

**Parecer sobre aceitação de Dissertação/Trabalho de
Projeto/Relatório de estágio**

(nome do Orientador) Maria Teresa Gouvêa Magão
orientador do(a) estudante (nome e número de estudante)
8832 Nádia Alexandra Caeiro José dos Anjos
do curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização
em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

,considera que o Relatório de Estágio (nome) com o título

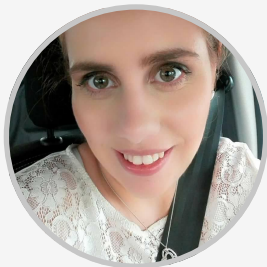
A salvaguarda do sono do recém-nascido pré termo na unidade de cuidados intensivos neonatais:
intervenção de enfermagem promotora do desenvolvimento
reúne os requisitos para ser sujeito à apreciação do júri.

Lisboa, 07/08/2020

O Orientador,

Maria Teresa Gouvêa Magão

O Coorientador,



Nádia Anjos

DATA DE NASCIMENTO:

17/07/1988

CONTACTO

Nacionalidade: Portuguesa

Género: Feminino



Rua Alto do Moinho n° 4
2860-610 Gaio-Rosário, Portugal



nadiacaeirojose@gmail.com



(+93) 5277284

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

26/03/2020 - ATUAL - Barreiro, Portugal

Enfermeira da Unidade de Neonatologia

Centro Hospitalar Barreiro-Montijo

- Prestação cuidados na unidade de neonatologia do serviço de Pediatria.
- Prestação cuidados a todos os recém-nascidos no internamento Covid do serviço de Pediatria.

22/10/2018 - 25/03/2020 - Lisboa

Enfermeira Neonatologia e Bloco de Partos

Hospital Lusíadas Lisboa

Experiência em Bloco de Partos (nomeadamente na anestesia e reanimação neonatal)

Experiência na área da neonatologia

Lisboa, Portugal

16/05/2011 - 21/10/2018

Enfermeira

Hospital Cuf Descobertas - José de Mello Saúde

Equipa de enfermeiros da Neonatologia e do Bloco de partos.

Também com experiência em Puerpério, Recobro (Cuidados imediatos pós-parto) e na área de Cirurgia (Ginecologia, Otorrino, Ortopedia, Plástica e Geral).

Lisboa, Portugal

16/03/2015 - 12/03/2016

Enfermeira

Hospital dos Lusíadas

Bloco de Partos

Lisboa, Portugal

EDUCAÇÃO E FORMAÇÃO

10/2018 - ATUAL - Lisboa, Portugal

Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

A frequentar

● Licenciatura em Enfermagem

Universidade Atlântica

COMPETÊNCIAS LINGUÍSTICAS

LÍNGUA(S) MATERNA(S): português

inglês

Compreensão
oral
A2

Leitura
A2

Produção oral
A2

Interação oral
A2

Escrever
A2

CARTA DE CONDUÇÃO

● Carta de condução: **A2** / Carta de condução: **B**

COMPETÊNCIAS DE ORGANIZAÇÃO

● **Competências de organização**

Boa capacidade em gerir projectos e trabalhos académicos, bem como possuidora de espírito de liderança e cumpridora de prazos e datas estipuladas.

COMPETÊNCIAS SOCIAIS E DE COMUNICAÇÃO

● **Competências sociais e de comunicação**

Iniciativa; Espírito de equipa; Organização; Capacidade de mudança e adaptação; Responsabilidade; Perseverança; Capacidade de comunicação e entendimento; Atitude de humildade e compaixão.

FORMAÇÕES/CURSOS

14/11/2019 - 14/11/2019

Formações/Cursos

Participação como formadora no *Journal Club* sobre "*Gestacional age at birth and sleep duration in early childhood in three population-based cohorts*" realizado no dia 14 de Novembro de 2019, no Centro de Desenvolvimento da Criança do HGO.

28/11/2018 - 28/11/2018

Formações

Suporte Básico de Vida: profissionais clínicos, duração de 4 horas, pela Ocean Medical, realizado no Hospital Lusíadas Lisboa.

13/11/2015 - 14/11/2015

Formação

II Encontro de Enfermeiros de Neonatologia da área de Lisboa "Cuidar para o Desenvolvimento - Qualidade e Segurança" - Auditório da ESEL Pólo Calouste Gulbenkian, Lisboa - 13 e 14 de Novembro de 2015.

28/10/2015 - 30/11/2015

Formação

Ventilação Mecânica no Recém-Nascido - Centro Hospital Lisboa Norte, EPE (Hospital Santa Maria) - 28 a 30 de Outubro de 2015.

08/11/2014 - 13/12/2014

Formação

Curso de Aconselhamento em Alimentação do Lactente e da Criança Pequena - OMS e UNICEF - duração de 40 horas realizado nos dias 8, 22 e 29 de Novembro e 6 e 13 de Dezembro de 2014.

26/11/2014 - 28/11/2014

Formação

Procedimentos Neonatais - Centro Hospital Lisboa Norte, EPE (Hospital Santa Maria) - 26 a 28 de Novembro de 2014.

30/06/2014 - 31/07/2014

Orientação de Estágio

Supervisão de alunos estudantes da licenciatura em enfermagem da Universidade Atlântica no âmbito do ensino clínico de enfermagem de saúde materna e obstétrica na UFON do Hospital Cuf Descobertas.



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil
e Pediatria**

Relatório de Estágio

**A salvaguarda do sono do recém-nascido pré termo na
unidade de cuidados intensivos neonatais: intervenção de
enfermagem promotora do desenvolvimento**

Nádia Alexandra Caeiro José dos Anjos

Lisboa

2020

**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil
e Pediatria**

Relatório de Estágio

**A salvaguarda do sono do recém-nascido pré termo na
unidade de cuidados intensivos neonatais: intervenção de
enfermagem promotora do desenvolvimento**

Nádia Alexandra Caeiro José dos Anjos

Orientador: Maria Teresa Magão

**Lisboa
2020**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

AGRADECIMENTOS

Ao meu marido e a minha filha que muitas vezes se viram privados da minha presença, por todo o apoio, amor, compreensão e sorriso, que alegravam todos os meus dias.

Aos meus pais, irmã e sogra por todo o apoio, que nunca deixaram de estar disponíveis, para me ajudar nos cuidados à minha filha.

A professora Teresa Magão, que sempre disponível, demonstrou ser um exemplo na partilha de conhecimentos e pelo apoio emocional e paciência na durante o meu percurso de aprendizagem.

Á minha amiga Rosário, sendo exemplo de EEESIP, permitiu desenvolver as minhas competências como futura EEESIP, apoiando a minha decisão em aceitar um novo desafio profissional.

A todos os orientadores de cada contexto de estágio, pelo modo que como me acolheram e os conhecimentos que partilharam comigo.

Um agradecimento especial a todas as crianças e famílias de quem cuidei.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ATL – Atividades de Tempos Livres

CCF – Cuidados Centrados na Família

CNT – Cuidados Não Traumáticos

EE – Enfermeiro Especialista

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

NREM – *Non Rapid Eye Movement*

OE – Ordem dos Enfermeiros

PNSIJ – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PNV – Plano Nacional de Vacinação

REM – *Rapid Eye Movement*

RN – Recém-nascido

RNPT – Recém-nascido pré-termo

SUP – Serviço de Urgência Pediátrica

UC – Unidade Curricular

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

RESUMO

Atualmente, considera-se viável um recém-nascido a partir das 23 semanas, no entanto, o internamento prolongado na unidade de cuidados intensivos neonatais pode prejudicar o seu neurodesenvolvimento. Tanto a manipulação excessiva como a privação do sono do recém-nascido pré-termo podem ter consequências a curto prazo e a longo prazo no seu desenvolvimento.

Este relatório pretende evidenciar o desenvolvimento de competências relativas à promoção do desenvolvimento do recém-nascido pré-termo, com especial enfoque na salvaguarda do sono, assim como na prestação de cuidados de enfermagem especializados em saúde infantil e pediátrica. Este percurso de aprendizagem e desenvolvimento de competências foi baseado numa metodologia critico-reflexiva sobre e nas ações desenvolvidas nos diferentes contextos de estágio, sustentado na evidência científica e no quadro de referência da Teoria do Conforto de Kolcaba, Filosofia de Cuidados Centrados na Família e Cuidados Não Traumáticos.

Destacam-se como principais atividades o desenvolvimento de uma revisão *scoping* sobre intervenções de enfermagem para a salvaguarda do sono do recém-nascido pré-termo, uma norma de procedimento e atividades de formação em contexto de trabalho no âmbito da temática da salvaguarda do sono do recém-nascido pré-termo.

Pretende-se como projetos futuros em contribuir para a formação dos enfermeiros da neonatologia do meu local de trabalho, no âmbito dos cuidados neuroprotetores, mais especificamente sobre a salvaguarda do sono do recém-nascido pré-termo na unidade de cuidados intensivos neonatais, assim como integrar o grupo de trabalho de neonatologia “Bem-estar do Recém-nascido” visando a implementação do procedimento sectorial elaborado durante o relatório.

Pretende-se também posteriormente, publicar a revisão *scoping* desenvolvida durante o relatório, numa revista de enfermagem certificada.

Palavras-chave: Sono; Desenvolvimento; Recém-nascido Pré-termo; Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais; Enfermagem Pediátrica.

ABSTRACT

Currently, a newborn from 23 weeks of age is considered viable, however, prolonged hospitalization in the neonatal intensive care unit can impair its neurodevelopment. Both excessive manipulation and sleep deprivation of the preterm newborn can have short-term and long-term consequences on its development.

This report aims to highlight the development of competencies related to the promotion of the development of the preterm newborn, with special focus on the safeguarding of sleep, as well as on the provision of nursing care specialized in child and pediatric health. This path of learning and development of competencies was based on a critical-reflexive methodology on and on the actions developed in the different contexts of internship, supported by scientific evidence and the reference framework of Kolcaba's Comfort Theory, Philosophy of Family-Centered Care and Non-Traumatic Care.

The main activities are the development of a scoping review on nursing interventions to safeguard the sleep of the preterm newborn, a standard of procedure and training activities in the work context in the context of the theme of safeguarding the sleep of the preterm newborn.

It is intended as future projects to contribute to the training of neonatology nurses in my workplace, in the context of neuroprotective care, more specifically on the safeguarding of the sleep of the preterm newborn in the neonatal intensive care unit, as well as to integrate the neonatology working group "Newborn Welfare" aiming at the implementation of the sectoral procedure elaborated during the report.

It is also intended later to publish the scoping review developed during the report, in a certified nursing journal.

Keywords: Sleep; Development; Preterm newborn; Neonatal Intensive Care Unit; Pediatric Nursing.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	13
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL.....	17
1.1. A filosofia de cuidados de enfermagem pediátrica.....	17
1.2. A teoria do conforto de Katharine Kolcaba.....	20
1.3. O sono do recém-nascido pré-termo.....	23
1.4. Cuidados neuroprotectores do desenvolvimento do recém-nascido pré-termo na unidade de cuidados intensivos neonatais.....	25
1.4.1. Intervenções de enfermagem que visam a salvaguarda do sono do recém-nascido pré-termo na unidade de cuidados intensivos neonatais.....	27
2. PROBLEMÁTICA E OBJETO DE ESTUDO.....	29
3. METODOLOGIA.....	31
4. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS ATIVIDADES DE ESTÁGIO: UM PERCURSO INTEGRADOR DA TEORIA À PRÁTICA.....	33
4.1. Desenvolver competências de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica no cuidar da criança, jovem e família a viver processos de saúde e de doença e nas diferentes etapas de desenvolvimento.....	34
4.1.1. Analisar práticas de cuidados de enfermagem no âmbito da promoção do desenvolvimento infantil.....	34
4.1.2. Colaborar no cuidado à criança, jovem e família em situações específicas de saúde.....	38
4.2. Desenvolver competências de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica no âmbito da promoção do desenvolvimento do recém-nascido pré-termo com foco na Salvaguarda do Sono.....	42
4.2.1. Analisar práticas de cuidados de enfermagem no âmbito dos cuidados neuroprotectores no recém-nascido pré-termo com foco na Salvaguarda do Sono.....	42
4.2.2. Elaborar uma proposta para uniformização de procedimentos para a salvaguarda do sono do recém-nascido pré-termo.....	45
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	47
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	49

Índice de Figuras

Figura 1. Modelo Integrado de Cuidados Neonatais de Desenvolvimento.....	27
--	----

Índice de Quadro

Quadro 1. Estrutura taxonómica do conforto segundo Teoria do Conforto de Kolcaba.....	23
---	----

ANEXOS

Anexo 1 – Certificado de Formação em Serviço como formador no *Journal Club*

APÊNDICES

Apêndice 1 - Cronograma de estágio

Apêndice 2 – Salvaguarda do sono do recém-nascido pré-termo - Mapa Conceptual

Apêndice 3 - Intervenções de enfermagem para a salvaguarda do sono do recém-nascido pré-termo na unidade de cuidados intensivos neonatais de acordo com a estrutura taxonómica da teoria de conforto de Kolcaba

Apêndice 4 - Guia orientador das atividades de estágio

Apêndice 5 - Estratégias de comunicação com a criança entre os 4 e os 6 anos de idade no momento da vacinação - Jornal de aprendizagem;

Apêndice 6 - Higiene do sono no 1º ano de vida - Plano da sessão de educação para a saúde

Apêndice 7 – O Sono no recém-nascido pré-termo até 1º ano de vida - Dossier temático

Apêndice 8 – *Gestacional age at birth and sleep duration in early childhood in three population-based cohorts* - Plano da sessão do *Journal Club*

Apêndice 9 – Projeto “Enfermaria amiga do sono” - Reflexão

Apêndice 10 – Estudo de caso clínico

Apêndice 11 – Contributo do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica para a capacitação parental - Jornal de aprendizagem

Apêndice 12 – Salvaguarda do sono do recém-nascido pré-termo na unidade de cuidados neonatais - Plano de sessão de educação para a saúde

Apêndice 13 – “Mamã e Papá, estou a dormir” Sensibilização para a salvaguarda do sono do recém-nascido pré-termo – Cartaz

Apêndice 14 - Intervenções de enfermagem para a salvaguarda do sono do recém-nascido pré-termo na unidade de cuidados intensivos neonatais – Revisão *Scoping*.

INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito da unidade curricular - Estágio com Relatório - do 10º Curso de Mestrado de Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, que tem como finalidade desenvolver competências científicas, técnicas e humanas para a conceção, a gestão, a prestação e a supervisão de cuidados de enfermagem especializados à criança, ao jovem e à família.

Este relatório de estágio pretende dar evidência ao percurso formativo e sua importância na aquisição de competências comuns (Regulamento n.º 140/2019) e específicas enquanto EEESIP (Regulamento n.º 422/2018) e ainda as atribuídas a quem possui o grau de Mestre (decreto de lei n.º 65/2018, art.º 15), nas diversas dimensões do exercício profissional, foi realizado um estágio que decorreu ao longo de 18 semanas em diferentes contextos: numa Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), num Centro de Desenvolvimento, num Internamento de Pediatria, num Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) e na Unidade de Neonatologia, que atualmente exerce funções (Apêndice 1).

O EE, independentemente da sua área de especialização é um profissional de enfermagem com um saber diferenciado (Regulamento n.º 122/2011) que atua de forma multidimensional em qualquer um dos níveis de cuidados, sejam eles, primários, secundários ou terciários ou ainda em domínios como a educação ou a gestão (OE, 2010). Considera-se uma pessoa competente, aquela que julga, avalia, pondera e se decide pela solução mais eficaz, depois de examinar e discutir uma determinada situação de forma conveniente e adequada, sendo necessário dominar conhecimentos, sabendo mobilizá-los e aplicá-los de modo adequado à situação (Rua, 2011). Por conseguinte,

a performance como especialista traduz-se na prestação de cuidados de nível avançado, com segurança, competência e satisfação da criança e suas famílias, procurando responder globalmente ao “mundo” da criança, bem como trabalhar no sentido de remover barreiras e incorporar instrumentos de custo efetivo e gestão da segurança do cliente (OE, 2018, p.19192).

Devido ao desenvolvimento na área de saúde, o limite da idade gestacional viável dos RNPT tem vindo a aumentar. Atualmente, pode considerar-se viável um RN a partir das 23 semanas, no entanto, o internamento prolongado na UCIN pode implicar grandes transtornos para os RNPT, resultando em consequências a curto e a longo prazo (Altimier & Phillips, 2016), que podem prejudicar o seu

neurodesenvolvimento (Kleberg, Hellström-Westas, & Widström, 2007). Os RNPT têm experiências sensoriais que não são adequadas para o seu estágio de desenvolvimento, e por isso, o seu neurodesenvolvimento é diferente do que se fosse no ambiente da proteção do útero, apresentando maior risco de problemas cognitivos, socio-emocionais, de saúde mental, do comportamento, fala-linguagem e dificuldades escolares (Altimier & Phillips, 2016).

No sentido de reduzir o impacto negativo do ambiente nas UCIN, promover o desenvolvimento adequado e prevenir a incapacidade desta população alvo, houve a necessidade de criar estratégias destinadas a apoiar o cérebro em desenvolvimento, nomeadamente os cuidados neuroprotetores (Lockridge, 2015).

Tendo por base os cuidados neuroprotetores, Altimier & Phillips (2016) desenvolveram o “Modelo Integrado de Cuidados Neonatais de Desenvolvimento, identificando sete medidas centrais que fornecem orientação clínica para os profissionais de saúde na prestação de cuidados ao RN e familiares na UCIN.

A Salvaguarda do Sono é uma dessas medidas e enfatiza a multifacetada importância do sono para o RNPT na UCIN. O sono tem uma função protetora sobre todos os seres vivos, permitindo a reparação e a recuperação dos tecidos após atividade. Para além disso, o sono é essencial para atingir a homeostase, para o desenvolvimento dos sistemas neuro-sensoriais e motor, aprendizagem, memória, função imunológica, crescimento assim como para a plasticidade cerebral (Coughlin, 2017). Estudos demonstram que tanto a manipulação excessiva como a privação do sono em RNPT podem prejudicar o desenvolvimento neuromotor, induzir a hiperexcitabilidade, desencadear ou exacerbar doenças psiquiátricas e provocar sonolência diurna excessiva (Takahashi Maki et al., 2017).

A parceria entre profissionais e as famílias reduz o tempo de internamento e é benéfico para neurodesenvolvimento dos RNPT (Altimier, 2016). A filosofia dos Cuidados Centrados na família reconhece que a família é uma constante na vida da criança e que os sistemas de serviço e os profissionais de saúde devem apoiar, respeitar, encorajar e potenciar a força e as competências da família nos cuidados à sua criança (Winkelstein, 2008). A prestação de cuidados não traumáticos consiste numa filosofia baseada em intervenções proporcionadas por profissionais de saúde, que eliminem ou minimizem o desconforto psicológico e físico experimentado pela criança e seus familiares no sistema de cuidados de saúde (Winkelstein, 2008).

Como o desconforto está bastante presente no dia-a-dia do RNPT, são expostas a diversos estímulos, nomeadamente a bastante manipulação, ruídos

externos, luminosidade, procedimentos invasivos, entre outros, que contribuem para a interrupção dos ciclos de sono e consequente aumento dos níveis de stress. Por se considerar que o desconforto surge muitas vezes associado à pessoa que está hospitalizada (Pinto & Conceição, 2008), a mobilização das intervenções de enfermagem para a promoção do conforto da pessoa, que Kolcaba defende, podem ter como alvo qualquer um dos aspetos do conforto da estrutura taxonómica da sua teoria. A Teoria do Conforto de Kolcaba permite uma melhor compreensão do problema, encarando a promoção do conforto como uma intervenção de enfermagem de forma holística e incentivando em simultâneo a uma reflexão da prática diária (Kolcaba, 2003).

O relatório foi organizado por capítulos e respeita as regras da norma *American Psychological Association* (APA) (6ª edição) quanto à sua organização estrutural e à referenciação bibliográfica. O primeiro capítulo refere-se ao enquadramento conceptual, onde são clarificados os referenciais teóricos. O segundo capítulo refere-se à problemática e objeto de estudo, identificando e justificando o problema e sua pertinência para a Enfermagem Pediátrica. O terceiro capítulo corresponde à descrição e análise reflexiva das atividades desenvolvidas para dar resposta aos objetivos delineados e explicita as competências adquiridas no percurso formativo. O quarto capítulo diz respeito às considerações finais onde se realiza uma conclusão final e onde se apresentam perspetivas futuras para a continuidade deste trabalho.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

O enquadramento conceptual pretende clarificar a teoria de médio alcance de enfermagem que se constituiu como conceção teórica de cuidar que serviu de suporte orientador para o processo de aprendizagem e elaboração do presente relatório. Integra também a contextualização da problemática da salvaguarda do sono do RNPT na UCIN, sendo esta fundamentada no conhecimento e na evidência científica para a compreensão aprofundada do fenómeno de enfermagem em estudo.

Este capítulo ir-se-á desenvolver através de uma abordagem que enquadre uma visão da disciplina fundamentada pelos pilares da enfermagem pediátrica: os Cuidados Centrados na Família (CCF) e os Cuidados não-traumáticos (CNT) em articulação com a teoria de médio alcance de Kolcaba.

1.1. Filosofia de Cuidados de Enfermagem Pediátrica

Watson citado por Paiva e Silva (2007) define que “a enfermagem consiste na ciência e na filosofia do *Caring*” (p.13) e Roach citado por Paiva e Silva (2007) “afirma que a enfermagem é a profissionalização da capacidade humana de cuidar” (p.13).

A enfermagem tem evoluído como ciência e como arte, a arte de Cuidar, baseada em cuidados técnicos, científicos e humanos, suportadas na relação interpessoal e nos cuidados à pessoa, integrados num modelo holístico, sendo esta considerada como um todo e nunca dissociado em partes (Ferreira, Pontes & Ferreira, 2009).

Enfermagem holística pretende proteger, promover e otimizar a saúde e bem-estar; auxiliando a cura; prevenção de doenças e lesões; aliviar o sofrimento; e apoiar as pessoas a encontrar a paz, conforto, harmonia e equilíbrio através do diagnóstico e tratamento da resposta humana (Mariano, 2009).

Como suporta o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE, Art.º 4, nº1) a disciplina de enfermagem consiste numa

profissão que tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano (...) ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível (OE, 2015, p.99).

O EEESIP “utiliza um modelo conceptual centrado na criança e família encarando sempre este binómio como beneficiário dos seus cuidados” (OE, 2018, p.19192).

Sendo a criança um ser único e individual que está inserida num sistema próprio, a sua família, que também pertence a um determinado contexto sócio cultural (Redondeiro, Moura, Sousa, Soares, & Lopes, 2003), é uma referência fundamental num sistema de prestação de cuidados humanizado.

A filosofia dos CCF reconhece que a família é uma constante na vida da criança e que os sistemas de serviço e os profissionais de saúde devem apoiar, respeitar, encorajar e potenciar a força e as competências da família nos cuidados à sua criança (Winkelstein, 2008). A Associação Americana de Pediatria (2003), citada por Hockenberry & Barrera (2014, p.1026), define os CCF como “uma abordagem aos cuidados de saúde que estrutura as políticas de cuidados de saúde, os programas, a organização dos serviços e as interações entre clientes, família, médicos e outros profissionais de cuidados de saúde”. Os CCF valoriza o cuidado, a dignidade e o respeito (os profissionais de saúde escutam a pessoa e valorizam as suas escolhas, tendo em conta os seus conhecimentos, valores, crenças e cultura no planeamento dos cuidados), a partilha de informação (os profissionais de saúde partilham informação de forma completa e imparcial com a pessoa e sua família, para que esta seja útil para a tomada de decisão relativa aos cuidados), a participação (a pessoa e família são incluídos e incentivados a participar nos cuidados, no nível que desejarem) e a colaboração (a pessoa/família e profissionais de saúde contribuem em programas e políticas de desenvolvimento, na sua implementação e avaliação) (*Institute for Patient and Family-Centered Care*, 2017).

Segundo Santos (2006, p. 64) importa destacar que a “prática dos cuidados centrados na família não substitui ou demite os profissionais de saúde das suas funções; esta deve sim, criar condições que facilitem o envolvimento e a participação da família no processo de tratamento e adaptação à doença”. Os CCF integram como conceitos fundamentais a capacitação das famílias e o empoderamento.

Assim sendo, a promoção do empoderamento deve ser então uma preocupação do enfermeiro em qualquer contexto ou situação de prestação de cuidados, podendo centrar-se no cliente, na sua família, ou mesmo num grupo (Gibson, 1990). Como nos é dito por Hockenberry e Barrera (2014) “o enfermeiro deve trabalhar com os membros da família, identificar os seus objetivos e necessidades e planear as intervenções que melhor respondam aos problemas

definidos.” (p.12), definem como empoderamento a interação dos profissionais com as famílias, facilitando a manutenção ou a aquisição de um sentido de controlo sobre as suas vidas e ajudando a reconhecer as mudanças positivas que resultam de comportamentos de ajuda que promovem as suas próprias forças, habilidades e ações (Hockenberry & Barrera, 2014).

A doença e a hospitalização são dois fatores que podem comprometer o desempenho do papel parental, já que podem provocar insegurança no pai e/ou mãe, e no seu desempenho enquanto tal, pois estão expostos a uma situação desconhecida em que não sabem o que podem ou devem fazer e o que é esperado da sua parte pelos profissionais (OE, 2015). No entanto, os pais continuam a ser os melhores cuidadores por excelência e quem conhece melhor a criança, sendo da responsabilidade do EEESIP facilitar e promover a adaptação do papel parental a esta nova realidade (OE, 2015). Como anteriormente referido, a OE preconiza que o EEESIP centre os seus cuidados na criança e na família, encarando sempre esta díade como o seu cliente

considerando a natural dependência da criança, a sua progressiva autonomização e o binómio criança/família como alvo do cuidar (...), estabelece com ambos uma parceria de cuidar promotora da otimização da saúde, no sentido da adequação da gestão do regime e da parentalidade (OE, 2018, p. 19192).

Igualmente importante, os cuidados não traumáticos (CNT) também constituem um dos pilares fundamentais da filosofia de cuidados da enfermagem pediátrica, e são entendidos como, “(...) o fornecimento de cuidados terapêuticos, por profissionais, através de intervenções que eliminem ou minimizem o desconforto psicológico e físico experimentado pela criança e seus familiares (...) no sistema de cuidados de saúde. (...)” (Hockenberry & Wilson, 2014, p.11-12). Tem como objetivos: “(...) (1) prevenir ou minimizar a separação da criança e da sua família, (2) promover uma sensação de controlo, e (3) prevenir ou minimizar a lesão corporal e a dor (...)” (Hockenberry. & Wilson, 2014, p.11-12), ou seja, os profissionais de saúde devem evitar ou minimizar a separação da criança ou jovem da sua família, prevenir ou minimizar a dor ou eventuais lesões corporais, resultantes por exemplo, de procedimentos invasivos, e promover uma sensação de controlo na criança e jovem, assim como devem minimizar ou eliminar o desconforto físico (imobilização, ruído, luminosidade, temperatura) e/ou psicológico (ansiedade, medo, vergonha, culpa) experimentado pela criança ou jovem, sendo o seu principal objetivo não causar dano (Hockenberry & Barrera, 2014).

No regulamento das competências específicas do EEESIP, a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança, do jovem e família é baseada na prestação de CNT, sendo uma unidade de competência relativa ao cuidar da criança, jovem e família nas situações de especial complexidade (Regulamento n.º 422/2018). A prática de cuidados em enfermagem pediátrica tem evoluído integrado na filosofia e princípios CCF e CNT, atendendo às necessidades específicas de cada criança, jovem e família. Com o objetivo de diminuir o impacto negativo da hospitalização, desenvolvem-se inúmeras estratégias, entre elas medidas de promoção de conforto, tema central deste relatório, que tornam o ambiente hospitalar promotor do mesmo e do bem-estar da criança/jovem, facilitando a sua adaptação e transformando a experiência de hospitalização numa oportunidade de aprendizagem, crescimento e desenvolvimento (Barros, 2003).

1.2. A teoria do conforto de Katharine Kolcaba

Ao longo da história da enfermagem o conceito de conforto tem estado sempre presente, segundo Kolcaba (2003) já Florence Nightingale valorizava o conforto como essencial para os doentes, quando afirmava a propósito da importância da observação que, " (...) nunca se deve perder de vista para que serve a observação. Não é para procurar informações diversas ou factos curiosos, mas para salvar a vida e aumentar a saúde e o conforto" (p.20).

Etimologicamente a palavra conforto deriva da palavra latina *confortare*, cujo significado é dar forças, dar alento de forma nobre ou grandiosa; *con* é originado de *cum*, que significa em conjunto, e de *fortis*, que significa forte, neste sentido, conforto significa forte em conjunto (Kolcaba, 1991).

Entre 1900 a 1929, o conforto era objeto central da enfermagem sendo um dos fatores primordiais para determinar a habilidade e personalidade de uma boa enfermeira tendo a capacidade de colocar o doente o mais confortável possível (Tomey & Alligood, 2002, p. 482).

Quando a equipa multidisciplinar de saúde não só se foca no tratamento dos desconfortos, as propriedades do conforto produzem melhores resultados para o doente, isto é, como o conforto consiste num estado dinâmico e positivo que pode ser aumentado, devem ser aplicadas intervenções e medidas de conforto individualmente que incorporem a sua natureza holística (Kolcaba, 2003, p.32-33).

A Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba, através de uma visão holística do cuidar em enfermagem conduz-nos a uma prática centrada nas necessidades de

conforto da pessoa. Kolcaba (2003, p.68) define **enfermagem** como a “avaliação intencional das necessidades de conforto dos doentes, família e comunidade”, ou seja, a enfermagem faz uma apreciação intencional das necessidades de conforto, das medidas de conforto e a reapreciação dos níveis de conforto, após a implementação, realizando uma avaliação (Dowd, 2004). Por exemplo, esta apreciação e reapreciação podem ser subjetivas, quando uma enfermeira pergunta ao doente se este se encontra confortável, ou objetiva, nas observações da cicatrização de feridas, alterações analíticas ou mudanças de comportamento (Dowd, 2004). Quanto ao **doente**, Kolcaba (Dowd, 2004), define como “indivíduo, família ou comunidade que necessitam de cuidados de saúde”, em que este deve ser encarado como um ser único numa situação particular e com necessidade de cuidados personalizados, considerando o seu bem-estar físico e mental. Quanto ao **ambiente** considera que são os aspetos ambientais relacionados com o indivíduo, família ou comunidade, que podem afetar o conforto e que podem ser alterados para melhorar o conforto (Dowd, 2004). Quanto à **saúde** define-a como o ótimo funcionamento, conforme definido pelo indivíduo, família ou comunidade (Dowd, 2004).

A Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba, considera o conforto como um resultado positivo e holístico importante para medir a eficácia das estratégias implementadas ao nível da prestação de cuidados de enfermagem (Kolcaba, 2001). A autora desenvolveu uma matriz onde descreve sumariamente os contextos onde ocorrem o conforto e o tipo/estado de conforto sentido, que designou estrutura taxonómica do conforto (Kolcaba, 2001). Conforto é definido como o nível imediato de bem-estar fortalecido através das necessidades humanas de alívio, tranquilidade e transcendência tratadas nos quatro contextos de experiência (físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental), como uma condição vivida pelas pessoas que recebem medidas de conforto, ou seja, é uma experiência imediata e holística fortalecida através da satisfação das necessidades de conforto no contexto duma experiência específica (Kolcaba, 2001). Assim, Kolcaba tornou o conceito de conforto funcional através dos resultados da prática de enfermagem considerando que a avaliação dos resultados faz parte do processo de confortar, tornando o estado de conforto, o resultado esperado pelos enfermeiros implicando a minimização ou ausência de preocupação, sofrimento e dor (Mendes, Cruz, Rodrigues, Figueiredo & Melo, 2016).

Kolcaba citada por Sitzman & Eichelberger (2004) considera três tipos de conforto: **Alívio** (o estado de ter um desconforto específico mitigado ou aliviado); **Tranquilidade** (o estado de calma ou contentamento); **Transcendência** (a condição na qual um indivíduo suplanta os seus problemas ou sofrimento). Para além disto, ao explorar a literatura de enfermagem sobre o holismo, concluiu que as necessidades de conforto podem ser experimentadas em quatro contextos: **Físico**: relativo às sensações corporais e mecanismos homeostáticos, neste item as necessidades de conforto incluem défices fisiológicos, mecanismos que são interrompidos ou colocados em risco por causa de uma doença ou procedimento invasivo, tal como a dor, náuseas, vômitos, fome, calafrios ou prurido (Kolcaba & DiMarco, 2005). As intervenções de conforto são dirigidas para recuperação ou manutenção da homeostase; **Psico-espiritual**: implica transformar de forma serena os traumas ou o desconforto de procedimentos dolorosos que não podem ser imediatamente aliviados (Kolcaba e DiMarco, 2005); **Ambiental**: refere-se ao meio e às condições de influência externas, as necessidades ambientais incluem tranquilidade, decoração e segurança, outros itens também são fundamentais como a temperatura, luminosidade, ruído, odores, cor, mobiliário, manuseios frequentes em que o enfermeiro deve proporcionar um ambiente promotor de saúde (Kolcaba e DiMarco, 2005); **Sociocultural**: refere-se as necessidades que são satisfeitas através do saber estar do enfermeiro, pois inclui a sua atitude, mensagens de bem-estar e incentivo, reforço positivo, presença do enfermeiro, explicação prévia dos procedimentos, respeitar a privacidade, entre outros. Também estão incluídas as necessidades da família, nomeadamente a situação socioeconómica, emprego, tradições culturais e religiosas e isolamento social (Kolcaba e DiMarco, 2005).

Quando os três tipos de conforto estão justapostos com os contextos de experiência, é criada uma grelha de 12 células, que é chamada de estrutura taxonómica (Quadro 1). Todas juntas, essas células representam todos os aspetos relevantes (definem atributos) do conforto para a enfermagem e demonstram a natureza holística do conforto como um objetivo importante do cuidado. Qualquer necessidade de conforto pode ser colocada em algum lugar da estrutura taxonómica, e as células não são mutuamente exclusivas.

Quadro 1. Estrutura taxonómica do conforto segundo a teoria do conforto de Kolcaba.

	Alívio	Tranquilidade	Transcendência
Físico			
Psicoespiritual			
Sociocultural			
Ambiental			

As crianças durante um internamento hospitalar, são expostas a diversos estímulos, nomeadamente a bastante manipulação, ruídos externos, luminosidade, procedimentos invasivos, entre outros, que contribuem para a interrupção dos ciclos de sono e consequente aumento dos níveis de stress.

A Teoria do Conforto de Kolcaba encara o conforto como uma intervenção de enfermagem de forma holística e incentivando em simultâneo a uma reflexão da prática diária (Kolcaba, 2003).

1.3. O Sono do Recém-nascido Pré-termo

O sono é essencial para o processo de aprendizagem a curto prazo, onde as memórias são consolidadas e armazenadas. Para além disso, permite o desenvolvimento dos sistemas neurossensorial e motor, da função imunológica, do crescimento assim como da plasticidade cerebral (Coughlin, 2017) e, permite ainda a redução da utilização de produtos metabólicos nos outros órgãos, surgindo maior disponibilidade de nutrientes para o neurodesenvolvimento e para a cura de lesões (White, 2015). A preservação da plasticidade cerebral é essencial porque consiste na capacidade do cérebro para alterar constantemente a sua estrutura e função em resposta ao ambiente, sendo um processo essencial ao longo da infância e vida adulta (Altimier & Phillips, 2016).

O desenvolvimento de padrões de sono nos RNPT dependem da idade e da preservação do sono, sendo essencial para o neurodesenvolvimento, crescimento e a reparação cerebral destes RN. Os RNPT, à semelhança da vida fetal apresentam períodos de sono ativo e calmo a partir de 25-27 semanas de idade gestacional, podendo dormir até 90% do tempo em 24h, ao contrário dos RN de termo que dormem 70% (Barbeau & Weiss, 2017).

De acordo com Khan, Raya, & Nunes (2009) nos RNPT o sono é dividido em sono ativo, sono calmo e sono indeterminado. O sono ativo, é compatível com o

REM sendo essencial para a maturação e diferenciação do SNC, consolidação da memória e da aprendizagem e suporte no padrão comportamental, sendo caracterizado pelos rápidos movimentos oculares com alta atividade fisiológica, na qual o fluxo sanguíneo, as ofertas de oxigénio são maiores para o cérebro, o que é fundamental para o desenvolvimento dos RNPT (Khan et al., 2009). O sono calmo, compatível com o sono NREM é o período de repouso, manutenção de energia, aumento da síntese de proteínas e libertação da hormona de crescimento. Este período também é caracterizado por movimentos de sucção, sorrisos, caretas, tremores, a respiração e os batimentos cardíacos são regulares e os movimentos oculares estão ausentes ou são regulares (Khan et al., 2009). O sono indeterminado existe quando nem o sono calmo, nem o ativo podem ser identificados (Khan et al., 2009). Os períodos de sono calmo dos RNPT são relativamente mais largos e apresentam estado de sono ativo com mais frequência (Gaíva, Marquesi, & Rosa, 2011). O padrão de sono vai alterando com o crescimento e desenvolvimento do RN, devido às mudanças neurofisiológicas e de desenvolvimento nas estruturas do SNC, ao longo do neurodesenvolvimento, a quantidade de sono ativo diminui e a de sono calmo aumenta (Khan et al., 2009).

