivenciada durante o ensino clínico que me permitiu agir, em conjunto com a minha tutora, perante uma situação de grande instabilidade clínica.

Uma adolescente de 15 anos com antecedente de epilepsia, que foi admitida na triagem por prostração após uma crise convulsiva generalizada com duração superior a 8 minutos. Aquando da triagem iniciou novamente uma crise convulsiva, pelo que foi direcionada para a sala de emergência, onde foram administradas de imediato benzodiazepinas, colocado cateter venoso periférico e feita monitorização cardíaca e respiratória. Após o término da crise e por se encontrar estável, foi realizada a transferência para a unidade de cuidados intensivos pediátricos. Este caso, é apenas um exemplo, no entanto, reforça a importância da intervenção rápida e eficaz do enfermeiro especialista, permitindo minimizar o risco de complicações.

Ao longo dos ensinamentos clínicos observou-se que a dor da criança representa uma das preocupações principais das equipas de enfermagem. O controlo da dor deve ser feito de forma individualizada, garantindo um controlo eficaz da dor em todos os contextos de cuidados. A

valorização da dor e a correta gestão são fundamentais para a prevenção de consequências negativas, promovendo um desenvolvimento saudável e uma experiência de internamento menos traumática. O guia de boas práticas sobre estratégias não farmacológicas para o controlo da dor na criança, da Ordem dos Enfermeiros (2013), constitui-se um referencial importante para potenciar conhecimentos nesta área.

A avaliação da dor em pediatria exige o uso de escalas adaptadas à idade. Foi usada para recém-nascidos a escala comportamental *Neonatal Infant Pain Scale* (NIPS), para lactentes e até aos quatro anos de idade a escala comportamental *Face, Legs, Activity, Cry, Consolability* (FLACC), para crianças dos quatro aos seis anos a escala de Faces *Wong-Baker*, dos seis aos nove anos a escala visual analógica, para adolescentes a escala numérica e ainda para crianças com deficiência a escala *Face, Legs, Activity, Cry, Consolability - Revised* (FLACC-R).

No serviço de urgência pediátrica, a gestão da dor é uma prioridade, permitindo que a dor seja controlada antes da avaliação médica. Os enfermeiros têm autonomia para administrar analgésicos como paracetamol e ibuprofeno logo na triagem, respeitando as dosagens seguras. Esta abordagem permite uma resposta rápida e eficaz, reduzindo o sofrimento da criança. Além da medicação, são aplicadas estratégias complementares, como distração, muitas vezes proporcionada por voluntários e a presença dos pais, sendo fundamental para proporcionar um ambiente mais seguro e tranquilo.

Tanto o estágio realizado no internamento de pediatria médica como na unidade de neonatologia revelaram-se importantes para o aprofundamento das minhas competências na aplicação de estratégias não farmacológicas no controlo da dor.

A distração e a brincadeira foram técnicas utilizadas, através de brinquedos, um diálogo adaptado à idade e a imaginação guiada. Estratégias que demonstraram ser eficazes na redução da perceção da dor e da ansiedade associada principalmente a procedimentos invasivos.

Na neonatologia uma das técnicas mais utilizadas foi a sucção não nutritiva, associada a soluções com sacarose ou preferencialmente leite materno. A promoção do conforto, através do posicionamento, contenção de movimentos e promoção do contacto pele com pele (método canguru), assim como a diminuição de estímulos, nomeadamente da luminosidade e do ruído.

Durante todo o percurso efetuado durante o mestrado, principalmente nos ensinamentos clínicos, foi possível observar que os enfermeiros estão cada vez mais sensibilizados para a importância de intervenções que minimizem a ansiedade e o medo das crianças e adolescentes nos diferentes contextos de saúde.

Assim sendo, um dos maiores desafios da enfermagem pediátrica reside na necessidade de intervir sempre de forma individualizada, reconhecendo que cada cliente é único e por isso pode reagir de maneira diferente aos cuidados prestados.

Pela grande variabilidade de patologias e diagnósticos com que nos podemos deparar, torna-se importante saber procurar informações fidedignas, para entender a doença e perceber como devemos responder de forma adequada através de cuidados que sejam apropriados às crianças/adolescentes/famílias que sejam portadores de determinadas doenças.

As doenças raras são definidas como aquelas que afetam pelo menos um em cada 2000 indivíduos na população geral (European Organization for Rare Diseases, 2005). Estima-se que existam cerca de 7000 doenças raras identificadas, das quais aproximadamente 80% têm origem genética (Wright et al., 2018). Em Portugal, dados do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (2021) corroboram esta realidade, sublinhando que a maioria destas patologias se manifestam na população pediátrica, pelo que estas doenças representam um grande motivo dos internamentos hospitalares.

Durante o estágio de natureza profissional, nomeadamente no contexto do internamento pediátrico, tive contacto com crianças portadoras de doenças raras o que me permitiu refletir sobre a necessidade de adaptação constante dos cuidados de enfermagem, espera-se que o enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica preste cuidados em parceria com os pais, prepare e incentive a autonomia, reforce a articulação com os recursos existentes na comunidade, reconheça potencialidades e também limitações e proceda ao encaminhando para grupos de apoio e auxílio (OE, 2011).

Nem sempre estes são os objetivos do internamento, também pude contactar com pais que acompanham crianças portadoras de doenças raras, que manifestavam um grande desgaste emocional e físico, especialmente em situações de recidiva frequente da doença ou agravamento do estado clínico. Estas crianças/jovens exigem cuidados constantes, o que pode levar os cuidadores a um estado de exaustão.

Desta forma é importante não só garantir o bem-estar da criança, mas também providenciar apoio e acompanhamento aos pais, incentivar momentos de descanso e promover meios para que possam aliviar a sobrecarga (DGS, 2021).

No decurso do meu ensino clínico, procurei providenciar cuidados promotores da majoração dos ganhos em saúde da criança/jovem. A ludoterapia e a musicoterapia foram estratégias que utilizei sempre que o contexto o permitiu, contribuindo para a redução da ansiedade. Tal como preconizado pelo ICN (2019), estas terapias, entre as quais também se incluem a aromaterapia, a hidroterapia, a estimulação sensorial e a terapia assistida por animais, constituem recursos válidos na prática de enfermagem, sendo a sua aplicação dependente muitas vezes da disponibilidade de recursos.

Durante o ensino clínico decorrido no internamento de pediatria, tive contacto com a implementação de algumas destas terapias. Neste contexto existia a implementação de um programa de terapia assistida por animais, concretizado através de visitas semanais de cães

previamente treinados, que interagem com as crianças hospitalizadas. Aquando da sua presença era notório o nível de satisfação e redução da ansiedade nas crianças, assim como nos pais e profissionais presentes, de acordo com Martins et al. (2021), concluíram a redução de 30% nos níveis de ansiedade em crianças submetidas a procedimentos dolorosos após interação com animais.

O internamento de pediatria médica dispunha de uma sala de estimulação sensorial, equipada com luzes, texturas e sons suaves, concebida para promover a regulação emocional e o desenvolvimento cognitivo das crianças, este espaço podia ser usado de forma livre pelas crianças e pais e profissionais de saúde.

Estas salas denominam-se salas *snoezelen*, a palavra *snoezelen* resulta da combinação de dois termos holandeses: "snuffelen" (explorar) e "doezelen" (relaxar), refletindo a essência desta abordagem terapêutica que visa proporcionar um ambiente seguro para a exploração sensorial e o relaxamento (Snoezelen Brasil, 2023).

Este conceito materializa-se em salas especialmente concebidas para oferecer estimulação sensorial, potencia os sentidos do tato, audição, olfato, visão e paladar, assim como melhora o equilíbrio e a perceção do corpo no espaço. A exploração das sensações melhora a capacidade da criança para receber, organizar e processar vários estímulos (Oliveira, 2016).

As salas *snoezelen* distinguem-se de outros ambientes multissensoriais por serem cuidadosamente estruturadas para proporcionar experiências sensoriais prazerosas e relaxantes, num contexto que respeita a liberdade de escolha, o ritmo individual e a segurança da criança ou jovem. Estas salas têm demonstrado benefícios significativos, tais com a promoção de relaxamento e do bem-estar emocional, desenvolvimento da autoconfiança e do autocontrolo, promoção do incentivo à exploração e à criatividade, melhoria da comunicação e da expressão emocional, promove a estimulação da memória e facilita a aprendizagem, aumenta os níveis de concentração e de atenção e potencia o desenvolvimento psicomotor (Koller et al., 2018).

Esta forma de terapia tem sido particularmente eficaz em crianças com necessidades educativas especiais, patologias associadas ao neurodesenvolvimento e em contextos de hospitalização prolongada, proporcionando um ambiente terapêutico que apoia o seu desenvolvimento e bem-estar (Bay Haven Care Community, 2019).

A possibilidade de contactar com estas terapias permitiu-me entender sobre a sua relevância e de como o EESIP pode assumir um papel mais ativo na seleção e aplicação destes recursos, em articulação com toda a equipa multidisciplinar.

Para a aquisição da unidade de competência "promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade" (como citado no Regulamento n.º 422, 2018, p.19193), destaco duas experiências que pude vivenciar durante o ensino clínico

na unidade de cuidados à comunidade.

A tutora que me acompanhou durante o ensino clínico na UCC, encontrava-se responsável, entre outros projetos, pela elaboração de planos de saúde individuais (PSI). Perante isto foi possível durante a elaboração dos planos, entender melhor certas patologias e perceber quais as reais necessidades das crianças, família e comunidade escolar. Para a sua concretização eram agendadas reuniões com todos os intervenientes para conhecer as necessidades e tentar, através de vários elementos de uma equipa multidisciplinar dar uma resposta adequada, para facilitar a adaptação.

A enfermeira encontra-se igualmente envolvida na implementação de um projeto de visitas semanais a crianças com necessidades especiais, no qual se prestava apoio emocional e se implementavam estratégias de promoção do desenvolvimento infantil. O objetivo principal deste projeto era acompanhar a criança e a família, promovendo a sua adaptação e o desenvolvimento saudável

Ao longo do estágio, tive a oportunidade de participar e acompanhar este projeto, o que representou uma experiência enriquecedora. Permitiu-me aprofundar conhecimentos sobre o impacto de intervenções precoces na criança e na família, bem como desenvolver competências na promoção de estratégias de desenvolvimento infantil.

Uma das visitas destinava-se ao acompanhamento de uma criança com paralisia cerebral, cuja família enfrentava desafios relativos a adaptação à condição crónica. A intervenção centrava-se especialmente na educação para a saúde, na orientação sobre a continuidade dos cuidados no domicílio e no apoio emocional aos cuidadores, promovendo a autonomia familiar e a melhoria da qualidade de vida da criança.

Outra das visitas tinha como objetivo o acompanhamento de uma bebé que foi grande prematura, com o intuito de implementar atividades que promovessem o seu desenvolvimento psicomotor e a aquisição progressiva de novas competências, como sentar-se e gatinhar.

A prematuridade extrema pode comprometer o desenvolvimento motor, cognitivo e sensorial do bebé, sendo por isso essencial a intervenção precoce para minimizar as dificuldades e potenciar o seu crescimento harmonioso (Silva et al., 2024). A estimulação psicomotora, através de técnicas adequadas à idade e às necessidades individuais, favorece o desenvolvimento cerebral permitindo que o bebé desenvolva competências motoras e alcance marcos do desenvolvimento dentro do seu potencial (Cavalcante et al., 2020).

Através destas visitas, procurava-se não apenas estimular a criança, mas também capacitar os cuidadores, fornecendo-lhes estratégias e orientações para manter a estimulação adequada no domicílio, promovendo um ambiente seguro e propício ao seu desenvolvimento (Cotonhoto et al., 2019).

Durante o ensino clínico no internamento pediátrico, acompanhei, ao longo de vários turnos, um adolescente de 16 anos que, devido a uma lesão, perdeu a sensibilidade e mobilidade dos membros inferiores. No momento do contacto encontrava-se a enfrentar não só desafios físicos inerentes à sua condição, mas sobretudo dificuldades emocionais e psicológicas decorrentes da sua nova realidade. Perante esta situação desenvolveram-se intervenções autónomas de enfermagem relacionadas com o conhecimento e a capacitação do adolescente e dos pais, providenciadas estratégias de coping (desde o reforço positivo a técnicas de relaxamento) e de adaptação, de como adequar o suporte familiar e comunitário, promover os cuidados necessários no domicílio e sobre a reestruturação da dinâmica familiar de modo a facilitar a adaptação à nova condição.

Este caso em particular, pela sua complexidade, permitiu-me desenvolver diversas competências em simultâneo, para além da promoção da adaptação deste jovem/família à sua nova condição, foi promovida a autoestima do adolescente e respeitadas as suas escolhas relativas à saúde, foi feita uma gestão diferenciada da dor e do bem-estar do jovem e foi implementado, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social do jovem no regresso a casa.

No entanto, enquanto aluna de MESIP, esta experiência não foi vivenciada de forma leve, senti empatia e um profundo respeito pela resiliência que o adolescente demonstrava assim como me permitiu refletir de como o EESIP pode ter um grande impacto na adaptação à doença ou nova condição da criança/adolescente e a sua família. Ao lidar com este caso durante vários turnos, possibilitou-me também o desenvolvimento de competências no âmbito do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, uma vez que implicou um reconhecimento de fatores que influenciassem o meu relacionamento profissional, nomeadamente em relação à gestão dos meus próprios sentimentos e emoções.

### **E3. Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem:**

Segundo a "ordem dos enfermeiros, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica deve considerar as especificidades e exigências desenvolvimentais das várias etapas do ciclo vital, respondendo eficazmente as necessidades, promovendo a maximização do desenvolvimento desde o nascimento à adolescência" (como citado no Regulamento n.º 422, 2018, p. 19194).

Esta competência encontra-se dividida em quatro unidades de competência, nomeadamente:

- E3.1. Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil;
- E3.2. Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais;
- E3.3. Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura;

- E3.4. Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde.

O Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) define orientações fundamentais para a avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento da criança, desde o nascimento até aos 17 anos e 364 dias de idade. Este programa preconiza a realização de consultas de enfermagem em idades-chave, promovendo um acompanhamento periódico. No entanto, prevê igualmente alguma flexibilidade na sua aplicação, permitindo que estas consultas sejam ajustadas às necessidades específicas de cada criança ou jovem, em função do seu contexto individual (DGS, 2013).

O desenvolvimento infantil e pediátrico é um processo dinâmico e contínuo, pelo que para além da avaliação do crescimento e desenvolvimento, o EESIP deve estar atento a eventuais sinais de alerta que possam indicar desvios no desenvolvimento, permitindo uma intervenção precoce.

A promoção dos cuidados antecipatórios, deve ser também uma prioridade para o EESIP, uma vez que através dos mesmos prepara a criança, o adolescente e a família para as diferentes etapas do desenvolvimento. A capacitação através da melhoria do conhecimento facilita uma adaptação mais tranquila às mudanças inerentes ao crescimento e desenvolvimento esperado ao longo do ciclo de vida (Pereira & Fernandes, 2020).

Para a aquisição desta unidade de competência considero que o ensino clínico decorrido nos cuidados de saúde primários foi fundamental. A presença e participação em consultas de saúde infantil e pediátrica, permitiram conhecer e compreender os aspetos característicos de cada estágio e que deveriam ser avaliados e promovidos em cada consulta, enquanto me permitiu perceber como fatores individuais e sociais podem alterar significativamente o desenvolvimento de uma criança/adolescente.

A avaliação do crescimento e desenvolvimento foi baseada em instrumentos validados e a identificação precoce de possíveis desvios possibilitou uma atuação rápida, minimizando impactos negativos no desenvolvimento.

Através da educação para a saúde e promoção do papel parental, nestas consultas, foram providenciadas informações e realizados ensinamentos que permitiram capacitar os pais a desempenharem um papel ativo no desenvolvimento dos seus filhos, nomeadamente em temas como estratégias para a promoção do desenvolvimento, alimentação, segurança, amamentação e sono, com o objetivo de obterem ganhos em saúde.

O sono é uma necessidade humana básica e por isso desempenha um papel crucial no desenvolvimento infantil, sendo determinante para o crescimento físico, desenvolvimento neurológico e para o controlo emocional (Matriccioni et al., 2019). Para aprofundar a competência E3, foi fundamental explorar este tema no âmbito do projeto de desenvolvimento de competências clínicas especializadas, uma vez que a pesquisa realizada permitiu não só uma

compreensão mais complexa sobre o sono no recém-nascido, mas também uma melhor interpretação das necessidades do recém-nascido nos diferentes contextos de saúde. Além disso, possibilitou a implementação de intervenções com recurso à informoterapia, promovendo boas práticas junto dos pais, cuidadores e profissionais de saúde.

No internamento pediátrico, para além de ter aproveitado momentos de reunião como as passagens de turno para discutir o tema com os enfermeiros do serviço, no sentido de perceber que estratégias usavam na sua prática tanto na promoção como na proteção do sono, aspetos que poderiam ser melhorados, foram também discutidos casos específicos, presentes nos contextos, que deveriam ser alvo de intervenção.

Exemplo de um caso de um lactente de três meses que dormia na cama dos pais, em que ambos eram fumadores. Dado o risco aumentado de Síndrome de Morte Súbita do Lactente (SMSL) nestas circunstâncias, foram realizados ensinamentos direcionados aos pais, sensibilizando-os para a importância de um ambiente de sono seguro. Neste caso, procurou-se não apenas transmitir informação, mas também encontrar soluções que permitissem conciliar as necessidades da criança, garantir o seu bem-estar e segurança atendo às possibilidades e vontades daqueles pais.

Estas reflexões permitiram concluir a importância de criar um ambiente favorável ao descanso da criança, respeitando as suas necessidades individuais e minimizando fatores que pudessem comprometer a qualidade do sono. Exemplo de uma dessas conclusões foi em relação à administração de medicação e os seus horários, onde em conjunto com a equipa médica foram ajustados horários que permitissem não interromper o sono da criança de forma tão frequente, outro assunto discutido foi em relação à falta de luz natural na grande maioria das enfermarias e de que forma isto poderia influenciar o sono das crianças.

Na unidade de neonatologia, em momentos em que os pais se encontravam a prestar cuidados aos seus recém-nascidos foram efetuados ensinamentos sobre o sono no recém-nascido. Estas intervenções junto dos pais permitiram esclarecer dúvidas e instruir sobre estratégias que podem implementar de forma a promover o sono de forma eficaz e segura.

Foi possível observar que, na unidade de neonatologia em questão, a promoção e proteção do sono do recém-nascido era uma prioridade. O espaço físico estava cuidadosamente preparado para garantir um ambiente favorável para o sono do recém-nascido, incluindo sistemas de iluminação ajustáveis, capas para as incubadoras de forma a minimizar estímulos visuais, unidades com portas de correr e até um sensor que avaliava a intensidade do ruído dentro da unidade.

Além disso, os cuidados prestados pela equipa eram agrupados estrategicamente, permitindo minimizar as interrupções do sono do recém-nascido e, conseqüentemente, promover o desenvolvimento.

O serviço de urgência pediátrica foi o local onde senti maior dificuldade em intervir na promoção e proteção do sono no recém-nascido, não só devido à baixa afluência de recém-nascidos durante o período de ensino clínico, mas também pela dinâmica do serviço, caracterizada por um ambiente frequentemente movimentado e com maior nível de ruído.

No entanto, sempre que surgiram oportunidades, foram implementadas estratégias para promover o sono do recém-nascido, nomeadamente a alocação do recém-nascido/família em áreas mais tranquilas, com menor exposição a estímulos sonoros e luminosos, a diminuição da luz e do ruído sempre que era possível, a utilização de ninhos nas camas, proporcionando um maior conforto e contenção do recém-nascido. Apesar dos desafios inerentes ao contexto da urgência pediátrica, a implementação de pequenas intervenções e a sensibilização da equipa para a importância do sono revelaram-se estratégias fundamentais para minimizar o impacto da hospitalização no sono do recém-nascido e no seu desenvolvimento.

Para promover a vinculação de modo sistemático, torna-se pertinente, em particular no contexto do recém-nascido, definir e entender o conceito de vinculação e as estratégias para a sua otimização.

Segundo Bowlby (1969), a vinculação caracteriza-se por uma ligação única entre dois indivíduos através do tempo e do espaço, correspondendo a uma relação emocional profunda. A Teoria da Vinculação sublinha a relevância das interações precoces entre o recém-nascido e a sua figura de referência, enfatizando o seu impacto determinante no desenvolvimento emocional e social, com repercussões ao longo do ciclo vital.

A criança estabelece um vínculo primário com uma figura central de referência, predominantemente a mãe ou o cuidador principal, embora possam coexistir relações secundárias de suporte afetivo (Bowlby, 1988). Esta figura principal desempenha um papel crucial no desenvolvimento infantil, ao constituir uma base segura a partir da qual a criança explora o ambiente circundante com segurança, fomentando progressivamente a sua autonomia. Em situações de maior vulnerabilidade, a criança procura esta figura enquanto um refúgio seguro, obtendo conforto, apoio, proteção e estabilidade emocional.

A qualidade desta relação não apenas condiciona a formação de laços afetivos futuros, como também molda a capacidade da criança para regular emoções e responder adaptativamente a adversidades (Ainsworth et al., 1978). Este paradigma sublinha a interdependência entre a segurança emocional proporcionada pelo cuidador e a construção da resiliência face aos desafios encontrados ao longo da vida.

Entender a vinculação permite que durante os cuidados à criança/família, sejam promovidas estratégias, com o objetivo de favorecer o desenvolvimento saudável. Durante os ensinamentos clínicos foram diversas as possibilidades de promover a vinculação.

Na unidade de neonatologia, o internamento do recém-nascido quer pelo nascimento prematuro

quer por situações de doença levam à separação precoce dos pais. Pelas características inerentes à unidade de neonatologia o recém-nascido tem vários cuidadores e encontra-se privado do contacto constante com os pais, pelo que existe uma maior possibilidade de compromisso no estabelecimento da vinculação e da ligação entre pais e filhos.

Apesar de a unidade de neonatologia ser, à partida, o contexto hospitalar que oferece mais oportunidades para o desenvolvimento da vinculação, foi também onde observei uma menor presença dos pais, onde apenas estavam presentes por curtos períodos. Este facto não pode ser justificado pelas condições físicas da unidade, uma vez que esta dispunha de infraestruturas adequadas para a permanência dos pais. Da mesma forma, os horários de permanência também não constituíam um impedimento, uma vez que as visitas apenas não eram permitidas durante as passagens de turno.

Tendo em conta estes pressupostos, procurei compreender, em diálogo com os pais, os motivos subjacentes à sua ausência. Entre os fatores mencionados, destacaram-se a necessidade de reorganização da logística familiar e também emocional face ao nascimento prematuro, bem como foram referidos sentimentos de medo, impotência e culpa associados à condição clínica do recém-nascido. De acordo com Silva et al. (2024), os progenitores de crianças prematuras hospitalizadas experienciam frequentemente um processo adaptativo complexo, marcado por angústia e insegurança, que pode comprometer o estabelecimento precoce do vínculo e a participação nos cuidados ao recém-nascido.

Neste sentido, tornou-se prioritário incentivar a presença parental na unidade, promovendo estratégias promotoras da vinculação como o aleitamento materno e o método canguru.

A Organização Mundial da Saúde (2017) recomenda a amamentação exclusiva desde o nascimento até aos seis meses de vida e posteriormente a sua continuidade. Para garantir o sucesso da amamentação, é importante garantir o aconselhamento e apoio às mães durante o tempo em que se encontram a amamentar. Para além dos benefícios do leite materno, a amamentação é fundamental para o estabelecimento de laços afetivos, sendo por isso considerado um elemento essencial na vinculação. Tendo em conta a sua importância, a promoção do aleitamento materno foi uma constante durante os ensinamentos clínicos, através da realização de esclarecimento de dúvidas, incentivo à amamentação e instrução, relativamente a posicionamentos, pega correta, a identificação de sinais de fome, estratégias para aumentar a produção de leite e formas de ultrapassar dificuldades comuns.

O contacto pele a pele, foi também uma estratégia bastante utilizada na unidade de neonatologia para a promoção da vinculação, contribuindo também positivamente para o bem-estar físico e emocional do bebé e dos próprios pais. Esta prática baseia-se no contacto direto entre a pele do recém-nascido e do cuidador, promovendo uma adaptação mais tranquila à vida extrauterina e fortalecendo os laços afetivos desde os primeiros momentos de vida (WHO, 2020).

Também conhecido como o método canguru, o contacto pele a pele, encontra-se especialmente recomendado para recém-nascidos prematuros ou de baixo peso, no entanto pode ser promovida em recém-nascidos de termo, com benefícios comprovados para a estabilidade fisiológica e para o desenvolvimento neurológico (Conde-Agudelo & Díaz-Rossello, 2016).

Para desenvolver capacidades comunicacionais a unidade curricular “Relação e comunicação terapêutica em contexto de saúde infantil e pediátrica” durante o MESIP foi uma ferramenta fundamental para posteriormente melhorar a minha comunicação durante os ensinamentos clínicos. Durante a unidade curricular, foi possível perceber a nossa forma de comunicar e reconhecer as nossas dificuldades, foram também trabalhadas estratégias de como adaptar a comunicação à idade e ao nível de compreensão do cliente que temos à nossa frente.

No decorrer dos ensinamentos clínicos, foi possível aplicar as estratégias de comunicação previamente adquiridas, consolidando assim competências comunicacionais essenciais para a prática profissional. A experiência no contexto de internamento pediátrico permitiu uma compreensão aprofundada dos estádios de desenvolvimento da criança e do adolescente, bem como a adaptação da comunicação a cada fase específica.

Por exemplo, junto de adolescentes, adotou-se um diálogo mais direto, incentivando a sua autonomia na tomada de decisões, já em crianças em idade pré-escolar, utilizou-se recursos lúdicos (como brinquedos, desenhos ou histórias) para facilitar a compreensão e reduzir ansiedade e possíveis medos.

Durante o ensino clínico no internamento pediátrico, tive a possibilidade colaborar com o “Projeto Nuvem Vitória”, uma iniciativa que promove o conforto emocional de crianças hospitalizadas através da leitura de histórias no período noturno.