Devido à imaturidade dos RNPT e aos procedimentos realizados e a todo o ambiente na UCIN, - o ruído, luminosidade, manipulações constantes e dor (associada à realização de procedimentos invasivos) - o sono pode ser prejudicado e a sua interrupção e privação podem ter consequências negativas na recuperação da sua saúde (Chora & Azougado, 2017). O RNPT sofre uma sobrecarga sensorial excessiva na sua imaturidade neurológica, levando a alterações no seu neurodesenvolvimento (Chora & Azougado, 2017). Estímulos sensoriais, especialmente durante períodos críticos de desenvolvimento, podem influenciar a manutenção do ciclo sono-vigília (Altimier & Phillips, 2016), podendo fragmentar o sono ou mesmo provocar a sua privação, podendo resultar em alterações importantes no desenvolvimento do RNPT, sobretudo neurosensorial (Gaíva et al., 2011). A curto prazo, a perturbação do sono no início da vida pode provocar danos na cóclea, com perda da audição, aumento da pressão intracraniana e predispondo a hemorragia craniana intraventricular, assim como também aumenta o consumo de oxigénio e o consumo calórico provocando um atraso no ganho de peso (Gaíva et al., 2011). Aurélio (2009) refere que a fragmentação e privação de sono pode provocar stress ao RNPT, manifestando-se em alterações do ritmo cardíaco, apneia, diminuição da saturação de oxigénio, palidez, aumento da tensão arterial, aumento

da frequência respiratória, náuseas e vômitos, hiperextensão dos membros, agitação, choro e irritabilidade. A longo prazo a fragmentação e privação do sono, pode desencadear desconforto, provocando futuras alterações cognitivas, de atenção, aumento do risco para doenças asmáticas, obesidade, ansiedade, depressão, comprometimento comportamental e social (Filho et al., 2010), prejudicar o desenvolvimento neuromotor, induzir a hiperexcitabilidade, desencadear ou exacerbar doenças psiquiátricas e provocar sonolência diurna excessiva (Takahashi Maki et al., 2017).

Num estudo realizado por Takahashi Maki et al. (2017) sobre “o efeito da manipulação no sono do recém-nascido prematuro” identificou-se uma frequência de 2117 manipulações durante 24 horas, sendo a média de 176,4 ($\pm 37,9$) manipulações por RN. A média do tempo total de sono dos RNPT em 24 horas foi de 824,3 ($\pm 237,03$) minutos que corresponde a 57,2% do dia, ou seja, 13,7 horas.

Mahmoodi, Arbabisarjou, Rezaeipoor & Pishkar Mofrad (2015) citado por Coughlin (2017) relata que o conhecimento dos enfermeiros sobre o sono e os estados de sono-vigília são limitados. Intervenções baseadas em evidência realizadas na UCIN que visam apoiar e proteger o sono em parceria com os pais, melhoram o desenvolvimento e apresentam melhores resultados a longo prazo (Coughlin, 2017).

1.4. Cuidados neuroprotectores do desenvolvimento do recém-nascido pré-termo na unidade de cuidados intensivos neonatais

Devido às particularidades imaturas neurosensoriais do RNPT, é importante perceber que os sistemas neurológicos e sensoriais são interdependentes e envolvem o desenvolvimento neurocomportamental e neurosensorial do RNPT, ou seja, toda a experiência sensorial é transmitida e registrada no cérebro, provocando uma resposta comportamental, que origina mais uma experiência sensorial (Altimier & Phillips, 2016). Portanto, esta resposta cíclica de reação interdependente é a base do comportamento neurocomportamental e neurosensorial do RNPT, pois, quando este é submetido a experiências sensoriais que são inadequadas para o seu estado de desenvolvimento, podem ocorrer alterações no seu neurodesenvolvimento (Altimier & Phillips, 2016).

No sentido de reduzir o impacto negativo do ambiente nas UCIN, promover o desenvolvimento adequado e prevenir a incapacidade desta população alvo, houve a necessidade de criar estratégias destinadas a apoiar o cérebro em

desenvolvimento, nomeadamente os cuidados neuroprotetores (Lockridge, 2018). Os cuidados neuroprotetores consistem em estratégias que apoiam o cérebro em desenvolvimento, capazes de prevenir a morte celular neural após a lesão neuronal e permitir a sua cura, através do desenvolvimento de novas conexões e caminhos sinápticos funcionais (Altimier & Phillips, 2016). Segundo Lockridge (2018, p.68) “o cérebro do RN pode fazer mudanças temporárias e permanentes nas suas conexões neuronais sinápticas, que são baseadas em informações sensoriais de diferentes estímulos e experiências ambientais. Essa capacidade adaptativa é conhecida como neuroplasticidade e pode ser positiva ou negativa”.

Cuidados baseados nos cuidados centrados na família, neuroprotecção e apoio ao desenvolvimento inclui proporcionar um ambiente de cura, gestão do *stress* e da dor com uma abordagem tranquila mantendo a parceria de cuidados com a família promovendo o desenvolvimento da criança (Altimier & Phillips, 2016). Foram registados benefícios para a saúde do RNPT, menor tempo de permanência na UCIN, bem como redução dos custos hospitalares quando os cuidados neuroprotetores foram implementados (Altimier & Phillips, 2016). Tendo por base os cuidados neuroprotetores, Altimier & Phillips (2016) desenvolveram o “Modelo Integrado de Cuidados Neonatais de Desenvolvimento” (Figura 1) identificando sete medidas centrais que fornecem orientação clínica para os profissionais de saúde na prestação de cuidados ao RN e familiares na UCIN. Cada medida central tem uma política ou protocolo que orienta o cuidado do RN/família, no entanto, todas as medidas centrais são interdependentes. São elas: ambiente terapêutico; parceria de cuidados; posicionamentos; minimizar a dor/stress; protecção da pele; optimização da nutrição e salvaguarda do sono (Altimier & Phillips, 2016).

A salvaguarda do sono enfatiza a multifacetada importância do sono para o RNPT na UCIN, definindo estratégias que apoiam a neuroprotecção e o desenvolvimento infantil, tendo em conta, que os padrões de sono dos RNPT sofrem alterações maturacionais dependentes da idade e que a preservação do sono é essencial para o neurodesenvolvimento normal e adequado crescimento e o desenvolvimento desses RNPT (Altimier & Phillips, 2016). Assim, a facilitação, a protecção do sono e dos ciclos do sono são essenciais para aprendizagem a longo prazo e desenvolvimento contínuo do cérebro através da preservação da plasticidade cerebral (Altimier & Phillips, 2016).

Figura 1. Modelo Integrado de Cuidados Neonatais de Desenvolvimento.



Fonte: https://www.researchgate.net/figure/Neonatal-Integrative-Developmental-Care-Model-Philips-Mother-and-Child-Care_fig1_257612439

1.4.1. Intervenções de enfermagem que visam a salvaguarda do sono do recém-nascido pré-termo na unidade de cuidados intensivos neonatais

Para que as intervenções neuroprotetoras sejam implementadas na UCIN, deve ocorrer uma mudança cultural para que exista a adoção de novas práticas baseadas em evidência (Altimier & Phillips, 2016). É necessário que os profissionais de saúde e os pais aprendam e percebam os princípios do neurodesenvolvimento e as pistas comportamentais dos RNPT, para que seja possível a implementação dos cuidados neuroprotetores de forma a proporcionar cuidados individualizados e adequados ao desenvolvimento de cada RNPT (Altimier & Phillips, 2016).

O contato prolongado dos pais, o *stress* reduzido e o sono adequado podem ser promovidos pelo contato pele-a-pele, sendo aconselhável iniciar logo após o nascimento, frequentemente e enquanto o RNPT permanecer estável (Lockridge, 2015). Não sendo possível assegurar a proteção do útero materno aos RNPT, o contato pele-a-pele fornece um antídoto incomparável (Lockridge, 2015). Estima-se que apenas cerca de 5% do toque na UCIN seja destinado ao conforto. Os pais podem oferecer cuidados sustentáveis e fornecer o contacto pele-a-pele, de forma a compensar parte das intervenções negativas necessárias para a sobrevivência (Lockridge, 2015). Quando o contato pele-a-pele não é aconselhável, o toque firme proporciona ao RNPT a sensação de segurança e conforto, através da diminuição do nível de atividade motora, sendo importante explicar aos pais que o toque leve e hesitante, habitualmente não é bem tolerado, pois aumenta o nível de estimulação (Chora & Azougado, 2017). Durante a manipulação do RNPT é aconselhável

concentrar os cuidados prestados pelos profissionais de saúde de forma a coincidir com a hora da mamada, respeitando o período de sono, pois segundo Gaíva et al. (2011) o profissional deve planejar e organizar os cuidados antes de manipular o RNPT, porque sem planejamento dos cuidados, este poderá demorar mais tempo. Assim, para promover a maior estabilização, organização e ajudar a conservar energia para o crescimento e desenvolvimento do RNPT, os cuidados devem ser agrupados em períodos curtos e executados de maneira contínua, lenta e gentil, devendo estar-se atento aos sinais de *stress*, interrompendo o procedimento se tal acontecer (Gaíva et al., 2011). Quando se inicia a prestação de cuidados ao RNPT, sugere-se falar suavemente antes de tocar, manipular gradualmente, para que a transição do sono à vigília seja o menos abrupta possível (Gaíva et al., 2011). É importante respeitar o estado comportamental do RNPT, caso esteja em sono NREM (dura cerca de 20 minutos), aguardar até que inicie o sono REM para acordá-lo; se estiver a chorar é aconselhável acalmar antes da realização do procedimento (Gaíva et al., 2011).

Os posicionamentos também são fundamentais para o crescimento e desenvolvimento do RNPT, pois contribuem para a diminuição do gasto energético e do *stress*, além de facilitarem a modulação dos estados do sono (Gaíva et al., 2011). Devem ser utilizados rolos maleáveis e “ninhos” para aplicar limites e suporte para o corpo, de forma a manter o equilíbrio entre contenção, exploração e autoorganização (Chora & Azougado, 2017).

Quanto ao ruído, deve-se reduzir o volume dos alarmes, o tom de voz na comunicação entre os profissionais de saúde e familiares, evitar sons de telefones, evitar colocar objetos em cima das incubadoras, fechar portas de acesso à incubadora com o mínimo barulho possível, evitar bater na incubadora e abrir embalagens e invólucros no interior da incubadora (Brown, 2009).

Na luminosidade, é aconselhável a colocação de panos de forma a cobrir as incubadoras, utilização de luzes mais suaves, evitar luzes mais fortes, sendo apenas utilizadas para a realização de procedimentos que exijam maior visibilidade (Bloch, Lequien & Provasi, 2006), para promover o sono profundo e facilitar o ciclo dia-noite. A luz constante, sem distinção do dia/noite, pode prejudicar a manifestação dos ritmos circadianos endógenos, sendo importante existem períodos de claridade moderada para a maturação do desenvolvimento da retina (Gaíva et al., 2011).

2. PROBLEMÁTICA E OBJETO DE ESTUDO

Neste capítulo procuro fazer a descrição e caracterização do problema e identificação do objeto de estudo, e a sua pertinência.

Atualmente, o enfermeiro foca a sua intervenção numa melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados, para o bem-estar da criança, jovem e família e também para a sua satisfação pessoal e profissional, mas essencialmente intervém para proporcionar o melhor conforto ao doente (Kolcaba, 2003).

Atualmente, pode considerar-se viável um RN a partir das 23 semanas, no entanto, o internamento prolongado na UCIN pode implicar grandes transtornos para os RNPT, resultando em consequências a curto e a longo prazo (Altimier & Phillips, 2016), que podem prejudicar o seu neurodesenvolvimento (Kleberg, Hellström-Westas, & Widström, 2007), apresentando maior risco para problemas cognitivos, socio emocionais, de saúde mental, do comportamento, fala-linguagem e dificuldades escolares (Altimier & Phillips, 2016).

O ambiente da UCIN apesar de fornecer os cuidados médicos avançados que permitem a sobrevivência destes RN, podem influenciar o desenvolvimento infantil.

A partir da observação da prática clínica da equipa multidisciplinar do meu local de trabalho, percebi que existe dificuldades/barreiras em implementar a concentração dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde (existindo bastante manipulação dos RN) e a diminuição do ruído por parte dos profissionais de saúde tanto no volume da voz como no manuseamento das portas de acesso à neonatologia.

No sentido de reduzir o impacto negativo do ambiente nas UCIN, promover o desenvolvimento adequado e prevenir a incapacidade desta população alvo, foram estruturados cuidados neuroprotetores que visam estratégias destinadas a apoiar o cérebro em desenvolvimento após a lesão neuronal (Lockridge, 2015).

Percebe-se que os cuidados dos profissionais de saúde a um RN hospitalizado, na maioria das vezes, estão dependentes de rotinas estabelecidas pelo serviço e não na necessidade apresentada pelo RN naquele momento (Gaíva et al., 2011). Tanto a manipulação excessiva como a privação do sono em RNPT podem ter consequências a curto prazo e a longo prazo no desenvolvimento do RN, como foi descrito anteriormente.

Sendo o RNPT um RN com particularidades imaturas, os profissionais de saúde devem ser capacitados para apreender as necessidades singulares de cada

RN. É de extrema importância que os procedimentos dolorosos e invasivos sejam realizados de forma individualizada e singular, adotando a filosofia dos cuidados não-traumáticos, assim como, adotando a filosofia de cuidados centrados na família, respeitando a parceria profissional/pais e promovendo assim o desenvolvimento do RNPT.

A Salvaguarda do Sono enfatiza a multifacetada importância do sono para o RNPT na UCIN, definindo estratégias que apoiam a neuroproteção e o desenvolvimento infantil, tendo em conta, que os padrões de sono dos RNPT sofrem alterações maturacionais dependentes da idade e que a preservação do sono é essencial para o neurodesenvolvimento normal e adequado crescimento e o desenvolvimento desses RNPT (Altimier & Phillips, 2016).

Assegurar cuidados neuroprotetores não coincide com prestação de cuidados de forma rotineira, porque para garantir a eficácia das estratégias implementadas, que respeitem os cuidados neuroprotetores, e uma boa evolução clínica no RNPT (Altimier & Phillips, 2016), o enfermeiro deve planejar bem as atividades e os cuidados a prestar, respeitando o desenvolvimento do RNPT. Por isso, é de extrema importância apostar na formação dos profissionais de saúde, alertar sobre os cuidados neuroprotetores e prestar cuidados individualizados.

3. METODOLOGIA

A metodologia adotada para estudar o problema e desenvolver competências de EEESIP foi a de trabalho de projeto, descritivo, crítica e reflexiva com recurso a pesquisa bibliográfica, observação participante e participação na prestação de práticas de cuidados de enfermagem. Foi necessário tomar consciência das necessidades de formação e de competências a desenvolver enquanto futura EEESIP, através da reflexão crítica.

De forma a desenvolver competências enquanto EEESIP, foi realizado estágio, em diferentes contextos, permitindo “momentos de observação e intervenção em contextos de serviços de saúde e afins, com o objetivo de desenvolver capacidades, atitudes e competências” (Alarcão & Rua, 2005, p. 376). Através deste “ambiente formativo é suposto que o aluno desenvolva atitudes e processos de autorregulação e integre, mobilize e estimule os conhecimentos adquiridos no ensino teórico e prático, através da interação com situações reais em contextos diferenciados” (Alarcão & Rua, 2005, p. 376). A seleção e duração de permanência em cada campo de estágio foram definidas tendo em conta o autodiagnóstico de competências de EEESIP e os objetivos do projeto, que são apresentados seguidamente:

- 1) Desenvolver competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica no cuidar da criança, jovem e família a viver processos de saúde e de doença e nas diferentes etapas de desenvolvimento.
 - a) Analisar práticas de cuidados de enfermagem no âmbito da promoção do desenvolvimento infantil;
 - b) Colaborar no cuidado à criança, jovem e família em situações específicas de saúde.
- 2) Desenvolver competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica no âmbito da promoção do desenvolvimento do RNPT com foco na Salvaguarda do Sono.
 - a) Analisar práticas de cuidados de enfermagem no âmbito dos cuidados neuroprotetores no RNPT com foco na Salvaguarda do Sono.
 - b) Elaborar uma proposta para uniformização de procedimentos para a salvaguarda do sono do RNPT.

O Estágio iniciado a 23 de setembro de 2019 e terminado a 07 de fevereiro de 2020, desenvolveu-se em cinco contextos diferentes, cuidados de saúde primários, centro de desenvolvimento infantil, internamento pediátrico, serviço de urgência de pediatria e serviço de neonatologia, que apresentam características únicas de forma a darem resposta aos diferentes objetivos propostos. Os locais de estágio foram escolhidos com o objetivo de darem não só suporte ao desenvolvimento de competências específicas de EEESIP, que visam

(...) avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem, com orientação antecipatória às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil; a gestão do bem-estar da criança; a deteção precoce e encaminhamento de situações que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida (...)" (O.E., 2018, p.19192),

mas também desenvolver atividades numa lógica de sensibilização dos profissionais de saúde para os cuidados para o desenvolvimento, através das intervenções neuroprotetoras que promovem o desenvolvimento e previnem os malefícios da privação do sono do RNPT para o seu desenvolvimento infantil e a importância salvaguarda do sono.

4. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS ATIVIDADES DE ESTÁGIO: UM PERCURSO INTEGRADOR DA TEORIA À PRÁTICA

Segundo Longarito (1999) citada por Alarcão & Rua (2005)

os contextos de trabalho são o local indicado e adequado para a construção de saberes e gestos profissionais, relacionando o saber formalizado com a prática, isto é, o saber, com o saber fazer e o saber ser (da ação), construindo o saber cognitivo (saber emergente de reflexão na ação) (p. 376).

Assim, como já referido, o estágio, de que este relatório dá conta, foi realizado em diferentes contextos de prática tendo a reflexão sobre a ação tido uma importância inegável no desenvolvimento de competências.

Para além disso, a metodologia de projeto foi facilitadora para guiar este caminho de aprendizagem, através da prévia definição dos objetivos, dos contextos de prática e das atividades necessárias ao desenvolvimento de competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à criança, ao jovem e à sua família.

Os contextos de estágio na área da saúde da criança e do jovem foram realizados em cinco locais, tal como apresentado no cronograma de estágio (Apêndice 1), tendo contribuído cada um na sua especificidade, para a minha aprendizagem e aquisição de competências comuns de EE e específicas de EEESIP. De forma a dar resposta aos meus interesses profissionais e pessoais e com a finalidade de alcançar as competências de EEESIP, definiram-se dois objetivos gerais, nomeadamente: **1) desenvolver competências de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica no cuidar da criança, jovem e família a viver processos de saúde e de doença e nas diferentes etapas de desenvolvimento e 2) desenvolver competências de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica no âmbito da promoção do desenvolvimento do RNPT com foco na salvaguarda do sono.**

A identificação de objetivos gerais e específicos foi necessária para definir o percurso formativo, e estruturar e sistematizar as atividades necessárias para a sua concretização. Assim, foi elaborado um guia orientador com os objetivos e atividades (Apêndice 4) a desenvolver em cada contexto de estágio, tendo sido apresentado e discutido com os enfermeiros de referência na primeira semana de cada estágio, integrando as reformulações necessárias, fruto da compreensão das especificidades

de cada contexto e sua adequação para o desenvolvimento de competências e alcance dos objetivos propostos.

A descrição do percurso que desenvolvi faz transparecer a finalidade de contribuir para a promoção do desenvolvimento infantil de um modo geral e para a promoção do desenvolvimento do RNPT em particular, através do desenvolvimento, também, das minhas competências enquanto futuro EEESIP.

Por forma a facilitar a exposição das atividades desenvolvidas e o crescente desenvolvimento de competências que ocorreu ao longo dos estágios optei por apresentar a descrição e análise das atividades desenvolvidas nos diferentes contextos, tendo como organizador principal os objetivos definidos para este percurso formativo, cada subcapítulo representará um objetivo geral, seguindo-se os respetivos objetivos específicos que nortearão a clarificação e reflexão sobre as atividades desenvolvidas.

4.1. Desenvolver competências de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde Infantil e pediátrica no cuidar da criança, jovem e família a viver processos de saúde e de doença e nas diferentes etapas de desenvolvimento

4.1.1. Analisar práticas de cuidados de enfermagem no âmbito da promoção do desenvolvimento infantil.

Os contextos de estágio na UCSP e num centro de desenvolvimento da criança foram fundamentais para aprofundar conhecimentos sobre o desenvolvimento infantil e desenvolver intervenções promotoras do mesmo.

Sendo a minha experiência profissional fundamentalmente em contexto hospitalar, foi necessária a realização prévia de pesquisa bibliográfica sobre a importância da vigilância da saúde infantil na unidade de cuidados de saúde primários, identificação de intervenções e estratégias promotoras de CCF e CNT, pesquisa bibliográfica sobre o desenvolvimento infantil, promoção e avaliação. Tanto na UCSP como no Centro de desenvolvimento da criança, a observação participante da prestação de cuidados e a sua auscultação dos enfermeiros do serviço, principalmente dos EEESIP, foi facilitadora na identificação de estratégias e intervenções de enfermagem para a satisfação das necessidades da família e da criança, baseadas em evidência científica, numa perspetiva crítica sobre a prática de cuidados, as intervenções e o percurso de aquisição de competências de EEESIP.

A preparação prévia através da consulta do Programa Nacional de Vacinação (PNV) (DGS, 2017), do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) (DGS, 2013) e dos Guias orientadores de boa prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (OE, 2010) constituíram ferramentas de orientação para direcionar o olhar sobre a prática e a intervenção nestes contextos.

A consulta de enfermagem

“...é uma atividade autónoma com base em metodologia científica, que permite ao enfermeiro formular um diagnóstico de enfermagem baseado na identificação dos problemas de saúde em geral e de enfermagem em particular, elaborar e realizar planos de cuidados de acordo com o grau de dependência dos utentes em termos de enfermagem, bem como a avaliação dos cuidados prestados e respetiva reformulação das intervenções de enfermagem” (OE, 2013, p. 1).

De acordo com o Guia Orientador de Boa Prática de Saúde Infantil e Pediátrica sobre a promoção do desenvolvimento infantil na criança (OE, 2010), “os enfermeiros têm um papel preponderante na educação e aconselhamento aos pais. É da sua competência avaliar o estado de saúde, crescimento e nível de desenvolvimento da criança através das consultas de enfermagem” (p. 69). São áreas de atuação particular, a avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem, com orientação antecipatória às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil; a gestão do bem-estar e da dor na criança; a deteção precoce e encaminhamento de situações que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida, nomeadamente de uso de drogas, suicídio, violência e gravidez; a promoção da autoestima do adolescente e a sua progressiva responsabilização pelas escolhas relativas à saúde (OE, 2013) entre outras.

A observação participante nas consultas de enfermagem, de vigilância da saúde infantil e do jovem, permitiu numa fase inicial observar, treinar e refletir sobre as estratégias utilizadas na avaliação do desenvolvimento infantil e as intervenções de enfermagem promotoras do mesmo. A consulta de enfermagem é organizada e baseada nos princípios definidos no PNSIJ (DGS, 2013), sendo aplicada a escala de avaliação de *Mary Sheridan* modificada, que é um instrumento validado para a avaliação do desenvolvimento infantil e juvenil de aplicação rápida, precisa e fiável (DGS, 2013), que permitiu a integração de conhecimentos, treino de avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil assim como a sistematização das intervenções de enfermagem promotoras do desenvolvimento infantil, contribuindo

para o desenvolvimento de competência de EEESIP “promove o crescimento e o desenvolvimento infantil” (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p. 19194). Foi possível perceber que, durante as consultas de saúde infantil, existem momentos nos quais o enfermeiro se revela um pilar essencial na promoção da saúde e do bem-estar não só da criança e do jovem, como também da família.

Foi possível a participação nas consultas de enfermagem nas idades-chave, sob orientação do EEESIP, a realização da avaliação do desenvolvimento infantil com escala de avaliação de Mary Sheridan modificada. Também foi possível abordar temáticas como preocupações dos pais, da própria criança ou jovem, no que diz respeito à saúde, sobre a frequência de outras consultas e medicação em curso; sobre a dinâmica do crescimento e desenvolvimento, comentando a evolução das curvas de crescimento e os aspetos do desenvolvimento psicossocial; o cumprimento do calendário vacinal de acordo com o Programa Nacional de Vacinação (DGS 2017); sobre a frequência e adaptação ao infantário, ama, ATL e escola. Os hábitos alimentares, prática de atividades desportivas ou culturais e ocupação de tempos livres também foram temas bastantes abordados, que a partir dos folhetos disponíveis na UCSP realizados pelos enfermeiros, permitiu disponibilizar e facilitar a transmissão de informação à criança, jovem e família. A participação nas consultas de enfermagem de saúde infantil contribuiu não só para o desenvolvimento de competência de EEESIP “promove o crescimento e o desenvolvimento infantil” (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p. 19194), como para a competência “promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde” (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p. 19194), através da abordagem de temas como os hábitos alimentares, prática de atividades desportivas ou culturais e ocupação de tempos livres.

No Centro de desenvolvimento da criança, foi possível a observação participante em consultas de *follow-up* de neonatologia, realizada aos RNPT nascidos naquele hospital desde a sua alta da UCIN até aos 2 anos de vida, integrando atividades promotoras do desenvolvimento assim como a deteção de alterações, através da avaliação do desenvolvimento com escala de avaliação de Mary Sheridan modificada e de informações fornecidas pela família ou outros profissionais de saúde, o que contribuiu para o desenvolvimento da competência de EEESIP “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 (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p. 19194).

De forma a promover a reflexão dos enfermeiros sobre a importância da implementação de modelos de cuidados baseados numa filosofia de CCF e CNT tendo como principal enfoque as necessidades da proteção e promoção do sono do RNPT e no 1º ano de vida, foi elaborado um Dossier Temático “O Sono no Recém-Nascido Pré-termo até 1º ano de vida” (Apêndice 7), assim como a participação no *Journal Club* do centro de desenvolvimento, onde foi realizada uma sessão de formação sobre o artigo “*Gestacional age at birth and sleep duration in early childhood in three population-based cohorts*” (Apêndice 8). A realização desta atividade contribuiu para o desenvolvimento das competências de EE, “suporta a prática clínica em evidência científica” (Regulamento n.º 140/2019, p. 4749) e ser “dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento” (Regulamento n.º 140/2019, p. 4749).

O ambiente das unidades de saúde é considerado pela criança um meio estranho, hostil e ameaçador por ser um ambiente diferente do seu dia-a-dia e estas também podem ser submetidas a procedimentos invasivos (como por exemplo a vacinação) que, a partir do medo, podem gerar níveis elevados de ansiedade e de dor (Belo et al., 2015). No entanto, existem estratégias como o recurso ao brincar terapêutico e a utilização de técnicas de distração, que visam a redução do impacto negativo que a experiência da vacinação pode trazer à criança (Belo et al., 2015). A realização de um jornal de aprendizagem sobre “Estratégias de comunicação com a criança entre os 4 e os 6 anos de idade no momento da vacinação” (Apêndice 5), contribuiu para o desenvolvimento da competência de EEESIP “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” (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p. 19193), no sentido que permitiu aprofundar os conhecimentos sobre estratégias de comunicação com a criança, tendo em conta que o brincar é essencial para o seu desenvolvimento e que deve fazer parte integrante dos cuidados de enfermagem, adequando a necessidade de adaptar o brincar à idade e desenvolvimento da criança. Deve assim haver reconhecimento e valorização do brincar por parte dos enfermeiros e a necessidade de enquadrar o brincar no plano de cuidados de enfermagem, estando as estratégias para o controlo da dor diretamente relacionadas com a prestação de CNT.

Tendo em conta que a temática da salvaguarda do sono surgiu como necessidade dos profissionais de saúde da UCSP, para aprofundar conhecimentos

sobre a higiene do sono durante o 1º ano de vida e a sua importância no desenvolvimento da criança, foi realizada uma sessão de formação para os enfermeiros: “Higiene do Sono no 1º ano de vida” (Apêndice 6) e um póster “Dormir bem, dá saúde e faz crescer” (Apêndice 6) no sentido de este ser um suporte facilitador da educação para a saúde no âmbito da promoção do sono da criança, durante as consultas de enfermagem, contribuindo para o desenvolvimento da competência de EE “suporta a prática clínica em evidência científica” (Regulamento n.º 140/2019, p. 4749) e de EEESIP “promove o crescimento e o desenvolvimento infantil” (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p. 19194).

A experiência e as atividades desenvolvidas no contexto da UCSP e do centro de desenvolvimento da criança, foram uma oportunidade enriquecedora que potenciou a compreensão da importância das consultas de enfermagem para a promoção do desenvolvimento infantil e um momento privilegiado para o EEESIP no sentido do estabelecimento da relação com a criança, jovem e família, da observação e avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil e juvenil, da educação para a saúde com foco nos cuidados antecipatórios e da promoção da parentalidade, enquanto elementos essenciais do desenvolvimento infantil.

4.1.2. Colaborar no cuidado à criança, jovem e família em situações específicas de saúde.

O internamento numa instituição hospitalar é uma situação de crise não só para a criança e o jovem mas também para a família, pois, num internamento podem ser desenvolvidas alterações no meio familiar, tanto financeiras, como psicológicas, relacionais e sociais (Antão, Rodrigues, Sousa, Anes, & Pereira, 2018). De facto, por si só, o ambiente hospitalar é um fator de elevado stress e ansiedade, onde a criança se encontra rodeada de equipamentos e procedimentos que lhe causam desconforto e dor (Diogo, Vilelas, Rodrigues & Almeida, 2016). Por este motivo é essencial o papel do EEESIP na minimização do impacto ambiental na criança, jovem e família, e na promoção do seu bem-estar e conforto, pelo que deve atuar nesse sentido, diminuindo os efeitos negativos da hospitalização, através dos recursos disponíveis (Hockenberry & Wilson, 2014).

Apoiar os pais na prestação de cuidados aos filhos, promovendo o envolvimento parental negociado nos cuidados foi uma das minhas preocupações. De acordo com Casey (1995) a negociação de cuidados é o nível mais elevado de participação na prática de cuidados. Os cuidados são centrados no cliente e com

forte comunicação entre os vários intervenientes no processo de cuidados, neste sentido, durante o estágio em urgência pediátrica, senti necessidade de desenvolver um jornal de aprendizagem “Contributo do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica para a Capacitação Parental” (Apêndice 11), após a experiência com um casal que recorreu à urgência pediátrica com bastante dúvidas sobre os cuidados a ter com o RN. Através deste jornal de aprendizagem foi possível refletir sobre a competência do EEESIP em realizar uma avaliação do desempenho parental para cuidar da criança e disponibilizar respostas às suas necessidades, potenciando adaptação às mudanças na saúde e dinâmica familiar (OE, 2018), capacitando as famílias para a responsabilização plena dos seus papéis disponibilizando suporte essencial para os pais no sentido do desenvolvimento de “competências para a gestão proficiente nos cuidados aos seus filhos, visando a sua autonomia e capacitação para uma tomada de decisão informada em diferentes domínios do percurso assistencial” (OE, 2017, p.5).

Durante o período de estágio, em todos os contextos, houve oportunidade de observar e colaborar na realização de procedimentos invasivos ou potencialmente dolorosos, com o enfermeiro orientador e com outros elementos da equipa de enfermagem. Uma das preocupações sempre presente consistiu na realização de qualquer procedimento doloroso na sala de tratamentos e não no quarto da criança ou na sala de brincar (no internamento de pediatria), o que constitui uma medida de promoção de conforto ambiental, como refere Kolcaba & DiMarco (2005). Esta atitude enaltece o respeito pelo espaço da criança e a garantia da sua privacidade, como também impede que outras crianças e pais presenciem estes procedimentos, indo ao encontro de uma prática de cuidados que respeita os direitos humanos (Regulamento n.º 140/2019). A presença e a participação dos pais nos cuidados à criança com dor são essenciais para os CNT. A separação dos pais é geradora de stress e pode aumentar a perceção de dor na criança (Batalha, 2010).

No internamento de pediatria, centro de desenvolvimento da criança, na UCSP e na Urgência de pediatria, também foram utilizadas técnicas de comunicação com a criança como medidas não-farmacológicas no controlo da dor, nomeadamente técnicas de distração (com leitura, bolas de sabão, música, vídeos de ação ou televisão, exercícios de respiração, em simultâneo à realização do procedimento) e o brincar terapêutico (onde foram utilizados bonecos, fantoches, puzzle e legos), respeitando o desejo da criança face aos brinquedos e jogos que lhe eram propostos, a sua vontade de brincar, a escolha do brinquedo e também o

seu grau de participação (Santos, 2011; Mitre e Gomes, 2004). Estas experiências contribuíram para o desenvolvimento da competência “Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura” (Regulamento n.º 422/2018, p. 19193), sendo identificada por Kolcaba como uma necessidade de conforto sociocultural como linguagem corporal positiva e o carinho (Kolcaba & DiMarco, 2005).

No internamento de pediatria tive a oportunidade de utilizar medidas farmacológicas no controlo da dor, como a utilização do EMLA® para realização de procedimentos invasivos, e a utilização do Livopan® (protóxido de azoto medicinal) para diminuir a ansiedade e o stress na realização de procedimentos quando não foi possível a utilização de EMLA®. No centro de desenvolvimento da criança não tive a oportunidade de realizar procedimentos invasivos, mas ensinei os pais sobre a aplicação do EMLA®, antes da realização dos procedimentos invasivos. Na neonatologia utilizei a sacarose, chucha e contenção como medida não-farmacológica, na realização de procedimentos dolorosos ao RN. O EEESIP deverá fazer a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas, mas também, providenciando cuidados à criança/jovem. Este contato com terapias comuns e complementares como as medidas não farmacológicas e farmacológicas, contribuiu para o desenvolvimento de competência de EEESIP “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” (Regulamento n.º 422/2018, p. 19193).

Nos cuidados de enfermagem prestados quer na urgência de pediatria ou internamento, quer em neonatologia e centro de desenvolvimento da criança, esteve presente a partilha de informação, a negociação, a colaboração e participação da família/pessoa significativa no processo de cuidados, facilitando a sua presença junto da criança, estando subjacente a filosofia de CCF.

A escolha do local de estágio na Urgência Pediátrica foi influenciada pelo processo gradual de aquisição e desenvolvimento de competências comuns de EE e de EEESIP, com o desenvolvimento de atividades numa lógica de crescente complexidade, assim como pelo facto de ser um serviço pertencente a uma instituição acreditada pela *Joint Commission International*, sendo esta uma empresa de acreditação que promove padrões rigorosos centrados na segurança e qualidade dos cuidados ao cliente e que fornece soluções para atingir o máximo desempenho

e atendendo também ao facto de estar instituído o sistema de triagem de Manchester. Quanto à utilização do sistema de Triagem de *Manchester* no serviço de urgência pediátrica, nos primeiros turnos compreendi que exige por parte do enfermeiro, o desenvolvimento de um elevado sentido de responsabilidade e competência, o que envolve uma grande capacidade de mobilizar vastos conhecimentos técnico-científicos com eficácia, com o objetivo de dar sentido à sua tomada de decisão. Implica igualmente capacidades comunicacionais e relacionais elevadas, no sentido de rapidamente conseguir compreender o motivo de vinda da criança/jovem e família à unidade de Urgência Pediátrica e detetar precocemente situações de maior complexidade.

No centro de desenvolvimento da criança houve oportunidade de cuidar da criança com paralisia cerebral e espinha bífida, numa instituição que se destaca pelos cuidados humanizados e holísticos à criança com doença crónica. Nas situações de doença crónica evidencia-se a importância da intervenção do enfermeiro na capacitação dos pais para cuidarem da criança com maior autonomia possível, com a colaboração da “família na adaptação ao seu processo de saúde, interagindo através do apoio, ensino, instrução e treino, dotando-os de conhecimentos e aprendizagem de habilidades, capacitando-os para que eles possam vir a ser os melhores gestores do regime terapêutico dos seus filhos” (OE, 2015, p. 11).