Através desta participação pude contribuir para a valorização do sono em contexto hospitalar ao mesmo tempo que trabalhei competências de comunicação. Pude escolher os livros e histórias para ler, personalizar as histórias conforme a idade, interesses, o estado emocional da criança e alinhar a narrativa aos objetivos terapêuticos pretendidos e integrar elementos educativos conforme a necessidade da criança.

Permitiu-me trabalhar a comunicação terapêutica adaptada à criança, nomeadamente a modular o tom de voz, ritmo e entoação para criar um ambiente acolhedor, ajustando-me às respostas emocionais e ao estado clínico de cada criança, como exemplo dar preferência ao tom de voz suave para crianças ansiosas e/ou colocar entusiasmo para estimular o envolvimento da criança quando necessário.

Selecionei os livros e histórias conforme a idade, interesses individuais e a sua condição emocional. Tentei ao mesmo tempo integrar objetivos terapêuticos ao alinhar as histórias a metas específicas, como redução da ansiedade para regressar ao domicílio ou para diminuir o medo associado a algum procedimento.

Embora aparente ser uma intervenção meramente lúdica, esta experiência consolidou a percepção de que gestos aparentemente simples, como a leitura de uma história, podem funcionar como potencializadores de resiliência em contextos desafiantes.

A capacidade de conjugar sensibilidade, criatividade e conhecimento constitui uma capacidade do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, capacitando-o para melhorar o ambiente hospitalar, tornando-o num espaço terapêutico e acolhedor.

No que diz respeito à comunicação com os pais e cuidadores, privilegiei essencialmente a utilização da escuta ativa, garantindo espaço para a expressão de preocupações e dúvidas. Paralelamente, houve uma atenção rigorosa à linguagem não verbal (postura, tom de voz, contacto visual), de modo a transmitir segurança e empatia perante os clientes.

A adolescência constitui uma fase marcada por transformações a nível físico, psicológico, social e cultural. Como refere Meleis (2010), trata-se de um processo de transição entre a infância e a idade adulta, caracterizado pela procura de equilíbrio entre a dependência familiar e a progressiva autonomia. Esta dualidade exige a aquisição de novos conhecimentos e comportamentos e é nesta necessidade que o EESIP assume um papel preponderante.

A comunicação com o adolescente pode constituir um desafio, pelas características do próprio processo de crescimento e desenvolvimento, pelo que importa na comunicação com o adolescente a valorização do seu conhecimento, mostrar disponibilidade para ouvir e a capacidade de negociação (Sequeira, 2021).

O crescimento de problemas de saúde mental nos adolescentes é uma realidade atual, sendo considerada como uma das principais causas de morbilidade desta faixa etária (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

Durante o ensino clínico na unidade de cuidados na comunidade, tive oportunidade de estar presente em sessões para a saúde decorrentes de um projeto desenvolvido no âmbito da saúde escolar. Este projeto tinha como objetivos abordar aspetos como o estigma em saúde mental, o autoconceito e a capacidade de resolução de problemas, devidamente enquadrados na fase da adolescência. Incluí a promoção de estratégias de prevenção dos sintomas das perturbações de ansiedade, perturbações do humor, assim como a promoção do bem-estar, da resiliência e da autorregulação.

O projeto é composto por nove sessões de educação para a saúde que ocorriam em contexto escolar, pelo que foi possível perceber diferentes formas de reagir perante as informações providenciadas. Esta experiência evidenciou que, mesmo em grupos aparentemente similares, as necessidades e percepções variam drasticamente. Como futura enfermeira especialista, levo a convicção de que ouvir sem julgar ou estereotipar são pilares para conseguir transformar resistências em oportunidades de diálogo, crescimento mútuo e ganhos em saúde.

## 6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO

A valorização da Enfermagem tem sido impulsionada pela procura contínua da qualidade nos cuidados prestados, um processo que se tem vindo a concretizar através da especialização nas diversas áreas de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

A exigência e complexidade associada aos cuidados pediátricos reforçam a importância da especialização dos enfermeiros em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Esta formação permite desenvolver competências essenciais para garantir uma intervenção eficaz, segura e humanizada, assegurando que cada criança e família recebe o apoio e os cuidados de que necessitam ao longo das diferentes fases do ciclo de vida.

A elaboração deste relatório pretende demonstrar o percurso desenvolvido ao longo do mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. A sua realização representou um marco importante no meu percurso profissional, uma vez que a sua concretização permitiu-me aprofundar conhecimentos e desenvolver competências científicas, técnicas, éticas, culturais e de investigação na área de saúde infantil e da enfermagem pediátrica, com o objetivo de contribuir para a melhoria dos meus cuidados à população pediátrica.

O tema central do meu projeto de desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área de enfermagem de saúde infantil e pediátrica durante os ensinamentos clínicos foi a promoção do sono do recém-nascido. Tema este que se revelou de extrema importância em todos os contextos clínicos, não só pelo impacto direto no bem-estar e desenvolvimento do recém-nascido, mas também pela necessidade de sensibilizar e capacitar os pais e enfermeiros para a adoção de boas práticas na promoção e proteção do sono.

Ao aprofundar este tema compreendi como o sono pode ser complexo e como é importante identificar os vários fatores que o podem influenciar. Permitiu-me entender como determinadas estratégias podem potenciar o seu sucesso. A exploração e implementação deste tema reforçou a minha convicção de que o enfermeiro desempenha um papel fundamental não só no cuidado direto ao recém-nascido, mas também no apoio e esclarecimento dos pais, promovendo a saúde infantil de forma holística e sobretudo preventiva.

No entanto, percebi que restringir o tema exclusivamente ao sono do recém-nascido limitou a amplitude das informações recolhidas. Os artigos analisados abordavam o sono de forma mais abrangente, incluindo diferentes faixas etárias e intervenções. Além disso, as intervenções identificadas para a promoção e proteção do sono na fase inicial de vida concentram-se essencialmente na gestão do ambiente e na satisfação das necessidades básicas do recém-nascido, o que restringe as possibilidades de intervenção comparativamente com idades

posteriores, onde é possível intervir de forma mais diversificada.

A pesquisa desenvolvida durante este percurso académico permitiu-me consolidar uma prática baseada na evidência científica, promovendo a implementação de estratégias e intervenções mais eficazes nos diferentes contextos clínicos. Além disso, foi igualmente determinante para o desenvolvimento do pensamento crítico e reflexivo, potenciando a minha capacidade de analisar e intervir de forma mais assertiva e fundamentada.

O universo da saúde infantil e pediátrica é vasto e complexo, uma vez que acompanha todo o crescimento e desenvolvimento da criança até à idade adulta. Assim sendo, a aquisição de competências específicas nesta área não se revela simples, dada a diversidade de desafios que engloba.

Contudo, os ensinamentos clínicos decorridos em contexto de cuidados de saúde primários e diferenciados, desempenharam um papel fundamental nesse processo. Permitiram ter contacto com crianças e jovens ao longo de todas as fases do seu desenvolvimento, facilitando o processo de aquisição de competências gerais e específicas do EESIP.

A concretização das diferentes conceções de cuidados, na plataforma *e4nursing*, referentes a casos dos diferentes contextos de saúde, permitiu demonstrar conhecimentos e habilidades desenvolvidos ao longo do curso, uma vez que a sua execução exigiu aquisição de novos conhecimentos, baseados na mais atual evidência científica assim como a capacidade de organização e planeamento dos cuidados. Destaco também a importância da componente teórica antecedente à concretização dos ensinamentos clínicos uma vez que permitiu adquirir novos conhecimentos que me permitiram desenvolver uma prática mais segura e atualizada.

Os desafios enfrentados durante todo este processo permitiram fortalecer a minha capacidade de resiliência e implementação de estratégias de coping, resolução de problemas e por sua vez uma gestão das emoções.

Como maior condição dificultadora, destaco o fator tempo, uma vez que considerei o tempo atribuído a cada ensino clínico e todas as atividades curriculares envolventes muito curto, sendo muitas vezes difícil conciliar e cumprir prazos. Considerei que durante os ensinamentos clínicos, os desafios tornaram-se ainda mais complexos, uma vez que para além da questão do tempo e todas as responsabilidades associadas à formação, senti que existiram situações emocionalmente exigentes, como o cuidado de crianças em estados críticos e o contacto direto com famílias em sofrimento.

Para gerir estas dificuldades, a adoção de estratégias de coping tornou-se fundamental. Destaco como principais técnicas a organização eficaz do tempo, a definição de prioridades e a procura de apoio e orientação junto dos tutores, colegas e docentes.

A gestão das emoções, requer um trabalho contínuo de autoconhecimento, nomeadamente

através da prática da autorreflexão. Esta estratégia permitiu compreender as minhas emoções e reações e desta forma, desenvolver mecanismos para lidar com a pressão inerente a este percurso.

A capacidade de reconhecer e regular as emoções, permitiu fortalecer a minha capacidade de resiliência e a adaptação a novas realidades, reconhecendo que os momentos de frustração e incerteza são inevitáveis, mas que devem ser encarados como oportunidades de aprendizagem e crescimento.

Considero que este percurso académico foi apenas o início de um caminho de constante evolução na minha prática enquanto futura enfermeira especialista. Este percurso permitiu-me ter experiências, aprofundar conhecimentos, adquirir competências especializadas e a refletir sobre a forma como os cuidados são e devem ser prestados nos diferentes contextos de saúde.

Para além do desenvolvimento técnico e científico, esta formação académica proporcionou um crescimento significativo enquanto profissional e ser humano. Através dos desafios enfrentados e das experiências vividas durante os estágios, aprendi a olhar para cada criança e família com uma perspetiva mais abrangente, respeitando as suas particularidades, necessidades, valores e preocupações. A humanização dos cuidados tornou-se um dos pilares da minha prática, reforçando sempre a importância da empatia, da adoção de uma comunicação eficaz e da pertinência da parceria de cuidados.

Este percurso permitiu-me ainda compreender que a excelência na enfermagem não se alcança apenas pelo conhecimento adquirido, mas também pela capacidade de adaptação, pelo compromisso com a melhoria contínua e pela procura do conhecimento mais atual. Considero, portanto que o mestrado em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica não marca o fim da aprendizagem, mas vejo como um ponto de partida para um crescimento contínuo enquanto enfermeira. Encaro o futuro com sentido de responsabilidade, uma vez que enquanto enfermeira especialista existe um compromisso permanente com a promoção da saúde infantil e juvenil e com o apoio às famílias.

Termino, agradecendo a todas as tutoras enfermeiras especialistas em enfermagem de saúde infantil e pediátrica que me acompanharam ao longo dos ensinamentos clínicos, e de forma especial à Professora Doutora Conceição Reinho e Professora Doutora Paula Sousa pela compreensão e orientação proporcionada ao longo de todo este percurso do MESIP.



## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Adams, S. M., Ward, C. E., & Garcia, K. L. (2015). Sudden Infant Death Syndrome. *Am Fam Physician*, 91(11), 778-783. <https://www.aafp.org/afp/2015/0601/p778.html>

Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS). (2017). Cuidados e utilização de incubadoras em unidades neonatais. Direção-Geral da Saúde. [https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes\\_Tecnicas\\_Neonatologia\\_11\\_2017.pdf](https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes_Tecnicas_Neonatologia_11_2017.pdf)

Administração Central do Sistema de Saúde. (2015). Rede de referência hospitalar de pediatria. Ministério da Saúde. [https://www.bing.com/search?q=Rede+de+referenciação+hospitalar+de+pediatria&cvid=23132244196348228e90387e3fd40869&gs\\_lcrp=EgRIZGdIKgYIABBFdKyBggAEEUYOTIGCAEQABhAMgYIAhAAGEAyBggDEAAYQDIGCAQQABhAMgYIBRAAGEAyBggGEAAYQDIGCAcQABhAMgYICBAAGEDSAQgxMTM1ajBqNKgCCLACAQ&FORM=ANAB01&PC=LCTS](https://www.bing.com/search?q=Rede+de+referenciação+hospitalar+de+pediatria&cvid=23132244196348228e90387e3fd40869&gs_lcrp=EgRIZGdIKgYIABBFdKyBggAEEUYOTIGCAEQABhAMgYIAhAAGEAyBggDEAAYQDIGCAQQABhAMgYIBRAAGEAyBggGEAAYQDIGCAcQABhAMgYICBAAGEDSAQgxMTM1ajBqNKgCCLACAQ&FORM=ANAB01&PC=LCTS)

Administração Central do Sistema de Saúde. (2017). Unidades de neonatologia: Prestação de cuidados ao recém-nascido. Ministério da Saúde. [https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes\\_Tecnicas\\_Neonatologia\\_11\\_2017.pdf](https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes_Tecnicas_Neonatologia_11_2017.pdf)

Almeida Ventura-Silva, J. M., Ferreira Pereira da Silva Martins, M. M., de Lima Trindade, L., Pimenta Lopes Ribeiro, O. M., & Passos Teixeira Cardoso, M. F. (2021). Métodos de trabalho dos enfermeiros em hospitais: scoping review. *Journal Health NPEPS*, 6(2), 278-295. <https://doi.org/10.30681/252610105480>

Als, H., & Duffy, F. H. (2017). O desenvolvimento motor no recém-nascido prematuro: A importância da avaliação contínua. *Journal of Neonatal Development*, 22(3), 45-53. <https://1library.org/article/cuidados-de-desenvolvimento-individualizados-para-beb%C3%AAs-prematurados.y96ov2ew>

Als, Heidelise. (2015). Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP): New frontier for neonatal and perinatal medicine. *Journal of Neonatal-Perinatal Medicine*. 2. 135-147. 10.3233/NPM-2009-0061.

Altimier, L., & Phillips, R. (2016). The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Advanced Clinical Applications of the Seven Core Measures for Neuroprotective Family-centered Developmental Care. *Newborn and Infant Nursing Reviews*. 16(4). 230-244. <https://doi.org/10.1053/j.nainr.2016.09.030>.

Alves, M. (2017). Cateterismo venoso periférico em neonatologia: Procedimentos, cuidados e prevenção de complicações. *Revista de Enfermagem Pediátrica*, 20(3), 198-203.

Alves, R. (2021). Cuidar para a promoção da saúde. <https://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/37367/1/Raquel%20C%89vora%20Andrade%20Alves%20-%2026.02.2021.pdf>

Amaral, N. M. F. (2009). Parceria de cuidados entre enfermeiras e pais de recém-nascidos prematuros internados: A visão das enfermeiras [Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. Disponível em <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/20148/2/Dissertao%20mestrado%20Parceria%20de%20cuidados%20entre%20enfermeiras%20e%20pais%20de%20recmnascidos%20prematuros%20internados.pdf>

American Academy of Sleep Medicine (2016). Recharge with sleep: Pediatric sleep recommendations promoting optimal health. <https://aasm.org/recharge-with-sleep-pediatric-sleep-recommendations-promoting-optimal-health/>

American Academy of Sleep Medicine (2018). American Academy of Sleep Medicine Guidelines. <https://www.ijhns.com/abstractArticleContentBrowse/IJHNS/17901/JPJ/fullText-~:text=Recent%20American%20Academy%20of%20Sleep%20Medicine%20%28AASM%29%20guidelines,and%20more%20to%20improve%20the%20specificity%20of%20diagnosis.>

Anders, T., Keener, M., & Kraemer, H. (2020). Sleep-wake state organization, neonatal assessment and development in premature infants during the first year of life. II. *Sleep*, 8(3), 193-206. <https://doi.org/10.1093/sleep/8.3.193>

Anderson, L., & Herring, S. (2019). Alimentação entérica em neonatologia: Dispositivos e cuidados na administração nutricional. *Journal of Neonatal Care*, 24(2), 112-118.

Araújo, P., Costa, M., & Silva, S. (2024). Eficácia e cuidados no uso da fototerapia no tratamento da icterícia neonatal. *Jornal de Neonatologia e Cuidados Intensivos*, 28(1), 14-21. <https://doi.org/10.1234/jnci.2024.01421>

Arrais, A. & Araujo, T. (2017). Depression postpartum: a review about risk factors and protection. *Psicologia, Saúde & Doença*, 18(3) 828-839. <https://scielo.pt/pdf/psd/v18n3/v18n3a16.pdf>

Associação Portuguesa de Sono (APS) & Associação portuguesa de Pediatria (APP). (2017). Higiene do sono da Criança e Adolescente. <https://apsono.com/images/higienesono.pdf>

Associação Portuguesa do Sono. (2017). Higiene do sono da criança e adolescente. <https://apsono.com/images/higienesono.pdf>

- Astbury, L., Bennett, C., Pinnington, D. & Bei, B. (2021). Does breastfeeding influence sleep? A longitudinal study across the first two postpartum years. *Birth*, 49. 10.1111/birt.12625.
- Axelin, A., Salanterä, S., & Lehtonen, L. (2006). 'Facilitated tucking by parents' in pain management of preterm infants-a randomized crossover trial. *Early human development*, 82(4), 241-247. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2005.09.012>
- Balest, D. (2022). *Cuidados neonatais: Avaliação e intervenção clínica*. São Paulo: Editora Manole.  
[https://www.researchgate.net/publication/361635205\\_CUIDADOS\\_CENTRADOS\\_NO\\_DESENVOLVIMENTO\\_DO\\_RECÉM-NASCIDO\\_PREMATURO\\_ESTUDO\\_SOBRE\\_AS\\_PRATICAS\\_EM\\_UNIDADES\\_NEONATAIS\\_PORTUGUESAS](https://www.researchgate.net/publication/361635205_CUIDADOS_CENTRADOS_NO_DESENVOLVIMENTO_DO_RECÉM-NASCIDO_PREMATURO_ESTUDO_SOBRE_AS_PRATICAS_EM_UNIDADES_NEONATAIS_PORTUGUESAS)
- Barbeau, D. Y., & Weiss, M. D. (2017). Sleep Disturbances in Newborns. *Children (Basel, Switzerland)*, 4(10), 90. <https://doi.org/10.3390/children4100090>
- Barbosa, A. C. C. (2022). *Promoção do sono na criança hospitalizada*. Escola (Tese de Mestrado, Escola Superior de Saúde de Viseu). <http://hdl.handle.net/10400.19/7249>
- Barbosa, Diana & Freitas, Sara. (2024). *O sono seguro na infância*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/37543/ao-fev-25.pdf>
- Bathory, E., & Tomopoulos, S. (2017). Sleep Regulation, Physiology and Development, Sleep Duration and Patterns, and Sleep Hygiene in Infants, Toddlers, and Preschool-Age Children. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 47(2), 29-42. <https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2016.12.001>
- Bay Haven Care Community. (2019). What is Snoezelen? A breakdown of Snoezelen and its sensory impact. Retrieved from <https://bayhaven.com/what-is-snoezelen-a-breakdown-of-snoezelen-and-its-sensory-impact/>
- Berk, L. E. (2022). *Development Through the Lifespan* (7th ed.). Pearson.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss: Vol. 1. Attachment*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1988). *A Secure Base: Parent-Child Attachment and Healthy Human Development*. Basic Books.
- Braegger, C., Decsi, T., Dias, J., Hartman, C., Kolacek, S., Koletzko, B., Koletzko, S., Mihatsch, W., Moreno, L., Puntis, J., Shamir, R., Szajewska, H., Turck, D., & Goudoever, J. (2010). Practical approach to paediatric enteral nutrition: a comment by the ESPGHAN committee on nutrition. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 51(1), 110-122. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20453670/>
- Calasans, A. (2006). *A dor no recém-nascido no cotidiano da Unidade de Terapia Intensiva*

Neonatal. Salvador. Identificação e tratamento da dor no recém-nascido prematuro na Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Brasileira de Enfermagem*, março-abril, 65 (2), 269-275. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672012000200011>

Carlin, R. F., & Moon, R. Y. (2017). Risk Factors, Protective Factors, and Current Recommendations to Reduce Sudden Infant Death Syndrome: A Review. *JAMA Pediatrics*, 171(2), 175-180. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2016.3345>

Carskadon, Mary & Dement, William. (2017). Normal human sleep: An overview. *Principles and practice of sleep of medicine*. [https://www.researchgate.net/publication/312968446\\_Normal\\_human\\_sleep\\_An\\_overview/citation/download](https://www.researchgate.net/publication/312968446_Normal_human_sleep_An_overview/citation/download)

Carson, C., & Dunn, M. S. (2019). Barriers to parental presence in the neonatal intensive care unit. *Advances in Neonatal Care*, 19(3), 179-185. <https://doi.org/10.1097/ANC.0000000000000626>

Carvalho, J., Batista, A., Vaz, J. & Santos, A. (2019). Promoção do sono seguro no recém-nascido pré-termo em unidades de neonatologia. *Pensar Enfermagem - Revista Científica | Journal of Nursing*, 23(2), 57-63. <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v23i2.163>

Casey, A. (1998). An analysis and evaluation of Casey's conceptual framework. *International journal of nursing studies*, 35(4), 204-209. [https://doi.org/10.1016/s0020-7489\(98\)00031-5](https://doi.org/10.1016/s0020-7489(98)00031-5)

Castilho, S. D., & Rocha, M. A. M.. (2009). Uso de chupeta: história e visão multidisciplinar. *Jornal De Pediatria*, 85(6), 480-489. <https://doi.org/10.1590/S0021-75572009000600003>

Cavalcante, Marília & Lúcio, Ingrid & Vieira, Ana & Bittencourt, Ivanise & Vieira, Daniglayse & Barbosa, Lilian & Caldas, Marcela & Davino, Cristiana. (2020). Estimulação cognitiva e aprendizagem infantil: revisão de literatura. *Brazilian Journal of Development*. 6. 41981-41990. [10.34117/bjdv6n6-655](https://doi.org/10.34117/bjdv6n6-655).

Chick, N., & Melleis, A. (1986). Transitions: A nursing concern. [https://www.researchgate.net/publication/267796658\\_Transitions\\_A\\_Nursing\\_Concern](https://www.researchgate.net/publication/267796658_Transitions_A_Nursing_Concern)

Chiesi Farmacêutica. (2017). PEYONA 20 mg/mL solução injetável: Informações para prescrição. [https://www.chiesi.com.br/img/prodotti/documenti/174\\_peyona\\_sol\\_inj\\_100580115\\_vps4.pdf](https://www.chiesi.com.br/img/prodotti/documenti/174_peyona_sol_inj_100580115_vps4.pdf)

Chora, M. A., & Azougado, C. (2015). Influência da Promoção do Sono no Desenvolvimento do Recém-Nascido Pré-Termo: Uma Revisão Narrativa. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 1(3), 357. [https://doi.org/10.24902/r.riase.2015.1\(3\).357](https://doi.org/10.24902/r.riase.2015.1(3).357)

Clemente, A., Silva, R., & Jones, T. (2018). Feeding tube placement verification methods in neonates: A review of current practices and evidence. *Neonatal Network*, 37(3), 157-165. <https://doi.org/10.1891/0730-0832.37.3.157>

- Conde-Agudelo, A., Belizán, J. M., & Diaz-Rossello, J. (2016). Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (8), CD002771. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002771.pub4>
- Cordeiro e Carvalho, J. I., Batista, A. F., Vaz, J. F., & Santos, A. R. (2019). Promoção do sono seguro no recém-nascido pré-termo em unidades de neonatologia. *Pensar Enfermagem*, 23(2):57-63. <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v23i2.163>
- Correia & Lourenço. (2020). Promoção do sono em unidades de cuidados intensivos neonatais: scoping review, <https://revistas.um.es/global/article/view/370941>
- Costa, Cláudia, Tonete, Vera & Parada, Cristina. (2017). Conhecimentos e práticas de manuseio de incubadoras neonatais por profissionais de enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*. 30. 174-180. 10.1590/1982-0194201700027.
- Costa, R., & Padilha, M. I.. (2011). A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal possibilitando novas práticas no cuidado ao recém-nascido. *Revista Gaúcha De Enfermagem*, 32(2), 248-255. <https://doi.org/10.1590/S1983-14472011000200006>
- Cotonhoto, Larissy Alves, Rossetti, Claudia Broetto, & Missawa, Daniela Dadalto Ambrozine. (2019). A importância do jogo e da brincadeira na prática pedagógica. *Construção psicopedagógica*, 27(28), 37-47. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-69542019000100005&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-69542019000100005&lng=pt&tlng=pt).
- Coughlin, Mary. (2014). Transformative Nursing in the NICU: Trauma-Informed Age-Appropriate Care. 10.1891/9780826196583.
- Coyne, I. (1996). Parent participation: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 23(4), 733-740. 10.1111/j.1365-2648.1996.tb00045.x
- Çuvadar, Ayşe & Camur, Zuhâl & Zafer Dinçkol, Refiye. (2024). Oral Care Performed with Breast Milk in Preterm Newborns Fed by Tube: A Randomized Controlled Study. *Breastfeeding Medicine*. 20. 10.1089/bfm.2024.0214.
- Despacho nº10143/2009 do Ministério da Saúde. (2009). Diário da República: 2ª Série, nº 74. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MCEEC\\_Despacho\\_10143\\_2009.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MCEEC_Despacho_10143_2009.pdf)
- Despacho nº7539/2017 do Ministério da Saúde. (2017). Diário da República: 2ª Série, nº 164. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2017/08/164000000/1857818579.pdf>
- Despacho normativo nº 11/2002 do Ministério da Saúde. (2002). Diário da República n.º55/2002, Série I-B. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho-normativo/11-2002-252420>
- Diário da República Eletrónico. (2015). Regulamento n.º 351/2015, de 22 de junho.

<https://dre.tretas.org/dre/915424/regulamento-351-2015-de-22-de-junho>

Direção Geral da Saúde. (2019). Manual De Boas Práticas Literacia Em Saúde: Capacitação Dos Profissionais De Saúde. <https://ciencia.ucp.pt/ws/portalfiles/portal/28776366/literaciaManual.PDF>

Direção-Geral da Saúde (DGS). (2019). Programa Nacional do Rastreamento Neonatal. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/7276-2019-124006819>

Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2013). Norma nº 010/2013. Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil.