Quando estabelecida uma relação de confiança e parceria, a criança, jovem e família experienciam uma sensação de transcendência pois conseguem ultrapassar a situação de desconforto ou sofrimento, quando estes não podem ser erradicados ou evitados (Kolcaba e DiMarco, 2005). É a família quem melhor conhece a criança/jovem, pelo que o meu objetivo passou por capacitá-la, criando oportunidades de partilha de conhecimento e procurando situações de aprendizagem de habilidades para que melhorassem e/ou adquirissem as competências necessárias para atender às necessidades de conforto da criança ou do jovem, facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão do processo de saúde/doença (Regulamento n.º 422/2018). Para isso foi necessário atender às necessidades de informação dos pais e ao seu envolvimento na tomada de decisão dos cuidados à criança ou do jovem, estabelecendo com a família uma parceria de cuidar promotora da otimização da sua autonomia e bem-estar e consequentemente da maximização da sua saúde (Regulamento n.º 422/2018), sendo uma mais-valia para o desenvolvimento da competência de EEESIP “E2.5. – Promove a adaptação

da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade” (Regulamento n.º422/2018, p. 19193).

No estágio do internamento de pediatria foi possível a elaboração de um estudo de caso clínico (Apêndice 10) que

“(…) consiste numa metodologia que procura aprofundar, de forma detalhada, os conhecimentos relativos à pessoa, grupo ou comunidade. A realização do estudo de caso permite que o profissional observe, entenda, analise e descreva uma determinada situação real, adquirindo conhecimento e experiência que podem ser úteis na tomada de decisão frente a outras situações” (Galdeano, Rossi, & Zago, 2003, p.373).

Este estudo de caso foi realizado sobre um lactente com situação de especial complexidade – síndrome de abstinência com padrão de sono comprometido – que permitiu desenvolver uma perspetiva holística dos cuidados de enfermagem. Foi possível desenvolver uma prestação de cuidados personalizada, devido ao conhecimento aprofundado do lactente, adquirido na recolha de dados realizada inicialmente e ao longo do internamento, compreendendo as suas necessidades específicas decorrentes da síndrome de abstinência.

Também foi realizada uma reflexão sobre o projeto implementado no internamento de pediatria (Apêndice 9) intitulado “Enfermaria Amiga do Sono”, que tinha como objetivo promover a higiene de sono e minimizar as consequências da hospitalização na manutenção da higiene do sono da criança e do jovem. Neste projeto foram implementadas medidas de promoção do sono no internamento, nomeadamente redução da luminosidade e ruído, atividades de educação para a saúde dirigidas aos pais e minimização dos procedimentos a partir das 22h, estabelecendo horários de administração de medicação respeitadores desse limite.

4.2. Desenvolver competências de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica no âmbito da promoção do desenvolvimento do RNPT com foco na salvaguarda do Sono.

4.2.1. Analisar práticas de cuidados de enfermagem no âmbito dos cuidados neuroprotetores do RNPT com foco na Salvaguarda do Sono.

O ambiente num serviço de neonatologia, quer seja de cuidados intermédios e/ou intensivos, apresenta grande estimulação externa, pela necessidade de realização de diversos procedimentos invasivos e dolorosos, pela estimulação da luz na necessidade de prestar cuidados e avaliar alterações nos RN, assim como pelos sons altos e desconcertantes derivados de alarmes de diferentes máquinas de

suporte aos cuidados, estimulação cutânea realizado por elementos da equipa ou pais e também pela alteração das funções básicas do organismo dos RN como a alimentação e respiração. Na neonatologia os RN são expostos a diversas fontes de ruído, sendo o fator humano e os equipamentos considerados as principais. Esse ruído torna o ambiente stressante, sendo reconhecido o mesmo pode ser evitado ou minimizado, com recurso a medidas simples e de baixo custo (Marques, 2014).

No sentido em que existe um esforço para melhorar as taxas de morbilidade e mortalidade nos RNPT, também os enfermeiros são desafiados a adotar e implementar as estratégias neuroprotetoras na UCIN (Altimier & Phillips, 2013). A implementação de estratégias neuroprotetoras atua ao nível da promoção da neuroplasticidade, melhorando a capacidade de as células neuronais se adaptarem num curto ou longo espaço de tempo aos diferentes estímulos associados à atividade ou experiências (Altimier & Phillips, 2013).

Tendo em conta que este objetivo geral se foca na promoção do desenvolvimento do RNPT, o estágio foi realizado numa UCIN de nível I, na qual recebem RNPT com mais de 32 semanas. Segundo a instituição, a unidade destaca como valores, a humanização, a aceitação, a dignidade, a parceria de cuidados e o respeito pelo ambiente, tendo por objetivo a minimização do impacto da hospitalização.

O local de estágio foi escolhido, pela particularidade do projeto em desenvolvimento no serviço de neonatologia, intitulado “Promoção do Bem-estar do Recém-nascido”, numa perspetiva de promoção de cuidados promotores de desenvolvimento do RN e com o objetivo geral de assegurar a continuidade da qualidade dos cuidados prestados ao RN/família. Este serviço demonstra a importância do ambiente através da implementação de cuidados neuroprotetores na promoção do melhor desenvolvimento do RN e da menorização do impacto da hospitalização no mesmo e na sua família. Desta forma, este contexto de estágio foi essencial para a aquisição e desenvolvimento de competências ao nível de EEESIP, dando resposta aos objetivos gerais do relatório assentes na salvaguarda do sono do RNPT na UCIN. Tive a oportunidade de ter acesso ao projeto desenvolvido pelos enfermeiros na unidade, que integra uniformização de cuidados (procedimentos sectoriais) relativos ao ambiente (luz e ruído), posicionamento, canguru, métodos não-farmacológicos para o alívio da dor (sucção não-nutritiva), promoção e proteção do sono no RN e sobre a massagem infantil.

Gaspardo et al (2010, p.78) refere que nas unidades de cuidados intensivos neonatais existe “(...) proteção ao organismo vulnerável do RN para assegurar a sua sobrevivência, ao mesmo tempo em que as intervenções médicas da rotina hospitalar envolvem uma multiplicidade de estímulos que causam dor, stress e desconforto”, o que vai ao encontro da preocupação dos enfermeiros em proporcionar um ambiente adequado na neonatologia, minimizando o impacto dos elementos de stress e adoção de medidas de neuroproteção.

Com o objetivo de diminuir a luminosidade, colocavam capas protetoras sob a cúpula da incubadora, de forma a escurecer sempre que possível as incubadoras. Também existia a preocupação de diminuir a luz natural da unidade e baixar os estores durante o período da tarde (entre a 13h00 e as 16h00). Durante o período noturno também era frequente escurecer o mais possível a unidade, desligando a luz artificial. Quanto ao som, por vezes, era mais difícil de diminuir devido aos alarmes das máquinas de suporte aos cuidados neonatais e pela porta da entrada da neonatologia que era bastante ruidosa. Por parte da equipa de enfermagem, havia a preocupação, em utilizar um tom de voz baixo durante as passagens de turno, porque decorriam na mesma sala onde se encontravam os RN. Tive sempre a preocupação de falar de forma calma com o RN a quem prestava cuidados, tendo cuidado, com o tom e entoação da voz. No sentido, de respeitar e implementar os cuidados neuroprotetores tive o cuidado de concentrar os cuidados ao RN, de forma a diminuir as manipulações, incentivando todos os profissionais de saúde a prestar cuidados ao RN na mesma manipulação. Assim, planeie os procedimentos e os cuidados ao RN por períodos que ocorriam de 3/3 horas, coincidindo com a hora da alimentação. No momento da manipulação, conjuguei todos os cuidados necessários aquele RN, tais como, posicionar, mudar fralda, alimentar, avaliação de sinais vitais e realização de procedimentos invasivos e/ou dolorosos. Quando não era necessário nenhum cuidado sem ser a administração de alimentação entérica por sonda nasogástrica ou orogástrica, apenas manipulava o RN 6/6 horas, principalmente nos RNPT.

Apesar, da preocupação constante dos enfermeiros em proporcionar um ambiente favorável ao desenvolvimento do RNPT, percebi ao longo do estágio, que apesar do projeto em vigor, ainda existam dificuldades por parte dos profissionais de saúde em implementar intervenções que visassem a salvaguarda do sono do RNPT, principalmente quanto ao ruído e perceber e identificar a fase do sono do RNPT. Assim desenvolvi uma formação para os profissionais de saúde da unidade de

neonatologia, sobre “Salvaguarda do sono do RNPT” abordando a importância do sono, ciclo do sono, consequências da privação do sono e as intervenções dos enfermeiros para a salvaguarda do sono do RNPT na UCIN e um cartaz intitulado de “Mamã e Papá, estou a dormir” tendo como finalidade sensibilizar os pais sobre a Salvaguarda do sono do RNPT na Unidade de Cuidados Neonatais (Apêndice 13).

Estas atividades contribuíram para o desenvolvimento das competências de EE “D2.2 — Suporta a prática clínica em evidência científica” ao identificar lacunas do conhecimento e perceber qual era a necessidade de formação dos enfermeiros quanto à salvaguarda do sono; ao atuar como dinamizador da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática de cuidados, na realização de pesquisa nas bases de dados na procura de evidência científica mais atual; e ao interpretar, organizar e divulgar resultados provenientes da evidência que contribuem para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem.

Também foi possível reflectir sobre a estrutura taxonómica de conforto de Kolcaba, através da elaboração de um documento sobre as “Intervenções de enfermagem para a salvaguarda do sono do RNPT na UCIN de acordo com a estrutura taxonómica da teoria de conforto de Kolcaba” (Apêndice 3). A estrutura taxonómica de conforto de Kolcaba fornece um mapa do conteúdo do conforto de modo a que os futuros investigadores o possam usar para elaborarem os seus próprios instrumentos, sendo assim possível que os enfermeiros trabalhem em conformidade, utilizando a mesma linguagem, e com um objetivo comum que é a promoção do conforto ao doente (Kolcaba, 2001).

4.2.2. Elaborar uma proposta para uniformização de procedimentos para a salvaguarda do sono do RNPT.

Atendendo à importância da salvaguarda do sono do RNPT para o seu neurodesenvolvimento, com a consequente importância para os cuidados de enfermagem em neonatologia, elaborei um procedimento setorial, que foi estruturado segundo as orientações da elaboração de procedimentos setoriais do hospital. Depois de ser elaborado, apresentei à chefia do serviço o trabalho que desenvolvi, o qual intitulei de “Cuidados de Enfermagem na Salvaguarda do sono do recém-nascido pré-termo” (Apêndice 12).

O processo de diagnóstico da pertinência desta temática para o serviço teve duas etapas fulcrais. Numa primeira fase foi realizada uma auscultação sobre a pertinência deste tema com a enfermeira orientadora e a enfermeira chefe do

serviço de pediatria. Neste sentido, foi identificada a necessidade relativamente às intervenções na salvaguarda do sono na UCIN, visto que era um dos problemas da unidade devido ao barulho constante. Numa segunda fase foi elaborada a proposta de procedimento setorial referida e posteriormente uma sessão de formação aos profissionais de saúde da unidade de neonatologia, sobre “Salvaguarda do sono do RNPT” abordando a importância do sono, ciclo do sono, consequências da privação do sono e as intervenções dos enfermeiros para a salvaguarda do sono do RNPT na UCIN; foi também desenvolvido um cartaz intitulado de “Mamã e Papá, estou a dormir” tendo como finalidade sensibilizar os pais para a Salvaguarda do sono do recém-nascido pré-termo na Unidade de Cuidados Neonatais (Apêndice 13).

Ao reconhecer a importância do trabalho desenvolvido para a conceção do projeto de melhoria contínua da qualidade, a chefia do serviço convidou-me a realizar a sessão de formação aos profissionais de saúde: “Salvaguarda do sono do recém-nascido pré-termo na Unidade de Cuidados Neonatais” (Apêndice 12) durante a reunião mensal dos enfermeiros do serviço de pediatria. A elaboração deste documento (procedimento setorial) vem também ele ilustrar o contributo para o desenvolvimento das competências de EE “Orienta projetos institucionais na área da qualidade”.

No que diz respeito às competências específicas do EEESIP, a competência mais desenvolvida ao longo deste processo formativo, foi “promove o crescimento e o desenvolvimento infantil”, em consequência do foco do Projeto de Estágio nesta área de conhecimento.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização do presente relatório representa o culminar de um percurso de aprendizagem através da reflexão constante e sistematizada sobre a prática através da adequação de saberes e pelo desenvolvimento das competências de enfermeiro especialista, através de uma perspetiva de cuidados holísticos, éticos e culturalmente sensíveis, baseados nos modelos orientadores dos cuidados de enfermagem pediátricos.

A atitude reflexiva que esteve inerente a este percurso formativo permitiu-me compreender que o EEESIP, independentemente do contexto de cuidados, é muitas vezes responsável pelo desenvolvimento de oportunidades de implementação de cuidados de enfermagem, visando a promoção do conforto como uma intervenção de enfermagem holística e incentivando em simultâneo a uma reflexão da prática diária (Kolcaba, 2003), com o objetivo de promover a adoção de comportamentos potenciadores de saúde, reconhecendo os seus benefícios no desenvolvimento da criança, podendo provocar verdadeiros ganhos em saúde.

Ao longo deste percurso de aprendizagem foi fundamental para o desenvolvimento de competências de EE e EEESIP, a capacidade de adaptação a diferentes contextos e situações de complexidade crescente.

A metodologia de projeto permitiu alcançar os objetivos propostos e o desenvolvimento de competências comuns e específicas EEESIP em várias dimensões do exercício profissional e competências relacionadas com o grau de mestre através da reflexão, relacionando a teoria com a prática. Assim, destaco a teoria do Conforto de Katharine Kolcaba e o quadro de referência da enfermagem pediátrica, os CCF e os CNT, fundamentais para a construção do meu percurso, sendo fundamentais para orientar a minha linha de pensamento e a prática de cuidados. Apesar do término da elaboração do presente relatório, o percurso de aprendizagem não termina, existindo continuidade no desenvolvimento e aperfeiçoamento das competências especializadas que aqui foram iniciadas.

Ao longo da elaboração do relatório, surgiu a oportunidade de abraçar um novo projeto profissional noutra entidade hospitalar no serviço de neonatologia, a qual foi meu contexto estágio neste percurso formativo. Assim, os meus projetos futuros passam por:

a) contribuir para a formação dos enfermeiros da neonatologia, realizando no âmbito dos cuidados neuroprotetores, mais especificamente sobre a salvaguarda do sono do RNPT na UCIN.

b) integrar o grupo de trabalho de neonatologia “Bem-estar do RN” visando a implementação do procedimento sectorial elaborado durante o relatório; participando na dinamização de formação à equipa de enfermagem sobre a temática à luz da evidência assim como nas auditorias às normas e documentos sustentadores das práticas e na divulgação de indicadores de cuidados de enfermagem na própria equipa e em eventos científicos.

c) Pretende-se também posteriormente, publicar a revisão scoping desenvolvida durante o relatório, numa revista de enfermagem certificada.

Assim, como futura EEESIP, tenho o dever de procurar permanentemente a evidência científica de forma a promover a melhoria contínua da prática de cuidados de enfermagem e ser incentivadora da mudança de comportamentos com o objetivo de ter um impacto positivo no desenvolvimento da criança e do jovem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, I. & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto Contexto Enfermagem*, 14(3), 373-382. Acedido em: 29/02/2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n3/v14n3a08.pdf>
- 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. **Doi:** <https://doi.org/10.1053/j.nainr.2016.09.030>
- Apóstolo, J. L. A. (2009). O conforto nas teorias de enfermagem – análise do conceito e significados teóricos. *Revista Referência*, II Série (9) Março, 61-67.
- Barbeau, D., & Weiss, M. (2017). Sleep Disturbances in Newborns. *Children*, 4(10), 90. **Doi:** <https://doi.org/10.3390/children4100090>
- Barros, L. (2003). *Psicologia pediátrica, uma perspetiva desenvolvimentista*. (2.^a ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Bloch, H., Lequien, P., & Provasi, J. (2006). *A criança prematura*. Lisboa: Instituto Piaget
- Brown, G. (2009). NICU Noise and the Preterm Infant. *Neonatal Network*, 28(Maio/Junho), 165–173. **Doi:** <https://doi.org/10.1891/0730-0832.28.3.165>
- Chora, M. A., & Azougado, C. (2017). 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. **Doi:** [https://doi.org/10.24902/r.riase.2015.1\(3\).357](https://doi.org/10.24902/r.riase.2015.1(3).357)
- Coughlin, M. (National A. of N. N. (2017). *Trauma-Informed Care in the NICU*. New York: Springer Publishing Company.

Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de setembro (1996). Procede à primeira alteração ao Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) pelo Decreto-Lei nº 104/98, de 21 de Abril. Assembleia da República. *Diário da República*, I Série (N.º 205 de 04-09-1996), 2959-2962.

Dowd, T. (2004). Teoria do conforto. In A. Tomey & M. Alligood, *Teóricas de enfermagem e sua obra* (pp.481-495). Lisboa: Lusociência.

Ferreira, M., Pontes, M., & Ferreira, N. (2009). Cuidar em enfermagem – percepção dos utentes. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde*. 6, 358-366. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa.

Filho, J., Galvão, V., Pessoa, L., Júnior, D., Tristão, R., & Grosswasser, J. (2010). NIDCAP e Maturação do sono de Prematuros: uma solução aplicável nas UCIN? *Revista Saúde & Ciência*, 1(2), 101–105. Acedido em: 10/02/2020. Disponível em: <http://www.ufcg.edu.br/revistasaudeeciencia/index.php/RSC-UFCG/article/view/14/17>

Gaíva, M. A. M., Marquesi, M. C., & Rosa, M. K. de O. (2011). O sono do recém-nascido internado em unidade de terapia intensiva: cuidados de enfermagem. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 9(3), 602–609. **Doi:** <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v9i3.12561>

Gaspardo, C., Martinez, F., & Linhares, M. (2010). Cuidado ao desenvolvimento: intervenções de proteção ao desenvolvimento inicial de recém-nascidos pré-termo. *Revista Paulista de Pediatria*, 28(1), (pp. 77-85). Acedido em: 15/03/2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0103-05822010000100013&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

Hockenberry, M. J. & Barrera, P. (2014). Perspetivas de Enfermagem Pediátrica. In J. M. Hockenberry & D. Wilson. (2014), (Paixão, M. J. G., Coord.). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente*. (9ª ed.) (Vol I). (pp. 1-20). Loures: Lusociência.

Institute for Patient and Family-Centered Care (2017). Advancing the Practice of Patient And Family-centered care in Hospitals. How to Get Started. *Institute for Patient- and Family-Centered Care*. (pp. 2-7). Bethesda: IPFCC. Acedido em: 01/03/2020. Disponível em: https://www.ipfcc.org/resources/getting_started.pdf

Kèrouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A. & Major, F. (1996). *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Masson.

Khan, R. L., Raya, J. de la P., & Nunes, M. L. (2009). Avaliação do estado comportamental durante o sono em recém-nascidos. *Journal of Epilepsy and Clinical Neurophysiology*, 15(1), 25–29. **Doi:** <https://doi.org/10.1590/s1676-26492009000100006>

Kolcaba, K. (1991). A Taxonomic Structure for the Concept Comfort. *Image: the Journal of Nursing Scholarship*, 23(4), 237–240. **Doi:** <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1991.tb00678.x>

Kolcaba, K. (2001). Evolution of the mid range theory of comfort for outcomes research. *Nursing Outlook*, 49(2), 86–92. **Doi:** <https://doi.org/10.1067/mno.2001.110268>

Kolcaba, K. (2003). *Confort theory and practice: a vision for holistic health care and research*. New York: Springer Publishing Company, Inc.

Kolcaba, K., & DiMarco, M. A. (2005). Comfort Theory and its application to pediatric nursing. *Pediatric nursing*, 31(3), 187–194. **Doi:** <https://doi.org/10.1109/JIOT.2015.2419740>

Lockridge, T. (2015). Neonatal Neuro-protective Best Practice Guidelines. Em *NICU Brain Sensitive Care Committee* (pp. 9–22). Swedish.

Lockridge, T. (2018). Neonatal Neuroprotection - Bringing Best Practice to the Bedside in the NICU. *MCN, The American Journal of Maternal/Child Nursing*, (April), 1. **Doi:** <https://doi.org/10.1097/nmc.0000000000000411>

- Mariano, C. (2009). *Holistic Nursing: Scope and Standards of Practice*.
- Marques, J. (2014). A minimização do ruído como um cuidado desenvolvimental nas unidades de neonatologia. *Sinais Vitais*, 113, 47-55.
- Mendes, R., Cruz, A., Rodrigues, D., Figueiredo, J., & Melo, A. (2016). Teoria do conforto como subsídio para o cuidado clínico de enfermagem. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 15 (2), 390-395.
- Moniz, J. (2003). *A Enfermagem e a Pessoa Idosa*. Loures: Lusociência
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Guias Orientadores de Boa Prática Em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. In: *Cadernos Ordem dos Enfermeiros*, Série I, N.º 3, Volume 2. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). Guia Orientador de Boa Prática - Adaptação à parentalidade durante a hospitalização. *Cadernos OE*, Série I, (8). Lisboa: Ordem dos enfermeiros.
- Paiva e Silva, A. (2007). Enfermagem Avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*, 55(1/2), 11–20.
- Pinto, V., & Conceição, A. (2008). Os enfermeiros na espiral do conforto. *Sinais Vitais*, 80, 5–12.
- Queirós, P., Fonseca, E., Mariz, M., Chaves, M., & Cantarino, S. (2016). Significados atribuídos ao conceito de cuida. *Revista de Enfermagem Referência*, Série IV (10), 85-94.
- Redondeiro, M., Moura, M., Sousa, E., Soares, M., & Lopes, T. (Jan de 2003). Promover a Vida Numa Doença Terminal. *Revista Sinais Vitais*, 45-50.

Regulamento n.º 140/2019. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 2.ª série (N.º 26 de 06-02-2019), 4744-4750. ELI: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Regulamento n.º 422/2018. (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 2ª Série (Nº 133 de 12-07-2018), 19192–19194. ELI: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8733/infantil.pdf>

Rua, M. (2011). *De aluno a enfermeiro: desenvolvimento de competências em contexto de ensino clínico*. Loures: Lusociência.

Santos, L. (2006). *Acolhimento e estadia da criança e do jovem no hospital*. Lisboa: IAC.

Schön, D. (1983). *The reflective practitioner: How professionals think in action*. New York: Basic Books.

Sitzman, K. & Eichelberger, L. (2004). *Understanding the work of nurse theorists: a creative beginning*. Sudbury: Edição de Jones & Bartlett Publishers.

Takahashi Maki, M., Cristina Sbampato Calado Orsi, K., Harumi Tsunemi, M., Padrella Hallinan, M., Moreira Pinheiro, E., & Ferreira Machado Avelar, A. (2017). O efeito da manipulação sobre o sono do recém-nascido prematuro. *Acta Paul Enferm. Acta Paulista Enfermagem*, 30(305), 489–96489. **Doi:** <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700071>

Tamez, R. (2013). *Enfermagem na UTI Neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco*. (5ª ed). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Winkelstein, M. (2008). Perspectivas da Enfermagem Pediátrica. In M. Hockenberry, Wong - *Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. (pp. 10-11). Rio de Janeiro: Lusodidacta.

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. **Doi:** <https://doi.org/10.1053/j.nainr.2015.06.012>

Anexo 1 - Certificado de Formação em Serviço como formador no *Journal Club*

CERTIFICADO

Declara-se que

Nádia José dos Anjos

participou como Formador/a na Formação em Serviço

subordinada ao tema

Apresentação e dinamização da discussão em equipa multidisciplinar do artigo: Luijk, M.P.C.M., Kocavska, D., Tram, E.K.H., Gaudreau, H., Reiss, J.K.M., Duijts, L.,... El Marmoun, H. (2019). Gestational age at birth and sleep duration in early childhood in three population-based cohorts. *Sleep Medicine*: X, 1. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.sleepx.2019.100002>.

que se realizou em 14 / 11 / 2019,

com uma carga horária de 1 horas,

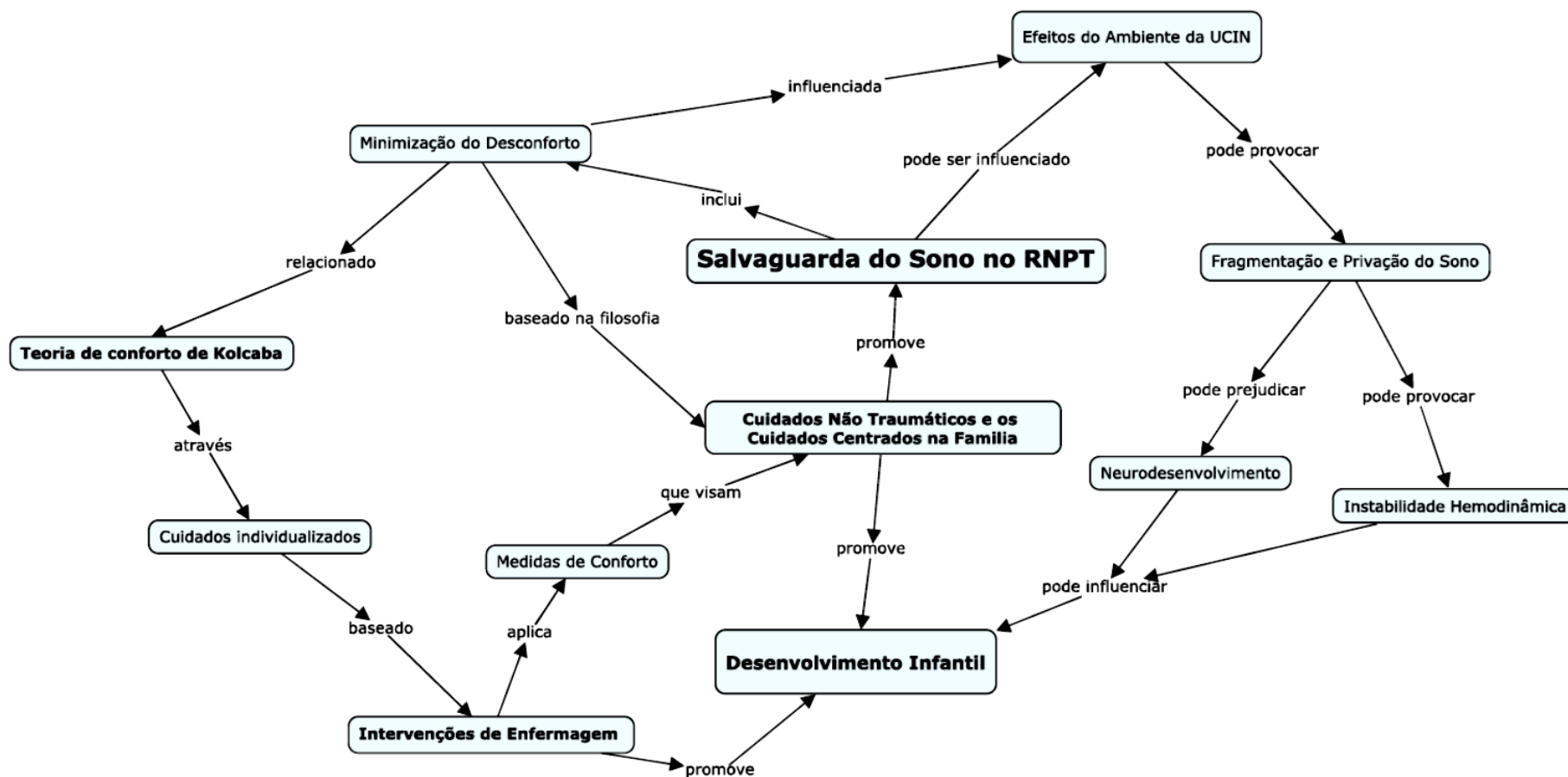
sendo a participação do formador, de 1 horas.

O SERVIÇO

CRONOGRAMA DE ESTÁGIO

[illegible]

Salvaguarda do Sono do recém-nascido pré-termo - Mapa Conceptual



Apêndice 3 - Intervenções de Enfermagem para a Salvaguarda do Sono do recém-nascido pré-termo na unidade de cuidados intensivos neonatais de acordo com a Estrutura Taxonómica da Teoria de Conforto de Kolcaba

Intervenções de Enfermagem para a Salvaguarda do Sono do Recém-nascido Pré-Termo na unidade de cuidados intensivos neonatais de acordo com a Estrutura Taxonómica da Teoria de Conforto de Kolcaba

	Alívio	Tranquilidade	Transcendência
Físico	- Administrar alimentação entérica a horas regulares a cada 3 horas³.	- Posicionar em decúbito ventral ou lateral¹. - Respeitar o estado comportamental do prematuro, caso esteja em sono profundo (dura cerca de 20 minutos), aguardar até que passe para o sono leve para acordá-lo². - Utilizar rolos maleáveis e “ninhos”, conseguindo aplicar limites e suporte para o corpo, de forma a manter o equilíbrio entre contenção, exploração e auto-organização². - Evitar mudanças súbitas de postura ou realizá-las com o prematuro bem aconchegado, em flexão e com as mãos próximas à boca^{1,2}.	- Avaliar o recém-nascido pré-termo a cada 6 horas, ou quando este estiver acordado³. - Respeitar a manipulação mínima^{1,3}. - Agrupar os cuidados, de forma a diminuir a manipulação ao RNPT³. - Planear as intervenções anteriormente à manipulação do recém-nascido pré-termo². - Agrupar os cuidados e a avaliação dos profissionais de saúde consoante os horários do recém-nascido pré-termo³.
Psicoespiritual	- Fornecer chucha e sacarose, adotando estratégias não farmacológicas, na realização de procedimentos invasivos^{5,6}.	- Incentivar ao canguru¹. - Incentivar o toque firme dos pais². - Fornecer cheiro da mãe com a almofada ou pano macio³.	- Falar suavemente com o bebé antes de tocá-lo, e manipulá-lo de maneira suave e gradualmente, para que a transição do sono à vigília seja menos abrupta possível².
Sociocultural	- Fornecer cheiro da mãe com fralda de pano³. - Incentivar os pais a promover o sono do recém-nascido pré-termo.	- Ensinos aos pais sobre o ciclo circadiano e fases do sono do recém-nascido pré-termo. - Ensino aos pais sobre os cuidados para a salvaguarda do sono no recém-nascido pré-termo na unidade de cuidados intensivos neonatais.	- Incentivar os pais a reduzir tom de voz^{1,2,3,4}. - Usar espaços específicos para profissionais, sala separada da unidade, para passar o turno⁴. - Sensibilizar os profissionais de saúde a reduzir o tom de voz^{1,2,3,4}.
Ambiental	- Reduzir o volume dos alarmes dos monitores^{1,2,3,4}. - Reduzir da Luminosidade (Luzes suaves; evitar luzes fortes diretamente no recém-nascido pré-termo)^{1,2,3,4}.	- Proporcionar períodos de claridade moderada para a maturação do desenvolvimento da retina e também facilitar o ciclo circadiano².	- Evitar sons de telemóveis^{1,4}. - Utilizar capas protetoras sob a cúpula da incubadora^{1,3,4}. - Evitar bater na incubadora^{2,3,4}. - Evitar abrir embalagens e invólucros dentro da incubadora^{2,3}. - Evitar colocar objetos em cima das incubadoras². - Diminuir o volume do toque da unidade de telefone e impressoras⁴. - Proibir o uso de telemóveis na unidade ou exercer o seu uso em vibração modo e remover ou desligar a televisão e rádio⁴.

Teoria de conforto de Kolcaba

Tipos de conforto			
Alívio: o estado de ter um desconforto específico mitigado ou aliviado ⁵ .		Tranquilidade: o estado de calma ou contentamento ⁵ .	Transcendência: a condição na qual um indivíduo suplanta os seus problemas ou sofrimento ⁵ .
Tipos de contexto			
Físico: relativo às sensações corporais e mecanismos homeostáticos, neste item as necessidades de conforto incluem défices fisiológicos, mecanismos que são interrompidos ou colocados em risco por causa de uma doença ou procedimento invasivo, tal como a dor, náuseas, vômitos, fome, calafrios ou prurido ⁵ . As intervenções de conforto são dirigidas para recuperação ou manutenção da homeostase ⁵ .	Psico-espiritual: implica transformar de forma serena os traumas ou o desconforto de procedimentos dolorosos que não podem ser imediatamente aliviados ⁵ .	Ambiental: refere-se ao meio e às condições de influência externas, as necessidades ambientais incluem tranquilidade, decoração e segurança, outros itens também são fundamentais como a temperatura, luminosidade, ruído, odores, cor, mobiliário, manuseios frequentes em que o enfermeiro deve proporcionar um ambiente promotor de saúde ⁵ .	Sociocultural: refere-se as necessidades que são satisfeitas através do saber estar do enfermeiro, pois inclui a sua atitude, mensagens de bem-estar e incentivo, reforço positivo, presença do enfermeiro, explicação prévia dos procedimentos, respeitar a privacidade, entre outros. Também estão incluídas as necessidades da família, nomeadamente a situação socioeconómica, emprego, tradições culturais e religiosas e isolamento social ⁵ .

Referências Bibliográficas

1. Gaíva MAM, Marquesi MC, Rosa MK de O. O sono do recém-nascido internado em unidade de terapia intensiva: cuidados de enfermagem. *Ciência, Cuid e Saúde*. 2011;9(3):602–9.
2. Calciolari G, Montiroso R. The sleep protection in the preterm infants. *J Matern Neonatal Med*. 2011;24(SUPPL. 1):12–4.
3. Lockridge T. Neonatal Neuroprotection - Bringing Best Practice to the Bedside in the NICU. *MCN, Am J Matern Nurs*. 2018;(April):1.
4. Capó M. Intervenciones enfermeras sobre el ambiente físico de las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales. *Enferm Intensiva* [Internet]. 2016;27(3):96–111.
5. Kolcaba K, DiMarco M. Comfort Theory and its application to pediatric nursing. *Pediatric nursing*. 2005;3(31):187-194.

6. Ordem dos enfermeiros. Guia orientador de boa prática: Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança. Cadernos OE, série 1, número 6 [Internet]. 2013 [acedido 12 Agosto 2020];. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/GOBP_EstrategiasNaoFarmacologicasControloDorCrianca.pdf
7. Roldão G. Dor? Claro que Não!. In: Saldanha J, Moniz C, Machado M, ed. by. Nascer pré-termo: Cuidados multidisciplinares. Lisboa: Associação das crianças de Santa Maria. Serviço de neonatologia, departamento de pediatria, Hospital de Santa Maria – CHLN, EPE; 2017. p. 113-119.

10º Mestrado em Enfermagem:

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

2ª Ano – 1º Semestre

Unidade Curricular – Estágio com Relatório

Guia orientador das atividades de estágio

Nádia José dos Anjos nº 8832

Docente Orientador:

Professora Doutora Maria Teresa Magão

Setembro 2019

Lisboa

ABREVIATURAS E SIGLAS

EE – Enfermeiro Especialista

EEESIP – Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Enf^a – Enfermeira

OMS – Organização Mundial de Saúde

RN – Recém-Nascido

RNPT – Recém-Nascido Pré-termo

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

ÍNDICE

	Pág.
1. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO	5
2. SUMÁRIO	5
3. PROBLEMÁTICA	9
4. DESCRIÇÃO DOS OBJETIVOS, ATIVIDADES, TAREFAS E RESULTADOS ESPERADOS.	10
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	17

1. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO

- **TÍTULO:** A Salvaguarda do sono do recém-nascido pré-termo na unidade de cuidados intensivos neonatais: intervenção de enfermagem promotora do desenvolvimento.
- **DURAÇÃO DO PROJETO:** 18 semanas.
- **DATA INÍCIO DO PROJETO:** 23 de Setembro de 2019.
- **PALAVRAS-CHAVE:** Sono; Desenvolvimento; Recém-nascido Pré-termo; Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais; Enfermagem Pediátrica.

2. SUMÁRIO

A elaboração do documento orientador com os objetivos e atividades a desenvolver nos estágios, surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório do 10º Curso de Mestrado em Enfermagem na área da Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Este guia orientador visa enquadrar a temática do projeto e descrever as competências, objetivos e atividades a desenvolver nos diferentes campos de estágio. A realização dos estágios nos diferentes contextos de prática tem como finalidade o desenvolvimento de competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP) nas diversas dimensões do exercício profissional e de competências relacionadas com o grau de mestre, tendo por base um projeto desenvolvido anteriormente.

Segundo a OMS (2018) os RNPT são todos RN nascidos antes de 37 semanas de gestação, sendo distinguidos dos RN de termo pela sua imaturidade comportamental, de atenção, autorregulação e dos sistemas fisiológico e motor, sendo mais suscetíveis aos estímulos do meio ambiente (Gaíva, Marquesi, & Rosa, 2011). Atualmente, pode considerar-se viável um RN a partir das 23 semanas, no entanto, o internamento prolongado na UCIN pode implicar grandes transtornos para os RNPT, resultando em consequências a curto e a longo prazo (Altimier & Phillips, 2016), que podem prejudicar o seu neurodesenvolvimento (Kleberg, Hellström-Westas, & Widström, 2007), apresentando maior risco para problemas cognitivos, socio-emocionais, de saúde mental, do comportamento, fala-linguagem e dificuldades escolares (Altimier & Phillips, 2016).