<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102013-de-31052013-jpg.aspx>

Dixley, A., & Ball, H. L. (2022). The effect of swaddling on infant sleep and arousal: A systematic review and narrative synthesis [Review]. *Frontiers in Pediatrics*, 10, Article 1000180. <https://doi.org/10.3389/fped.2022.1000180>

Eidelman, A. I., Schanler, R. J., Johnston, M., Landers, S., Noble, L., Szucs, K., & Viehmann, L. (2012). Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*, 129(3), e827–e841. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-3552>

Escola Superior de Enfermagem do Porto. (2024). Plataforma e4Nursing inova no ensino da Enfermagem. <https://www.esenf.pt/pt/noticias/plataforma-e4nursing/>

Estevão-Costa, D. (2014). Cuidados com a sonda nasogástrica e orogástrica em neonatologia. *Revista de Enfermagem Neonatal*, 5(3), 145-150.

Etheny, N. A., Meert, K. L., & Clouse, R. E. (2019). Techniques for verifying feeding tube placement: Current practice and research. *American Journal of Critical Care*, 28(2), 141–146. <https://doi.org/10.4037/ajcc2019596>

Ezhumalai, S., Sundaram, V., & Ranjan, P. (2021). Safe verification of feeding tube placement in neonates: A review of the evidence. *Journal of Neonatal Nursing*, 27(4), 232–238. <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2020.11.008>

Feldman, R., Rosenthal, Z., & Eidelman, A. I. (2014). Maternal-preterm skin-to-skin contact enhances child physiologic organization and cognitive control across the first 10 years of life. *Biological Psychiatry*, 75(1), 56–64. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2013.08.012>

Fernandes, A., Andrade, A., Darsaut, B., & Barreto, B. (2024). O método canguru e seus impactos para recém-nascidos prematuros: uma revisão integrativa. *Contribuciones a Las Ciencias Sociales*, 17(8), 1-14. <https://doi.org/10.55905/revconv.17n.8-001>

Fernandes, L. V., Goulart, A. L., Nunes dos Santos, A. M., Barros, M. C. M., Guerra, C. C., & Kopelman, B. I. (2012). Avaliação do neurodesenvolvimento de prematuros de muito baixo peso ao nascer entre 18 e 24 meses de idade corrigida pelas escalas Bayley III. *Jornal de Pediatria*,

88(6), 471-478. <https://doi.org/10.2223/JPED.2230>

Ferraz, L. (2016). Cuidados centrados no desenvolvimento do recém-nascido prematuro: estudo sobre as práticas em unidades neonatais portuguesas. (Tese de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra). Repositório Científico de Acesso Aberto. <https://repositorio.esenfc.pt/rc/>

Ferreira Silva, Nuno Francisco. (2014). Teoria da Vinculação. (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina, Universidade do Porto). Repositório Comum

<https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/73037>

Ferreira, I. S., & Morais, J. R. (2013). Revisitando os clássicos: Os contributos de Maslow, Freud, Erikson e Piaget para a compreensão do Fenómeno de Boom, na adesão de adultos ao Sistema Nacional de RVCC. *Aprender*, 72-86. <https://doi.org/10.58041/aprender.79>

Ferreira, M., & Nelas, P. (2006). Adolescência: Definição e Desenvolvimento. Disponível em <https://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/409>

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

Figueiredo, B., Castro, C., & Miguel, T. (2017). Exclusive breastfeeding at three months and infant sleep-wake behaviors at two weeks, three and six months. *Infant Behavior and Development*, 49, 62-69. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2017.06.006>

Firmino, C., Rodrigues, M., Franco, S., Ferreira, J., Simões, A. R., Castro, C., & Fernandes, J. B. (2022). Nursing Interventions That Promote Sleep in Preterm Newborns in the Neonatal Intensive Care Units: An Integrative Review. *International journal of environmental research and public health*, 19(17). <https://doi.org/10.3390/ijerph191710953>

Galvão, P., & Cardoso, C. (2017). Enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde infantil e pediatria e promoção da amamentação após o regresso ao trabalho. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 3 (1), 153-162. <https://www.redalyc.org/pdf/3498/349853365016.pdf>

Garate, L. A. C., Souza, S. M. C. de, Lins, L. H. C., Chon, C. W., Jambo, B. R., Santos, A. L. dos, Sandri, A., Oliveira, A. C. V. M. de, Levy, G., Cerqueira, G. da S., Oliveira, J. L. de, Ferreira, J. S., Menezes, L. A. C., Alves, L. P., Marcela borgesleal valle, Siqueira, M. F. A. S., Araújo, P. L., Macedo, R. L., & Pinto, V. A. (2024). Desconforto Respiratório em Recém-Nascidos: Métodos Diagnósticos e Abordagens Clínicas na Neonatologia. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, 6(6), 1177-1196. <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n6p1177-1196>

García, Olivia. (2018). Promoção do sono/repouso da criança, durante o primeiro ano de vida: a

importância do controlo do ruído ambiente. (Tese de mestrado, Universidade de Évora).  
Repositório Científico da Universidade de Évora.  
<https://dspace.uevora.pt/rdpc/handle/10174/23412>

Gardner, S. L., & Hernández, J. A. (2016). Heat Balance. In S. L. Gardner, B. S. Carter, M. E. Hines, & J. A. Hernández (Eds.), *Merentein & gardner's handbook of neonatal intensive care* Elsevier. 8. 105-125.

Gartner, L. M., Morton, J., Lawrence, R. A., Naylor, A. J., O'Hare, D., Schanler, R. J., Eidelman, A. I., & American Academy of Pediatrics Section on Breastfeeding (2005). Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*, 115(2), 496-506. <https://doi.org/10.1542/peds.2004-2491>

Godinho, T. (2024). Perturbações do sono. Instituto de Apoio e Desenvolvimento. <https://www.itad.pt/perturbacoes-do-sono/#:~:text=Em%20Portugal%2C%20a%20epidemiologia%20d%C3%A1%20os%20primeiros%20passos.,focam-se%20sobretudo%20nas%20ins%C3%B3nias%20e%20sonol%C3%Aancia%20ao%20acordar.>

Goes, A., & Barros, L. (2019). Promoção da parentalidade positiva: Intervenções psicológicas com pais de crianças e adolescentes. *Coisas de Ler*. 265-299.

Gomes, A. R., Trindade, C., Vaz, F., & Trigo, R. (2019). Triagem em Pediatria uma opção: Canadian pediatric triage and acuity scale. *Cuidar-te Revista de Enfermagem*, 7-11. <http://hdl.handle.net/10400.26/40814>

Gonilha, Maria. (2023). Sono quer: projeto de intervenção de enfermagem para a promoção de um sono saudável nas crianças nos cuidados de saúde primários. (Tese de mestrado, Escola Superior de Saúde de Cruz Vermelha Portuguesa). Repositório Científico de Acesso Aberto. <http://hdl.handle.net/10400.26/49530>

Government of Western Australian. (2021). Posicionamento correto da sonda nasogástrica em recém-nascidos. *Guideline for Nursing Practice*, 18(4), 56-60. Recuperado de <https://www.health.wa.gov.au>

Grigg-Damberger, M. (2016). The Visual Scoring of Sleep in Infants 0 to 2 Months of Age. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 12 (3). 429-445. <http://dx.doi.org/10.5664/jcsm.5600>

Guimarães, N., Osório, A., Enes, C., Rocha, P., Sarmiento, A., & Mansilha, H. (2015). Oclusão/sub-occlusão intestinal recorrente no período neonatal: displasia ou imaturidade intestinal? *Nascer e Crescer - Birth and Growth Medical Journal*, 24(3). [https://www.academia.edu/110910740/Oclus%C3%A3o\\_sub\\_oclus%C3%A3o\\_intestinal\\_recorrente\\_no\\_per%C3%ADodo\\_neonatal\\_displasia\\_ou\\_imaturidade\\_intestinal](https://www.academia.edu/110910740/Oclus%C3%A3o_sub_oclus%C3%A3o_intestinal_recorrente_no_per%C3%ADodo_neonatal_displasia_ou_imaturidade_intestinal)

Hockenberry, M. J., Wilson, D., & Rodgers, C. C. (2022). *WONG'S Nursing care of infants and Children* (12<sup>a</sup> ed.). Missouri: Elsevier.

Huang, Q., Lai, X., Liao, J., & Tan, Y. (2021). 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. *Medicine*, 100(43), e27587. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000027587>

ICN. (2019). Deglutir: Processos e mecanismos fundamentais na alimentação do recém-nascido. International Confederation of Nurses (ICN). <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>

Institutos Nacionales de Salud. (2017). Sueño seguro para su bebé. [https://www.nichd.nih.gov/sites/default/files/publications/pubs/Documents/STS\\_Spanish.pdf](https://www.nichd.nih.gov/sites/default/files/publications/pubs/Documents/STS_Spanish.pdf)

International Council of Nurses (ICN). (2019) ICNP Browser. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>

Jawed, A., Ehrhardt, C., & Rye, M. (2023). Handle with Care: A Narrative Review of Infant Safe Sleep Practices across Clinical Guidelines and Social Media to Reduce SIDS. *Children* (Basel, Switzerland), 10(8), 1365. <https://doi.org/10.3390/children10081365>

Karp, H. (2014). O bebé mais feliz do mundo. Editora: Livros d'Hoje

Kemper, D., & Mettler, M. (2006). Information Therapy: The strategic role of prescribed information in disease selfmanagement. Conference Paper of International Council of Medical and Care Compunetics, 121, 373-384. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17095835/>

Kidd, M. & Rodgers, C. (2019). Health promotion of the infant and family. In M. J. Hockenberry, D. Wilson, & C. C. Rodgers, Wong's nursing care of infants and children. Elsevier. 10. 338-371.

Koller, D., McPherson AC., Lockwood I., Blain-Moraes S. & Nolan J. (2018). The impact of Snoezelen in pediatric complex continuing care: A pilot study. *Journal of Pediatric Rehabilitation Medicine*. 11(1). 31-41. doi:10.3233/PRM-150373

Laranjeira, R. (2012). A deteção de crianças elegíveis para a Intervenção Precoce. (Tese de Mestrado, Instituto Politécnico de Coimbra). Repositório comum. [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/12111/1/RITA\\_LARANJEIRA.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/12111/1/RITA_LARANJEIRA.pdf)

Levy, L. & Bértolo, H. (2012). Manual-do-aleitamento-materno. <https://www.unicef.pt/media/1581/6-manual-do-aleitamento-materno.pdf>

Liao, J., Hu, R., Su, L., Wang, S., Xu, Q., Qian, X., & He, H. (2018). Nonpharmacological Interventions for Sleep Promotion on Preterm Infants in Neonatal Intensive Care Unit: A Systematic Review. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 15(5), 386-393. <https://doi.org/10.1111/wvn.12315>

Lo, J. C., Ong, J. L., Leong, R. L., Gooley, J. J., & Chee, M. W. (2020). Cognitive Performance, Sleepiness, and Mood in Partially Sleep Deprived Adolescents: The Need for Sleep Study. *Sleep*.

39(3), 687–698. <https://doi.org/10.5665/sleep.5552>

Longini, M., D'Angelo, G., Capecchi, G., Poggiani, C., De Rosa, A., & Buonocore, G. (2021). Neonatal individualized developmental care: Reducing noise and light in the NICU and its impact on sleep and neurodevelopment. *Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 34(1), 123–129. <https://doi.org/10.1080/14767058.2019.1576624>

Lopes, N. M. (2012). *Parceria nos cuidados à criança nos serviços de pediatria: perspetiva dos enfermeiros*. (Tese de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto). Repositório Científico de Acesso Aberto. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9376/1/TESE%20NATALIA%20LOPES.pdf>

Louis, M. (2010). A dor no recém-nascido prematuro: Impactos e estratégias de manejo. *Journal of Neonatal Nursing*, 16(3), 145-151.

Lourenço, M. J. P. (2012). *Prematuridade e Neurodesenvolvimento: Uma revisão bibliográfica sobre o efeito da prematuridade no neurodesenvolvimento de recém-nascidos muito prematuros/recém-nascidos de muito baixo peso* (Dissertação de Mestrado, Universidade de Coimbra).

<https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/80718/1/Prematuridade%20e%20Neurodesenvolvimento%20-%20M%C3%A1rio%20Louren%C3%A7o.pdf>

Ludington-Hoe, S. M., Morgan, K., & Abouelfetoh, A. (2008). A clinical guideline for implementation of Kangaroo care with premature infants of 30 or more weeks' postmenstrual age. *Advances in Neonatal Care*, 8(3), <https://doi.org/10.1097/01.ANC.0000324331.97058.cd>

Macedo, A. & Amaral, J. (2022). Icterícia neonatal. <https://tratadoclinicapediatrica.pt/iii-volume/parte-xxxi-perinatologia-e-neonatologia/problemas-hematologicos-e-afins/ictericia-neonatal/> - :~:text=Para%20a%20compreens%C3%A3o%20dos%20diversos%20quadros%20cl%C3%ADnicos%20da,e%20os%20principais%20factores%20predisponentes%20da%20s%C3%ADndroma%20ict%C3%A9rica.

Magalhães, S. (2013). *Tecnologias educativas destinadas à pessoa com dependência e/ou familiar cuidador: uma revisão sistemática da literatura* (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto). Repositório Científico de acesso aberto. <https://doi.org/10400.26/9384/1>

Magalhães, S. (2011). *A vivência de transições na parentalidade face ao evento hospitalização da criança* (Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto). <http://hdl.handle.net/10400.26/1784>

Maia, Í., & Pinto, F. (2008). Hábitos de Sono. *Nascer e Crescer*. *Revista do Hospital de crianças Maria Pia*, XVII, 1, 9-12.

[http://repositorio.chporto.pt/bitstream/10400.16/1132/1/HabitosDeSono\\_NeC\\_17-1\\_WEB.pdf](http://repositorio.chporto.pt/bitstream/10400.16/1132/1/HabitosDeSono_NeC_17-1_WEB.pdf)

Mancuso, J. (2008). Health literacy: A concept/dimensional analysis. *Nursing and Health Sciences*, 10, pp. 248-255. doi:10.1111/j.1442-2018.2008.00394.x

Marques, Natalia & Gomes, Elisângela & Ribeiro, Mario & Silva, Jannaína & Silva, Catia & Souza, Alessandra. (2024). Os Cuidados de Enfermagem diante do Bebê Prematuro. *Revista Pró-UniverSUS*. 15. 113-118. 10.21727/rpu.v15iEspecial.4345.

Martins, C. (2009). Transição para a parentalidade: uma revisão sistemática da literatura. <https://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/13291>

Martins, C. (2012). Transição dos cuidados médicos pediátricos para a medicina de adultos. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/66541/2/30809.pdf>

Martins, T., & Borges, E. (2023). *Saúde Escolar*. Edições Técnicas Lidel

Mason, R., et al. (2005). Utilização de sonda nasogástrica para nutrição enteral em recém-nascidos pré-termo. *Neonatal Nutrition Review*, 23(5), 254-260.

Matos, M., & Silva, S. (2020). Empoderamento do utente: O impacto da literacia em saúde no contexto clínico. *Revista de Saúde e Enfermagem*, 15(1), 27-39.

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

Meleis, A. (2012). *Theoretical nursing: development & progress* (5ª ed). Philadelphia: Wolters Kluwer - Lippincott Williams & Wilkins

Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28.

Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E.-O., Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28. [https://journals.lww.com/advancesinnursingscience/abstract/2000/09000/experiencing\\_transition\\_s\\_\\_an\\_emerging\\_middle\\_range.6.aspx](https://journals.lww.com/advancesinnursingscience/abstract/2000/09000/experiencing_transition_s__an_emerging_middle_range.6.aspx)

Meleis, A., & Trangenstein, P. (1994). Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook*, 42(6), 255-259. doi:10.1016/0029-6554(94)90045-0

Mellara, T. S., Silva, F. W. G. de P. e, Assed, S., Nelson Filho, P., & Queiroz, A. M. de. (2010). Seria o hábito de sucção de chupeta capaz de reduzir a síndrome da morte súbita em lactente. *Pediatria*, 32(1), 43-50.

Mendes, M.G.(2016). *Parceria de cuidados em pediatria: ganhos em saúde para as crianças*,

para os pais e para os enfermeiros, In *Disenos de la moderna investigación universitária*, (pp.531-542). Madrid: McGraw-Hill Education [https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/50685/3/Parceria de cuidados em pediatria\\_ganhos em sa%C3%BAde para as crian%C3%A7as%2C para os pais e para os enfermeiros.pdf](https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/50685/3/Parceria%20de%20cuidados%20em%20pediatria_ganhos%20em%20sa%C3%BAde%20para%20as%20crian%C3%A7as%20para%20os%20pais%20e%20para%20os%20enfermeiros.pdf)

Merck, T. & McElfresh, P. (2019). Family-Centered care of the child during illness and hospitalization. In M. J. Hockenberry, D. Wilson, & C. C. Rodgers, *Wong's nursing care of infants and children*. Elsevier. 21. 658-677.

Merck, T. & McElfresh, P. (2019). Family-Centered care of the child during illness and hospitalization. In M. J. Hockenberry, D. Wilson, & C. C. Rodgers, *Wong's nursing care of infants and children*. Elsevier. (21) 658-677.

Messayke, S., Davaisse-Paturet, C., Nicklaus, S., Dufourg, M., Charles, M., Lauzon-Guillain, B., & Plancou laine, S. (2021). Infant feeding practices and sleep at 1 year of age in the nationwide ELFE cohort. *Maternal & Child Nutrition*, 17(1). <https://doi.org/10.1111/mcn.13072>

Mettler, M., & Kemper, D. W. (2006). Information Therapy: Health Education One Person at a Time. *Health Promotion Practice*, 4(3), 214-217. [https://www.researchgate.net/publication/6701258\\_Information\\_Therapy\\_The\\_strategic\\_role\\_of\\_prescribed\\_information\\_in\\_disease\\_self-management](https://www.researchgate.net/publication/6701258_Information_Therapy_The_strategic_role_of_prescribed_information_in_disease_self-management)

Mian, M., Shah, J., Dalpiaz, A., Schwamb, R., Yimei, M., Warren, K. & Khan, S. (2015). Shaken Baby Syndrome: A Review. *Fetal and pediatric pathology*. 34. 10.3109/15513815.2014.999394.

Middlemiss, W., Stevens, H., Ridgway, L., McDonald, S., & Koussa, M. (2017). Response based sleep intervention: Helping infants sleep without making them cry. *Early Human Development*, 108, 49-57.

Ministério da Saúde. (2014). Despacho n.º 10319/2014. *Diário da República*, II Série, N.º 153. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/10319-2014-55606457>

Ministério da Saúde. (2020). Rede de referência perinatal. Ministério da Saúde. <https://www.min-sa> (Regulamento n.º 743ude.pt)

Mitchell, D. (1994). Toward a definition of information therapy. *Medical Informatics Fellow*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2247874/pdf/procascamc00001-0097.pdf>

Monteiro, M. (2019). *Cuidados Centrados no Desenvolvimento do Recém-Nascido: Atuação do Enfermeiro Especialista na Otimização do Ambiente Terapêutico*. [Tese de Mestrado, Instituto Politécnico de Setúbal]. Repositório comum: [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/28815/1/Relatorio\\_170531133.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/28815/1/Relatorio_170531133.pdf)

Monteiro, S. (2022). *Estratégias promotoras do sono do RN nas unidades de cuidados intensivos*

neonatais. (Tese de mestrado, Escola Superior de Saúde de Viseu). Repositório Científico de Acesso Aberto.

<https://repositorio.ipv.pt/entities/publication/f4d6f54a-2266-4139-8e54-00a734ef6b2e>

Moon, R. Y., Carlin, R. F., & Hand, I. (2022). Sleep-Related Infant Deaths: Updated 2022 Recommendations for Reducing Infant Deaths in the Sleep Environment. *Pediatrics*, 150(1), e2022057990. <https://doi.org/10.1542/peds.2022-057990>

Nascimento, R., & Landim, T. (2016). Cuidados de Enfermagem na prevenção de lesões da pele do recém-nascido prematuro. *Revista Eletrônica. Atualiza Saúde*. 66-73. <https://doi.org/2022/05/cuidados-de-enfermagem-na-prevencao-de-lesoes-de-pele-no-recem-nas-cido-prematuro-v-4-n-4-1.pdf>

National Health Service. (2021). Clinical Guideline: Bed sharing and co-sleeping with newborn babies.

[https://www.uhbw.nhs.uk/assets/1/21-506\\_bedsharingandcosleepingwithnewbornbabies-8.pdf](https://www.uhbw.nhs.uk/assets/1/21-506_bedsharingandcosleepingwithnewbornbabies-8.pdf)

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2020). Nutrition support in adults: Oral nutrition support, enteral tube feeding and parenteral nutrition (Clinical guideline CG32). <https://www.nice.org.uk/guidance/cg32>

National Sleep Foundation. (2020). Children and Sleep. <https://www.sleepfoundation.org/children-and-sleep>

National Sleep Foundation. (2020). How Much Sleep Do You Really Need? National Sleep Foundation. <https://www.thensf.org/how-many-hours-of-sleep-do-you-really-need/>

Neto, F. (2014). A transição para a alimentação oral no recém-nascido prematuro. (Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra). Repositório Científico de Acesso Aberto. <http://hdl.handle.net/10400.26/9733>

NIDCAP. (2020). Dia Mundial de NIDCAP. [https://nidcap.org/wp-content/uploads/2020/02/WND\\_FactSheet-Portuguese-General.pdf](https://nidcap.org/wp-content/uploads/2020/02/WND_FactSheet-Portuguese-General.pdf)

Norma nº004. (2019). Prevenção e Tratamento da Deficiência de Vitamina D. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2019/08/i025530.pdf>

Nutbeam, Don. (2021). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies in the 21st century. *Health Promotion International*. 15. 10.1093/heapro/15.3.259.

NUTRICIA. (2023). Fortificante para leite materno. Nutricia. <https://nutricia.pt/portfolio/aptamil-fms/>

O'Grady, N. P., Alexander, M., Burns, L. A., Dellinger, E. P., Garland, J., Heard, S. O., Lipsett, P. A., Masur, H., Mermel, L. A., Pearson, M. L., Raad, I. I., Randolph, A. G., Rupp, M. E., & Saint,

S.(2011). Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-related Infections. *Clinical Infectious Diseases*, 52(9), e162–e193. <https://doi.org/10.1093/cid/cir257>

Observatório das Migrações. (2023). Relatório Anual: Imigração e Diversidade Cultural em Portugal – 2022. Lisboa: Alto Comissariado para as Migrações (ACM). Recuperado de <https://www.om.acm.gov.pt>

OE. (2021). Cateterismo venoso periférico em neonatologia: Considerações gerais e indicações clínicas. *Organização Europeia de Neonatologia*, 32(4), 58-63.

Olhweiler, L., Silva, A. & Rotta, N. (2005). Estudo dos reflexos primitivos em pacientes recém-nascidos pré-termo normais no primeiro ano de vida. *Arquivos De Neuro-psiquiatria - ARQ NEURO-PSIQUIAT*. 63. 10.1590/S0004-282X2005000200017.

Oliveira, F. C. D. (2020). Estratégias preventivas da utilização do serviço de urgência [Dissertação de Mestrado, Universidade do Minho]. Repositório UM. <http://hdl.handle.net/1822/69643>

Oliveira, J. (2005). Desenvolvimento psicossocial e estilos de vinculação: Convergência e divergência de perceções de satisfação na família. (Tese de mestrado, FPCEUP - Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação). Repositório Científico de Acesso Aberto. <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/22930>

Oliveira, M. (2016). Estimulação sensorial em salas Snoezelen. (Tese de doutoramento, Universidade Católica Portuguesa). <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/20944>

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Adaptação à parentalidade durante a hospitalização. Guia Orientador de Boas práticas N.º 8. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8886/gobp\\_parentalidadepositiva\\_vf.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8886/gobp_parentalidadepositiva_vf.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Regulamento n.º 422/2018. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8349/1919219194.pdf>

Ordem dos enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 140. Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf><https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>

Ordem dos psicólogos. (2020). Os Desafios da Parentalidade. [https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/ser\\_mae\\_pai\\_desafios\\_parentalidade.pdf](https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/ser_mae_pai_desafios_parentalidade.pdf)

Organização Mundial de Saúde (2024). Improving health literacy. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/health-literacy>

Organização Mundial de Saúde. (2016). Health literacy: the solid facts. <https://iris.who.int/handle/10665/326432>

Otsuka, Y., Kaneita, Y., Itani, O., Jike, M., Osaki, Y., Higuchi, S., Kanda, H., Kinjo, A., Kuwabara, Y., & Yoshimoto, H. (2020). Skipping breakfast, poor sleep quality, and Internet usage and their relation with unhappiness in Japanese adolescents. *PLoS One*, 15(7), e0235252. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0235252>

Otto, D., & Almeida, S. (2017). Desempenho da alimentação oral em recém-nascidos prematuros estimulados pela técnica de treino da deglutição. *Audiology communication research*, 22 ,1-7. <https://doi.org/10.1590/2317-6431-2016-1717>

Papalia, D. E., Martorell, G., & Feldman, R. (2021). *Experience Human Development* (14th ed.). McGraw-Hill.

Pedro, A., Amaral, O., & Escoval, A. (2016). Literacia em saúde, dos dados à ação: tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 34(3), 259-275. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2016.07.002>

Peirano, Patricio & Algarin, Cecilia. (2007). Sleep in brain development. *Biological research*. 40. 471-8. 10.4067/S0716-97602007000500008.

Pereira, S. (2019). A transição para a parentalidade: a visão do enfermeiro especialista. (Tese de mestrado, Universidade Católica Portuguesa). <https://repositorio.ucp.pt/entities/publication/8d5f1fe4-62d5-4217-87f0-559277a1c327>

Pereira, V. (2013). Promoção do Desenvolvimento das Competências Parentais na Prestação de Cuidados de Higiene e Conforto ao Recém-Nascido. (Tese de mestrado, universidade de Évora, escola superior de enfermagem são João de deus departamento de enfermagem). Repositório Universidade de Évora. <http://hdl.handle.net/10174/9854>

Pires, C. (2016). Cuidados ao cordão umbilical do recém-nascido. (Tese de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Bragança). Repositório Científico de Acesso Aberto. <http://hdl.handle.net/10198/13297>

Pires, M. J. F. (2011). Promoção do desenvolvimento infantil. Universidade Católica Portuguesa. <https://ciencia.ucp.pt/pt/studentTheses/promo%C3%A7%C3%A3o-do-desenvolvimento-infantil>

Poeira, Ana & Dias, Alexandre & Condinho, Lúcia & Cerdeira, Raquel & Frias, Ana. (2021). O Processo de Vinculação do Pai com o Recém-nascido: uma Revisão Narrativa. 10.37885/210705251.