No sentido de reduzir o impacto negativo do ambiente nas UCIN, promover o desenvolvimento adequado e prevenir a incapacidade desta população alvo, houve

a necessidade de criar estratégias destinadas a apoiar o cérebro em desenvolvimento, nomeadamente os cuidados neuroprotetores (Lockridge, 2015) que, para além dos benefícios para a saúde também foram documentados, menor duração de internamento e menores custos hospitalares (Altimier & Phillips, 2016).

Tendo por base os cuidados neuroprotetores, Altimier & Phillips (2016) desenvolveram o “Modelo Integrado de Cuidados Neonatais de Desenvolvimento: sete medidas centrais dos cuidados neuroprotectores do desenvolvimento centrados na família” identificando sete medidas centrais que fornecem orientação clínica para os profissionais de saúde na prestação de cuidados ao RN e familiares na UCIN. Cada medida central tem uma política ou protocolo que orienta o cuidado do RN/família, no entanto, todas as medidas centrais são interdependentes. São elas: ambiente terapêutico; parceria de cuidados; posicionamentos; minimizar a dor/stress; proteção da pele; otimização da nutrição e salvaguarda do sono (Altimier & Phillips, 2016).

A salvaguarda do sono enfatiza a multifacetada importância do sono para o RNPT na UCIN. O sono tem uma função protetora sobre todos os seres vivos, permitindo a reparação e a recuperação dos tecidos após atividade. Para além disso, o sono é essencial para atingir a homeostase, para o desenvolvimento dos sistemas neurosensorial e motor, aprendizagem, memória, função imunológica, crescimento assim como para a plasticidade cerebral (Coughlin, 2017). Estudos demonstram que tanto a manipulação excessiva como a privação do sono no RNPT podem prejudicar o desenvolvimento neuromotor, induzir a hiperexcitabilidade, desencadear ou exacerbar doenças psiquiátricas e provocar sonolência diurna excessiva (Takahashi Maki et al., 2017).

O EEESIP tem como uma das competências específicas, “prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem” (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p. 19192). Um dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem é a prevenção de complicações, na “procura permanente da excelência no exercício profissional, na qual o enfermeiro previne complicações para a saúde dos clientes” (Conselho de Enfermagem, 2001, p.15).

A parceria entre profissionais e as famílias reduz o tempo de internamento e é benéfico para neurodesenvolvimento dos RNPT (Altimier & Phillips, 2016). A filosofia dos Cuidados Centrados na família reconhece que a família é uma constante na vida da criança e que os sistemas de serviço e os profissionais de saúde devem apoiar,

respeitar, encorajar e potenciar a força e as competências da família nos cuidados à sua criança (Winkelstein, 2008). A prestação de cuidados não traumáticos consiste numa filosofia baseada em intervenções proporcionadas por profissionais de saúde, que eliminem ou minimizem o desconforto psicológico e físico experimentado pela criança e seus familiares no sistema de cuidados de saúde (Winkelstein, 2008).

Como o desconforto está bastante presente no dia-a-dia do RNPT, com todas as técnicas, procedimentos e ambiente ao qual está exposto, atingir o conforto é um objetivo que, apesar de contemporâneo, já desde o tempo de Nightingale foi concebido como um resultado desejável ou meta para os cuidados de enfermagem (Kolcaba, 2001). A etimologia da palavra conforto é também a palavra latina *confortare*, cujo significado é dar forças, dar alento de forma nobre ou grandiosa; *con* é originado de *cum*, que significa em conjunto, e de *fortis*, que significa forte, neste sentido, conforto significa forte em conjunto (Kolcaba, 1991).

A Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba, considera o conforto como um resultado positivo e holístico importante para medir a eficácia das estratégias implementadas ao nível da prestação de cuidados de enfermagem (Kolcaba, 2001). Na sua estrutura taxonómica do conforto, desenvolveu uma matriz onde descreve sumariamente os contextos onde ocorrem o conforto e o tipo/estado de conforto sentido (Kolcaba, 2001). Conforto é definido como o nível imediato de bem-estar fortalecido através das necessidades humanas de alívio, tranquilidade e transcendência tratadas nos quatro contextos de experiência (físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental), como uma condição vivida pelas pessoas que recebem medidas de conforto, ou seja, é uma experiência imediata e holística fortalecida através da satisfação das necessidades de conforto no contexto duma experiência específica (Kolcaba, 2001).

3. PROBLEMÁTICA

O ambiente da UCIN apesar de fornecer os cuidados médicos avançados que permitem a sobrevivência destes RN, podem influenciar o desenvolvimento infantil.

A partir da observação da prática clínica da equipa multidisciplinar do meu local de trabalho, percebi que existe dificuldades em implementar os cuidados neuroprotetores. Verifiquei que existe renitência na concentração dos cuidados, bastante manipulação dos RNPT e falta de parceria de cuidados, relativamente à promoção do contato do RNPT com a sua família.

Percebe-se que os cuidados dos profissionais de saúde a um RN hospitalizado, na maioria das vezes, estão dependentes de rotinas estabelecidas pelo serviço e não na necessidade apresentada pelo RN naquele momento (Gaíva et al., 2011). Tanto como a manipulação excessiva como a privação do sono em recém-nascidos prematuros podem ter consequências a curto prazo e a longo prazo no desenvolvimento infantil, como foi descrito anteriormente.

Sendo o RNPT um RN com particularidades imaturas, os profissionais de saúde devem ser capacitados para apreender as necessidades singulares de cada RN. É de extrema importância que os procedimentos, cuidados dolorosos e invasivos sejam aplicados de forma individualizada e singular, adotando a filosofia dos cuidados não-traumáticos, assim como, respeitar a parceria profissional/pais adotando a filosofia de cuidados centrados na família, promovendo o desenvolvimento infantil do RNPT.

Assegurar cuidados neuroprotetores não coincide com prestação de cuidados de forma rotineira e eficiente, porque para garantir a eficácia destas estratégias de intervenção e uma boa evolução clínica no RNPT, o enfermeiro deve planear bem as atividades e os cuidados a prestar, respeitando o seu desenvolvimento. Quando estas intervenções são combinados com cuidados médicos e de enfermagem, os cuidados neuroprotetores são a melhor forma de promover resultados ótimos de neurodesenvolvimento. Por isso, é de extrema importância apostar na formação dos profissionais de saúde, alertar sobre os cuidados neuroprotetores e prestar cuidados pensados e individualizados.

A metodologia adotada para estudar o problema e desenvolver competências de EEESIP é a de projeto, descritivo, crítica e reflexiva com recurso a pesquisa bibliográfica, entrevista exploratória a peritos e observação participante na prestação de práticas de cuidados de enfermagem.

Com este projeto pretendo sensibilizar os profissionais de saúde para os cuidados para o desenvolvimento através das intervenções neuroprotetoras, ou seja, realizar estratégias destinadas a apoiar o cérebro em desenvolvimento, facilitando o desenvolvimento normal, prevenindo a incapacidade e estarem alertas para os malefícios da privação do Sono no RNPT no seu desenvolvimento infantil e promover a Salvaguarda do Sono no RNPT.

Tendo em conta que a minha experiência profissional é muito direcionada para a neonatologia e bloco de partos, pretendo com este projeto desenvolver competências de EEESIP, na área de cuidados de saúde primários, internamento/cirurgia de pediatria e em contexto de urgência pediátrica.

Assim, será realizado estágio, em diferentes contextos, de forma a desenvolver competências enquanto EEESIP, nomeadamente na promoção do desenvolvimento infantil. A seleção e duração de cada campo de estágio foram definidos tendo em conta o autodiagnóstico de competências de EEESIP e os objetivos do projeto, que são apresentados e justificados seguidamente.

4. Descrição dos objetivos, atividades, tarefas e resultados esperados:

Foram definidos dois objetivos gerais e dois objetivos específicos:

1. Desenvolver competências de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica no cuidar da criança, jovem e família a viver processos de saúde e de doença e nas diferentes etapas de desenvolvimento.
 - a) Analisar práticas de cuidados de enfermagem no âmbito da promoção do desenvolvimento infantil;
 - b) Colaborar no cuidado à criança, jovem e família em situações específicas de saúde.
2. Desenvolver competências de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica no âmbito da promoção do desenvolvimento do RNPT com foco na Salvaguarda do Sono.
 - a) Analisar práticas de cuidados de enfermagem no âmbito dos cuidados neuroprotetores no RNPT com foco na salvaguarda do sono.
 - b) Elaborar uma proposta para uniformização de procedimentos para a salvaguarda do sono do RNPT.

Para a sua operacionalização, em cada contexto, foram desenhadas, atividades e indicadores de avaliação, apresentados nos quadros seguintes.

OBJETIVO GERAL	DESENVOLVER COMPETÊNCIAS DE EEESIP NO CUIDAR DA CRIANÇA, JOVEM E FAMÍLIA A VIVER PROCESSOS DE SAÚDE E DE DOENÇA E NAS DIFERENTES ETAPAS DE DESENVOLVIMENTO				
OBJETIVO ESPECÍFICO 1	Analisar práticas de cuidados de enfermagem no âmbito da promoção do desenvolvimento infantil				
ATIVIDADES	RECURSOS	INDICADORES DE RESULTADO	LOCAL DE ESTÁGIO	DATAS	COMPETÊNCIAS A ATINGIR
a) Realização de pesquisa bibliográfica. b) Consulta de protocolos, normas e projetos em curso no serviço; c) Identificação de necessidades de formação dos enfermeiros das equipas de Enfermagem nos diferentes locais de Estágio; d) Desenvolvimento de atividades de formação oportunas em contexto de Estágio; e) Observação participante na realização das consultas de desenvolvimento infantil; f) Prestação de cuidados de enfermagem atendendo ao desenvolvimento da criança e adolescente; g) Realização de um jornal de aprendizagem. h) Realização de uma síntese reflexiva sobre as atividades realizadas e o contributo das mesmas para o desenvolvimento das competências específicas e comuns de EEESIP;	Materiais: Computador com acesso à internet; Manuais científicos; Documentos científicos (artigos, teses...) Humanos: Equipa de enfermagem; Crianças e adolescentes	Jornal de aprendizagem Relatório de Estágio	UCSP a), b), c), d), e), f), g), h)	23 Setembro a 14 de Outubro 2019	Competências CEE D2 - D2.2 Competências EEESIP E1 – E1.2. E2 – E2.4. E2.5. E3 - E3.1. E3.3. E3.4.
			Centro desenvolvimento da Criança a), b), c), d), e), f), h)	21 de Outubro a 15 de Novembro de 2019	
			Internamento Pediatria/Cirurgia a), b), c), d), e), f), h)	18 de Novembro a 6 de Dezembro de 2019	
			Urgência Pediátrica a), b), c), d), f), g), h)	9 a 20 de Dezembro de 2019	

			Neonatologia a), b), c), d), f), h)	6 de Janeiro a 7 de Fevereiro a 2020	
--	--	--	---	--	--

OBJETIVO GERAL	DESENVOLVER COMPETÊNCIAS DE EEESIP NO CUIDAR DA CRIANÇA, JOVEM E FAMÍLIA A VIVER PROCESSOS DE SAÚDE E DE DOENÇA E NAS DIFERENTES ETAPAS DE DESENVOLVIMENTO				
OBJETIVO ESPECÍFICO 2	Colaborar no cuidado à criança, jovem e família em situações específicas de saúde.				
ATIVIDADES	RECURSOS	INDICADORES DE RESULTADO	LOCAL DE ESTÁGIO	DATAS	COMPETÊNCIAS A ATINGIR
a) Realização de pesquisa Bibliográfica; b) Conhecimento da dinâmica dos diferentes contextos de Estágio; c) Consulta de protocolos, normas e projetos em curso no serviço; d) Aprofundamento de conhecimentos no cuidar à criança e família em situações complexas de saúde; e) Observação participante na prestação de cuidados de enfermagem à criança e sua família no contexto cuidados urgentes e emergentes; f) Prestação de cuidados à criança e família em situações de especial complexidade, perspetivando o equilíbrio do sistema, implementando estratégias promotoras de	Materiais: Computador com acesso à internet; Manuais científicos; Documentos científicos (artigos, teses...)	Estudo de Caso; Relatório de Estágio;	UCSP a), b), c), d), f), i)	23 Setembro a 14 de Outubro 2019	Competências CEE D2 - D2.2. Competências EEESIP E1 -E1.2. E2 - E2.3. E2.4. E2.5. E3 – E3.1. E3.2.
			Centro desenvolvimento da Criança a), b), c), d), f), i),	21 de Outubro a 15 de Novembro de 2019	
			Internamento Pediatria/Cirurgia a), b), c), d), e), f), g), h), i)	18 de Novembro a 6 de Dezembro de 2019	

esperança e bem-estar, empoderamento dos pais e crianças com estratégias de adaptação e <i>coping</i> através da brincadeira. g) Acompanhamento de uma criança e família no processo de internamento (desde o acolhimento, o internamento e preparação da alta). h) Realização de um estudo de caso. i) Realização de uma síntese reflexiva sobre as atividades realizadas e o contributo das mesmas para o desenvolvimento das competências específicas e comuns de EEESIP;	Humanos: Equipa de enfermagem; Crianças e adolescentes		Urgência Pediátrica a), b), c), d), e), f), g), i)	9 a 20 de Dezembro de 2019	E3.3.
			Neonatologia a), b), c), d), e), f), g), i)	6 de Janeiro a 7 de Fevereiro a 2020	

OBJETIVO GERAL	DESENVOLVER COMPETÊNCIAS DE EEESIP NO ÂMBITO DA PROMOÇÃO DO DESENVOLVIMENTO DO RNPT COM FOCO NA SALVAGUARDA DO SONO				
OBJETIVO ESPECÍFICO 1	Analisar práticas de cuidados de enfermagem no âmbito dos cuidados neuroprotetores no RNPT com foco na Salvaguarda do Sono				
ATIVIDADES	RECURSOS	INDICADORES DE RESULTADO	LOCAL DE ESTÁGIO	DATAS	COMPETÊNCIAS A ATINGIR
a) Consulta de protocolos, normas e projetos em curso no serviço; b) Entrevista exploratória com a Enfª Chefe e Enfª Orientadora sobre o contributo do EEESIP para a promoção na Salvaguarda do Sono; c) Observação das atividades de enfermagem e da metodologia de trabalho; d) Observação participante na prestação de cuidados de enfermagem; e) Participação no <i>Journal Club</i> , na apresentação de um artigo científico relacionado com salvaguarda do sono. f) Realização de estudo de caso de um RNPT com foco na Salvaguarda do Sono; g) Realização de uma síntese reflexiva sobre as atividades realizadas e o contributo das mesmas para o	Materiais: Computador com acesso à internet; Manuais científicos; Documentos científicos (artigos, teses...) Humanos: Equipa de	Relatório de Estágio; Estudo de Caso; Avaliação pela equipa de enfermagem, através de grelha de avaliação	UCSP a), b), c), d), g)	23 Setembro a 14 de Outubro 2019	Competências CEE B2 – B2.1. D2 - D2.2
			Centro desenvolvimento da Criança a), b), c), d), e), g)	21 de Outubro a 15 de Novembro de 2019	Competências EEESIP E1 - E1.2. E2. - E2.3. E2.4.
			Internamento Pediatria/Cirurgia a), b), c), d), g)	18 de Novembro a 6 de Dezembro de 2019	E2.5. E3 – E3.1.

desenvolvimento das competências específicas e comuns de EEESIP;	enfermagem; RNPT.		Urgência Pediátrica a), b), c), d), g)	9 a 20 de Dezembro de 2019	
			Neonatologia a), b), c), d), f), g)	6 de Janeiro a 7 de Fevereiro a 2020	

OBJETIVO GERAL	DESENVOLVER COMPETÊNCIAS DE EEESIP NO ÂMBITO DA PROMOÇÃO DO DESENVOLVIMENTO DO RNPT COM FOCO NA SALVAGUARDA DO SONO.				
OBJETIVO ESPECÍFICO 2	Elaborar uma proposta para uniformização de procedimentos para a salvaguarda do sono do RNPT				
ATIVIDADES	RECURSOS	INDICADORES DE RESULTADO	LOCAL DE ESTÁGIO	DATAS	COMPETÊNCIAS A ATINGIR
a) Realização de pesquisa bibliográfica; b) Consulta de protocolos, normas e projetos em curso no serviço; c) Observação participante na prestação de cuidados de enfermagem ao RNPT; d) Realização de uma Revisão <i>Scoping</i> com foco nas intervenções de enfermagem para a Salvaguarda do Sono; e) Identificação de necessidades de formação dos	Materiais: Computador com acesso à internet; Manuais científicos; Documentos científicos	Projeto de Estágio; Avaliação pela equipa de enfermagem, através de grelha de avaliação;	UCSP a), b), c), d), e), f), h), i)	23 Setembro a 14 de Outubro 2019	Competências CEE B1 - B1.2. B2 – B2.2. B2.3. D2 – D2.1. D2.2. D2.3.
			Centro desenvolvimento da Criança a), b), c), d), e), f), i)	21 de Outubro a 15 de Novembro de 2019	

enfermeiros das equipas de Enfermagem relativo à Salvaguarda do sono; f) Desenvolvimento de atividades de formação oportunas em contexto de Estágio no âmbito da promoção do desenvolvimento do RNPT com foco na salvaguarda do sono; g) Realização de um poster no serviço no âmbito da promoção do desenvolvimento do RNPT com foco na salvaguarda do sono; h) Realização de formação para a educação para a saúde com foco no sono e nos padrões do sono; i) Realização de uma síntese reflexiva sobre as atividades realizadas e o contributo das mesmas para o desenvolvimento das competências específicas e comuns de EEESIP.	(artigos, teses...) Humanos: Equipa de enfermagem; RNPT.		Internamento Pediatria/Cirurgia a), b), d), e), f), h), i)	18 de Novembro a 6 de Dezembro de 2019	Competências EEESIP E1 - E1.2. E2 - E2.3. E2.4. E2.5. E3 – E3.1.
			Urgência Pediátrica a), b), c), d), e), f), i)	9 a 20 de Dezembro de 2019	
			Neonatologia a), b), c), d), e), f), g), h), h), i)	6 de Janeiro a 7 de Fevereiro de 2020	

3. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 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. **Doi:** <https://doi.org/10.1053/j.nainr.2016.09.030>
- Conselho de Enfermagem. (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual enunciados descritivos. *Ordem dos Enfermeiros*. Acedido em 23/05/2019. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Coughlin, M. (2017). *Trauma-Informed Care in the NICU*. New York: Springer Publishing Company.
- Gaíva, M., Marquesi, M., & Rosa, M. (2011). O sono do recém-nascido internado em unidade de terapia intensiva: cuidados de enfermagem. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 9(3), 602–609. **Doi:** <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v9i3.12561>
- Kleberg, A., Hellström-Westas, L., & Widström, A. (2007). Mothers' perception of Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP) as compared to conventional care. *Early Human Development*, 83(6), 403–411. **Doi:** <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2006.05.024>
- Kolcaba, K. (2001). Evolution of the mid range theory of comfort for outcomes research. *Nursing Outlook*, 49(2), 86–92. **Doi:** <https://doi.org/10.1067/mno.2001.110268>
- Kolcaba, K. (1991). A Taxonomic Structure for the Concept Comfort. *Image: the Journal of Nursing Scholarship*, 23(4), 237–240. **Doi:** <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1991.tb00678.x>
- Lockridge, T. (2015). Neonatal Neuro-protective Best Practice Guidelines. Em *NICU*

Brain Sensitive Care Committee (pp. 9–22).

OMS (2018). *Preterm birth*. Acedido em 22/05/2019. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>

Regulamento n.º 422/2018. (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Ordem do Enfermeiros. Diário da República, 2ª Série (Nº 133 de 12-07-2018), 19192–19194. ELI: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8733/infantil.pdf>

Takahashi, M., Orsi, K., Tsunemi, M., Hallinan, M., Pinheiro, E., & Avelar, A. (2017). O efeito da manipulação sobre o sono do recém-nascido prematuro. *Acta Paulista Enfermagem*, 30(305), 489–96489. **Doi:** <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700071>

Winkelstein, M. (2008). Perspectivas da Enfermagem Pediátrica. In M. Hockenberry, Wong - *Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. (pp. 10-11). Rio de Janeiro: Lusodidacta.

Apêndice 5 - Estratégias de comunicação com a criança entre os 4 e os 6 anos
de idade no momento da vacinação - Jornal de aprendizagem

10º Mestrado em Enfermagem:

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

2ª Ano – 1º Semestre

Unidade Curricular – Estágio com Relatório

**Estratégias de comunicação com a criança entre
os 4 e os 6 anos de idade no momento da
vacinação**

Jornal de aprendizagem

Nádia José dos Anjos nº 8832

Docente Orientador:

Professora Doutora Maria Teresa Magão

Outubro 2019

Almada

O presente jornal de aprendizagem irá relatar uma situação que decorreu na unidade de cuidados de saúde personalizados durante um momento de vacinação de duas crianças e que se relaciona com a importância da utilização de estratégias de comunicação com a criança de forma a minimizar a dor relacionada com a vacinação. A metodologia do Ciclo reflexivo de Gibbs (1988) irá nortear o desenvolvimento deste jornal de aprendizagem:

- DESCRIÇÃO “o que aconteceu?”
- SENTIMENTOS “Que estou a sentir e a pensar?”
- AVALIAÇÃO “Que foi bom e mau na experiência?”
- ANÁLISE “Que sentido atribuo à situação?”
- CONCLUSÃO “Que mais poderia ter feito?”
- PLANO DE AÇÃO “Se acontecer outra vez, como procederei?”

DESCRIÇÃO

O L. e a C. são duas irmãs com 6 e 4 anos, respetivamente, que juntamente com a mãe e o pai emigraram recentemente de Angola. Vivem em Portugal há cerca de 2 meses. A mãe, quando foi tentar matricular a filha na escola, foi alertada sobre a necessidade de atualizar o plano vacinal da sua filha e da irmã.

Numa quarta-feira, a mãe trouxe as duas filhas para serem vacinados, na qual a colega responsável pela vacinação já tinha fotocópia dos boletins de vacinação já com as vacinas identificadas para se conseguir atualizar a vacinação conforme o novo plano de vacinação.

Quando chamei as crianças na sala de espera, percebi que ambas estavam com medo e retraídas sempre junto da sua mãe. Ajoelhei-me, apresentei-me e mostrei um livro. Imediatamente, a mais nova, a C. sorriu, pegou no livro e deu-me a mão, acompanhando-me até à sala de vacinação.

Ambas se sentaram à frente da secretária, fui buscar mais brinquedos, e enquanto a colega responsável pela vacinação, informava a mãe sobre as vacinas que se iriam administrar, ambas as crianças estavam no colo da mãe a dizer que não queriam ser vacinadas e que estavam com medo.

A Mãe dizia que não iria doer e que tinha que ser, para pararem de chorar. Através dos brinquedos, consegui distrair ambas as crianças e a partir daí, fui interagindo com as crianças e explicando que a vacina iria doer como se fosse uma picada de mosquito. Com um palito, tocava no braço da mais nova, que sorria cada vez que a tocava.

A L., mais velha, mais desconfiada, dizia que iria doer muito e não deixava tocar com o palito. Então, ofereci-lhe o palito e propus-lhe que tocasse com o palito no braço dela. Olhou para a mãe, e disse que tinha medo. Com a ajuda da mãe, tocou com o palito e disse que era igual ao mosquito. Colocou no braço da irmã e disse que não doía. Expliquei-lhes que no fim, iriam receber um diploma e um autocolante de bom comportamento se deixassem fazer as vacinas.

Durante a vacinação, a colega conseguiu administrar as vacinas sem que fosse preciso fazer contensão corporal. Ambas choraram mas deixaram ser vacinadas, e no fim pediram o diploma.

SENTIMENTOS

A comunicação com as crianças L. e C. inicialmente não foi fácil, porque ambas sentiam bastante medo e desconfiança. Senti mais facilidade na comunicação com a criança mais nova, a C., que através de um livro, consegui cativar a sua atenção e fazer com que me acompanhasse até à sala de vacinação. A mais velha, a L., mostrou-se mais desconfiada, pois já verbalizava à sua mãe que não queria ser vacinada.

Durante o processo de preparação para a vacinação, cada vez que a mãe verbalizada que as vacinas não doíam, as crianças ficavam mais agitadas e choravam com mais intensidade.

Desta situação emergiram alguns questionamentos da minha parte, nomeadamente: Que estratégias de comunicação existem na abordagem da criança entre os 4 aos 6 anos no momento da vacinação? E qual é a intervenção do enfermeiro EESIP?

AVALIAÇÃO

Um dos aspetos que saliento em primeiro lugar e que me causa dificuldade de compreensão, relacionou-se como o facto da colega sentir necessidade de dar prioridade ao registo informático e o registo no boletim de

vacinas. Senti necessidade de prestar cuidados dirigidos às crianças para poder proporcionar-lhes uma experiência menos negativa relacionadas com a vacinação, e assim promover a filosofia dos cuidados não traumáticos.

Numa fase inicial da situação, houve apreensão da criança mais velha para comunicar connosco e fazer com que aceitasse ser vacinada sem a contensão corporal. No entanto, através da demonstração com o palito, ambas as crianças demonstraram mais recetivas a serem vacinadas. Posteriormente, fiquei contente quando conseguimos administrar as vacinas às crianças no colo da mãe, sem contensão corporal. Ambas choraram mas perguntaram pelo diploma e rapidamente acalmaram-se e distraíram-se com os brinquedos.

ANÁLISE

Crianças com 5 anos já estão estruturalmente mais capacitadas para atividades psicológicas mais complexas, isto é, já é capaz de imaginar além do que vê (Belo et al., 2015). Nesta idade, a criança apresenta maior poder sobre as suas ações, permanecendo mais tempo a brincar em atividades que exigem atenção; surgem os medos; aprende a aceitar regras; gosta de ser chamada a participar e a ser valorizada por isso. (Belo et al., 2015)

Em crianças com a idade compreendida entre os 4 e os 6 anos ainda estão em fase de desenvolvimento, no entanto, é precisamente a partir dos 4 anos que há um aumento da sua eficiência (Belo et al., 2015). Por isso, crianças que desenvolvam memórias negativas e exageradas à dor e à ansiedade tendem a intensificar a experiência negativa da dor e stress nos procedimentos invasivos seguintes, comparativamente àquelas que recordam experiências boas (Chen, Craske, Katz, Schwartz, & Zeltzer, 2000).

No entanto, o recurso à contensão física durante o ato vacinal é, ainda hoje, uma prática incontestada e aceite pelos pais e profissionais (Belo et al., 2015)

Quando os procedimentos invasivos dolorosos são realizados sem uma preparação prévia, sobretudo quando a criança está na idade pré-escolar, que não tem estrutura cognitiva suficiente para compreender a experiência pela qual está a viver, podem surgir prejuízos significativos no seu desenvolvimento (Medeiros, Matsumoto, Ribeiro, & De Borba, 2009). Isto acontece, porque a criança desta faixa etária vive uma fase egocêntrica que dificulta a aceitação de

um procedimento doloroso como sendo um tratamento necessário, podendo interpretá-lo como um castigo ou punição (Medeiros, Matsumoto, Ribeiro, & De Borba, 2009).

Relacionado com os procedimentos invasivos dolorosos, vem o Medo, de acordo com Hamilton (1995) pelo menos 10% da população tem medo significativo de agulhas e que está relacionado com experiências negativas anteriores (Walco, 2008).

Segundo a classificação CIPE do Conselho Internacional de Enfermeiros (2015) medo é o “sentir-se ameaçado, em perigo ou perturbado devido a causas conhecidas ou desconhecidas, por vezes acompanhado de uma resposta fisiológica do tipo lutar ou fugir” (p. 65).

O ambiente das unidades de saúde é considerado pela criança um meio estranho, hostil e ameaçador porque para além de ser bastante diferente do ambiente do seu dia-a-dia, em crianças que têm medo dos procedimentos de saúde, relatam níveis mais elevados de ansiedade e de dor (Belo et al., 2015)

No entanto, existem estratégias como o recurso ao brincar terapêutico e a utilização de técnicas de distração, que visam a redução do impacto negativo que a experiência da vacinação pode trazer à criança (Belo et al., 2015).

Segundo Carvalho, Fonseca, Begnis & Amaral (2004) o brincar terapêutico consiste num conjunto de atividades lúdicas propositadamente desenvolvidas por profissionais com objetivo terapêutico, que visa o bem-estar, a individualidade, a idade, desenvolvimento de cada criança e que pretende ajudá-la a desenvolver mecanismos de *coping*. E por ter imensos benefícios para a criança, as instituições tem que disponibilizar espaços específicos com requisitos de aspetos lúdicos que os tornem socializantes e terapêuticos, com o objetivo de criar um ambiente propício a fortes ligações entre crianças, famílias e profissionais (Carvalho, Fonseca, Begnis, Amaral, 2004).

Quanto às Técnicas de distração, segundo Belo et al (2015) não consiste em desvalorizar, ignorar ou menosprezar os sentimentos e perceções da criança, mas sim, propor ou proporcionar-lhe uma situação “adequada ao seu nível de desenvolvimento e ao seu gosto, suficientemente atraente e envolvente para conseguir concentrar a sua atenção, de modo a que os estímulos dolorosos fiquem em segundo plano e sejam esquecidos ou menos percecionados” (p.5). Para que a atenção da criança fique concentrada no estímulo alternativo

provocado por esta técnica, esta deve ter início sempre antes de qualquer procedimento doloroso.

O anexo I da Orientação Técnica da Direção-geral de saúde nº 022/2012 de 18.12.2012 destaca a distração como forma de minimizar o impacto da dor “antes e durante o procedimento, desviar a atenção da criança através de atividades que envolvem a cognição (ver vídeo, imagens, contar histórias) ou o comportamento (cantar, soprar bolas de sabão), dependendo da idade e preferências da criança” (DGS, 2012, p.6) e na preparação “antes do procedimento, fornecer informação sobre o procedimento (o que vai passar-se) e sensorial (que sensações poderão ocorrer) a fim de ajudar a criança a criar uma expectativa realista” (DGS, 2012, p.6) na qual deve ser incluída a demonstração e manipulação de alguns materiais. Deve-se também oferecer um reforço positivo “antes do procedimento, combinar com a criança o comportamento esperado e a recompensa. Após o final do procedimento, utilizar o elogio verbal (“gostei que tivesses ficado muito quieto como te pedi”) ou pequenos prémios (ex: autocolantes, certificado), conforme combinado” (DGS, 2012, p.7).

Estas estratégias para o controlo da dor está diretamente relacionada com a prestação de cuidados não traumáticos, que se entendem como, “(...) o fornecimento de cuidados terapêuticos, por profissionais, através de intervenções que eliminem ou minimizem o desconforto psicológico e físico experimentado pela criança e seus familiares (...) no sistema de cuidados de saúde. (...)” (Winkelstein, 2016, p.11-12)

Assim, a prática de cuidados do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica (EEESIP), deve ir de encontro à filosofia dos cuidados não traumáticos que consiste em não casuar dano, e ainda, reger-se pelos três princípios que os caracteriza, “ (...) (1) prevenir ou minimizar a separação da criança e da sua família, (2) promover uma sensação de controlo, e (3) prevenir ou minimizar a lesão corporal e a dor (...)” (Winkelstein, 2016, p.11-12)

Apesar disto, também é necessário existir uma parceria entre os enfermeiros e os cuidadores de forma a ultrapassar mais facilmente as dificuldades e prestar melhores cuidados às crianças (McGrath, 2014). A filosofia dos Cuidados Centrados na família reconhece que a família é uma constante na vida da criança e que os sistemas de serviço e os profissionais de saúde devem

apoiar, respeitar, encorajar e potenciar a força e as competências da família nos cuidados à sua criança (Winkelstein, 2016).

CONCLUSÃO

A humanização nos cuidados de saúde proporciona maior assimilação e participação entre a criança, família e os profissionais de saúde, que se traduz numa política que visa a melhoria das condições de trabalho, para que os profissionais de saúde possam prestar cuidados de qualidade. Esta diretriz está diretamente relacionada com a filosofia de cuidados não traumáticos e cuidados centrados na família, de forma a minimizar o impacto na criança quanto ao uso de procedimentos invasivos dolorosos através da utilização de intervenções apropriadas, como o brincar terapêutico e as técnicas de distração, com a parceria dos cuidadores, de forma a minimizar o sofrimento ou desconforto físico e psicológico da criança e da família (Medeiros et al., 2009).

É importante incluir a família da criança nas brincadeiras, porque sendo a mediadora de confiança esta facilita o processo de confiança entre a criança e os enfermeiros, uma vez que a criança percebe que a sua família confia no profissional de saúde, tenderá a vê-lo como uma pessoa em quem pode confiar.

Kolcaba (1994) definiu o conforto como o imediato estado de ser reforçada através, tendo as necessidades humanas para o alívio, tranquilidade e transcendência abordados em quatro contextos de experiência (física, psicoespiritual, socioculturais e ambiental).

Segundo os princípios do conforto de Kolcaba & DiMarco (2005) aplicados à enfermagem pediátrica, quando desconfortos como o caos ambiental ou dor não pode ser impedido, as crianças/famílias podem ser ajudadas a experimentar a transcendência parcial ou completa através intervenções que transmitem conforto como esperança, sucesso, carinho, apoio pelo seu medo como o brincar terapêutico, assim como outro princípio que consiste na prevenção de desconfortos, incluindo aqueles relacionados aos stresses fisiológicos ou psicológicos, é mais fácil do que tratar desconfortos como é recomendado quando se inicia as técnicas de distração.

Uma vez que o brincar é essencial para o desenvolvimento da criança esta deve parte integrante dos cuidados de enfermagem, e adquirir assim um importante e determinante valor terapêutico é necessário ter em consideração: a

necessidade de adaptar o brincar à idade e desenvolvimento da criança, a necessidade de reconhecimento e valorização do brincar por parte dos enfermeiros e a necessidade de enquadrar o brincar no plano de cuidados de enfermagem.

PLANO DE AÇÃO

Através do brincar terapêutico, permitiu-me minimizar o desconforto destas crianças no entanto, não foi realizado o processo completo da utilização de técnicas de distração durante o procedimento de vacinação. Através da demonstração do “palito” no braço das crianças, permitiu que houvesse mais aceitação sobre a dor que iriam sentir. Não sendo negada a dor que iriam sentir, tranquilizando o seu sentimento quanto ao seu medo. No entanto, não foi benéfico a desvalorização da mãe quanto à dor que iam sentir. Poderia ter utilizado outras intervenções sensoriais e cognitivo-comportamentais para controlo da dor durante procedimentos, a massagem ou a modelagem/ensaio comportamental. A utilização do diploma e um autocolante de bom comportamento permitiu que ambas as crianças desviassem a sua atenção para a dor mas sim para a recompensa.

Estas medidas não farmacológicas para minimização da dor, faz parte das unidades de competências do EEESIP que “E2.2. Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas” (Regulamento n.º 422/2018, p. 19193) através da aplicação de “conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor” (Regulamento n.º 422/2018, p. 19193).

Assim como o EEESIP tem como áreas de “atuação particular a avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem, com orientação antecipatória às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil; a gestão do bem-estar da criança (...)” (Regulamento n.º 422/2018, p. 19192).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Belo, M. J., Freire, M. do C., Aguiar, C., Pereira, A., Lameiras, F., Alves, N., & Nunes, S. (2015). “Oh Mãe ... Pica Não”, 1–26. Acedido a 20/10/2019. Disponível em:
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/projectos/Documents/Projetos_Melhoria_Qualidade_Cuidados_Enfermagem/USFArtemisaParede_OhMaePicaNao.pdf
- Carvalho, A. M., Fonseca, D. G., Begnis, J. G., Amaral, A. M. (2004). Ludicidade e Saúde – Projeto de Integração Multiprofissional. Acedido em 20 Outubro 2019. Disponível em:
<https://www.ufmg.br/proex/arquivos/7Encontro/Saude113.pdf>
- Chen, E., Craske, M., Katz, E., Schwartz, E., & Zeltzer, L. (2000). Pain-Sensitive Temperament: Does It Predict Procedural Distress and Response to Psychological Treatment Among Children With Cancer? *Journal of Pediatric Psychology*, 25(4), 269–278. **Doi:** <https://doi.org/10.1093/jpepsy/25.4.269>
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2015). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem* (Edição Portuguesa).
- DGS. (2012). Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimento invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos). *Direção-Geral da Saúde*, 1–11. Acedido em 20/10/2019. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0222012-de-18122012-png.aspx>
- Kolcaba, K. (1994). A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 19(6), 1178–1184. **Doi:** <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1994.tb01202.x>

- Kolcaba, K., & DiMarco, M. A. (2005). Comfort Theory and its application to pediatric nursing. *Pediatric nursing*, 31(3), 187–194. **Doi:** <https://doi.org/10.1109/JIOT.2015.2419740>
- McGrath, J. (2014). Family: Essencial Partner in Care. In Kenner, C.; Lott, J. (Coords). *Comprehensive Neonatal Nursing Care*. (5º ed., p.739-765). New York: Springer Publishing Company.
- Medeiros, G., Matsumoto, S., Ribeiro, C. A., & De Borba, R. I. H. (2009). Brinquedo terapêutico no preparo da criança para punção venosa em pronto socorro. *ACTA Paulista de Enfermagem*, 22(SPEC. ISSUE), 909–915. **Doi:** <https://doi.org/10.1590/s0103-21002009000700013>
- Regulamento n.º 422/2018 (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 2ª Série (Nº 133 de 12-07-2018), 19192–19194. **ELI:** <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8733/infantil.pdf>
- Walco, G. A. (2008). Needle Pain in Children: Contextual Factors. *Pediatrics*, 122(SUPPL. 3). **Doi:** <https://doi.org/10.1542/peds.2008-1055d>
- Winkelstein, M. (2016). Perspectivas da Enfermagem Pediátrica. In Hockenberry & Wilson (Coords.), *Wong - Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. (pp. 10-11). Rio de Janeiro: Lusodidacta.