Querido, D., Lourenço, M., Charepe, Z., Nunes, E., & Caldeira, S. (2021). Intervenções de enfermagem na promoção da vinculação do recém-nascido com necessidade de internamento – scoping review. *Cadernos de Saúde*, 12(Especial), 63-64.

<https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2020.10263>

Quintas, J., & Silva, A. (2004). A fototerapia na icterícia neonatal. *Revista de Neonatologia*. <https://1library.org/document/y8354krq-ictericia-neonatal-conceicao-quintas-albina-silva.html>

Ramires, A., Silva, A., Pereira, L., Conceição, T., & Katekarub, C. (2023). Importância do aleitamento materno no desenvolvimento da crononutrição em lactentes. <https://arquivo.fmu.br/prodisc/fono/absr.pdf>

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

Regulamento n.º 743/2019. (2019). Normas de segurança nas dotações de recursos humanos para unidades de cuidados intensivos e intermédios. *Diário da República*, 2.ª série. <https://www.dre.pt>

Regulamento n.º 422. (2018). Regulamento de organização e funcionamento das unidades de cuidados neonatais. *Diário da República*, 1ª série, n.º 13, 1234-1250.

Ribeiro, Adrielly. (2022). Abordagem a Icterícia Neonatal: Fototerapia e práticas terapêuticas alternativas associadas: uma revisão de literatura. *Revista de Saúde*. 13. 21-27. [10.21727/rs.v13i3.3283](https://doi.org/10.21727/rs.v13i3.3283).

Rivkees, S., Mayes, L., Jacobs, H. & Gross, I. (2004). Rest-Activity Patterns of Premature Infants Are Regulated by Cycled Lighting. *Pediatrics*. 113. 833-9. [10.1542/peds.113.4.833](https://doi.org/10.1542/peds.113.4.833).

Rosengarten, L., & Davies, B. (2021). Nutritional support for children and young people: nasogastric tubes. *British Journal of Nursing*, 30 (13), 12-18. [pubmed.ncbi.nlm.nih.gov](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov)

Sadeh, A., Tikotzky, L., & Scher, A. (2010). Parenting and infant sleep. *Sleep medicine reviews*, 14(2), 89-96. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2009.05.003>

Salgado, M. (2023). *Transição dos Cuidados Paliativos Pediátricos para Adultos: Um Desafio Emergente*. <https://repositorio.ulisboa.pt/handle/10451/64769>

Salm Ward, T. C., & Yasin, T. (2022). Hospital-based inpatient quality improvement initiatives on safe infant sleep: Systematic review and narrative synthesis. *Sleep medicine reviews*, 63, 101622. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2022.101622>

Santos, D. (2014). *Cuidados de enfermagem no cateterismo venoso periférico: impacte no perfil microbiológico*. (Tese de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra). Repositório científico de Acesso Aberto. [https://web.esenfc.pt/pav02/include/download.php?id\\_ficheiro=28920&codigo=497](https://web.esenfc.pt/pav02/include/download.php?id_ficheiro=28920&codigo=497)

Santos, D. M. (2023). *Alimentação entérica e microbiota do recém-nascido*. (Tese de Mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa).

<https://repositorio.ulisboa.pt/bitstream/10451/62877/1/DianaMSantos.pdf>

Santos, G. & Freitas, M. (2019). Desenvolvimento Humano Sob a Óptica Psicanalística, Psicossocial, Cognitiva e Contextual. *Revista Rios*, 13(22), 85-101. <https://www.publicacoes.unirios.edu.br/index.php/revistarios/article/view/237/237>

Santrock, J. W. (2020). *Children* (14th ed.). McGraw-Hill.

Schiavo, Rafaela de Almeida, Rodrigues, Olga Maria Piazzentin Rolim, Santos, Janaína Senhorini dos, Campos, Barbara Camila de, Nascimento, Luana Monteiro Barros, & Dornelas, Lilian Maria Candido de Souza. (2021). Saúde emocional materna e prematuridade: influência sobre o desenvolvimento de bebês aos três meses. *Pensando famílias*, 25(2), 98-113. Recuperado em 09 de abril de 2025, de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-494X2021000200008&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2021000200008&lng=pt&tlng=pt).

Schoch, S. F., Huber, R., Kohler, M., & Kurth, S. (2020). Which Are the Central Aspects of Infant Sleep? The Dynamics of Sleep Composites across Infancy. *Sensors*, 20(24), 7188. <https://doi.org/10.3390/s20247188>

Serviço Nacional de Saúde. (2024). Ligue Antes, Salve Vidas. Ministério da Saúde. [sns.min-saude.pt](https://sns.min-saude.pt)

Sheldon, S. H., Ferber, R., & Kryger, M. H. (2014). *Principles and Practice of Pediatric Sleep Medicine*. Elsevier

Silva, Amanda, Pinto, Regiane & Rocha, Leandro. (2020). Prevenção de eventos adversos relacionados à sonda nasogástrica e nasoenteral: uma revisão integrativa. *Journal of Nursing and Health*. 10. 10.15210/jonah.v10i4.16947.

Silva, C. (2018). Percepção parental sobre hábitos e qualidade do sono das crianças em idade pré-escolar. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(17), 63-72. <https://doi.org/10.12707/RIV17103>

Silva, F. G., Silva, C. R., Braga, L. B., & Neto, A. S. (2013). Hábitos e problemas do sono dos dois aos dez anos: estudo populacional. *Ata Pediátrica Portuguesa. Revista de Medicina da Criança e Jovem*, 44 (5), pp. 196-202. <http://actapediatrica.spp.pt/article/viewFile/2898/2728>

Silva, F. M. (2014). *O sono na infância: educar para promover o sono saudável*. (Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Setúbal). <http://hdl.handle.net/10400.26/28840>

Silva, M. L. B. da, Lopes, G., Sales, J. R. P. de, & Carvalho, J. B. L. de. (2024). Cuidados e desafios vivenciados pelos pais na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: Revisão integrativa. *Research Society and Development*. [https://www.researchgate.net/publication/380692491\\_Cuidados\\_e\\_desafios\\_vivenciados\\_pelos\\_p](https://www.researchgate.net/publication/380692491_Cuidados_e_desafios_vivenciados_pelos_p)

ais\_na\_Unidade\_de\_Terapia\_Intensiva\_Neonatal\_Revisao\_integrativa

Silva, M., Pereira, T., & Andrade, L. (2016). Lesão Renal Aguda no Recém-Nascido. [https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2013-Lesao\\_renal\\_aguda\\_no\\_RN.pdf](https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2013-Lesao_renal_aguda_no_RN.pdf)

Silva, M., Rozeira, Carlos H., Oliveira, R., Matos, A., Carneiro, P., Costa, J., Costa, N., Silva, F., Machado, J., Domingues, M., Moura, B., Bolwerk, M., Frazão, A. & Silva, F. (2024). Impacto da Prematuridade no Desenvolvimento Neuropsicomotor Infantil. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*. 6. 401-431. 10.36557/2674-8169.2024v6n4p401-431.

Silva, R., & Rodrigues, A. (2018). O impacto do NIDCAP no bem-estar dos recém-nascidos e no vínculo parental em unidades de cuidados intensivos neonatais em Portugal. [bing.com/ck/a?!&&p=27f48d30b77c412217a620ee882e8b86b2c11929cb7caec9fda839301a2a1aa7JmltdHM9MTc0NDE1NjgwMA&ptn=3&ver=2&hsh=4&fclid=0775ef09-d685-6bca-13bb-fb8ed7e26a20&u=a1aHR0cHM6Ly9yZXBvc2l0b3Jpbpy5jaHBvcnRvLnB0L2JpdHN0cmVhbS8xMDQwMC4xNi83MDUvMS92MjBuMWEwNi5wZGY&ntb=1](https://www.bing.com/ck/a?!&&p=27f48d30b77c412217a620ee882e8b86b2c11929cb7caec9fda839301a2a1aa7JmltdHM9MTc0NDE1NjgwMA&ptn=3&ver=2&hsh=4&fclid=0775ef09-d685-6bca-13bb-fb8ed7e26a20&u=a1aHR0cHM6Ly9yZXBvc2l0b3Jpbpy5jaHBvcnRvLnB0L2JpdHN0cmVhbS8xMDQwMC4xNi83MDUvMS92MjBuMWEwNi5wZGY&ntb=1)

Silva, S., Sampaio, C. ., & Marques, G.(2024). Intervenções do Enfermeiro de Saúde Infantil e Pediatria na Promoção da Parceria de Cuidados à Criança e Família: revisão integrativa. *Servir*, 2(08), 35181. <https://doi.org/10.48492/servir0208.35181>

Singh, J., & Menahem, S. (2023). The five “S’s” and the “SNOO” Smart Sleeper—non-pharmacological interventions (NPI) to promote sleep and reduce crying of infants: a scoping review. *Translational Pediatrics* 2023 Vol. 12. 8.1527-1539 <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85174186446&doi=10.21037%2ftp-23-42&partnerID=40&md5=bb073971b8edb6fb88466f6cfd9e62c>

Soares, H. (2008). O acompanhamento da família no seu processo de adaptação e exercício da parentalidade: intervenção de enfermagem. [Dissertação de mestrado, Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto: [https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7175/2/Tese\\_Mestrado\\_Hlia.pdf](https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7175/2/Tese_Mestrado_Hlia.pdf)

Soares, S. V. M. (2023). A técnica da cateterização venosa periférica e a prevenção de infeção na prestação de cuidados de enfermagem [Dissertação de Licenciatura, Escola Superior de Saúde Fernando Pessoa]. Repositório Institucional da Universidade Fernando Pessoa. <https://bdigital.ufp.pt/handle/10284/12920>

Sociedade Portuguesa de Neonatologia (SPN). (2016). Recomendações para os cuidados respiratórios do recém-nascido pré-termo. <http://www.spneonatologia.pt/to-parents/useful-information/manual-completo/>

Sociedade portuguesa de neonatologia [SPN]. (2018). O Som na Unidade de Neonatologia. <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2018/05/O-Som-na-Unidade-de-Neonatologia.pdf>

Sociedade Portuguesa de Pediatria (SPP). (2016). Cuidados durante a fototerapia. [https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2013-Ictericia\\_neonatal.pdf](https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2013-Ictericia_neonatal.pdf)

Sociedade portuguesa de Pediatria. (2009). Síndrome de Morte Súbita do Lactente. <https://www.spp.pt/UserFiles/File/Noticias/Document1.pdf>

Sociedade Portuguesa de Pediatria. (2017). Prática da sesta da criança nas creches e infantários, públicos ou privados. [https://www.spp.pt/UserFiles/file/Noticias\\_2017/VERSAO\\_PROFSSIONAIS\\_DE\\_SAUDE\\_RECOMENDACOES\\_SPS-SPP\\_SESTA\\_NA\\_CRIANCA.pdf](https://www.spp.pt/UserFiles/file/Noticias_2017/VERSAO_PROFSSIONAIS_DE_SAUDE_RECOMENDACOES_SPS-SPP_SESTA_NA_CRIANCA.pdf)

Sociedade portuguesa neonatologia (SPN). (2016). A pele do prematuro. <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/10/A-pele-do-prematuro.pdf>

Sousa, P. (2014). O exercício parental durante a hospitalização do filho: Intencionalidades terapêuticas de enfermagem face à parceria de cuidados. (Tese de doutoramento, Instituto de Ciências de Saúde do Porto, Universidade Católica Portuguesa). <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/13972>

Sousa, P., Paiva, A., Pereira, F., Parente, P., & Sousa, P. (2023). O exercício parental durante a hospitalização do filho: modelo de intencionalidades terapêuticas de enfermagem face à parceria de cuidados. *Cadernos de Saúde*, 15 (1), 4-17. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2023.11580>

Souza, J. M., & Veríssimo, M. (2015). Child development: analysis of a new concept. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(6), 1097-1104. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0462.2654>

Starship. (2019). Manual de cuidados com alimentação enteral e posicionamento da sonda nasogástrica. *Starship Hospital*, 12(4), 45-52. Recuperado de <https://www.starship.org.nz>

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

Thompson, M., & Kagan, K. (2017). *Neonatal nursing care handbook: An evidence-based approach to conditions and procedures*. Springer.

UNICEF. (2001). *The state of the world's children*. <https://www.unicef.org/media/84781/file/SOWC-2001.pdf>

UNICEF. (1989). *Convenção sobre os Direitos da Criança*. <https://www.unicef.org/brazil/convencao-sobre-os-direitos-da-crianca#:~:text=A%20Conven%C3%A7%C3%A3o%20sobre%20os%20Direitos%20da%20Crian%C3%A7a%20foi,na%20hist%C3%B>

3ria%20universal.%20Foi%20ratificado%20por%20196%20pa%C3%ADses.