Apêndice 6 - Higiene do sono no 1º ano de vida - Plano da sessão de educação
para a saúde

10º Mestrado em Enfermagem:

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

2ª Ano – 1º Semestre

Unidade Curricular – Estágio com Relatório

Higiene do sono no 1º ano de vida

Plano da sessão de educação para a saúde

Nádia José dos Anjos nº 8832

Docente Orientador:

Profª Doutora Maria Teresa Magão

Outubro 2019

Almada

ABREVIATURAS E SIGLAS

EEESIP – Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

REM – *Rapid Eyes movement*

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

ÍNDICE

	Pág.
1. INTRODUÇÃO	5
2. FUNDAMENTAÇÃO	7
3. PLANEAMENTO	11
4. AVALIAÇÃO	13
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	15

APÊNDICES

Apêndice 1 - Dormir bem dá saúde e faz crescer - Poster

Apêndice 2 - Higiene do sono no 1º ano de vida - Sessão de educação para a Saúde

Apêndice 3 – Avaliação da qualidade da formação

1. Introdução

A realização desta formação surge no âmbito da unidade curricular de Estágio com Relatório, do 10º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediatria. A sua principal finalidade consiste em contribuir para a promoção da Salvaguarda do sono na criança.

Tendo em conta que a temática da salvaguarda do sono sempre foi um dos objetivos transversais aos diversos contextos de estágio, surgiu como necessidade dos profissionais de saúde, para aprofundar conhecimentos sobre a higiene do sono durante o 1º ano de vida e a sua importância no desenvolvimento da criança.

A evidência de que os maus hábitos de sono mantêm-se por muitos anos na qual existe necessidade de intervenção no sentido do ensino, nas consultas de vigilância infantil, de rotinas eficazes e da sua inclusão em guias antecipatórios capazes de prevenir as dificuldades em adormecer e os despertares noturnos frequentes (Maia & Pinto, 2008).

O processo de diagnóstico da pertinência desta temática para o serviço teve duas etapas fulcrais. Numa primeira fase foi realizada uma auscultação sobre a pertinência deste tema no âmbito das consultas de saúde infantil junto do enfermeiro orientador da UCSP. Neste sentido, foi identificada a necessidade relativamente aos hábitos de sono no 1º ano de vida, na qual era um tema, bastante abordado pelos pais, que se enquadrava dentro de um dos objetivos previstos para este estágio. Numa segunda fase foi elaborada uma um poster informativo sobre esta temática, intitulada “Dormir bem dá saúde e faz crescer” (Apêndice 1) e uma sessão de formação aos profissionais de saúde da UCSP, sobre “Higiene do Sono no 1º Ano de vida” (Apêndice 2) abordando sobre a importância do sono, duração do sono recomendada, consequências da privação do sono e as recomendações para a higiene do sono.

Será dividida em 4 momentos, iniciando-se com uma breve apresentação e introdução à temática, seguida da apresentação do poster e

por fim de uma conclusão que visará promover a interacção e sintetizar os aspetos mais relevantes.

2. Fundamentação

O sono é uma necessidade biológica e vital, essencial ao crescimento, desenvolvimento e saúde da criança (Maia & Pinto, 2008).

Segundo a Sociedade Portuguesa de Pediatria (2017), em Portugal, um grande parte das crianças não consegue completar o tempo de sono recomendado para a sua idade. A privação do sono por não completar as horas de sono diárias é uma problemática frequente na prática clínica pediátrica e motivo de preocupação para os profissionais de saúde assim como para as respetivas famílias (Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2017).

O sono ocupa um terço da nossa existência, não se limitando apenas a uma simples ausência de vigília (Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2017). Este serve para reorganizar todas as nossas funções e garantir a nossa recuperação física e psíquica (Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2017).

Na criança, especialmente nos recém-nascidos e crianças no primeiro ano de vida, segundo a American Thoracic Society (2018) o sono é importante para o corpo crescer, desenvolver e restaurar, principalmente porque é durante este período que existe maior desenvolvimento em curto espaço de tempo. Durante o primeiro ano de vida a criança dorme mais frequentemente e tem padrões de sono diferentes em comparação com crianças mais velhas, adolescentes e adultos (American Thoracic Society, 2018). É durante esta fase que a criança dorme durante mais tempo em sono REM, que é pensado para nutrir o desenvolvimento, o conhecimento e o comportamento do cérebro (American Thoracic Society, 2018).

A capacidade de concentração, aprendizagem, o controlo das emoções e a impulsividade são também influenciados pela qualidade e quantidade do sono (Associação Portuguesa do Sono, 2019). O Sono permite a renovação celular, produção de hormonas e anticorpos assim como síntese de proteínas e regulação metabólica. Nas crianças o sono contribui de forma importante para o seu crescimento corporal (Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2017).

A duração, continuidade e profundidade do sono são características que influenciam fortemente a sua qualidade (Associação Portuguesa do Sono, 2019). O tempo de sono diário, que engloba o sono da noite e o das sestas, vai

diminuindo ao longo da idade, embora possa haver variabilidade dentro do mesmo grupo etário (Associação Portuguesa do Sono, 2019).

O recém-nascido dorme em média 17 horas e é a fome que o desperta (Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2017). Gradualmente, após o 1º mês de vida, o sono vai-se consolidando em torno do período noturno. Por volta dos 6 meses o lactente faz 2 a 3 sestas durante o dia. A partir de 1 ano de idade, a duração do sono diminui em média para 14 a 11 horas e a criança faz três períodos de sono, um de noite e dois de dia: de manhã e à tarde (Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2017).

Segundo a Associação Portuguesa do Sono (2019) existe consequências da redução do tempo de sono ou privação de sono na criança, que apesar de serem subtis e dificilmente relacionadas com a causa, esta pode ter implicações importantes para o desenvolvimento da criança. Consequências como diminuição da capacidade de atenção, na memória e aprendizagem, comportamento hiperativo e/ou agressivo, irritabilidade, humor variável, sonolência e obesidade (Associação Portuguesa do Sono, 2019).

O sono saudável exige duração/tempo adequado, boa qualidade, regularidade e ausência de distúrbios ou perturbação do sono (Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2017).

Assim, para atingir a higiene do sono é necessário condições adequadas para o estabelecimento e manutenção a um sono saudável e efetivo (Nunes, 2002). Este processo deve iniciar nos primeiros meses de vida, sob orientação de um profissional de saúde, que, na maioria das vezes, previne o desenvolvimento de distúrbios do sono (Nunes, 2002).

Neste contexto, o EEESIP tem uma responsabilidade acrescida na promoção e maximização da saúde e bem-estar da criança e do jovem, na qual “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” e “presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem” na qual “E3.1. Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil” (Regulamento n.º 422/2018).

A filosofia dos Cuidados Centrados na família reconhece que a família é uma constante na vida da criança e que os sistemas de serviço e os

profissionais de saúde devem apoiar, respeitar, encorajar e potenciar a força e as competências da família nos cuidados à sua criança (Winkelstein, 2008).

É da responsabilidade das famílias cumprir as regras essenciais para a higiene do sono, por: 1) promover um horário regular de deitar a criança todos os dias mantendo essa regularidade aos fins-de-semana, com uma diferença máxima de 30 minutos; 2) ter uma rotina de deitar estabelecida com um ritual que precede a ida para a cama sempre idêntico (vestir o pijama-lavar os dentes-contar história, a título de exemplo); 3) deitar a criança ainda acordada permitindo o uso de objeto de transição como uma fralda, chucha ou boneco; 4) evitar adormecer em local que não a própria cama; 5) evitar atividade estimulante antes de adormecer como exercício físico e 6) não permitir a utilização de ecrãs (televisão, telemóvel, *tablet* ou consola de jogos) antes de adormecer (Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2017).

3. Planeamento

Tema: Higiene do Sono no 1ª ano de vida

Destinatários/População Alvo: Equipa de enfermagem da UCSP

Data: 15 de Outubro de 2019

Horário da sessão: 13:30

Duração: 30 minutos

Local: UCSP

Formadora: Nádía José dos Anjos, estudante do 10º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediatria, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Objetivo Geral:

- Sensibilizar os profissionais de saúde sobre a importância do estabelecimento da higiene de sono durante o 1º ano de vida da criança.

Objetivos Específicos:

- Identificar a importância do sono na criança até ao 1º ano de vida;
- Identificar as horas de sono recomendadas para crianças até 1 ano de vida;
- Identificar as consequências da privação de sono na criança;
- Identificar as recomendações para a higiene de sono na criança.

Conteúdos	Métodos pedagógicos	Técnicas pedagógicas	Materiais/Recursos	Tempo (minutos)
Introdução Apresentação do tema e dos objetivos.	Expositivo	Exposição	Poster <i>Power Point</i>	5
Desenvolvimento Apresentação e discussão do Poster - Dormir bem dá saúde e faz crescer - com suporte de apresentação em <i>Power Point</i>.	Expositivo Ativo Interrogativo	Exposição	Poster <i>Power Point</i>	15
Conclusão - Partilha de sentimentos, opiniões e comentários. - Síntese dos principais aspetos e encerramento da sessão.	Expositivo	Exposição Discussão	Poster <i>Power Point</i>	10

4. Avaliação

Foi realizada a avaliação da sessão através da utilização de questionários com escala de posicionamento de 1 a 5 (correspondente à pontuação mais elevada). Desenvolvi uma grelha de avaliação da qualidade da formação para avaliação das formações em serviço, que se apresenta em seguida (Apêndice 3).

Após cada ação de formação, procedeu-se à avaliação das mesmas por parte dos pares, a fim de se conseguir compreender se os objetivos inicialmente propostos tinham sido atingidos.

A avaliação da sessão foi extremamente positiva, tendo todos os participantes (12) avaliado a mesma no item 5 (pontuação mais elevada), nos pontos 1 (Programa da Ação), ponto 3 (Atuação dos Formadores). No ponto 2, referente à avaliação das boas condições da sala de formação (Funcionamento da Ação), que foi classificado no item 4 por 3 enfermeiros.

A avaliação da formação decorreu no final da sessão, após a exposição do conteúdo e reflexão sobre a prática de cuidados na UCSP.

A equipa multidisciplinar avaliou este momento de formação como muito positivo no que concerne à oportunidade de rever a intervenção do enfermeiro para a promoção da higiene do sono no 1º ano de vida da criança. Refere também, que é uma das questões mais frequentes dos pais durante as consultas de desenvolvimento de enfermagem, contudo, por vezes, se não é questionada pelos pais, é uma temática que é esquecida de abordar pela equipa.

A equipa também referiu não ter conhecimentos específicos sobre o sono na criança e que esta formação contribuiu para o esclarecimento das suas dúvidas e aprofundamento da temática.

Após a apresentação da sessão, foi exposto o poster informativo para a população, “Dormir bem dá saúde e faz crescer”, na qual a equipa demonstrou estar bastante satisfeita com o resultado, afirmando que vai ser um suporte facilitador para a promoção do sono na criança.

Este foi um momento potenciador do meu desenvolvimento enquanto pessoa e profissional por ter percecionado que a temática foi de encontro às necessidades sentidas pelo serviço e contribuiu para a intencionalidade de mudança e de repensar as práticas, com vista ao desenvolvimento de ferramentas que possam sustentar e assegurar a melhoria dos cuidados à criança.

5. Referências Bibliográficas

American Thoracic Society. (2018). Sleep in infants. *Sleep Medicine*, 198, 15–16.

Disponível em <https://www.thoracic.org/patients/patient-resources/resources/sleep-in-infants.pdf>

Associação Portuguesa do Sono. (2019). Higiene do Sono da Criança e Adolescente. Disponível em

http://criancaefamilia.spp.pt/media/124389/HIGIENE_SONO_CRIANCA_ADOLESCENTE.pdf

Maia, I. S. D. C. O., & Pinto, F. (2008). Hábitos de sono. *Nascer e Crescer*, 17(1), 9–12.

Regulamento n.º 422/2018. (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Ordem do Enfermeiros. Diário da República, 2ª Série (Nº 133 de 12-07-2018), 19192–19194. ELI: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8733/infantil.pdf>

Sociedade Portuguesa de Pediatria. (2017). Recomendações Sociedade Portuguesa de Pediatria e Secção Pediatria Social: prática da sesta da criança nas creches e infantários, públicos ou privados. Em *Sociedade Portuguesa de Pediatria* (pp. 1–8). Disponível em http://www.spp.pt/UserFiles/file/Noticias_2017/VERSAO_PROFISSIONAIS_DE_SAUDE_RECOMENDACOES_SPS-SPP_SESTA_NA_CRIANCA.pdf

Winkelstein, M. (2008). Perspectivas da Enfermagem Pediátrica. In M. Hockenberry, Wong - Fundamentos de Enfermagem Pediátrica. (pp. 10-11). Rio de Janeiro: Lusodidacta.

O sono é uma necessidade biológica e vital, essencial ao crescimento, desenvolvimento e saúde da criança (Maia & Pinto, 2008).

Em Portugal, a maior parte das crianças não consegue completar o tempo de sono recomendado para a sua idade (Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2017).



QUANTAS HORAS O MEU BEBÉ DEVE DORMIR



Recém-nascido a 1 mês
16 a 20 horas

Dormir por períodos de 1 a 4 horas seguidos de 1 a 2 horas acordadas.
A quantidade de sono diurno é igual ao sono noturno.



1 a 4 meses
15 a 17 horas

Dormir por períodos de 3 a 4 horas.
O conhecimento do dia e da noite começa entre 6 semanas a 3 meses



4 a 12 meses
12 a 16 horas

(incluindo sesta diurnas: normalmente de 30 minutos a 3 horas)

American Thoracic Society (2018)

COMO DEVO ENSINAR O MEU BEBÉ A DORMIR



Ambiente do sono

Escurecido;
Silencioso;
Temperatura adequada (evitar excesso de aquecimento)

(Associação Portuguesa do sono, 2019).
(Nunes, 2002).



Horários de dormir

Consistentes e Regulares
(Sempre a mesma hora para deitar e para acordar)



Rotina de Atividades

Consistente e previsível
(banho, jantar, escovar dentes, colocar pijamas, música calma ou histórias suaves)



Método de Deitar

- O bebé deve estar sonolento, para aprender a adormecer;
- Pode utilizar-se algum brinquedo, boneca, fralda predileta, chupeta, etc.
- Os contatos ao meio da noite devem ser breves e monótonos, mantendo o bebé no berço



Evitar

- Atividades físicas muito intensas ou que agitem a criança antes de dormir;
- Programas de TV, tablet, telemóveis.



ESEL
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

10º Mestrado em Enfermagem:
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e
Pediatria
2º Ano – 1º Semestre
Unidade Curricular – Estágio com Relatório

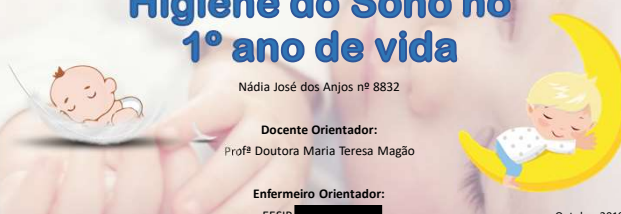
Higiene do Sono no 1º ano de vida

Nádia José dos Anjos nº 8832

Docente Orientador:
Profª Doutora Maria Teresa Magão

Enfermeiro Orientador:
EESIP [Redacted]

Outubro 2019,
Almada



Sumário

- Introdução;
- Objetivos;
- Higiene do Sono;
- Importância do Sono;
- Ciclo Circadiano;
- Ciclo do Sono;
- Características do Sono até 1º ano de vida;
- Consequências da privação do sono;
- Duração do Sono;
- Recomendações para a higiene do sono.



Introdução

- O sono é uma necessidade biológica e vital, essencial ao crescimento, desenvolvimento e saúde da criança (Maia & Pinto, 2008).
- Segundo a Sociedade Portuguesa de Pediatria (2017) em Portugal, um grande parte das crianças não consegue completar o tempo de sono recomendado para a sua idade.
- A privação do sono por não completar as horas de sono diárias é uma problemática frequente na prática clínica pediátrica e motivo de preocupação para os profissionais de saúde assim como para as respectivas famílias (Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2017).



Objetivos

Objetivo Geral:

- Sensibilizar os profissionais de saúde sobre a importância do estabelecimento da higiene de sono durante o 1º ano de vida da criança.

Objetivos Específicos:

- Identificar a importância do sono na criança até ao 1º ano de vida;
- Identificar as horas de sono recomendadas para crianças até 1 ano de vida;
- Identificar as consequências da privação de sono na criança;
- Identificar as recomendações para a higiene de sono na criança.



Higiene do Sono

- A higiene do sono refere-se ao estabelecimento e manutenção de condições adequadas a um sono saudável e efetivo (Nunes, 2002).
- Este processo deve iniciar nos primeiros meses de vida, sob orientação de um profissional de saúde, que, na maioria das vezes, previne o desenvolvimento de distúrbios do sono (Nunes, 2002).



Importância do Sono

O sono tem uma função protetora sobre todos os seres vivos, permitindo a reparação e a recuperação dos tecidos após atividade (Coughlin, 2017).



(Coughlin, 2017)



Referências Bibliográficas

- American Thoracic Society. (2018). Sleep in infants. *Sleep Medicine*, 198, 15–16. Disponível em: <https://www.thoracic.org/patients/patient-resources/resources/sleep-in-infants.pdf>
- Associação Portuguesa do Sono. (2019). Higiene do Sono da Criança e Adolescente. Disponível em: http://criancaefamilia.spp.pt/media/124389/HIGIENE_SONO_CRIANCA_ADOLESCENTE.pdf
- Coughlin, M. (2017). *Trauma-Informed Care in the NICU*. New York: Springer Publishing Company.
- Maia, I., & Pinto, F. (2008). Hábitos de sono. *Nascer e Crescer*, 17(1), 9–12.
- Nunes, M. L. (2002). Distúrbios do sono; The sleep disorders. *Journal de Pediatria/Sociedade Brasileira de Pediatria*, 78, 63–72. Obtido de <http://www.scielo.br/j/ped/abstract/abstract?script=abstract&src=google&base=LILACS&lang=pt&nextAction=link&exprSearch=189210&indexSearch=D>
- Sociedade Portuguesa de Pediatria. (2017). *Recomendações Sociedade Portuguesa de Pediatria e Secção Pediatria Social: prática da sesta da criança nas creches e infantários, públicos ou privados*. Em Sociedade Portuguesa de Pediatria (pp. 1–8). Disponível em: http://www.spp.pt/UserFiles/Noticia_2017/VERGAD_PROFSSIONAIS_DE_SAUDE_RECOMENDACOES_SPP_SPP_SESTA_NA_CRIANCA.pdf
- Tenenbaum, E., Rossini, S., Estivill, E., Segarra, F., & Reimão, R. (2010). Causas de insónia nos primeiros anos de vida e repercussão nas mães: atualização. *Revista Paulista de Pediatria*, 28(2), 221–226. Disponível em: http://www.scielo.br/rjpedi/pdf/scipsci_art101&pid=50102-02&2010000200015

Obrigado!

Avaliação da Qualidade da Formação

Ação de Formação: Higiene do Sono no 1º ano de vida

Formador: Nádia José dos Anjos

Nº de Horas: 30 minutos

Programa da Ação

Objetivos da Ação

Conteúdos da Ação

Utilidade dos conteúdos dos Módulos

Grau de Satisfação

Correspondência com expectativas

Escala: Min 1 – Max.
5

	1	2	3	4	5	
Confusos						Muito Claros
Inadequados						Totalmente adequados
Inaplicáveis						Totalmente aplicáveis
Insatisfeito						Totalmente satisfeito
Nada						Totalmente

Funcionamento da Ação

Motivação e participação

Relacionamento entre os Participantes

Instalações e equipamentos

Documentação ao dispor

Apoio técnico-administrativo

Escala: Min 1 – Max.
5

	1	2	3	4	5	
Ausente						Plena
Negativo						Muito positivo
Deficientes						Totalmente adequados
Inadequada						Totalmente adequada
Inexistente						Muito eficaz

Atuação dos Formadores

Domínio do assunto

Relação com os Participantes

Linguagem utilizada

Métodos em relação aos objetivos

Escala: Min 1 – Max.
5

	1	2	3	4	5	
Nada						Totalmente
Negativa						Muito positiva
Inadequada						Totalmente adequada
Inexistentes						Muito eficazes

Sugestões / Críticas

Data: ____/____/2020

O Formando

10º Mestrado em Enfermagem:

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

2ª Ano – 1º Semestre

Unidade Curricular – Estágio com Relatório

**O Sono no Recém-Nascido Pré-termo até ao 1º ano
de vida
Dossier temático**

Nádia José dos Anjos nº 8832

Docente Orientador:

Professora Doutora Maria Teresa Magão

Novembro 2019

Almada

ABREVIATURAS E SIGLAS

BISQ – *Brief Infant Sleep Questionnaire*

EEG – Eletroencefalograma

OMS – Organização Mundial de Saúde

REM – *Rapid Eyes Movement*

RNPT – Recém-Nascido Pré-termo

RN – Recém-Nascido

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	5
DOSSIER TEMÁTICO.....	7
• Documento 1 - <i>Neuroprotective Core Measure 4: Safeguarding Sleep - Its Value in Neuroprotection of the Newborn</i>	9
• Documento 2 – <i>Neonatal Neuroprotection – Bringing Best Practice to the Bedside in the NICU</i>	10
• Documento 3 - <i>Sleep in Infants</i>	11
• Documento 4 - Questionário BISQ para Avaliação do Sono na Primeira Infância: tradução linguística para português brasileiro.....	12
• Documento 5 - <i>Sleep Disturbances in Newborns</i>	13
• Documento 6 – <i>Music in Premature infants enhances high-level cognitive brain networks</i>	14
• Documento 7 – <i>Gestational age at birth and sleep duration in early childhood in three population-based cohorts</i>	15
CONCLUSÃO.....	17
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	19

INTRODUÇÃO

Segundo a OMS (2018) os RNPT são todos RN nascidos antes de 37 semanas de gestação, sendo distinguidos dos RN de termo pela sua imaturidade comportamental, de atenção, autorregulação e dos sistemas fisiológico e motor, sendo mais suscetíveis aos estímulos do meio ambiente (Gaíva, Marquesi, & Rosa, 2011).

Atualmente, pode considerar-se viável um RN a partir das 23 semanas, no entanto, o internamento prolongado na UCIN pode implicar grandes transtornos para os RNPT, resultando em consequências a curto e a longo prazo (Altimier & Phillips, 2016), que podem prejudicar o seu neurodesenvolvimento (Kleberg, Hellström-Westas, & Widström, 2007), apresentando maior risco para problemas cognitivos, socio-emocionais, de saúde mental, do comportamento, fala-linguagem e dificuldades escolares (Altimier & Phillips, 2016).

No sentido de reduzir o impacto negativo do ambiente nas UCIN, promover o desenvolvimento adequado e prevenir a incapacidade desta população alvo, houve a necessidade de criar estratégias destinadas a apoiar o cérebro em desenvolvimento, nomeadamente os cuidados neuroprotetores (Lockridge, 2015) que, para além dos benefícios para a saúde também foram documentados, menor duração de internamento e menores custos hospitalares (Altimier & Phillips, 2016).

O sono tem uma função protetora sobre todos os seres vivos, permitindo a reparação e a recuperação dos tecidos após atividade. Para além disso, o sono é essencial para atingir a homeostase, para o desenvolvimento dos sistemas neurosensorial e motor, aprendizagem, memória, função imunológica, crescimento assim como para a plasticidade cerebral (Coughlin, 2017). Estudos demonstram que tanto a manipulação excessiva como a privação do sono em RNPT podem prejudicar o desenvolvimento neuromotor, induzir a hiperexcitabilidade, desencadear ou exacerbar doenças psiquiátricas e provocar sonolência diurna excessiva (Takahashi Maki et al., 2017).

Na criança, especialmente nos RN e crianças no primeiro ano de vida, segundo a American Thoracic Society (2018) o sono é importante para o corpo crescer, desenvolver e restaurar, principalmente porque é durante este período que existe maior desenvolvimento em curto espaço de tempo. Durante o primeiro ano de vida a criança dorme mais frequentemente e tem padrões de sono diferentes em comparação com crianças mais velhas, adolescentes e adultos (American Thoracic

Society, 2018). É durante esta fase que a criança dorme durante mais tempo em sono REM, que é pensado para nutrir o desenvolvimento, o conhecimento e o comportamento do cérebro (American Thoracic Society, 2018).

A capacidade de concentração, aprendizagem, o controlo das emoções e a impulsividade são também influenciados pela qualidade e quantidade do sono (Associação Portuguesa do Sono, 2019). O Sono permite a renovação celular, produção de hormonas e anticorpos assim como síntese de proteínas e regulação metabólica. Nas crianças o sono contribui de forma importante para o seu crescimento corporal (Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2017).

A duração, continuidade e profundidade do sono são características que influenciam fortemente a sua qualidade (Associação Portuguesa do Sono, 2019). O tempo de sono diário, que engloba o sono da noite e o das sestas, vai diminuindo ao longo da idade, embora possa haver variabilidade dentro do mesmo grupo etário (Associação Portuguesa do Sono, 2019).

Assim, para atingir a higiene do sono é necessário condições adequadas para o estabelecimento e manutenção a um sono saudável e efetivo (Nunes, 2002). Este processo deve iniciar nos primeiros meses de vida, sob orientação de um profissional de saúde, que, na maioria das vezes, previne o desenvolvimento de distúrbios do sono (Nunes, 2002).

O presente trabalho surge no âmbito do 10º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, inserido na unidade curricular de estágio com relatório. A sua elaboração pretende promover a reflexão dos enfermeiros sobre a importância da implementação de modelos de cuidados baseados numa filosofia de Cuidados Centrados na Família que tenha como principal enfoque a vivência e as necessidades da proteção e promoção do sono desde o RNPT até ao 1º ano de vida. O dossier temático é constituído por uma breve introdução que visa justificar a pertinência da temática, seguida da apresentação de um conjunto de artigos científicos relevantes relacionados com a importância do sono no RNPT e na criança até 1º ano de vida. Cada artigo será precedido de um resumo e de uma opinião sobre a sua pertinência para o objetivo deste dossier temático.

Dossier Temático

Documento 1 - Neuroprotective Core Measure 4: Safeguarding Sleep — Its Value in Neuroprotection of the Newborn

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. **Doi:** <https://doi.org/10.1053/j.nainr.2015.06.012>

Resumo

O sono é fundamental para a manutenção da saúde cerebral em qualquer idade, mas especialmente nos RNPT. Proteger o sono é um desafio a realizar na UCIN, uma vez que nos recém-nascidos é difícil de identificar o estadio do sono e que muitas dos estímulos que provocam a interrupção do sono na UCIN não são totalmente evitáveis.

Nas outras idades o sono geralmente ocorre como parte de um ritmo circadiano, mas os RNPT não apresentam ritmo circadiano e o ambiente da UCIN não é propício para o seu desenvolvimento. São descritas estratégias estruturais e operacionais para proteger o sono e efeitos benéficos no neurodesenvolvimento.

O aumento da interação dos pais com o bebé pode ser a melhor maneira de reduzir estímulos nocivos e fornecer estímulos nutritivos, enquanto apoia o sono.

Este artigo é importante para reflexão sobre os cuidados neuroprotetores nomeadamente na salvaguarda do sono no RNPT. Para além de explicar os benefícios para o neurodesenvolvimento, explica a diferença do sono nos prematuros, os desafios do sono numa UCIN, o ritmo circadiano e as estratégias para a salvaguarda do sono redirecionada para os benefícios dos cuidados neuroprotectores.

Documento 2 – Neonatal Neuroprotection – Bringing Best Practice to the Bedside in the NICU

Lockridge, T. (2018). Neonatal Neuroprotection - Bringing Best Practice to the Bedside in the NICU. *MCN, The American Journal of Maternal/Child Nursing*, (April), 1. **Doi:** <https://doi.org/10.1097/nmc.0000000000000411>

Resumo

O nascimento prematuro interrompe o processo essencial para a maturação fetal, forçando o crescimento neurológico na UCIN. A preocupação do impacto do ambiente da UCIN para o neurodesenvolvimento levou a um projeto de melhoria da qualidade (QI) baseado nas unidades para promover os melhores resultados.

O **objetivo** foi implementar um padrão de atendimento para neuroproteção neonatal em um grande centro terciário urbano.

A Comissão multidisciplinar pesquisou e desenvolveu as Diretrizes de Boas Práticas Neuroprotetoras Neonatais para identificar intervenções adequadas, bem como fornecer provas fisiológicas para reforçar a importância dessas práticas.

Uma iniciativa educacional acompanhou a realização deste documento para apoiar a consistência na prática clínica e enfatizar o papel crítico que todo cuidador desempenhou no resultado de uma criança. O efeito total destas intervenções provavelmente não será evidente até que os RNPT atingirem a infância e a adolescência.

Quando combinados com cuidados médicos e de enfermagem baseados em evidências, os cuidados neuroprotetores representam os melhores meios de facilitar o desenvolvimento normal e minimizar a incapacidade dos RNPT.

Este artigo consiste em apresentar intervenções baseadas nos cuidados neuroprotectores na UCIN. Apesar de ser bastante direcionado para os cuidados na UCIN, é importante perceber as intervenções que promovem o neurodesenvolvimento para que possam ser incentivadas nas consultas de neonatologia numa base de cuidados centrados na família.

Documento 3 - *Sleep in Infants*

American Thoracic Society. (2018). Sleep in infants. *Sleep Medicine*, 198, 15–16.

Acedido em 08/11/2019. Disponível em:

<https://www.thoracic.org/patients/patient-resources/resources/sleep-in-infants.pdf>

Resumo

O sono é importante para o crescimento, desenvolvimento e crescimento da criança. Sendo essencial para as crianças durante o seu primeiro ano de vida em que existe um desenvolvimento mais rápido.

Este artigo consiste num artigo de educação para a saúde sobre o sono em lactentes até aos 24 meses de idade realizado pela *American Thoracic Society*.

Faz uma contextualização sobre o sono do lactente, falando sobre as recomendações relativas as horas de sono, a rotina do sono, sono seguro, como atingir a higiene de sono e quais os sinais de alerta sobre os distúrbios do sono.

Este artigo é bastante completo sobre as recomendações atuais para a higiene do sono e sono seguro em crianças até aos 12 meses, sendo benéfico na realização de educação para a saúde nas consultas de neonatologia.

Documento 4 - Questionário BISQ para Avaliação do Sono na Primeira Infância: tradução linguística para português brasileiro

Nunes, M. L., Kampff, J. de la P. R., & Sadeh, A. (2012). BISQ questionnaire for Infant Sleep Assessment: Translation into Brazilian Portuguese. *Sleep Science*, 5(3), 89–91. Acedido em 09/11/2019. Disponível em: <http://sleepscience.org.br/export-pdf/50/v5n3a05.pdf>

Resumo

Este estudo teve como objetivo realizar a tradução para português do “*Brief Infant Sleep Questionnaire (BISQ)*”, instrumento para triagem de distúrbios do sono em lactentes e primeira infância (0-3 anos). Após obtenção da autorização do autor (Avi Sadeh), dois tradutores profissionais realizaram a tradução para português e outros dois fizeram a retro tradução. A melhor versão do questionário foi decidida por consenso. A tradução do BISQ para português vai possibilitar uma triagem efetiva e identificar mais precocemente crianças com distúrbios do sono.

Metodologia: O BISQ foi formulado por Sadeh em 2004, com o objetivo de criar uma ferramenta apropriada e breve para a triagem dos distúrbios do sono em latentes e crianças (0-3 anos) através do testemunho dos pais. O BISQ foi formulado a partir de uma revisão da literatura sobre o sono infantil que apresentavam variáveis significativas em estudos clínicos que utilizaram medidas subjetivas e objetivas sobre o sono. O tempo da realização do questionário deve ser entre os 5 a 10 minutos e as questões são relativas ao sono da criança na última semana.

Discussão: A confiabilidade, validade e aplicabilidade clínica do BISQ como ferramenta de rastreio rápido de problemas do sono em lactentes e crianças ate aos 3 anos para fins clínicos e de pesquisa foram avaliadas através de dois estudos anteriores realizados por Sadeh. Considerando que o sono tem influência no desenvolvimento das crianças, este questionário permite detetar precocemente distúrbios do sono e planejar intervenções que sejam promotoras para a higiene do sono.

Este estudo apresenta uma ferramenta de avaliação do sono a partir do testemunho dos pais. Este questionário permite realizar uma triagem sobre a qualidade do sono do latente e da criança e assim detetar possíveis distúrbios do sono, para que seja possível realizar intervenções de proteção e promoção do sono.

Documento 5 - Sleep Disturbances in Newborns

White, R. D., Barbeau, D. Y., Weiss, M. D., Nunes, M. L., Kampff, J. de la P. R., Sadeh, A., ... American Thoracic Society. (2017). Sleep Disturbances in Newborns. *Children*, 4(3), 90. **Doi:** <https://doi.org/10.3390/children4100090>

Resumo

O **objetivo** desta revisão consiste em introduzir a compreensão do sono no feto, do RNPT e de termo. O sono tem inúmeras funções importantes, particularmente na consolidação de novas informações. Como o ciclo do sono vai mudando ao longo do tempo, inicialmente os recém-nascidos passam mais tempo no sono ativo, depois, progressivamente vão encurtando o sono ativo e aumentando o tempo de sono tranquilo. Além disso, o ciclo do sono é frequentemente interrompido, através do estado da doença e do ambiente. A amplitude integrada EEG pode ser uma ferramenta útil na avaliação do sono e nos distúrbios do sono em RNPT. Finalmente, há fatores de proteção para o sono infantil que ainda estão a ser estudados.

Conclusão: Esta revisão descreveu o desenvolvimento do sono do feto para o recém-nascido de termo. Atualmente, a partir de inúmeros estudos, existe maior compreensão dos impactos no Sono no RNPT devido a um internamento longo na UCIN. A questão primordial é se os distúrbios do sono são meramente um biomarcador para resultados de longo prazo, ou um ponto em que as intervenções podem ser realizadas para melhorar os resultados. Infelizmente, os clínicos ainda não sabem quais intervenções seriam de maior benefício.

Esta revisão sistemática da literatura fornece um importante contributo para a compreensão do sono no feto, do RNPT e termo. Para além disso, fornece informação relativa às alterações no sono na UCIN e quais as intervenções recomendadas para a proteção do sono.

Documento 6 – *Music in Premature infants enhances high-level cognitive brain networks*

Lordier, L., Meskaldji, D. E., Grouiller, F., Pittet, M. P., Vollenweider, A., Vasung, L., ... Hüppi, P. S. (2019). Music in premature infants enhances high-level cognitive brain networks. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 116(24), 12103–12108. **Doi:** <https://doi.org/10.1073/pnas.1817536116>

Resumo

As UCIN estão dispostas a aplicar música nos RNPT. No entanto, não existia nenhuma evidência do efeito da música no neurodesenvolvimento no RNPT.

Metodologia: Utilizando a ressonância magnética funcional (fMRI, do inglês *Functional Magnetic Ressonance Imaging*) em estado de repouso, caracterizamos um circuito de interesse constituído por três módulos de rede interconectados por a rede de saliência que exhibe acoplamento de rede mais reduzido nos RNPT em comparação com os recém-nascidos de termo.

Resultados: Curiosamente, os RNPT expostas à música nas UCIN aumentou significativamente o acoplamento entre redes cerebrais que anteriormente mostrou-se ser diminuído: a rede de saliência com as redes frontal, auditiva e sensório-motor superior, e a rede de saliência com as redes tálamo e precuneus.

Conclusão: Portanto, a exposição musical leva a arquiteturas funcionais do cérebro mais semelhantes aos de recém-nascidos a termo, sendo uma evidência de um efeito benéfico da música no cérebro do RNPT.

Este artigo consiste na evidência do efeito da música no neurodesenvolvimento do RNPT em estado de repouso/sono.

Documento 7 – Gestational age at birth and sleep duration in early childhood in three population-based cohorts

Luijk, M. P. C. M., Kocevskaja, D., Tham, E. K. H., Gaudreau, H., Reiss, I. K. M., Duijts, L., ... El Marroun, H. (2019). Gestational age at birth and sleep duration in early childhood in three population-based cohorts. *Sleep Medicine: X*, 1. **Doi:** <https://doi.org/10.1016/j.sleepx.2019.100002>

Resumo

Background: Tanto os partos pré-termos quanto os partos pós-termo têm sido associados à morbidade neonatal e mortalidade, incluindo impacto adverso no neurodesenvolvimento. Durante o sono dos recém-nascidos ocorre a maturação neural, no entanto, existem estudos sobre relação entre duração gestacional e sono na primeira infância que são contraditórios e frequentemente derivam de pequenas amostras clínicas. É estudada a associação da idade gestacional no nascimento com duração do sono na primeira infância em três grupos de base populacional.

Metodologia: A idade gestacional no nascimento e a duração do sono foram avaliadas em três grupos de base populacional em estudos na Holanda (n = 6471), Cingapura (n = 862) e Canadá (n = 583). Idade gestacional no nascimento foi avaliado com ecografia na gravidez em combinação com a data de nascimento. A duração do sono foi através do questionário BISQ nos 3, 6, 24 e 36 meses de idade. Foram usadas equações de estimação generalizadas (GEE), ajustadas para fatores de confusão, e os resultados foram reunidos numa meta-análise.

Resultados: Crianças nascidas pré-termo (<37 semanas de gestação) apresentaram maior duração do sono do que crianças nascido de termo; e crianças nascidas pós-termo (42 semanas de gestação) apresentaram menor duração do sono. A meta-análise indicou um pequeno efeito negativo da idade gestacional na duração do sono infantil (efeito tamanho 0,11), quando avaliadas em crianças nascidas apenas a termo.

Conclusão: Na primeira infância, crianças com menor idade gestacional têm maior duração do sono, mesmo quando nascem a termo (37 e 42 semanas de gestação). Esta descoberta apesar de subtil, porém consistente, apontam para a importância dos processos maturação cerebral durante o sono, não apenas em crianças nascidas pré-termo, mas também em crianças nascido a termo após menor duração gestacional.

Este estudo confirma a relação entre a duração do sono com a idade gestacional. Comprovando que para completar a maturação cerebral, quanto menor idade gestacional maior necessidade de duração de sono.

CONCLUSÃO

Sendo o RNPT um RN com particularidades imaturas, os profissionais de saúde devem ser capacitados para apreender as necessidades singulares de cada RN. É de extrema importância que os procedimentos, cuidados dolorosos e invasivos sejam aplicados de forma individualizada e singular, adotando a filosofia dos cuidados não-traumáticos, assim como, respeitar a parceria profissional/pais adotando a filosofia de cuidados centrados na família, promovendo o desenvolvimento infantil do RNPT.

Assegurar cuidados neuroprotetores não coincide com prestação de cuidados de forma rotineira e eficiente, porque para garantir a eficácia destas estratégias de intervenção e uma boa evolução clínica no RNPT, o enfermeiro deve planejar bem as atividades e os cuidados a prestar, respeitando o seu desenvolvimento. Quando estas intervenções são combinados com cuidados médicos e de enfermagem, os cuidados neuroprotetores são a melhor forma de promover resultados ótimos de neurodesenvolvimento. Por isso, é de extrema importância apostar na formação dos profissionais de saúde, alertar sobre os cuidados neuroprotetores e prestar cuidados pensados e individualizados.

Espera-se que este dossier temático se possa constituir como uma ferramenta potenciadora da reflexão na equipa de enfermagem em torno da importância do sono em RNPT não só na UCIN mas ao longo do 1º ano de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 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. **Doi:** <https://doi.org/10.1053/j.nainr.2016.09.030>
- American Thoracic Society. (2018). Sleep in infants. *Sleep Medicine*, 198, 15–16. Acedido em 09/11/2019. Disponível em: <https://www.thoracic.org/patients/patient-resources/resources/sleep-in-infants.pdf>
- Associação Portuguesa do Sono. (2019). Higiene do Sono da Criança e Adolescente. Acedido em 09/11/2019. Disponível em: <http://criancaefamilia.spp.pt/media/124389/HIGIENE SONO CRIANCA ADOLESCENTE.pdf>
- Coughlin, M. (2017). *Trauma-Informed Care in the NICU*. New York: Springer Publishing Company.
- Gaíva, M., Marquesi, M., & Rosa, M. (2011). O sono do recém-nascido internado em unidade de terapia intensiva: cuidados de enfermagem. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 9(3), 602–609. **Doi:** <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v9i3.12561>
- Kleberg, A., Hellström-Westas, L., & Widström, A. (2007). Mothers' perception of Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP) as compared to conventional care. *Early Human Development*, 83(6), 403–411. **Doi:** <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2006.05.024>
- Lockridge, T. (2015). Neonatal Neuro-protective Best Practice Guidelines. Em *NICU Brain Sensitive Care Committee* (pp. 9–22).
- Lockridge, T. (2018). Neonatal Neuroprotection - Bringing Best Practice to the Bedside in the NICU. *MCN, The American Journal of Maternal/Child Nursing*,

(April), 1. **Doi:** <https://doi.org/10.1097/nmc.0000000000000411>

Lordier, L., Meskaldji, D. E., Grouiller, F., Pittet, M. P., Vollenweider, A., Vasung, L., ... Hüppi, P. S. (2019). Music in premature infants enhances high-level cognitive brain networks. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 116(24), 12103–12108. **Doi:** <https://doi.org/10.1073/pnas.1817536116>

Luijk, M. P. C. M., Kocevski, D., Tham, E. K. H., Gaudreau, H., Reiss, I. K. M., Duijts, L., ... El Marroun, H. (2019). Gestational age at birth and sleep duration in early childhood in three population-based cohorts. *Sleep Medicine: X*, 1. **Doi:** <https://doi.org/10.1016/j.sleepx.2019.100002>

Nunes, M. L., Kampff, J. de la P. R., & Sadeh, A. (2012). BISQ questionnaire for Infant Sleep Assessment: Translation into Brazilian Portuguese. *Sleep Science*, 5(3), 89–91. Acedido em 09/11/2019. Disponível em: <http://sleepscience.org.br/export-pdf/50/v5n3a05.pdf>

Nunes, M. L. (2002). Distúrbios do sono. *Jornal de Pediatria/Sociedade Brasileira de Pediatria*, 78, 63–72. Acedido em 09/11/2019. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=189210&indexSearch=ID>

OMS (2018). *Preterm birth*. Acedido em 22/05/2019. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>

Takahashi, M., Orsi, K., Tsunemi, M., Hallinan, M., Pinheiro, E., & Avelar, A. (2017). O efeito da manipulação sobre o sono do recém-nascido prematuro. *Acta Paulista Enfermagem*, 30(305), 489–96489. **Doi:** <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700071>

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. **Doi:** <https://doi.org/10.1053/j.nainr.2015.06.012>

White, R. D., Barbeau, D. Y., Weiss, M. D., Nunes, M. L., Kampff, J. de la P. R., Sadeh, A., ... American Thoracic Society. (2017). Sleep Disturbances in Newborns. *Children*, 4(3), 90. **Doi:** <https://doi.org/10.3390/children4100090>

*Apêndice 8 – Gestacional age at birth and sleep duration in early childhood in
three population-based cohorts - Plano da sessão do journal club*

10º Mestrado em Enfermagem:

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

2ª Ano – 1º Semestre

Unidade Curricular – Estágio com Relatório

***Gestacional age at birth and sleep duration in
early childhood in three population-based cohorts***

Plano da sessão do *Journal Club*

Nádia José dos Anjos nº 8832

Docente Orientador:

Profª Doutora Maria Teresa Magão

Novembro 2019

Almada

ABREVIATURAS E SIGLAS

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

REM – *Rapid eyes movement*

RNPT – Recém-nascido pré-termo

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

ÍNDICE

	Pág.
1. INTRODUÇÃO	5
2. FUNDAMENTAÇÃO	7
3. PLANEAMENTO	11
4. AVALIAÇÃO	13
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	15

APÊNDICES

Apêndice 1 – Apresentação do artigo *Power Point*

Apêndice 2 – Avaliação da qualidade da formação

1. Introdução

A realização desta formação surge no âmbito da unidade curricular de Estágio com Relatório, do 10º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediatria. A sua principal finalidade consiste em contribuir para a promoção da Salvaguarda do sono na criança.

Tendo em conta que a temática da salvaguarda do sono sempre foi um dos objetivos transversais aos diversos contextos de estágio, surgiu a oportunidade de participar num *Journal Club* e assim apresentar um artigo científico relacionado com o Sono na criança.

Tanto os nascimentos pré-termo como pós-termo têm sido associados a morbilidade e mortalidade neonatal, assim como a impacto negativo sobre o neurodesenvolvimento (Luijk et al., 2019). Nos recém-nascidos é durante o sono que ocorrem os principais processos de maturação neurológica. Os resultados dos estudos realizados sobre a relação entre a idade gestacional e o sono na primeira infância muitas vezes são contraditórios e aplicados em amostras clínicas pequenas (Luijk et al., 2019). Este artigo reporta um estudo sobre a associação entre a idade gestacional ao nascer e a duração do sono na infância, em três grupos de base populacional (Luijk et al., 2019).

O processo de diagnóstico da pertinência desta temática para o serviço teve duas etapas fulcrais. Numa primeira fase foi realizada uma auscultação sobre a pertinência deste tema para toda a equipa multidisciplinar de saúde do Centro de Desenvolvimento da Criança junto do enfermeiro orientador. Neste sentido, foi identificado um artigo científico sobre a relação entre a idade gestacional no nascimento com a duração do sono da criança, que para além de ser um tema de interesse da equipa também se enquadrava dentro de um dos objetivos previstos para este estágio. Numa segunda fase foi elaborada uma sessão de formação (Apêndice 1) sobre o artigo para toda a equipa multidisciplinar de saúde.

Será dividida em 4 momentos, iniciando-se com uma breve apresentação e introdução à temática, seguida da apresentação e por fim de

uma conclusão que visará promover a interacção e sintetizar os aspetos mais relevantes.

6. Fundamentação

O início oportuno do trabalho de parto é importante para o período perinatal e pós-natal saúde. Tanto prematuros (<37 semanas de gestação) quanto pós-termo (42 semanas de gestação) os nascimentos têm sido associados à mortalidade e morbilidade neonatal, incluindo impacto adverso no desenvolvimento neurológico (Luijk et al., 2019).

O sono é crucial para o desenvolvimento das redes neurais, e por isso, quando surge o nascimento prematuro, este vai afetar o sistema da rede neural que regula a arquitetura do sono, no entanto, os efeitos da gestação e da idade gestacional no nascimento no sono pós-natal ainda não foi bem estudada (Luijk et al., 2019).

Além disso, os resultados têm sido contraditórios. Alguns estudos relatam mais problemas de sono e menor duração do sono em prematuros lactentes e também após os primeiros meses de vida; enquanto outros relatam não haver diferenças na duração do sono entre prematuros e a termo lactentes ou maior duração do sono em prematuros (Luijk et al., 2019).

Segundo a Sociedade Portuguesa de Pediatria (2017), em Portugal, uma grande parte das crianças não consegue completar o tempo de sono recomendado para a sua idade. A privação do sono por não completar as horas de sono diárias é uma problemática frequente na prática clínica pediátrica e motivo de preocupação para os profissionais de saúde assim como para as respetivas famílias (Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2017).

Atualmente, os conhecimentos que existem sobre os efeitos da idade gestacional no nascimento com o sono deriva em grande parte de amostras clínicas com grandes prematuros (Luijk et al., 2019). O tamanho das amostras geralmente é pequeno e apenas alguns estudos com desenhos longitudinais (Luijk et al., 2019). Além disso, tanto a prática do obstetra e os hábitos de sono diferem entre as culturas, limitando a generalização estudos disponíveis, realizados principalmente em indivíduos de Etnia caucasiana / branca (Luijk et al., 2019).

Na criança, especialmente nos RN e crianças no primeiro ano de vida, segundo a American Thoracic Society (2018) o sono é importante para o corpo

crescer, desenvolver e restaurar, principalmente porque é durante este período com existe maior desenvolvimento em curto espaço de tempo. Durante o primeiro ano de vida a criança dorme mais frequentemente e tem padrões de sono diferentes em comparação com crianças mais velhas, adolescentes e adultos (American Thoracic Society, 2018). É durante esta fase que a criança dorme durante mais tempo em sono REM, que é pensado para nutrir o desenvolvimento, o conhecimento e o comportamento do cérebro (American Thoracic Society, 2018).

A capacidade de concentração, aprendizagem, o controlo das emoções e a impulsividade são também influenciados pela qualidade e quantidade do sono (Associação Portuguesa do Sono, 2019). O Sono permite a renovação celular, produção de hormonas e anticorpos assim como síntese de proteínas e regulação metabólica. Nas crianças o sono contribui de forma importante para o seu crescimento corporal (Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2017).

A duração, continuidade e profundidade do sono são características que influenciam fortemente a sua qualidade (Associação Portuguesa do Sono, 2019). O tempo de sono diário, que engloba o sono da noite e o das sestas, vai diminuindo ao longo da idade, embora possa haver variabilidade dentro do mesmo grupo etário (Associação Portuguesa do Sono, 2019).

O RN dorme em média 17 horas e é a fome que o desperta (Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2017). Gradualmente, após o 1º mês de vida, o sono vai-se consolidando em torno do período noturno. Por volta dos 6 meses o lactente faz 2 a 3 sestas durante o dia. A partir de 1 ano de idade, a duração do sono diminui em média para 14 a 11 horas e a criança faz três períodos de sono, um de noite e dois de dia: de manhã e à tarde (Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2017).

O sono saudável exige duração/tempo adequado, boa qualidade, regularidade e ausência de distúrbios ou perturbação do sono (Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2017).

Assim, para atingir a higiene do sono é necessário condições adequadas para o estabelecimento e manutenção a um sono saudável e efetivo (Nunes, 2002). Este processo deve iniciar nos primeiros meses de vida, sob orientação de um profissional de saúde, que, na maioria das vezes, previne o desenvolvimento de distúrbios do sono (Nunes, 2002).

Neste contexto, o EEESIP tem uma responsabilidade acrescida na promoção e maximização da saúde e bem-estar da criança e do jovem, na qual “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” e “presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem” na qual “E3.1. Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil” (Regulamento n.º 422/2018).

7. Planeamento

Tema: *Gestacional age at birth and sleep duration in early childhood in three population-based cohorts*

Destinatários/População Alvo: Equipa Multidisciplinar de Saúde do Centro de Desenvolvimento

Data: 14 de Novembro de 2019

Horário da sessão: 9:00

Duração: 60 minutos

Local: Centro de Desenvolvimento

Formadora: Nádía José dos Anjos, estudante do 10º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediatria, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Objetivo Geral:

- Sensibilizar os profissionais de saúde sobre as necessidades de duração do sono na criança dos 0-36 meses de idade.

Objetivos Específicos:

- Apresentar um artigo científico relacionado com o sono da criança.
- Demonstrar a relação entre a duração do sono da criança com a idade gestacional no nascimento.

Conteúdos	Métodos pedagógicos	Técnicas pedagógicas	Materiais/Recursos	Tempo (minutos)
Introdução Apresentação do tema e introdução.	Expositivo	Exposição	<i>Power Point</i>	10
Desenvolvimento - Apresentação do Dossier Temático “O Sono no Recém-Nascido Pré-termo até 1º ano de vida” - Apresentação e discussão sobre o artigo Gestacional age at birth and sleep duration in early childhood in three population-based cohorts	Expositivo Ativo Interrogativo	Exposição	<i>Power Point</i> Dossier temático	20
Conclusão - Partilha de sentimentos, opiniões e comentários. - Síntese dos principais aspetos e encerramento da sessão.	Expositivo	Exposição Discussão	<i>Power Point</i>	30

8. Avaliação

Foi realizada a avaliação da sessão através da utilização de questionários com escala de posicionamento de 1 a 5 (correspondente à pontuação mais elevada). Desenvolvi uma grelha de avaliação da qualidade da formação para avaliação das formações em serviço, que se apresenta em seguida (Apêndice 2).

Após cada ação de formação, procedeu-se à avaliação das mesmas por parte dos pares, a fim de se conseguir compreender se os objetivos inicialmente propostos tinham sido atingidos.

A avaliação da formação decorreu no final da sessão, após a exposição do conteúdo e reflexão sobre a prática de cuidados no Centro de Desenvolvimento.

A avaliação da sessão foi extremamente positiva, tendo todos os participantes (20) avaliado a mesma no item 5 (pontuação mais elevada), nos pontos 1 (programa da ação). No ponto 2 referente à avaliação das boas condições da sala de formação (funcionamento da ação), foi classificado no item 4 por 5 participantes. No ponto 3 (atuação dos formadores), foi classificado no item 5 por 15 participantes e no item 4 por 5 participantes.

A equipa multidisciplinar avaliou este momento de formação como bastante positivo e pertinente, tendo em conta que foi perceptível que a equipa tem uma grande preocupação sobre o estabelecimento da higiene do sono da criança. Referem também, que o questionário BISQ apresentado no artigo, foi pertinente e poderá ser um questionário a utilizar no centro de desenvolvimento para a deteção inicial de algum distúrbio de sono na criança.

Durante a discussão com a equipa multidisciplinar, todos os profissionais de saúde revelaram a sua experiência profissional e preocupação sobre o sono nas crianças e que de forma os distúrbios de sono também afetam a dinâmica familiar.

Durante a sessão, foi também apresentado o Dossier Temático intitulado de “O Sono no Recém-Nascido Pré-termo até 1º ano de vida”, que contempla 7 artigos científicos atuais relacionados com o recém-nascido e a criança até ao 1º ano de vida. A equipa referiu ser um meio bastante facilitador para o conhecimento sobre as recomendações atuais para a higiene do sono e os distúrbios do sono mais frequentes.

A preparação e a realização desta apresentação no *Journal Club*, permitiu o desenvolvimento enquanto pessoa e profissional de forma a conseguir adequar o artigo científico com o meu projeto e a realidade encontrada no centro de

desenvolvimento, contribuindo para a intencionalidade de mudança e de repensar as práticas, com vista na utilização de ferramentas que possam sustentar e assegurar a melhoria dos cuidados à criança.

9. Referências Bibliográficas

American Thoracic Society. (2018). Sleep in infants. *Sleep Medicine*, 198, 15–16.

Obtido de <https://www.thoracic.org/patients/patient-resources/resources/sleep-in-infants.pdf>

Associação Portuguesa do Sono. (2019). Higiene do Sono da Criança e

Adolescente. Obtido de http://criancaefamilia.spp.pt/media/124389/HIGIENE_SONO_CRIANCA_ADOLESCENTE.pdf

Luijk, M. P. C. M., Kocevskaja, D., Tham, E. K. H., Gaudreau, H., Reiss, I. K. M.,

Duijts, L., ... El Marroun, H. (2019). Gestational age at birth and sleep duration in early childhood in three population-based cohorts. *Sleep Medicine: X*, 1. <https://doi.org/10.1016/j.sleepx.2019.100002>

Sociedade Portuguesa de Pediatria. (2017). Recomendações Sociedade Portuguesa de Pediatria e Secção Pediatria Social: prática da sesta da criança nas creches e infantários, públicos ou privados. Em *Sociedade Portuguesa de Pediatria* (pp. 1–8). Obtido de http://www.spp.pt/UserFiles/file/Noticias_2017/VERSAO_PROFISSIONAIS_DE_SAUDE_RECOMENDACOES_SPS-SPP_SESTA_NA_CRIANCA.pdf

Winkelstein, M. (2008). Perspectivas da Enfermagem Pediátrica. In M. Hockenberry, Wong - Fundamentos de Enfermagem Pediátrica. (pp. 10-11). Rio de Janeiro: Lusodidacta.



Introdução

➤ Tanto os nascimentos pré-termo como os pós-termo têm sido associados a morbidade e mortalidade neonatal, assim como a impacto negativo sobre o neurodesenvolvimento.

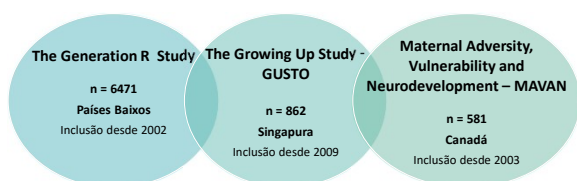
➤ Nos recém-nascidos é durante o sono que ocorrem os principais processos de maturação neurológica. Os resultados dos estudos realizados sobre a relação entre a idade gestacional e o sono na primeira infância muitas vezes são contraditórios e aplicados em amostras clínicas pequenas.

➤ Este artigo reporta um estudo sobre a associação entre a idade gestacional ao nascer e a duração do sono na infância, em três grupos de base populacional.

2. Métodos

2.1. População do estudo

Inclusão de três grupos de países diferentes.



2. Métodos

2.2. Critérios de inclusão:

- Parto pré-termo antes das 37 semanas de gestação;
- Parto de termo entre 37 e 42 semanas de gestação;
- Parto Pós termo depois de 42 semanas de gestação.

2.3. Avaliação do Sono

O Sono nos três grupos, foi avaliado através do questionário *The Brief Infant Sleep Questionnaire* (BISQ) com as respostas relatadas pelos pais quanto à hora de dormir, hora do despertar e sestas.

Questionário BISQ

Instrumento para triagem de distúrbios do sono em lactentes e primeira infância (0-3 anos).

Total da duração do sono foi calculado através da duração do sono noturno e sestas.

A duração do sono foi relatada nas idades de 3, 6, 24 e 36 meses.

Table 1. Description of BISQ questionnaire in Brief Infant Sleep Questionnaire (BISQ) (Table 1)

The questionnaire consists of 10 items, each with a specific question to be answered by the parent. The items are:

1. How many times does your child wake up at night?
2. How many times does your child sleep during the day?
3. How many times does your child sleep at night?
4. How many times does your child sleep during the day?
5. How many times does your child sleep at night?
6. How many times does your child sleep during the day?
7. How many times does your child sleep at night?
8. How many times does your child sleep during the day?
9. How many times does your child sleep at night?
10. How many times does your child sleep during the day?

The questionnaire is used to assess the sleep patterns of children aged 0-3 years. The results are used to identify children who may have sleep problems and to provide appropriate support and advice.

2. Métodos

2.4. Análise Estatística

Foi analisada a relação da idade gestacional no nascimento com a duração do sono em quatro idades diferentes em três grupos de países diferentes.

Foram comparados os grupos de recém-nascidos pré e pós-termo; os recém-nascidos de termo como categoria de referência (apenas no Estudo Geração R; os números nos outros grupos eram muito pequenos: no MAVAN, n < 10 para prematuros e crianças pós-termo; em GUSTO, n < 10, para crianças nascidas pós-termo).

Meta-análise.

4. Discussão

Crianças nascidas de **termo** com **menor** idade gestacional **dormiam mais** em comparação com crianças de **termo** com **maior** idade gestacional.

No estudo The Generation R Study verifica-se que existe maior associação entre idade gestacional e a duração do sono durante o primeiro ano de vida.

É importante realçar que os processos de maturação durante o sono, não são só importantes em crianças prematuras mas também em crianças nascidas de termo com menor idade gestacional.

4.1. Pontos Fortes

Três estudos com população de diferentes continentes;

Inclusão das diferenças sociodemográficas (etnias e condições socioeconómicas) como variáveis na relação entre a idade gestacional e duração do sono;

Mesmo quando controladas os fatores de confusão étnica e demográficos, verificou-se um pequeno efeito consistente entre os grupos.

4.2. Limitações

Não ter sido avaliado se as diferenças na duração do sono podem afetar o desenvolvimento da criança.

Devido a diferenças da prática do obstetra e do desenho do estudo, só foi possível estudar crianças pós-termo no The Generation R Study.

O estudo ter utilizado relatos dos cuidadores (pais) sobre a duração do sono da criança e não ter avaliado a duração do sono objetivamente. Idealmente, a duração de sono e a sua qualidade seria avaliada com actigrafia ou polissonografia.

5. Conclusão

➤ A meta análise dos dados relativos aos três grupos internacionais mostrou que crianças nascidas com menor duração gestacional dormem mais tempo, mesmo quando nascidas de termo;

➤ No presente estudo, crianças de Singapura apresentaram duração do sono um pouco mais curta; as crenças dos pais sobre o sono podem variar entre culturas o que por sua vez pode ter influência no padrão de sono da criança;

➤ As conclusões do The Generation R Study apontam para a importância da higiene do sono durante o primeiro ano de vida;

➤ Serão necessários mais estudos para determinar como a duração do sono e a qualidade do sono no início da vida estão relacionadas com o neurodesenvolvimento incluindo as variáveis ambientais, fisiológicas e ainda os fatores epigenéticos que contribuem para suscetibilidades na arquitetura do sono da criança.

Referências Bibliográficas

Luijk, M. P. C. M., Kocavska, D., Tham, E. K. H., Gaudreau, H., Reiss, I. K. M., Duijts, L., ... El Marroun, H. (2019). Gestational age at birth and sleep duration in early childhood in three population-based cohorts. *Sleep Medicine: X*, 1. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.sleepx.2019.100002>



ESEL
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

20º Mestrado em Enfermagem:
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria
2º Ano – 1º Semestre
Unidade Curricular – Estágio com Relatório
Borg Marroun, X. J. Lúcio Ribeiro

Conteúdo lista disponível at [StudocuDirect](https://www.studocu.com/pt/curso/estagio-com-relatorio)

Sleep Medicine: X

Journal homepage: www.studocu.com/pt/curso/sleep

Gestational age at birth and sleep duration in early childhood in three population-based cohorts

Maartje P.C.M. Luijk^{a,b}, Desana Kocavska^{b,c}, Elaine K.H. Tham^d, Hélène Gaudreau^e, Irwin K.M. Reiss^f, Liesbeth Duijts^{g,h}, Shirong Cai^{h,i}, Manon H.J. Hillegers^h, Vincent W.W. Jaddoe^{h,j}, Henning Tiemeier^{k,l}, Brit F.P. Broekman^{k,l}, Hanan El Marroun^{a,b,c,*}

^aDepartment of Psychology, Education & Child Studies, Erasmus University Rotterdam, the Netherlands
^bDepartment of Child and Adolescent Psychiatry, Erasmus University Medical Center – Sophia, Rotterdam, the Netherlands
^cDepartment of Epidemiology, Erasmus University Medical Center, Rotterdam, the Netherlands
^dSingapore Institute for Clinical Sciences, Agency for Science and Technology Research (A*STAR), Singapore
^eQueensland Health University Institute, Monash University Medical, Quito, Canada
^fDepartment of Psychology, Erasmus University Medical Center, Sophia, Rotterdam, the Netherlands
^gDepartment of Epidemiology and Biostatistics, Erasmus University Medical Center – Sophia, Rotterdam, the Netherlands
^hDepartment of Epidemiology and Biostatistics, Erasmus University Medical Center – Sophia, Rotterdam, the Netherlands
ⁱDepartment of Pediatrics, Erasmus University Medical Center, Sophia, Rotterdam, the Netherlands
^jDepartment of Pediatrics, Erasmus University Medical Center, Sophia, Rotterdam, the Netherlands
^kDepartment of Pediatrics, Erasmus University Medical Center, Sophia, Rotterdam, the Netherlands
^lDepartment of Pediatrics, Erasmus University Medical Center, Sophia, Rotterdam, the Netherlands

Nádia José dos Anjos nº 8832

Docente Orientador:
Profª Doutora Maria Teresa Magão

Enfermeiro Orientador:
EESP
Novembro 2019,
Almada

Avaliação da Qualidade da Formação

Ação de Formação: *Journal Club*: “Gestacional age at birth and sleep duration in early childhood in three population-based cohorts”

Formador: Nádía José dos Anjos

Nº de Horas: 30 minutos

Programa da Ação

Objetivos da Ação

Conteúdos da Ação

Utilidade dos conteúdos dos Módulos

Grau de Satisfação

Correspondência com expectativas

Escala: Min 1 – Max. 5

	1	2	3	4	5	
Confusos						Muito Claros
Inadequados						Totalmente adequados
Inaplicáveis						Totalmente aplicáveis
Insatisfeito						Totalmente satisfeito
Nada						Totalmente

Funcionamento da Ação

Motivação e participação

Relacionamento entre os Participantes

Instalações e equipamentos

Documentação ao dispor

Apoio técnico-administrativo

Escala: Min 1 – Max. 5

	1	2	3	4	5	
Ausente						Plena
Negativo						Muito positivo
Deficientes						Totalmente adequados
Inadequada						Totalmente adequada
Inexistente						Muito eficaz

Atuação dos Formadores

Domínio do assunto

Relação com os Participantes

Linguagem utilizada

Métodos em relação aos objetivos

Escala: Min 1 – Max. 5

	1	2	3	4	5	
Nada						Totalmente
Negativa						Muito positiva
Inadequada						Totalmente adequada
Inexistentes						Muito eficazes

Sugestões / Críticas

Data: ____/____/2020

O Formando

10º Mestrado em Enfermagem:

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

2ª Ano – 1º Semestre

Unidade Curricular – Estágio com Relatório

Projeto “Enfermaria amiga do sono”

Reflexão

Nádia José dos Anjos nº 8832

Docente Orientador:

Professora Doutora Maria Teresa Magão

Dezembro 2019

Lisboa

O internamento numa instituição hospitalar é uma situação de crise não só para a criança e adolescente mas também para a família, pois, devido ao internamento podem ser desenvolvidas alterações no meio familiar, tanto financeiras, como psicológicas, relacionais e sociais (Antão, Rodrigues, Sousa, Anes, & Pereira, 2018). A hospitalização provoca sentimentos de medo, tristeza, angústia, ansiedade, incertezas e mudanças (Antão, Rodrigues, Sousa, Anes, & Pereira, 2018), deve-se sempre considerar o ambiente novo, as pessoas que prestarão cuidados e a doença como condição estranha e assustadora para a criança obrigando a criança e a família a adaptar-se a este ambiente estranho (Aragão & Azevedo, 2001). A experiência que estas crianças e pais vivem durante o internamento e a doença influencia no surgimento de dificuldades relacionadas à adaptação, sendo o enfermeiro especialista em saúde infantil e pediatria o mais competente no desenvolvimento de uma hospitalização, como experiência positiva no processo de doença, intervindo nas necessidades da criança e da família.

Uma das principais preocupações da equipa de enfermagem observadas durante o meu estágio no internamento de pediatria médica/cirúrgica foi a proteção e a promoção do sono da criança e do adolescente.

O sono e o repouso são necessidades humanas básicas que devem ser respeitadas pelos profissionais de saúde, durante a prestação de cuidados à criança e ao adolescente (Paiva, 2004). É importante respeitar cada estágio específico do sono podendo a sua privação ser responsável por danos à saúde à criança e adolescente, principalmente durante a doença, podendo desencadear distúrbios do sono podem ter sérias consequências, como desenvolver ou exacerbar doenças psiquiátricas graves entre outras (Paiva, 2004).

De forma a promover a higiene de sono e minimizar as consequências da hospitalização na manutenção da higiene do sono da criança e do adolescente, no local de estágio do internamento de pediatria foi implementado um projeto intitulado de “Enfermaria Amiga do Sono”, onde primariamente foram avaliados o ambiente do internamento e o conhecimento dos profissionais de saúde sobre o sono e a promoção do sono. Após esta avaliação, foi implementadas medidas de promoção do sono no internamento, nomeadamente, sobre o ambiente (temperatura do quarto, minimização da luz durante a sesta e à noite, minimização do ruído), na educação para a saúde aos pais, minimizar os cuidados de enfermagem a partir das 22h, estabelecendo horários de administração de medicação que respeitem este horário.

Estes cuidados visam criar um ambiente com condições próprias para um período de sono e repouso tranquilo e ininterrupto e têm como objetivo a promoção do conforto, tão necessário para que o processo restaurador da saúde (Paiva, 2004). Conseguiram implementar estratégias que priorizaram os cuidados para que o sono e o repouso pudessem ser salvaguardados por serem considerados indispensáveis à recuperação da criança e do adolescente (Paiva, 2004).

Tabela nº 1 – Medidas aplicadas na Enfermaria de acordo com o Projeto “Enfermaria Amiga do Sono”.

• Promover hábitos de higiene do sono adequados, através da distribuição de folhetos aos pais; • Manter a temperatura do quarto adequada; • Alocar as crianças/adolescentes nas enfermarias consoante a idade; • Acender as luzes às 7h e apagar as 22h; • Promover a sesta nas crianças até 5 anos após o almoço; • Horário de visitas a partir das 16h; • Fechar os estores e portas durante a esta e à noite; • Promover a leitura de uma história antes de dormir, através do Projeto “Dora-sin faz ó-ó” • A partir das 21h ou 1h antes de adormecerem, as crianças e adolescentes não devem utilizar dispositivos eletrônicos (televisão, telemóvel, tablet, computador) • Evitar ruído a partir das 22h; • A partir das 22h fica apenas 1 acompanhante, sendo as trocas de acompanhantes feitas até a essa hora;	• Transferência de crianças/adolescentes para a Enfermaria até às 23h, exceto se necessário por ausência de vagas; • Minimizar o incómodo quanto uma criança/adolescente é internado durante a noite; • Centralização de cuidados durante a noite; • Estabelecer horário de administração de medicação e, quanto possível, evitar que seja durante a noite (ex: 8/8h – 7h, 15h. 23h: 6/6h – 6h, 12h, 18h, 24h); • Os profissionais de saúde devem utilizar lanternas quando necessitarem de prescarr cuidados durante a noite (exceto em situações de emergência); • Limitar a circulação na enfermaria durante a noite; • Não fazer a reposição de material durante a noite; • Minimizar o som dos alarmes durante a noite (máquinas perfusão, pulseira eletrônica, informar os pais que devem tocar a campainha a noite em caso de necessidade de cuidados; • Proporcionar condições para os acompanhantes descansarem durante a noite.
--	---

Cabe ao enfermeiro especialista em saúde infantil e pediatria (EEESIP) em promover uma a prática sistematizada do cuidar, incorporada a novas formas de conhecimento, proporcionando o desenvolvimento e a autonomia profissional, pois o cuidado é a essência da prática profissional do enfermeiro.

Segundo Regulamento n.º 422/2018 (p.19192) “a performance como especialista traduz-se na prestação de cuidados de nível avançado, com segurança, competência e satisfação da criança e suas famílias, procurando responder globalmente ao “mundo” da criança, bem como trabalhar no sentido de remover barreiras e incorporar instrumentos de custo efetivo e gestão da segurança do cliente”.

É importante considerar a criança na sua

dimensão física, social, biológica, espiritual, emocional sendo o enfermeiro, o agente desse cuidado, que deve criar condições tais que possibilitem ao cliente receber o cuidado de forma abrangente, utilizando-se de todos os sentidos, da forma mais terna, segura e serena, de modo que o produto dessa ação possa resultar em conforto, bem-estar, alívio e satisfação (Paiva, 2006, p.30).

Kolcaba (2003, p.68) descreve Enfermagem como a “avaliação intencional das necessidades de conforto dos pacientes, família e comunidade”, ou seja a enfermagem pode ser entendida como a apreciação intencional das necessidades de conforto, a conceção das medidas de conforto e a reapreciação dos níveis de conforto, após a implementação, comparando-os com a anterior linha de base (Dowd, 2004, p.485).

Para Kolcaba (1994, 2001) o conforto como "o imediato estado de ser reforçada através, tendo as necessidades humanas para o alívio, tranquilidade e transcendência abordados em quatro contextos de experiência (física, psíquicoespiritual, socioculturais e ambiental).

Qualquer desconforto físico ou emocional pode influenciar a conciliação e a qualidade do sono, pelo que o ambiente pode facilitar ou prejudicar o sono (como os ambientes irritativos ou desagradáveis) (Paiva, 2004). De forma a proteger e promover o sono o enfermeiro deve estar alerta e evitar ou minimizar os fatores que possam afetar negativamente o sono da criança (Paiva, 2004). Portanto, medidas que visam a promoção do conforto e que possam facilitar a conciliação e a qualidade do sono e o repouso da criança que esteja internada são essenciais, para a sua recuperação e devem fazer parte das medidas terapêuticas (Paiva, 2004).