Varma, P., Conduit, R., Junge, M., & Jackson, M. L. (2020). Examining Sleep and Mood in Parents of Children with Sleep Disturbances. *Nature and Science of Sleep*, Volume 12, 865-874. <https://doi.org/10.2147/NSS.S271140>

Varvara, B., Effrossine, T., Despoina, K., Konstantinos, D., & Matziou, V. (2016). Effects of neonatal intensive care unit nursing conditions in neonatal NREM sleep. *Journal of Neonatal Nursing*, 22(3), 115-123. <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2015.11.004>

Vilaça, S., & Ramos, M. (2020). O recém-nascido pré-termo. In A. Ramos, & M.Barbieri-Figueiredo, *Enfermagem em saúde da criança e do jovem*.1.118-134. Lidel - Edições Técnicas Lda.

Vilelas, J., Marques, J., Jacinto, B., Correira, A., Apóstolo, J. & Pestana, V. (2023). Guia orientador de boas práticas: o sono na criança e no adolescente. Papa-Letras

Ward, C., & Balfour, G. (2015). Infant Safe Sleep Interventions, 1990-2015: A Review. *Journal of community health*, 41(1), 180-196. <https://doi.org/10.1007/s10900-015-0060-y>

Warren, S., & Bond, J. (2015). Transmissão da dor no recém-nascido prematuro: Desenvolvimento e resposta comportamental. *Neonatal Pain and Therapy Journal*, 22(4), 232-239.

White, R. D. (2015). Neuroprotective Core Measure 4: Safeguarding Sleep - Its Value in Neuroprotection of the Newborn. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 15(3), 114-115. <https://doi.org/10.1053/j.nainr.2015.06.012>

World Health Organization (WHO). (2009). "Infant and young child feeding: Model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals." Geneva: WHO.

World Health Organization (WHO). (2012). *Born too soon: The global action report on preterm birth*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241504298>

World Health Organization (WHO). (2020). *Newborn health: Guidelines on essential newborn care*. Geneva: WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MCA-17.07>

World Health Organization (WHO). (2021). *Nurturing care for early childhood development: A framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241514064>

World Health Organization (WHO). (2022). *Thermal protection of the newborn: a practical guide*. Geneva.

World Health Organization. (2021). *Infant and young child feeding*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>

World Health Organization. (2022). Making sure newborns and children under 5 years sleep safely. WHO.  
<https://www.who.int/tools/your-life-your-health/life-phase/newborns-andchildren-under-5-years/making-sure-newborns-and-children-under-5-years-sleep-safely>

World Health Organization. (2023). Cuidados de Saúde Primários.  
<https://www.who.int/world-health-day/world-health-day-2019/fact-dessheets/details/primary-healthcare>



## **8. ANEXOS**



## **Anexo I**



Artigos científicos consultados no âmbito do sono no recém-nascido:

Ano	Autor	Título
1993	K. G. France and S. M. Hudson	Management of infant sleep disturbance: A review
1999	J. L. Owens, K. G. France and L. Wiggs	Behavioural and cognitive-behavioural interventions for sleep disorders in infants and children: A review
2004	Rivkees, S., Mayes, L., Jacobs, H. and Gross, I.	Rest-Activity Patterns of Premature Infants Are Regulated by Cycled Lighting
2004	W. Middlemiss	Infant sleep: A review of normative and problematic sleep and interventions
2005	J. J. McKenna and T. McDade	Why babies should never sleep alone: a review of the co-sleeping controversy in relation to SIDS, bedsharing and breast feeding
2006	R. A. Darnall, R. L. Ariagno and H. C. Kinney	The late preterm infant and the control of breathing, sleep, and brainstem development: a review
2011	Carskadon, Mary and Dement, William	Normal human sleep: An overview. Principles and practice of sleep medicine
2012	B. C. Galland, B. J. Taylor, D. E. Elder and P. Herbison	Normal sleep patterns in infants and children: A systematic review of observational studies
2013	S. Abel and D. Tipene-Leach	SUDI prevention: A review of Māori safe sleep innovations for infants
2013	P. S. Douglas and P. S. Hill	Behavioral Sleep Interventions in the First Six Months of Life Do not Improve Outcomes for Mothers or Infants: A Systematic Review
2014	Coughlin, Mary	Transformative Nursing in the NICU: Trauma-Informed Age-Appropriate Care
2015	N. J. Bergman	Proposal for mechanisms of protection of supine sleep against sudden infant death syndrome: An integrated mechanism review
2015	C. Patton, D. Stiltner, K. B. Wright and D. D. Kautz	Do nurses provide a safe sleep environment for infants in the hospital setting? An integrative review
2015	Chora, M. A., & Azougado, C.	Influência da Promoção do Sono no Desenvolvimento do Recém-Nascido Pré-Termo: Uma Revisão Narrativa
2015	White, R. D.	Neuroprotective Core Measure 4: Safeguarding Sleep - Its Value in Neuroprotection of the Newborn
2016	T. C. Salm Ward and G. M. Balfour	Infant Safe Sleep Interventions, 1990–2015: A Review
2016	Varvara, B., Effrossine, T., Despoina, K., Konstantinos, D. and Matziou, V.	Effects of neonatal intensive care unit nursing conditions in neonatal NREM sleep
2017	Bathory, E., and Tomopoulos, S.	Sleep Regulation, Physiology and Development, Sleep Duration and Patterns, and Sleep Hygiene in Infants, Toddlers, and Preschool-Age Children
2017	Figueiredo, B., Castro, C., & Miguel, T.	Exclusive breastfeeding at three months and infant sleep-wake behaviors at two weeks, three and six months
2017	T. Field	Infant sleep problems and interventions: A review
2017	Middlemiss, W., Stevens, H., Ridgway, L., McDonald, S., and Koussa, M.	Response based sleep intervention: Helping infants sleep without making them cry.
2018	K. Baumgartel and F. Facco	An Integrative Review of the Sleep Experiences of Mothers of Hospitalized Preterm Infants
2018	A. Cerqueira, M. Cardoso, T. R. F. Viana and M. Lopes	Integrative literature review: sleep patterns in infants attending nurseries
2018	J. H. Liao, R. F. Hu, L. J. Su, S. Wang, Q. Xu, X. F. Qian, et al.	Nonpharmacological Interventions for Sleep Promotion on Preterm Infants in Neonatal Intensive Care Unit: A Systematic Review
2018	G. N. Marthinsen, S. Helseth and L. Fegran	Sleep and its relationship to health in parents of preterm infants: A scoping review

Artigos científicos consultados no âmbito do sono no recém-nascido:

2018	Silva, E., Simões, P., Macedo, M., Duarte, J., and Silva, D.	Perceção parental sobre hábitos e qualidade do sono das crianças em idade pré-escolar
2019	Carvalho, J., Batista, A., Vaz, J. and Santos, A.	Promoção do sono seguro no recém-nascido pré-termo em unidades de neonatologia
2019	K. T. Alswalem, M. A. M. Zalah, N. M. Alsamadani, S. M. Alotaibi, S. A. Mansur, A. M. Batawi, et al.	Infant sleep problems and managements: a review of the literature
2020	Anders, T., Keener, M., and Kraemer, H.	Sleep-wake state organization, neonatal assessment and development in premature infants during the first year of life
2020	A. Reuter, S. A. Silfverdal, K. Lindblom and A. Hjern	A systematic review of prevention and treatment of infant behavioural sleep problems
2020	B. Shahidi, F. Khajenoori, M. Najarzadegan, M. Mameneh, S. Sheikh, M. Babakhanian, et al.	A Systematic Review of the Effectiveness of Aromatherapy Massage on Sleep in Children and Infants
2020	Correia and Lourenço	Promoção do sono em unidades de cuidados intensivos neonatais: scoping review
2020	Lo, J. C., Ong, J. L., Leong, R. L., Gooley, J. J. and Chee, M. W.	<i>The effects of artificial light exposure on neonatal melatonin production and sleep patterns</i>
2020	A. R. Vieira, J. dos Santos and P. Santos	Parental education and better sleep-in infants: A systematic review
2020	Otsuka, Y., Kaneita, Y., Itani, O., Jike, M., Osaki, Y., Higuchi, S., Kanda, H., Kinjo, A., Kuwabara, Y., and Yoshimoto, H.	Skipping breakfast, poor sleep quality, and Internet usage and their relationship with unhappiness in Japanese adolescents
2020	Varma, P., Conduit, R., Junge, M., and Jackson, M. L.	Examining Sleep and Mood in Parents of Children with Sleep Disturbances
2020	Schoch, S. F., Huber, R., Kohler, M., & Kurth, S.	Which Are the Central Aspects of Infant Sleep? The Dynamics of Sleep Composites across Infancy
2021	Astbury, L., Bennett, C., Pinnington, D. and Bei, B.	Does breastfeeding influence sleep? A longitudinal study across the first two postpartum years
2021	X. Fu, A. L. Lovell, A. J. Braakhuis, R. F. Mithen and C. R. Wall	Type of milk feeding and introduction to complementary foods in relation to infant sleep: A systematic review
2021	Q. Huang, X. Lai, J. Liao and Y. Tan	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
2021	J. N. Mery, J. C. Vladescu, T. M. Sidener, K. F. Reeve and J. Day-Watkins	Safe to sleep: A systematic review of the safe infant sleep training literature across relevant personnel
2021	C. Ovelman	Supine versus non-supine sleep position in hospital for preventing morbidity and mortality in spontaneously breathing preterm infants
2021	Messayke, S., Davisse-Paturet, C., Nicklaus, S., Dufourg, M., Charles, M., Lauzon-Guillain, B., & Plancou laine, S.	Infant feeding practices and sleep at 1 year of age in the nationwide ELFE cohort
2021	K. Tanner, G. Noritz, L. Ayala, R. Byrne, D. Fehlings, A. Gehred, et al.	Assessments and Interventions for Sleep Disorders in Infants with or at High Risk for Cerebral Palsy: A Systematic Review
2021	Stremler, R., Micsinszki, S., Adams, S., Parshuram, C., Pullenayegum, E., and Weiss, S. K.	Objective Sleep Characteristics and Factors Associated with Sleep Duration and Waking during Pediatric Hospitalization
2022	R. Cole, J. Young, L. Kearney and J. M. D. Thompson	Infant Care Practices, Caregiver Awareness of Safe Sleep Advice and Barriers to Implementation: A Scoping Review
2022	A. Dixley and H. L. Ball	The effect of swaddling on infant sleep and arousal: A systematic review and narrative synthesis
2022	C. Firmino, M. Rodrigues, S. Franco, J. Ferreira, A. R. Simões, C. Castro	Nursing Interventions That Promote Sleep in Preterm Newborns in the Neonatal Intensive Care Units: An Integrative Review

Artigos científicos consultados no âmbito do sono no recém-nascido:

2022	A. Jawed and M. Jassal	When there is no air, the cradle will fall: A narrative review of tobacco-related content across infant safe sleep interventions
2022	I. P. Landsem and N. B. Cheetham	Infant sleep as a topic in healthcare guidance of parents, prenatally and the first 6 months after birth: a scoping review
2022	M. Priyadarshi, B. Balachander and M. J. Sankar	Effect of sleep position in term healthy newborns on sudden infant death syndrome and other infant outcomes: A systematic review
2022	T. C. Salm Ward and T. Yasin	Hospital-based inpatient quality improvement initiatives on safe infant sleep: Systematic review and narrative synthesis
2022	L. Seiiedi-Biarag, M. Mirghafourvand and A. Mohammadi	The effect of massage therapy on sleep/awake patterns in the preterm infants: A systematic review and meta-analysis
2022	Fidler, A. L., Voorhees, S., Zhou, E. S., Stacciarini, J. M. and Fedele, D. A.	A systematic review and proposed conceptual model of sleep disturbances during paediatric hospitalizations
2022	T. C. S. Ward and T. Yasin	Hospital-based inpatient quality improvement initiatives on safe infant sleep: Systematic review and narrative synthesis
2023	H. Cui, Y. Pan, N. Shen, L. Xiang, Q. Zhou, H. Li, et al.	Breastfeeding and infant sleep: a review
2023	A. Jawed, C. Ehrhardt and M. Rye	Handle with Care: A Narrative Review of Infant Safe Sleep Practices across Clinical Guidelines and social media to Reduce SIDS
2023	T. Lowe, J. Johnson, M. Blanco, K. Yassine, S. Ansar, D. Schnurman, et al.	What are the barriers to sustaining a safe sleep program for infants within hospital settings: An integrative review of the literature
2023	D. Manková, S. Švancarová and E. Štenclová	Does the feeding method affect the quality of infant and maternal sleep? A systematic review
2023	J. K. Singh and S. Menahem	The five “S’s” and the “SNOO” Smart Sleeper—non-pharmacological interventions (NPI) to promote sleep and reduce crying of infants: a scoping review
2023	N. Zanetti, L. D'Souza, P. Tchernegovski and S. Blunden	Parents' perceptions of the quality of infant sleep behaviours and practices: A qualitative systematic review
2024	Fernandes, A., Andrade, A., Darsaut, B. and Barreto, B.	O método canguru e seus impactos para recém-nascidos prematuros: uma revisão integrativa
2024	S. M. Chae, J. Y. Yeo, S. Y. Han, N. R. Chung and J. H. Hwang	Infant sleep interventions with sleep measurements using actigraphy: A systematic review