Em suma, medidas que visem a promoção do conforto e que sejam capazes de facilitar o sono e o repouso da criança são essenciais, já que fazem parte da terapêutica e recuperação da criança (Paiva 2004).

De acordo com Kolcaba (2003) “a Transcendência, como um tipo de conforto, é responsável pelo fortalecimento da propriedade de lembrar enfermeiras para "nunca desistir "de ajudar e assim crianças e familiares se sentem confortados”. Portanto, intervenções que aumentem a transcendência podem ser direcionados para a melhoria do ambiente, o aumento do apoio social, ou fornecer garantias.

Neste caso, os EEESIP que implementaram este projeto, perceberam a importância do sono na recuperação da saúde da criança, fizeram uma avaliação dos conhecimentos dos profissionais de saúde sobre esta temática e então, promoveram e implementaram medidas de conforto que para além de contribuir para

a maximização da qualidade do sono da criança também contribuíram para a melhoria dos cuidados prestados e para a promoção dos cuidados individualizados numa perspetiva de cuidados não-traumáticos, eliminando ou minimizando aspetos que pudessem influenciar negativamente o sono da criança, e numa filosofia de cuidados centrados na família envolvendo a família na proteção e promoção do sono na criança.

Referências Bibliográficas

- Antão, C., Rodrigues, N., Sousa, F., Anes, E., & Pereira, A. (abril de 2018). Hospitalização da Criança: sentimento e opiniões dos pais. *Revista INFAD de Psicologia*, 2(1), pp. 125-132. Obtido de <http://www.infad.eu/RevistaINFAD/OJS/index.php/IJODAEF/article/view/1201/1044>
- Aragão, R. M., & Azevedo, M. R. Z. S. (2001). O brincar no hospital: Análise de estratégias e recursos lúdicos utilizados com crianças. *Estudos de Psicologia*, 18(3), 33–42. Obtido de https://www.lib.uwo.ca/cgi-bin/ezpauthn.cgi?url=http://search.proquest.com/docview/619928098?accountid=15115%5Cnhttp://vr2pk9sx9w.search.serialssolutions.com/?ctx_ver=Z39.88-2004&ctx_enc=info:ofi/enc:UTF-8&rft_id=info:sid/ProQ:psycinfo&rft_val_fmt=info:of
- Dowd, T. (2004). Katharine Kolcaba. Teoria do conforto. In A. M. Tomey & M.R. Alligood (Eds.), *Teóricas de enfermagem e a sua obra. Modelos e teorias de enfermagem* (5ª ed., pp. 481-495). Loures: Lusociência
- Kolcaba, K. (2001). Evolution of the mid range theory of comfort for outcomes research. *Nursing Outlook*, 49(2), 86–92. **Doi:** <https://doi.org/10.1067/mno.2001.110268>
- Kolcaba, K. (1991). A Taxonomic Structure for the Concept Comfort. *Image: the Journal of Nursing Scholarship*, 23(4), 237–240. **Doi:** <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1991.tb00678.x>
- Paiva, M. B. de, Sousa, C. A. C. de, & Soares, E. (2004). Uma viagem pelo sono da criança internada em unidade de terapia intensiva. *Rev. enferm. UERJ*, 12(3), 321–327. Obtido de <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-397737>
- Paiva, M. B. de, Souza, C. A. C. de, & Soares, E. (2006). Fatores que interferem na prevenção do sono e repouso de criança em Terapia Intensiva. *Escola Anna Nery*, 10(1), 29–35. <https://doi.org/10.1590/s1414-81452006000100004>

Regulamento n.º 422/2018 (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Ordem do Enfermeiros. Diário da República, 2ª Série (Nº 133 de 12-07-2018), 19192–19194. ELI: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8733/infantil.pdf>

10º Mestrado em Enfermagem:

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

2ª Ano – 1º Semestre

Unidade Curricular – Estágio com Relatório

Estudo de caso clínico

Nádia José dos Anjos nº 8832

Dezembro 2019

Lisboa

10º Mestrado em Enfermagem:

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

2ª Ano – 1º Semestre

Unidade Curricular – Estágio com Relatório

Estudo caso clínico

Nádia José dos Anjos nº 8832

Docente Orientador:

Professora Doutora Maria Teresa Magão

Dezembro 2019

Lisboa

Siglas e/ou Abreviaturas

% - percentagem

bpm - batimentos por minuto

cm – centímetros

CPAP – *continous positive airway pressure*

CPCJ – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

cpm - ciclos por minuto

DGS – Direção Geral de Saúde

DTPaHibVIPVHB – Vacina hexavalente contra Difteria, Tétano, Tosse convulsa, Poliomielite, Hemophilus influenzae b e Hepatite B

FiO2 – fração inspirada de oxigênio

gr – gramas

h – horas

Hib – Haemophilus influenzae

IM – Intramuscular

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

LEP - Leite Especial para Prematuros

LVP - Leucomalácia periventricular

MAC – Maternidade Alfredo da Costa

mg – miligramas

ml – mililitros

NREM – *Non rapid eyes movement*

OE – Ordem dos Enfermeiros

PC-AC – Pressão controlada/assistida

PCR - Proteína-C reativa

PN13 – *Streptococcus pneumoniae* de 13 serotipos

REM – *Rapid eyes movement*

RGE - Refluxo gastro-esofágico

RN – Recém-nascido

RNPT – Recém-nascido Pré-termo

SDR – Síndrome de Dificuldade Respiratória

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

VHB - vacina contra a hepatite B

Índice

	Pág.
INTRODUÇÃO.....	7
1. Caracterização da etiologia e patogenia	9
1.1. Síndrome de abstinência.....	9
1.1.1. Sistemas de Classificação.....	9
1.1.2. Abordagem não-farmacológica.....	10
1.1.3. Abordagem farmacológica.....	10
1.2. Refluxo gastro-esofágico.....	11
1.2.1. Sintomatologia.....	11
1.2.2. Diagnóstico.....	12
1.2.3. Recomendações dietéticas.....	12
1.2.4. Tratamento cirúrgico.....	14
1.3. Leucomalácia periventricular Multiquística.....	14
1.3.1. Causas associadas à LPV.....	15
1.3.2. Morbilidade da LPV.....	15
1.4. Organização e desenvolvimento do sono.....	16
2. História de Enfermagem.....	19
2.1. Identificação da criança.....	19
2.2. Dados do nascimento.....	19
2.3. Dados da Gestação.....	20
2.4. História Familiar.....	20
2.5. Motivo de internamento.....	21
2.6. Enquadramento familiar, social e ambiental: Modelo de Calgary de avaliação familiar.....	22
2.7. Genograma.....	25
2.8. Ecomapa.....	25
3. Avaliação Física do Latente.....	27
4. Necessidades Humanas Alteradas.....	31

5.	Tratamentos Realizados.....	33
6.	Plano de Cuidados.....	35
7.	Conclusão.....	47
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	49

Índice de Figuras

Figura 1. Sistema de Classificação de <i>Finnegan</i>	10
Figura 2. Ecografia Transfontanelar nos planos coronais.....	16
Figura 3. Fase NREM.....	17
Figura 4. Fase REM.....	17

Introdução

O presente trabalho está inserido no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, do 10º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediatria.

Na Unidade Curricular de Estágio com Relatório pretende como finalidade desenvolver competências científicas, técnicas e comunicacionais para a conceção, a gestão, a prestação e a supervisão de cuidados de enfermagem especializados à criança, ao jovem e à família.

Neste estágio pretende-se elaborar um estudo de caso, que “consiste numa metodologia que procura aprofundar, de forma detalhada, os conhecimentos relativos à pessoa, grupo ou comunidade. A realização do estudo de caso permite que o profissional observe, entenda, analise e descreva uma determinada situação real, adquirindo conhecimento e experiência que podem ser úteis na tomada de decisão frente a outras situações” (Galdeano, Rossi, & Zago, 2003, p.373).

Deste modo, propõe-se como objetivo geral do presente trabalho, realizar um estudo de caso de uma criança e a sua família com situações de especial complexidade.

Como objetivos específicos define-se:

- ✓ Realizar a caracterização da etiologia e patogenia da criança;
- ✓ Realizar a História de Enfermagem, incluindo problemas de saúde do cliente anteriores e atuais, as necessidades específicas que podem enquadrar situações de vulnerabilidade acrescida
- ✓ Realizar um genograma e ecomapa;
- ✓ Realizar a Avaliação física, semiologia, comportamentos e verbalizações do cliente;
- ✓ Explicar os tratamentos que o doente recebeu/recebe em consequência da situação atual.
- ✓ Realizar um Plano de Cuidados.
- ✓ Realizar uma discussão sobre as consistências ou inconsistências dos cuidados prestados e respetivos resultados;

Este trabalho divide-se em texto principal e elementos pós-texto. No texto principal consta: introdução, desenvolvimento e conclusão. O desenvolvimento engloba a história de Enfermagem, avaliação física do latente, necessidades humanas alteradas, tratamentos relacionados, plano de cuidados, discussão e conclusão. A elaboração do estudo de caso, o anonimato e confidencialidade da

família será mantido ao longo do trabalho, mencionado os nomes dos pais e recém-nascidos com as suas iniciais.

1. Caracterização da etiologia e patogenia

1.1. Síndrome de abstinência

A Síndrome de abstinência consiste a um conjunto de sinais e sintomas em RN que foram expostos *in-útero* a diversas substâncias físico-dependentes consumidas pela mãe devido à interrupção do fluxo sanguíneo proveniente da circulação materna (Ferreira & Fernandes, 2008). O quadro de abstinência deriva da dependência da passagem das drogas pela circulação placentária, que após o nascimento do RN, a droga consumida pela mãe deixa de ser disponível (Ferreira & Fernandes, 2008). Compostos como benzodiazepinas, barbitúricos, anfetaminas, álcool ou antidepressivos podem causar este quadro de abstinência (Ferreira & Fernandes, 2008).

Quadro de Abstinência (Sinais de sintomas):

- Tremores;
 - Irritabilidade;
 - Alterações no padrão do sono;
 - Reflexos hiperativos;
 - Hipertonia muscular;
 - Convulsões;
 - Dificuldade na alimentação;
 - Vómitos;
 - Diarreia;
 - Desidratação;
 - Sudorese;
 - Febre;
 - Taquiapneia.
- (Ferreira & Fernandes, 2008)

De forma a perceber a história dos consumos e o tipo de drogas consumidas, é preciso perceber a história clínica da mãe, pois, perante um RN com quadro de abstinência, é necessário realizar uma avaliação sistemática através de um sistema de classificação para pontuar o quadro e determinar a sua gravidade, de forma a determinar se há ou não necessidade abordagem farmacológica (Ferreira & Fernandes, 2008).

1.1.1. Sistemas de Classificação

A realização sistemática dos sistemas de classificação e a avaliação dos scores para além de ser possível perceber a evolução clínica também permite perceber se existe necessidade de terapêutica ou de uma vigilância mais complexa do bem-estar do RN.

O sistema de classificação mais conhecido e mais utilizado é o de *Finnegan*, que faz uma avaliação semi-objetiva do estado do RN (Sarkar, 2006).

Figura 1. Sistema de Classificação de *Finnegan*.

Tabela 1 – Escore de Finnegan para Avaliação de Abstinência⁷

Sinais/Sintomas	Escore
Choro	
Excessivo	2
Contínuo	3
Sono após alimentação (h)	
< 1	3
< 2	2
< 3	1
Reflexo de Moro	
Hiper-ativo	2
Tremores	
Leve, interrompível	1
Moderado, interrompível	2
Moderado, ininterrupto	3
Aumento do tônus muscular	2
Bocejos frequentes	2
Escoriações	1
Convulsões	5
Sudorese	1
Febre	
37,8 – 38,3° C	1
> 38,3° C	2
Moteamento	1
Congestão nasal	1
Espirros	1
Prurido nasal	2
Frequência respiratória	
> 60 mov/min	1
> 60 com retrações	1
Sucção excessiva	1
Alimentação deficiente	2
Regurgitação	2
Vômitos em jato	3
Evacuações	
Semipastosas	2
Líquidas	3

Escore de 0 a 7 indica abstinência leve, de 8 a 11, moderada e 12 a 15, grave.

Fonte: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2007000300003

1.1.2. Abordagem não-farmacológica

Por vezes, a síndrome de abstinência pode necessitar de um tratamento prolongado, sendo necessário internamento prolongados que podem durar semanas ou meses. Recomenda-se que inicialmente devem ser realizadas medidas não-farmacológicas antes de iniciar qualquer medida farmacológica: aconchegar o RN, pequenas refeições mas frequentes com fórmula hipercalórica e particular atenção nos hábitos de sono, temperatura, ganho ou perda de peso e no aparecimento de algum sinal ou sintoma novo (Jackson, 2004).

1.1.3. Abordagem farmacológica

Os narcóticos são os recomendados para o tratamento da síndrome de abstinência, como o sulfato de morfina 0,5mg/kg/dia (dividido em 4 doses/dia) que

deve ser administrado até estabilização do quadro e depois ser feita uma redução de 10% a cada um ou dois dias, até à suspensão (Johnson, 2003).

Atualmente, quase todos os protocolos de neonatologia colocam como primeira escolha para esta síndrome a solução de morfina e como escolha secundária o fenobarbital, a clorpromazina, o diazepam e a metadona (Sarkar, 2006).

1.2. Refluxo gastro-esofágico

O refluxo gastro-esofágico (RGE) consiste no fluxo retrógrado e repetido do conteúdo gástrico para o esófago (Attwood, 2001). Existem dois tipos de refluxo gastro-esofágico, o fisiológico e o patológico (Attwood, 2001).

O RGE é o mais comum nos primeiros anos de vida, através das regurgitações pós-alimentares, apresentando resolução espontânea até um a dois anos de idade em 80% dos casos. Neste tipo de RGE o crescimento da criança não é afetado, nem há outros sintomas ou complicações associadas, para além disso, a frequência das regurgitações vão diminuindo após os seis meses de idade, muitas vezes associada à introdução da alimentação sólida e da postura mais vertical da criança (Attwood, 2001).

Quando os vômitos e as regurgitações não melhoram após os seis meses de idade, quando o crescimento da criança é afetado e inicia quadro de esofagite, deve-se suspeitar de refluxo gastro-esofágico patológico. O refluxo é denominado oculto quando manifestações respiratórias, otorrinolaringológicas ou indicativas de esofagite (irritabilidade, choro constante) ocorrem na ausência de vômitos e regurgitações (Attwood, 2001).

1.2.1. Sintomatologia

As manifestações clínicas podem ser específicas, tais como ruminação, vômitos, regurgitações, eructação; ou relacionadas à esofagite, como dor, anemia e sangramentos; respiratórias, como broncoespasmo e pneumonias de repetição; otorrinolaringológicas como laringites, sinusites, otites e outras (Attwood, 2001). Vômitos e regurgitações estão presentes na maioria das crianças com RGE, principalmente no período pós-prandial (Attwood, 2001).

A regurgitação consiste no retorno de uma pequena quantidade do conteúdo gástrico ou esofágico para a faringe e a boca, sem esforço, não apresenta náusea

prévia, dor ou desconforto abdominal e contração da musculatura torácica e nasofaringológicas como laringites, sinusites, otites e outras (Attwood, 2001).

1.2.2. Diagnóstico

- Radiografia de esófago, estômago e duodeno: É o exame mais utilizado para a avaliação do RGE, em virtude da menor disponibilidade de procedimentos mais sensíveis e específicos. Tem sensibilidade de 50 a 65%. Pode ser falso positivo em decorrência do relaxamento transitório de esfíncter esofágico inferior, que ocorre após a deglutição ou à distensão gástrica e à técnica do exame (Attwood, 2001).
- Manometria: A manometria esofágica é de difícil realização na criança, pois requer sua colaboração. Não diagnostica a presença de RGE, pois uma zona de alta pressão no esfíncter esofágico inferior não assegura a ausência de refluxo. A pressão do esfíncter esofágico inferior é maior que 15mmHg, valores menores que 6mmHg podem estar relacionados ao RGE (Attwood, 2001).
- Cintilografia: A cintilografia é realizada após administração oral de tecnécio com obtenção de imagens através de contador gama. Não é invasiva, causa baixa exposição à radiação, sendo adequada para avaliar o esvaziamento gástrico e a presença de aspiração pulmonar em imagens tardias (Attwood, 2001).
- Ultra-sonografia do esófago: Exame não invasivo que tem sido preconizado para o diagnóstico de RGE oculto, de refluxos neutros e para a determinação do tempo de esvaziamento gástrico, permite ainda o estudo da motilidade do esófago. O único inconveniente é o curto período de observação utilizado pela técnica (Attwood, 2001).
- Endoscopia digestiva alta e biópsia esofágica: Exame invasivo que, em crianças, requer sedação ou anestesia para ser realizado. Não diagnostica refluxo, e sim a esofagite associada, podendo identificar ainda zonas de estenose, esófago de Barrett e hérnia hiatal (Attwood, 2001).

1.2.3. Recomendações dietéticas

As modificações dietéticas propostas para reduzir os episódios de RGE devem respeitar as necessidades nutricionais da criança. Entre as medidas recomendadas, o espessamento lácteo é de maior eficácia (Attwood, 2001). Sabe-se

que o espessamento da dieta reduz o número de episódios de refluxo, porém, a duração do episódio mais longo pode aumentar, dificultando a eficácia do esvaziamento do esófago (Attwood, 2001).

Postura

Recomenda-se, em geral, cabeceira elevada a 30 graus e manutenção da criança ereta no período pós-prandial (Attwood, 2001).

Tratamento medicamentoso

O uso de medicamentos é reservado aos casos de refluxo patológico. Em algumas situações podem ser usados empiricamente, por curtos períodos (Attwood, 2001).

Procinéticos

Em combinação com as medidas dietéticas e posturais, os procinéticos são importantes ferramentas terapêuticas no tratamento do RGE (Attwood, 2001). Determinam aumento da pressão do esfíncter esofágico inferior, estimulam o peristaltismo esofágico e o esvaziamento gástrico (Ex. cisaprida, domperidona, metoclopramida) (Attwood, 2001).

Redutores da acidez gástrica

Os antiácidos são compostos que neutralizam a acidez do conteúdo gástrico e, conseqüentemente aumentam a motilidade gástrica, mediante ação da gastrina (Attwood, 2001). Aumentam a pressão na porção inferior do esófago e a depuração esofagiana, por mecanismo independente da gastrina (Attwood, 2001). São recomendados para o alívio sintomático em crianças com esofagite leve e moderada (Attwood, 2001).

- Antagonistas dos receptores H₂ da histamina competem com a histamina por receptores H₂, inibindo a secreção gástrica de ácido induzida pela histamina ou outros agonistas H₂ (agonistas muscarínicos e gastrina) (Attwood, 2001). Os antagonistas de receptores H₂ disponíveis para uso são cimetidina, ranitidina, famotidina, nizatidina (Attwood, 2001).
- Bloqueadores dos canais de H⁺ representam uma classe de drogas tão segura quanto os antagonistas dos receptores H₂. São os mais potentes inibidores de secreção ácida (Ex. Omeprazol) (Attwood, 2001).

1.2.4. Tratamento cirúrgico

A cirurgia anti-refluxo (funduplicatura gástrica) é uma das três cirurgias mais realizadas em crianças nos Estados Unidos (Attwood, 2001). A técnica de *Nissen* é a mais usada em todo o mundo e, mais recentemente, a via videolaparoscópica vem ganhando adesões, especialmente em virtude do menor risco de complicações e menor tempo de recuperação (Attwood, 2001). A cirurgia anti-refluxo deve ser reservada aos que não respondem ao tratamento clínico e/ou que apresentem condições ameaçadoras à vida (Attwood, 2001). Depois do surgimento de agentes procinéticos e inibidores da secreção ácida mais potentes, o papel da cirurgia como arma terapêutica definitiva para o refluxo complicado vem sendo questionado (Attwood, 2001).

1.3. Leucomalácia periventricular Multiquística

A leucomalácia periventricular (LPV) é caracterizada por áreas multifocais de necrose, formando quistos na matéria branca cerebral profunda, frequentemente simétricas e ocorrem adjacentes aos ventrículos laterais (Neves & Araújo, 2015), muitas vezes associadas ao desenvolvimento de paralisia cerebral espástica em RN com extremo baixo peso (Neves & Araújo, 2015).

O diagnóstico da LVP é realizado a partir da ecografia transfontanelar onde são observadas ecodensidades periventriculares ou cistos detetados (Neves & Araújo, 2015). A LVP é a lesão bilateral da matéria branca nos RNPT que pode resultar de hipotensão, isquemia e necrose de coagulação nas zonas vasculares limítrofes dos vasos de penetração profunda da artéria cerebral média, sendo mais suscetíveis à hemorragia intracraniana assim como a LVP (Neves & Araújo, 2015).

A LVP deve-se maioritariamente a:

- lesão de isquemia/reperfusão em zonas arteriais limítrofes da área periventricular (Neves & Araújo, 2015);
- corioamnionite ou vasculite materna com a produção de citocinas levando ao dano inflamatório na área periventricular no cérebro em desenvolvimento (Neves & Araújo, 2015).

1.3.1. Causas associadas à LPV:

- RNPT com ventilação invasiva nascidos com menos de 32 semanas de gestação e/ou peso abaixo de 1.500g (Neves & Araújo, 2015);

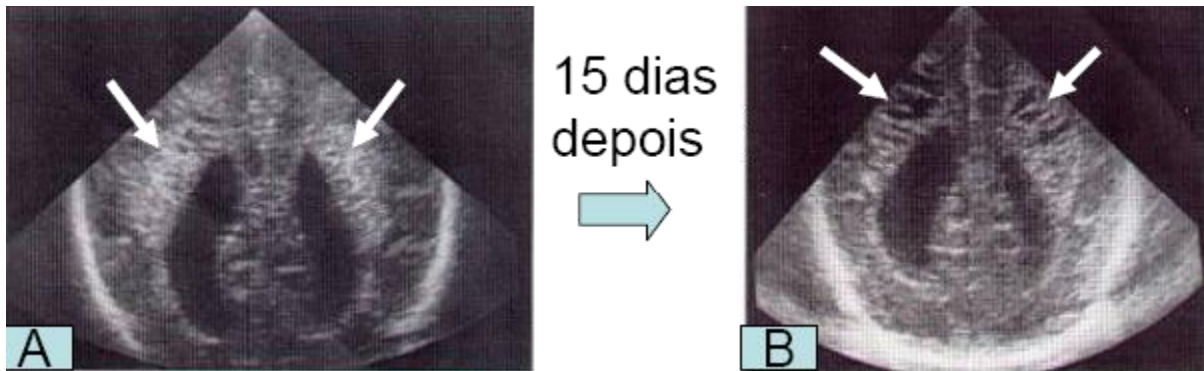
- Hipotensão, hipoxemia e acidose podem resultar em agressão cerebral isquémica e leucomalácia periventricular multiquística (Neves & Araújo, 2015);
- Hipocarbica acentuada em recém-nascidos ventilados (Neves & Araújo, 2015);
- Anastomose vascular placentária, gestação gemelar, hemorragia anteparto, corioamionite e funisite (Neves & Araújo, 2015).

1.3.2. Morbilidade da LPV:

A paralisia cerebral ocorre em cerca de 60 a 100% dos casos em RNPT com sinais tardios de LPV, sendo a diplegia espástica a razão mais comum da paralisia cerebral enquanto a quadriplegia é a forma mais grave da doença (Neves & Araújo, 2015). Na forma mais grave da doença, o sistema cognitivo pode apresentar várias alterações no desenvolvimento neuropsicomotor, assim como:

- Disfunção visual pode ocorrer com nistagmo, dificuldade de fixação, estrabismo e cegueira. Alguns casos de disfunção visual em associação com LPV ocorrem na ausência de retinopatia da prematuridade, sugerindo dano às radiações ópticas (Neves & Araújo, 2015);
- Muitos dos casos apresentaram doença respiratória, como doença de membrana hialina, pneumonia, hipotensão, além de enterocolite necrosante ou canal arterial patente (Neves & Araújo, 2015);
- No exame físico, muitos RNPT são assintomáticos, embora alguns dos sintomas possam ser subtis em cerca de 10-30% dos latentes, verifica-se: tônus diminuído nas extremidades inferiores, tônus aumentado nos extensores do pescoço, episódios de apneia, bradicardia, irritabilidade, alimentação escassa com paralisia pseudobulbar e convulsões clínicas.

Figura 2. Ecografia Transfontanelar nos planos coronais: voltado para a região peritrigonal de um RNPT para visualizar a leucomalácia multicística. Em (A), aos dez dias de vida, onde observa-se hiperecogenicidade periventricular (setas) já com dilatação biventricular e em (B), aos 25 dias de vida, com múltiplos pequenos quistos na substância branca periventricular (leucomalácia multicística, aspecto de queijo suíço) (setas) (Margotto, 2011).



Fonte: <http://paulomargotto.com.br/documentos/10123>

1.4. Organização e desenvolvimento do sono

O desenvolvimento de padrões de sono nos RNPT dependem da idade e da preservação do sono, sendo essencial para o neurodesenvolvimento, crescimento e a reparação cerebral destes RN. Estes, à semelhança da vida fetal apresentam períodos de sono ativo e calmo a partir de 25-27 semanas de idade gestacional, podendo dormir até 90% do seu tempo, ao contrário do RN de termo que dorme 70% do tempo (Barbeau & Weiss, 2017). Os períodos de sono calmo do RNPT são relativamente mais largos e apresentam estado de sono ativo com mais frequência (Gaíva et al., 2011).

De acordo com Khan, Raya, & Nunes (2009) nos RNPT o sono é dividido em sono ativo, sono calmo e sono indeterminado. O sono ativo, é compatível com o REM sendo essencial para a maturação e diferenciação do SNC, consolidação da memória e da aprendizagem e suporte no padrão comportamental, sendo caracterizado pelos rápidos movimentos oculares com alta atividade fisiológica, na qual o fluxo sanguíneo, juntamente com a oferta de oxigénio são maiores para o cérebro, sendo fundamental para o desenvolvimento do RNPT (Khan et al., 2009).

O sono calmo, compatível com o sono NREM é o período de repouso, manutenção de energia, aumento da síntese de proteínas e libertação da hormona de crescimento.

Este período também é caracterizado por movimentos de sucção, sorrisos, caretas, tremores, a respiração e os batimentos cardíacos são regulares e os

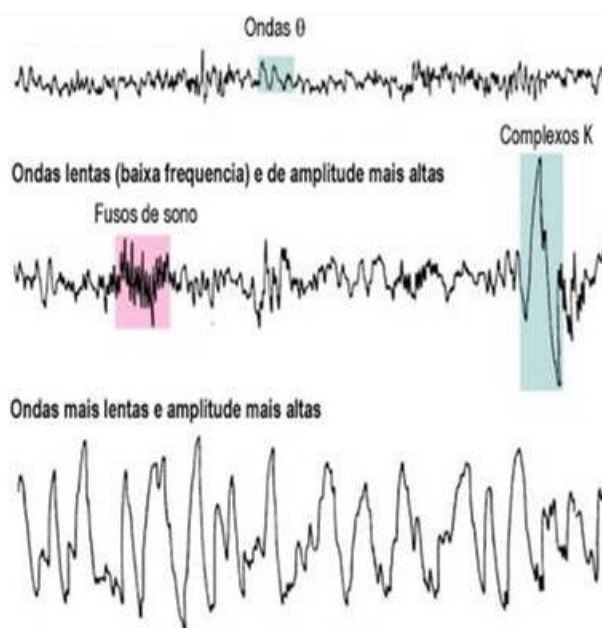
movimentos oculares estão ausentes ou são regulares (Khan et al., 2009). O sono indeterminado existe quando nem o sono calmo, nem o agitado podem ser identificados (Khan et al., 2009).

O padrão de sono vai alterando com o crescimento e desenvolvimento do latente devido às mudanças neurofisiológicas e de desenvolvimento nas estruturas do SNC.

Nos meses seguintes, verifica-se uma redução progressiva do tempo total de sono diário, maior concentração do sono no período da noite, diminuição do número de despertares noturnos, redução da proporção de sono ativo/REM e entrada no sono em estágio NREM (Mindell e Owens, 2010).

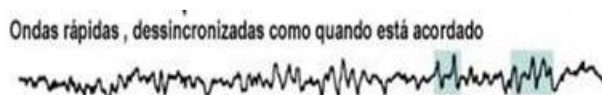
Ao longo do neurodesenvolvimento, a quantidade de sono ativo diminui e do sono calmo aumenta (Khan et al., 2009).

Figura 3. Fase NREM.



Fonte: https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2018/06/Alteracoes_do_sono.pdf

Figura 4. Fase REM.



Fonte: https://bioloque.files.wordpress.com/2012/05/figura_5_-_estagios_sono.jpg

2. História de Enfermagem

Os dados obtidos e apresentados foram recolhidos a partir da informação clínica dos recém-nascidos e família através do boletim individual de saúde, registos de enfermagem no programa *Sclinic*, e nos diários clínicos realizados pelos médicos. A observação foi também um instrumento utilizado, bem como o exame físico do latente.

2.1. Identificação da criança	
Nome	V.
Data de admissão	28 de Agosto de 2019
Data de nascimento	16 de Agosto de 2019
Idade gestacional	36 semanas estimado
Género	Feminino
Raça	Caucasiana
Grupo Sanguíneo	A Rh negativo
Naturalidade	Portuguesa
Local de Residência	Amadora
Filiação	Resolução social, para adoção
Diagnóstico médico	Síndrome abstinência/Síndrome fetal alcoólico

2.2. Dados do nascimento	
Local de Nascimento	Domicílio, transferida pelo INEM para a MAC
Tipo de parto	Eutócico
Hora de Parto	09:30 (estimado)
Índice de Apgar	Desconhecido
Somatometria à nascença	Peso: 1950g Comprimento: 40 Perímetro Cefálico: 30 cm
Somatometria até à data	Peso: 3320 Comprimento: 50 Perímetro Cefálico: 35
Vacinas	1ª dose da vacina contra a hepatite B (VHB) – 09/09/2019 1ª dose da vacina conjugada contra infeções por <i>Streptococcus</i>

	<i>pneumoniae</i> de 13 serotipos (Pn13) – 22/11/2019 • Vacina hexavalente DTPaHibVIPVHB – 22/11/2019: ✓ 1ª dose contra a difteria, tétano e tosse convulsa (DTPa) ✓ 1ª dose contra doença invasiva por <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b (Hib) ✓ 1ª dose contra a poliomielite (VIP) ✓ 2ª dose da vacina contra a hepatite B (VHB)
Rastreios	Diagnóstico precoce - 22/08/2019 Otoemissões acústicas – 04/09/2019 Potenciais Evocados – 11/11/2019
Exames	Ecografia Transfontanelar - 28/08/2019 RMN – 03/10/2019 EEG – 07/10/2019 Ecografia abdominal – 09/10/2019
Alimentação	70-80 ml de Leite hidrolisado proteico com espessamento em horário livre

2.3. Dados da Gestação	
Semanas de Gestação	36 semanas estimado
Gravidez vigiada	não
Número de consultas	Não realizou nenhuma consulta
Local	Não
Ecografias obstétricas	Não realizou nenhuma ecografia
Complicações	Mãe toxicodependente (heroína) e alcoólatra
Serologias	Imune � rubéola e toxocoplasmose, restantes serologias negativas. Sem pesquisa de <i>Streptococcus</i> do Grupo B.
�ndice Obstétrico	2002

2.4. História Familiar:

Antecedentes maternos:

- Idade materna: 28 anos;
-  ndice Obstétrico: 2002

- Nº filhos vivos: 3
- Nacionalidade: Portuguesa
- Antecedentes de saúde: Toxicodependente e alcoólatra

Antecedentes paternos:

- Idade paterna: desconhecido;
- Nº filhos vivos: desconhecido;
- Antecedentes de saúde: desconhecido;
- Nacionalidade: desconhecido;

2.5. Motivo de internamento:

RN proveniente do domicílio, após parto eutócico em casa, na qual é transportada pelo INEM juntamente com a sua mãe para o hospital.

À chegada, com 2h de vida, apresentava respiração espontânea, com resíduos de mecónio e secreções. Foi internada na UCIN por Síndrome Dificuldade Respiratória progressiva e Hipoxémia refratária.

Durante o internamento na UCIN:

A V. apresentava Síndrome de dificuldade respiratória (SDR), com gemido, tiragem infracostal e adejo nasal, com saturações de oxigénio entre 88-93%. Fácies peculiar aparente microcrania, lábio superior fino e filtro longo (suspeita de síndrome fetal alcoólico). Pele enrugada e descamação das extremidades. Tremor das extremidades. Choro gritado. Administrado vitamina K intramuscular. Necessitou de suporte de oxigénio por alto fluxo com necessidade de FiO₂ crescente. Foi administrado surfactante e entubada com PC-AC em D1. Foi extubada em D2 ficando com suporte de CPAP. Em D3 foi colocada com suporte de oxigénio de alto fluxo. Iniciou alimentação entérica a D1 por sonda orogástrica, com tolerância progressiva. Tolera Leite Especial para Prematuros (LEP) 16% 35ml 3/3h. Apresenta reflexos de busca e sucção na chupeta. Subictérico, realizou fototerapia simples durante 24h.

Com risco infeccioso, nunca necessitou de antibioterapia, proteína-C reativa (PCR) e hemoculturas negativas. Permaneceu na internada na MAC até ao dia 22/08/2019, sendo transferida para a UCIN do Hospital de residência por contingência.

Na UCIN do Hospital de residência manteve-se em alto fluxo até D8 de vida, ficando em ar ambiente. Tolerar alimentação entérica. Avaliada Score de Finnegan, com score entre 0 e 4. Após estabilidade hemodinâmica, foi transferida para a pediatria médica cirúrgica para resolução da situação social.

Resumo do internamento na Pediatria Médica/Cirúrgica:

A V. foi transferida da UCIN no dia 28/08/2019. Durante o internamento manteve-se em ar ambiente sem apneias, mas teve alguns episódios de engasgamento, durante a alimentação, com necessidade de manobra de desengasgamento e suporte de oxigénio à face. Sempre apirética, e hemodinamicamente estável. Manteve diurese e dejeções. Glicémias adequadas. Realizado ecografia abdominal que sugeriu refluxo gastro-esofágico. Apresenta autonomia alimentar, com presença de reflexos de sucção e deglutição eficazes, com tolerância ao leite prescrito – Leite hidrolisado proteico com espessamento. Fontanela anterior normotensa.

Ecografia transfontanelar dia 28/08/2019 com lesão grave na substância branca. Realizado RMN dia 03/10/2019 com extensão de lesões encefaloclasticas da substância branca dos hemisférios cerebrais, com transformação quística e que confirma Leucomalácia Multiquística por suspeita de lesão hipóxico-isquémico. Realizado Electroencefalograma dia 07/10/2019 que confirma discreto atraso maturativo no sono com lesão estrutural com carácter epilético. Realizadas otoemissões acústicas e potenciais evocados que passou bilateralmente. Rastreio metabólico alargado negativo.

Administrada 1ª dose de VHB dia 09/09/2019, 1ª dose das vacinas contra a difteria, tétano e tosse convulsa (DTPa), doença invasiva por *Haemophilus influenzae b* (Hib), poliomielite (VIP) e a 2ª dose de VHB - vacina hexavalente (DTPaHibVIPVHB) dia 22/11/2019 e vacina 1ª dose da vacina conjugada contra infeções por *Streptococcus pneumoniae* de 13 serotipos (Pn13). Sem alergias ou infeções nosocomiais conhecidas durante o internamento.

2.6. Enquadramento familiar, social e ambiental: Modelo de Calgary de avaliação familiar

✓ Avaliação Estrutural

A V. nasceu dia 16 de Agosto de 2019, com estimativa de idade gestacional de 36 semanas, no domicílio. Segundo a história relatada pela sua mãe à assistente social, a V. foi concebida através de uma violação, quando a sua progenitora numa saída durante a noite ficou alcoolizada, na qual não se lembra do progenitor. A V. nunca teve visitas da mãe. A mãe encontra-se integrada numa família de estrutura alargada com o seu companheiro, filho de 2 anos em comum e a sogra, que coabitam na mesma habitação. Existe outro filho de 6 anos que foi adotado.

A Mãe de V. é toxicodependente, com dependência em heroína e alcoólatra.

Segundo o relatório da assistente social, é uma família de raça caucasiana, de classe social baixa, que habitam numa moradia urbana, com saneamento básico, acesso à habitação sem barreiras, com infraestruturas adequadas, com água canalizada, esgotos, eletricidade, gás, e uma casa de banho.

✓ Avaliação de Desenvolvimento

O nascimento V. provocou uma tensão familiar, porque a gravidez não era do conhecimento da família e a sua mãe ainda não queria que a família soubesse do nascimento desta. Para esconder a gravidez, mãe de V. não teve uma gravidez vigiada nem não teve os cuidados pré-natais.

Atualmente, as CPCJ, no âmbito da sua acção, têm já sistemas de registo que permitem, em certa medida, avaliar a dimensão e caracterizar o fenómeno. Contudo, ficam por identificar, para além das situações não diagnosticadas, todas aquelas em que a intervenção das instituições com responsabilidades no primeiro nível (nomeadamente, os serviços de saúde) é adequada e suficiente para remover o perigo.

As causas da violência no contexto familiar, em particular, as situações de maus tratos a crianças e jovens, adquirem múltiplas formas de expressão, pelo que a efetividade da acção depende da capacidade de entender o fenómeno, ponderar os aspetos do contexto social, económico e cultural, as práticas e recursos

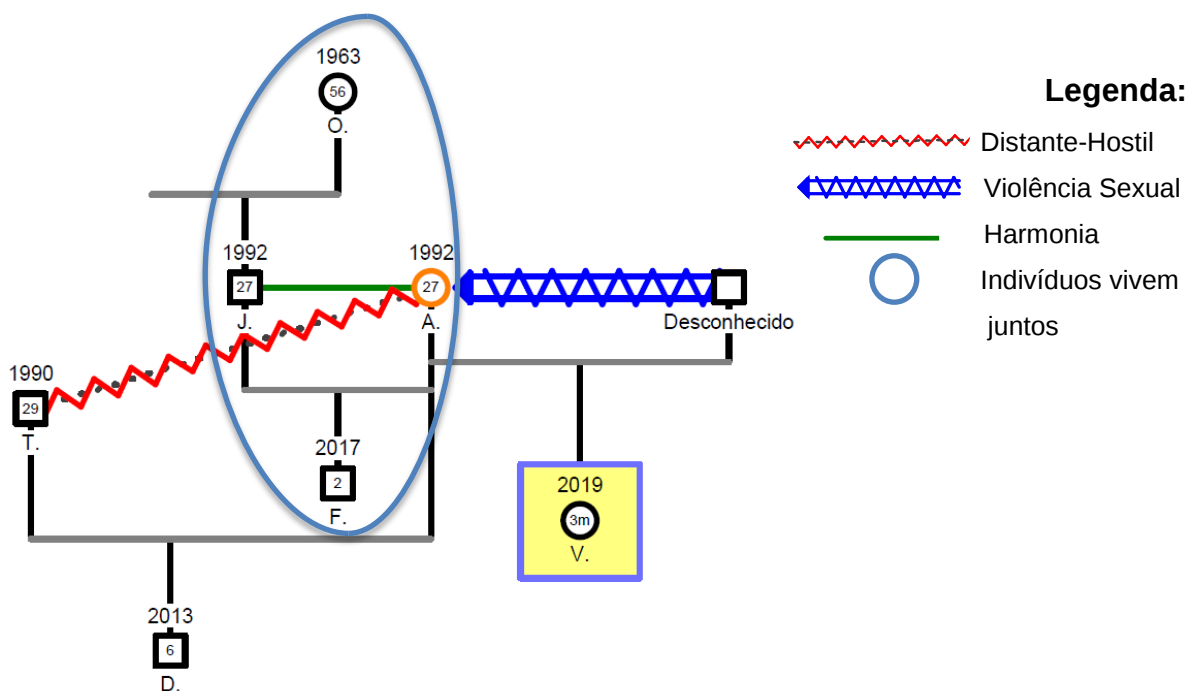
comunitários, as dinâmicas familiares e os perfis individuais e de intervir a diversos níveis. No que respeita às vivências em contexto familiar ou institucional, os percursos de vida e ocorrências diversas podem constituir focos de tensão que propiciam eventuais situações de maus tratos (sem que necessariamente o determinem). (DGS, 2008)

Aspetos da dinâmica familiar e institucional	Aspetos ligados aos pais ou a quem tenha a guarda de facto	Aspetos ligados à criança/jovem	Aspetos do contexto social e cultural
- Vinculação insegura, problemas de comunicação e/ou deficit no exercício das responsabilidades parentais; - Existência de elementos da família com vulnerabilidades particulares - situação de dependência, exclusão social, desemprego, precariedade laboral, alcoolismo e outras toxicodependências, doença mental, crianças com deficiência ou doença crónica, etc.; - Fragilidade estrutural e disfuncionalidades na dinâmica familiar – relações instáveis, famílias numerosas em contextos desfavoráveis, violência doméstica, gravidez não desejada, fratria de origem diversa, mudança frequente de residência, migração, episódios de crise como morte, detenção, separação ou divórcio;	- Perturbações no processo de vinculação com a criança/jovem; - Abuso de substâncias, nomeadamente, alcoolismo e toxicodependências; - Gravidezes muito próximas e/ou gravidezes não vigiadas;	- Vulnerabilidades particulares no que respeita à idade e necessidades; - Prematuridade e baixo peso ao nascer (mais frágeis, menos alerta, mais difíceis de calar); - Crianças com handicap e portadoras de necessidades de saúde especiais;	- Contextos sociais problemáticos (carências económicas e habitacionais que constituem obstáculo ao exercício de condutas não violentas, em particular no exercício da parentalidade);

✓ Avaliação Funcional

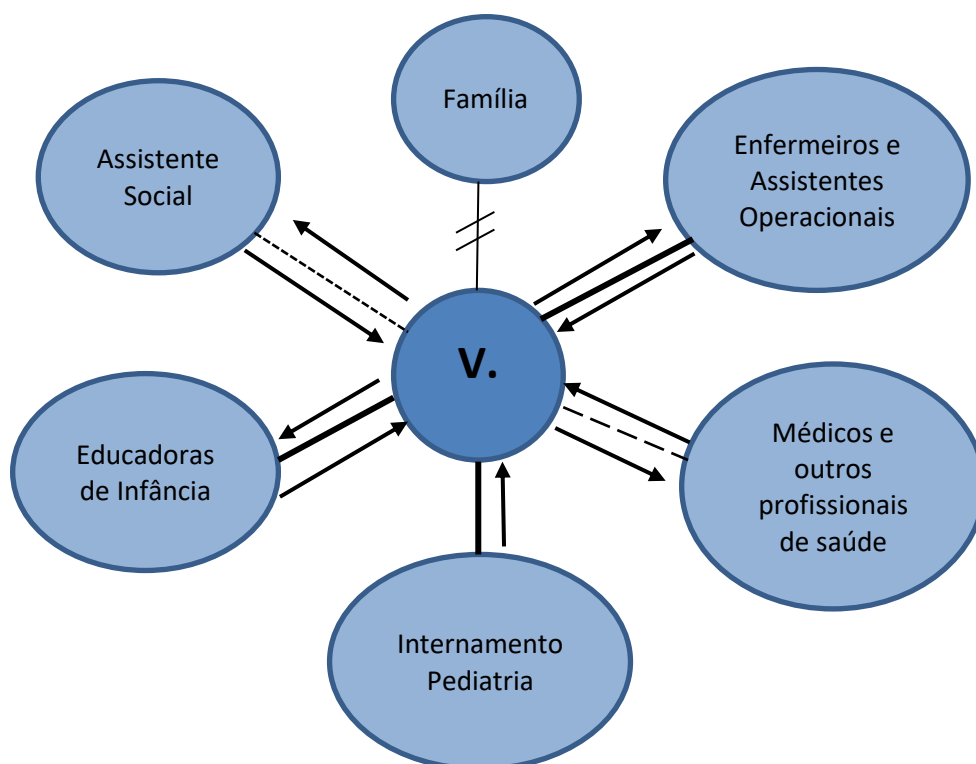
A V. é um latente de 3 meses, sendo totalmente dependente de cuidados, pelo que contam com a ajuda total dos profissionais de saúde. Relativamente ao funcionamento expressivo considera-se que a vinculação entre a mãe e a V. não se encontra estabelecida.

2.7. Genograma



(GenoPro, 2019)

2.8. Ecomapa

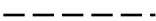


Legenda:

Vínculo Forte



Vínculo Moderado



Vínculo Superficial



Apoio



Separação



(Agostinho, 2007)

3. Avaliação Física do Latente

✓ Sinais Vitais

- ✓ Tensão arterial=72/37 mmHg MAP=51 mmHg, membro inferior esquerdo
- ✓ Frequência cardíaca = 140 batimentos por minuto (bpm), pulso cheio e rítmico
- ✓ Frequência respiratória = 53 ciclos por minuto (cpm)
- ✓ Saturações de oxigénio = 100% em ar ambiente
- ✓ Dor = 0, segundo a escala de neonatal de NIPS
- ✓ Temperatura corporal = 36,8°C (timpânica)

✓ Dados antropométricos

- ✓ Peso = 3320gr
- ✓ Comprimento = 50 cm
- ✓ Perímetro cefálico = 35 cm

✓ Sistema Tegumentar

Apresenta a pele rosada e íntegra. Bem perfundida, extremidades quentes e rosadas. Turgor cutâneo mantido.

✓ Cabeça e pescoço

A cabeça apresenta um tamanho adequado ao corpo, de forma arredondada, ocupa uma posição central face ao enquadramento corporal, composta essencialmente por cartilagens. As suturas são palpáveis e encontram-se abertas. As fontanelas anterior e posteriores, estão presentes, normotensas. Os olhos simétricos, bem como sobrancelhas e pálpebras, as pupilas isoreativas e isocóricas. O médico realizou o rastreio do reflexo do olho vermelho, do qual passou bilateralmente. Realizado o rastreio auditivo neonatal universal e potenciais evocados, do qual também passou bilateralmente. O pescoço apresenta simetria regular, apresenta rotação e extensão mantida.

✓ Sistema Respiratório

Apresenta nariz simétrico, sem alterações e sem obstruções. Tórax simétrico, sem tiragem. Eupneico, respiração superficial e predominantemente abdominal. Sem sinais evidentes de dificuldade respiratória.

✓ Sistema Cardiovascular

Normotenso (72/37mmHg), normocárdico (140bpm), pulso cheio e rítmico.

✓ Sistema gastrointestinal

Lábios simétricos, palato intato, mucosas rosadas e hidratadas. Freio da língua presente, úvula na linha média e com mobilidade, língua de tamanho normal e com boa mobilidade. Apresenta reflexo de sucção e deglutição adequado, com coordenação. Abdómen depressível à palpação. Apresenta cicatriz umbilical, sem alterações. O padrão alimentar é de horário livre ou 3/3 horas de Leite hidrolisado com espessamento, por refluxo gastro-esofágico. Durante a alimentação, apresenta cólicas intestinais, com necessidade de massagem abdominal e por vezes estimulação rectal para expelir gases. Na eliminação intestinal apresenta fezes de coloração amarelada, granulosas e com cheiro sui-generis. Região anal sem alterações.

✓ Sistema geniturinário/reprodutor

Débito urinário regular, micções na fralda sem alterações, urina límpida, com cheiro sui-generis. Região genital íntegra, com higiene adequada, sem alterações anatómicas. Genitais femininos sem alterações.

✓ Sistema músculo-esquelético

Apresenta boa vitalidade. Coluna vertebral intacta, sem aberturas, massas ou curvas proeminentes. Membros superiores e inferiores simétricos, com amplitude total de movimentos. Membros rígidos em repouso. Apresenta 5 dedos em cada mão e cada pé. Unhas e pregas palmares e plantares presentes. Sem deformações visíveis.

✓ Sistema neurológico

Tabela 1 – Escore de Finnegan para Avaliação de Abstinência⁷

Sinais/Sintomas	Escore
Choro	
Excessivo	2
Contínuo	3
Sono após alimentação (h)	
< 1	3
< 2	2
< 3	1
Reflexo de Moro	
Hiper-ativo	2
Tremores	
Leve, interrompível	1
Moderado, interrompível	2
Moderado, ininterrupto	3
Aumento do tônus muscular	2
Bocejos frequentes	2
Escoriações	1
Convulsões	5
Sudorese	1
Febre	
37,8 – 38,3° C	1
> 38,3° C	2
Moteamento	1
Congestão nasal	1
Espirros	1
Prurido nasal	2
Frequência respiratória	
> 60 mov/min	1
> 60 com retrações	1
Sucção excessiva	1
Alimentação deficiente	2
Regurgitação	2
Vômitos em jato	3
Evacuações	
Semipastosas	2
Líquidas	3

Escore de 0 a 7 indica abstinência leve, de 8 a 11, moderada e 12 a 15, grave.

Escala de Finnegan – Score de 9 – Moderada.

✓ Avaliação do Desenvolvimento - Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada – 1 – 12 Meses

3 Meses		
Postura e Motricidade Global	Decúbito ventral - apoio nos antebraços.	✓
	Decúbito dorsal - postura simétrica, membros com movimentos ritmados.	Membros rígidos em repouso.
	Tração pelas mãos - cabeça erecta e coluna dorsal direita.	✓
	De pé - flete os joelhos, não faz apoio.	Faz breve apoio.
Visão e Motricidade Fina	Mãos abertas - junta-as na linha média e brinca com elas.	Mãos sempre fechadas.
	Segura brevemente a roca e move-a em direção à face.	X
	Segue uma bola pendente ½ círculo e horizontal.	✓

	Convergência ocular	√
	Pestanejo de defesa.	√
Audição e Linguagem	Atende e volta-se geralmente aos sons.	√
Comportamento e Adaptação Social	Sorri.	Não sorri.
	Boa resposta social à aproximação de uma face familiar.	√

4. Necessidades Humanas Alteradas

✓ Alimentação

Dependente no alimentar-se, faz leite hidrolisado espessado cerca 70-80ml 3/3 horas, tem prescrito omeprazol 2mg Oral 24/24h.

✓ Eliminar

Incontinência urinária e fecal, pelo que utiliza fralda, de acordo com as características do latente. Padrão vesical sem alterações. Padrão intestinal com algumas cólicas intestinais, com necessidade de massagem abdominal e por vezes estimulação rectal.

✓ Higiene, conforto e integridade cutânea

Totalmente dependente na promoção da higiene e conforto. Higiene mantida, prestados pelos enfermeiros. Conforto encontra-se comprometido por: presença da pulseira de identificação ao nível do membro inferior direito, ambiente do serviço de Internamento de Pediatria – alarmes, visitas, ruídos e luminosidade. Pele íntegra e rosada.

✓ Exercício e atividade

Apresenta boa vitalidade, com necessidade de alternância de decúbitos a seguir as mamadas, com alinhamento corporal no posicionamento promovendo o desenvolvimento saudável.

✓ Comunicação e multiculturalidade

Apresenta choro vigoroso e difícil de acalmar.

✓ Sono e repouso

A V. apresentava um sono agitado entre os intervalos da alimentação, difícil de acalmar e adormece, com necessidade de embalo, chucha e só adormece no colo.

✓ Segurança

A segurança da lactente é assegurada pelos profissionais de saúde, pelo que é importante compreender os diversos aspetos necessários à sua promoção tal como aprender a pegar ao colo de forma segura, nunca deixar a V. sozinha em bancadas e mantém colchão com monitor de apneia.

5. Tratamentos Realizados

Terapêutica	Dose de Administração	Via de Administração	Horário
Morfina 2mg/ml	0.16mg	Solução Oral	4/4h
Omeprazol 50 mg/ml	2 mg	Solução Oral	24/24h
Colecalciferol 0.5mg/ml	1 gota	Solução Oral	24/24h
Fenobarbital 40 mg/mL	8 mg	Solução Oral	12/12h
Hidrato de Cloral	160mg	Solução Oral	SOS
Cicalfate		Pomada	SOS

6. Plano de Cuidados

Data de Início: 19/11/2019			
Diagnóstico de Enfermagem Conforto prejudicado	Fundamentação Percepção de falta de conforto, de alívio e de transcendência nas dimensões física, psicoespiritual, ambiental, cultural e/ou social. Características definidoras ✓ Alteração no padrão de sono ✓ Choro ✓ Irritabilidade		
Resultados Esperados: Conforto melhorado			
Planeamento e implementação dos cuidados - Intervenções de enfermagem			
	Alívio	Tranquilidade	Transcendência
Físico		A sucção, o aconchego e a contenção são estratégias essenciais para garantir os processos de autorregulação. (Silva, 2005)	- Oferecer sacarose a 24% - utilizada durante a punção venosa para colheitas ou para colocação de perfusão. Verifica-se expressão facial tranquila e diminuição do tempo de choro no RN. A ação analgésica ocorre quando as soluções adocicadas são instiladas na porção anterior da língua, sendo que o efeito antinocicetivo é mediado pelas papilas gustativas. (OE, 2013; Roldão, 2017) “A utilização da sacarose como intervenção não farmacológica é recomendada pela Academia Americana de Pediatria para o alívio da dor aguda durante a realização de

			procedimentos como a punção venosa para colheita de sangue ou para acesso venoso periférico. O efeito analgésico da solução glicosada é similar ao da sacarose.” (OE, 2013:39)
Psicoespiritual			- Incentivar a sucção não nutritiva – está descrito que o uso da chupeta inibe a hiperatividade e modula o desconforto do latente. A solução adocicada diminui o tempo de choro e atenua a facies de dor, através da libertação de endorfinas endógenas. A analgesia promovida pela chupeta parece ocorrer apenas durante os movimentos ritmados de sucção, podendo haver um fenómeno de dor a quando a sua interrupção; (OE, 2013; Roldão, 2017)
Sociocultural		Incentivar o embalo e “colinho”; (OE, 2013; Wheeler, 2014)	
Ambiental	- Reduzir a incidência de luzes sobre o latente; (OE, 2013; Roldão, 2017) - Reduzir o ruído ambiental – promover silêncio, evitando conversas desnecessárias e diminuindo alarmes sonoros dos monitores em caso de hospitalização; (OE, 2013; Roldão, 2017)	Preservar os períodos prolongados de sono e repouso; (OE, 2013; Roldão 2017)	

Resultado de Enfermagem – Avaliação

Prestados cuidados de conforto ao latente, reduzindo as luzes e o ruído no serviço, promovendo o período de repouso no intervalo da alimentação, prestando cuidados ao latente organizadamente num período de tempo: trocar a fralda, alimentar, dar colinho. No intervalo da alimentação, se criança com choro ou facies de dor, oferece-se sucção não nutritiva, e/ou sacarose 24%, no entanto, difícil de acalmar, demonstrando muita irritabilidade e difícil de adormecer, com necessidade de embalo e contenção.

Data Fim 04/11/2019

Data de Início: 19/11/2019

Diagnóstico de Enfermagem

Comportamento desorganizado do lactente

Fundamentação

Desintegração dos sistemas de funcionamento fisiológico e neurocomportamental.

Características definidoras

Sistema de atenção-interação

- ✓ Resposta prejudicada a estímulos sensoriais

Sistema motor

- ✓ Hiperextensão das extremidades
- ✓ Mãos cerradas em punho
- ✓ Movimentos descoordenados
- ✓ Reação de susto exagerada
- ✓ Reflexos primitivos alterados
- ✓ Tônus motor prejudicado

Fisiológicas

- Intolerância à alimentação

Sistema de organização do estado

	• Choro irritável • Despertar ativo		
Resultados Esperados: Melhorar o comportamento do latente			
Planeamento e implementação dos cuidados - Intervenções de enfermagem			
	Alívio	Tranquilidade	Transcendência
Físico	Refeições pequenas e frequentes (Serrano et al., 2004; Silva, 2005). Administração de medidas farmacológicas prescritas.	A sucção, o aconchego e a contenção são estratégias essenciais para garantir os processos de autorregulação. (Silva, 2005)	
Psicoespiritual			
Sociocultural			Embalar suavemente (Silva, 2005).
Ambiental			Fomentando o posicionamento em flexão, para promover a estabilização motora. (Silva, 2005) Num estudo desenvolvido por Maichuk, Zahorodny e Marshall (1999), concluiu-se que a posição ventral se revelava mais eficaz no controlo dos sintomas do que a posição dorsal; diminuir a estimulação sensorial (locais calmos, baixa luminosidade e ruído, e evitar manipulação excessiva);

Resultado de Enfermagem – Avaliação

Latente difícil de acalmar, com desorganização motora, abrindo muito os braços. Apresenta membros rígidos em repouso. Mãos sempre fechadas. Tem necessidade de se tranquilizar pela sucção não nutritiva, e/ou sacarose 24%, no entanto, difícil de acalmar, demonstrando muita irritabilidade e difícil de adormecer, com necessidade de embalo e contensão.

Data Fim 04/11/2019

Data de Início:

Diagnóstico de Enfermagem

Distúrbio no padrão de sono

Fundamentação

Despertares com tempo limitado em razão de fatores externos.

Características definidoras

- ✓ Dificuldade para iniciar o sono
- ✓ Dificuldade para manter o sono

Resultados Esperados: Melhorar o padrão de sono

Planeamento e implementação dos cuidados - Intervenções de enfermagem

	Alívio	Tranquilidade	Transcendência
Físico	Verificar se a fralda está seca (Women and Newborn Drug and Alcohol Service, 2008); Verificar se a fralda causa irritação cutânea, e se presente aplicar creme (Women and Newborn Drug and Alcohol	A sucção, o aconchego e a contenção são estratégias essenciais para garantir os processos de autorregulação. (Silva, 2005)	

	Service, 2008). Administração de hidrato de cloral se necessário.		
Psicoespiritual			
Sociocultural			Embalar suavemente (Silva, 2005).
Ambiental			Fomentando o posicionamento em flexão, para promover a estabilização motora. (Silva, 2005) Num estudo desenvolvido por Maichuk, Zahorodny e Marshall (1999), concluiu-se que a posição ventral se revelava mais eficaz no controlo dos sintomas do que a posição dorsal; diminuir a estimulação sensorial (loais calmos, baixa luminosidade e ruído, e evitar manipulação excessiva);
Resultado de Enfermagem – Avaliação Prestados cuidados de conforto ao latente promovendo sempre uma rotina nos cuidados antes de adormecer. Administrada alimentação, mudada fralda e foram reduzindas as luzes e o ruído no serviço. Com necessidade de embalo pois não adormencia sozinha. Sempre com necessidade da sucção não nutritiva com chucha, no entanto, demonstrou muita irritabilidade e difícil de adormecer, com necessidade de embalo e contenção, com despertares constantes durante o sono.			
Data Fim	04/11/2019		

Data de Início:			
Diagnóstico de Enfermagem		Fundamentação	
Síndrome de abstinência neonatal		Conjunto de sintomas de abstinência observados em recém-nascidos como resultado de exposição uterina a substâncias aditivas ou em consequência de controle farmacológico da dor no pós-natal.	
		Características definidoras	
		• Comportamento desorganizado do lactente (00116) • Conforto prejudicado (00214) • Distúrbio no padrão de sono (00198) • Estresse neurocomportamental • Padrão ineficaz de alimentação do lactente (00107)	
Resultados Esperados: Reduzir o desconforto associado			
Planeamento e implementação dos cuidados - Intervenções de enfermagem			
	Alívio	Tranquilidade	Transcendência
Físico	- Verificar se a fralda está seca. Verificar se a fralda causa irritação cutânea, e se presente aplicar creme. - Administração da morfina diária prescrita hidrato de cloral se necessário.	A sucção, o aconchego e a contenção são estratégias essenciais para garantir os processos de autorregulação. (Silva, 2005)	
Psicoespiritual			

Sociocultural			Embalar suavemente (Silva, 2005).
Ambiental			Fomentando o posicionamento em flexão, para promover a estabilização motora. (Silva, 2005) Num estudo desenvolvido por Maichuk, Zahorodny e Marshall (1999), concluiu-se que a posição ventral se revelava mais eficaz no controlo dos sintomas do que a posição dorsal; diminuir a estimulação sensorial (locais calmos, baixa luminosidade e ruído, e evitar manipulação excessiva);
Resultado de Enfermagem – Avaliação Durante a prestação de cuidados no estágio, foi necessária a administração de hidrato de cloral em duas situações idênticas. Após a alimentação, que devido ao refluxo gastro-esofágico, a latente apresentava desconforto, com irritabilidade e choro gritado, muito difícil de acalmar. Foi avaliado conforme a escala de Finnegan com score entre os 5 e os 9, ou seja, leve a moderada.			
Data Fim 04/11/2019			

Data de Início:	
Diagnóstico de Enfermagem	Fundamentação
Risco de desenvolvimento atrasado	Suscetibilidade a atraso de 25% ou mais em uma ou mais áreas do comportamento social ou autorregulador, ou em habilidades cognitivas de linguagem e motoras grossas ou finas, que pode comprometer a saúde. Fatores de risco • Abuso de substâncias

	Nutrição inadequada		
Resultados Esperados: Melhorar o desenvolvimento infantil			
Planeamento e implementação dos cuidados - Intervenções de enfermagem			
	Alívio	Tranquilidade	Transcendência
Físico			
Psicoespiritual			
Sociocultural			- Interagir através da fala, usar a mímica do rosto e imitar o som de determinados objetos ou instrumentos musicais; - Ouvir música suave na companhia do cuidador. - Dançar, em ritmo suave, com o bebé ao colo. Cantar; - Mobilizá-lo, evitando que esteja deitado demasiado tempo e na mesma posição; - Procurar levantá-lo devagar pelas mãos, como se fosse sentá-lo; - Oferecer-lhe objetos para segurar, colocar objectos pendentes para que possa segui-los; - Desenvolver um ritual de apoio à hora de dormir, sem deixar chorar desenfreadamente (DGS, 2013).

Ambiental			
Resultado de Enfermagem – Avaliação Durante o estágio, foi possível, junto com a orientadora proporcionar atividades promotoras do desenvolvimento conforme a sua faixa etária.			
Data Fim	04/11/2019		

Data de Início: 19/11/2019			
Diagnóstico de Enfermagem Deglutição prejudicada		Fundamentação Funcionamento anormal do mecanismo da deglutição associado a déficits na estrutura ou função oral faríngea ou esofágica. Características definidoras ✓ Irritabilidade sem explicação nas proximidades dos horários das refeições; ✓ Regurgitação.	
Resultados Esperados: Conforto melhorado			
Planeamento e implementação dos cuidados - Intervenções de enfermagem			
	Alívio	Tranquilidade	Transcendência
Físico	- Administração da terapêutica prescrita (omeprazol), Os antiácidos são compostos que neutralizam a acidez do conteúdo gástrico e, conseqüentemente, aumentam a motilidade gástrica, mediante ação da gastrina (Attwood,	- As modificações dietéticas propostas para reduzir os episódios de RGE devem respeitar as necessidades nutricionais da criança. Entre as medidas recomendadas, o espessamento lácteo é de maior eficácia (Attwood, 2001). Sabe-se que o espessamento da dieta reduz o número de	

	2001). Aumentam a pressão na porção inferior do esôfago e a depuração esofagiana, por mecanismo independente da gastrina (Attwood, 2001).	episódios de refluxo, porém, a duração do episódio mais longo pode aumentar, dificultando a eficácia do esvaziamento do esófago (Attwood, 2001). - Recomenda-se, em geral, cabeceira elevada a 30 graus e manutenção da criança ereta no período pós-prandial	
Psicoespiritual			
Sociocultural			
Ambiental			
Resultado de Enfermagem – Avaliação Apesar da administração da terapêutica prescrita, das modificações dietéticas e de postura, a latente mantinha irritabilidade durante e após a alimentação, difícil de acalmar, que por vezes, regurgitava.			
Data Fim	04/11/2019		

7. Conclusão

A elaboração deste estudo de caso permitiu desenvolver do olhar holístico nos cuidados de enfermagem ao latente com síndrome de abstinência. Foi possível desenvolver uma prestação de cuidados personalizada, devido ao conhecimento aprofundado do latente, adquirido na recolha de dados realizada inicialmente e ao longo do internamento, compreendendo as suas necessidades específicas.

Por ser um caso de abandono infantil e uma família disfuncional com guarda entregue ao estado, a parceria de cuidados com os pais do latente, não foi possível.

Este trabalho permitiu o desenvolvimento e consolidação de conhecimentos teóricos e práticos, sobre os cuidados específicos ao latente com síndrome de abstinência e com padrão de sono bastante comprometido, desenvolvendo conhecimentos sobre esta patologia, compreendendo as necessidades específicas, e os cuidados necessários.

Como aspetos facilitadores considera-se a orientação e integração por parte da enfermeira orientadora do estágio, que prontamente se dispôs a auxiliar na elaboração deste estudo de caso, promovendo a autonomia na prestação dos cuidados ao latente em estudo, bem como na realização da colheita de dados, e avaliação dos dados obtidos, identificando as necessidades específicas, e permitindo a discussão em equipa.

Considera-se que os objetivos propostos foram alcançados, uma vez que foi realizada a apreciação inicial do latente, onde inclui o histórico de saúde, a colheita de dados efetuada, o aprofundamento dos dados recolhidos e da situação, a confrontação entre os dados apresentados e a literatura consultada, e a síntese das necessidades humanas alteradas. Foi realizado o processo de enfermagem do latente, elaborando diagnósticos de enfermagem sensíveis aos cuidados de enfermagem, apresentando o planeamento, a implementação e a avaliação dos cuidados. Foi realizada uma avaliação dos objetivos definidos, refletindo sobre o trabalho realizado e os contributos para o desenvolvimento pessoal e profissional da estudante.

Os padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde infantil e pediatria pela OE (2011) constituem uma oportunidade e um referencial para a prática especializada dos enfermeiros especialistas nesta área de especialização, estimulando-os a uma reflexão contínua sobre a qualidade do exercício profissional e apoiando-os nos processos de melhoria contínua da qualidade.

Como futura enfermeira especialista, é importante compreender a importância da prestação de cuidados de enfermagem especializada na área, envolvendo as competências de enfermeiro mestre e enfermeiro especialista, no processo de enfermagem elaborado aos RN e famílias, numa perspectiva de melhoria contínua dos cuidados, garantido uma maior qualidade na prestação de cuidados.

8. Referências Bibliográficas

- Attwood, S. E. (2001). Refluxo gastroesofágico. *Jornal de Pediatria*, 77(4), 342–344.
- DGS. (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Em *Direção Geral de Saúde*. Obtido de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil-png.aspx>
- Ferreira, P., & Fernandes, N. (2008). Síndrome de Privação Neonatal Revisão da abordagem. *Revista Toxicodependências*, 14(1), 24–29.
- Galdeano, L., Rossi, L., & Zago, M. (2003). Roteiro instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 11(3), 371-5.
- Herdman, T., & Kamitsuru, S. (2018). Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2018-2020 (11ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Jackson L., Ting A. et al. (2004). A randomised controlled trial of morphine versus phenobarbitone for neonatal abstinence syndrome. *Archives of Disease in Childhood Fetal and Neonatal*. 89, 300-304.
- Johnson K., Gerada C., Greenough A. (2003). Treatment of neonatal abstinence syndrome. *Archives of Disease in Childhood Fetal and Neonatal*, 88: F2-F5.
- Maichuk, G., Zahorodny, W., & Marshall, R. (1999). Use of Positioning to Reduce the Severity of Neonatal Narcotic Withdrawal Syndrome. *Journal of Perinatology*. 19 (7), 510-513.
- Mindell, J. & Owens, J. (2010). *The Clinical Guide to Pediatric Sleep: Diagnosis and Management of Sleep Problems* (2 ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

- Neves, L. A. T., & Araújo, J. L. (2015). Leucomalácia periventricular como causa de encefalopatia da prematuridade. *Revista Médica de Minas Gerais*, 25(1), 71–78. <https://doi.org/10.5935/2238-3182.20150013>
- Ordem dos enfermeiros. (2013). Guia orientador de boa prática: Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança. *Cadernos OE*, série 1, número 6. Acedido em: 20/12/2019. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/GOBP_EstrategiasNaFarmacologicasControloDorCrianca.pdf
- Roldão, G. (2017). Dor? Claro que Não!. In Saldanha, Joana; Moniz, Carlos, Machado, Maria do Céu (Coords.), *Nascer pré-termo: Cuidados multidisciplinares*. (pp. 113-119). Lisboa: Associação das crianças de Santa Maria. Serviço de neonatologia, departamento de pediatria, Hospital de Santa Maria – CHLN, EPE
- Sarkar S., & Donn S. (2006). Management of neonatal abstinence syndrome in neonatal intensive care units: a national survey. *Journal of Perinatology*. 26,15-17
- Serramo, A. et al. (2004). Recém-nascido de mãe toxicodependente. In Valido, A. et al. (Coords.), *Consensos em neonatologia* (pp. 181-183). Coimbra: Secção de neonatologia. Sociedade Portuguesa de Pediatria. Acedido em: 20/12/2019. Disponível em: <http://scholar.google.com/scholar?q=quantos+beb%C3%A9s+prematturos+portugal&hl=pt-PT&um=1&ie=UTF-8&oi=scholar>
- Silva, L., Iser, B., Tartare, B., & Bonetti, H. (2015). Aspetos perinatais relacionados à hemorragia intracraniana em recém-nascidos de muito baixo peso no sul do Brasil. *Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital Nossa Senhora da Conceição, Brasil*. Acedido em: 20/12/2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v37n4/0100-7203-rbgo-37-04-00159.pdf>

Thomas F. Anders, M. (2012). Organização e desenvolvimento do sono no início da vida. *Enciclopédia sobre o Desenvolvimento na Primeira Infância*, 1–9. Obtido de <http://www.encyclopedia-crianca.com/>

Wheeler, B. (2014). Promoção da Saúde do Recém-Nascido e da Família. In Hockenberry, M. & Wilson, D. (Coords.), *Wong, Enfermagem da Criança e Adolescente* (9ª ed. pp. 1025-1060). Loures: Lusociência.

Apêndice 11 – Contributo do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica
na capacitação parental - Jornal de aprendizagem

10º Mestrado em Enfermagem:

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

2ª Ano – 1º Semestre

Unidade Curricular – Estágio com Relatório

**Contributo do enfermeiro especialista em saúde
Infantil e pediátrica na capacitação parental
Jornal de aprendizagem**

Nádia José dos Anjos nº 8832

Docente Orientador:

Professora Doutora Maria Teresa Magão

Dezembro 2019

Lisboa

O presente jornal de aprendizagem irá relatar uma situação que decorreu na Urgência Pediátrica durante um momento de pesquisa de Vírus Influenza através da colheita de amostras com zaragatoas numa criança com 5 anos com paralisia nível 3. A metodologia do Ciclo reflexivo de Gibbs (1988) irá nortear o desenvolvimento deste jornal de aprendizagem:

- DESCRIÇÃO “o que aconteceu?”
- SENTIMENTOS “Que estou a sentir e a pensar?”
- AVALIAÇÃO “Que foi bom e mau na experiência?”
- ANÁLISE “Que sentido atribuo à situação?”
- CONCLUSÃO “Que mais poderia ter feito?”
- PLANO DE AÇÃO “Se acontecer outra vez, como procederei?”

Descrição

Um casal com recém-nascido de quinze dias, primeiro filho, recorreu ao serviço de urgência de um hospital privado porque o seu recém-nascido não dormia e apresentava um choro irritado, difícil de acalmar. Verbalizaram que o recém-nascido apresentava cólicas e que não evacuava há mais de dois dias. Já tinham realizado massagem abdominal e colocação de bebegel®, mas sem sucesso.

O casal após a observação do médico, foi reencaminhado para a sala de tratamentos, onde eu e a enfermeira orientadora estávamos a prestar cuidados.

O casal verbalizou que não dormiam há quatro dias porque o seu recém-nascido não dormia, com cólicas. Os pais estavam bastante ansiosos e preocupados com o estado do seu filho.

O médico informou que o recém-nascido encontrava-se saudável, com abdómen mole e depressível, que se confirmou à nossa observação, no entanto prescreveu a administração do bebegel®. Questionámos o casal sobre a rotina da alimentação. Os pais verbalizaram que o recém-nascido era alimentado com leite materno exclusivo, sendo adaptado à mama cerca de 3 em 3 horas. Pesámos o recém-nascido, sem perda de peso, ganhando mais 10% do seu peso à nascença.

Sentimentos

Percebendo que o casal estava confuso sobre a situação, questionámos sobre a rotina diária que tinham em casa com o seu filho. O casal disse que tinham bastantes visitas em casa, que o recém-nascido dormia durante o dia no colo das visitas e que durante a noite não dormia. No entanto, respeitavam as horas da

alimentação. Acharam que o fato do seu filho não dormir se devia a cólicas, porque o choro era gritado.

A minha inquietude perante esta situação, resulta do facto que apesar do abdómen se apresentar mole e depressível e que aparentemente o recém-nascido não apresentava desconforto abdominal, foi prescrito o bebegel, sem se perceber a verdadeira causa do desconforto do recém-nascido.

Avaliação

Perante esta situação, depois de se ter percebido a verdadeira causa do desconforto do recém-nascido, foi explicado aos pais, que a rotina diária que estavam a submeter ao seu filho não era saudável para o estabelecimento de um padrão de sono. Após a explicação, do ciclo do sono, a importância do sono e as consequências da privação do sono no recém-nascido, os pais demonstraram estar mais calmos. Foram também realizados ensinamentos aos pais sobre estratégias para promover o conforto no seu filho no domicílio, nomeadamente, reduzir as luzes sobre o recém-nascido; reduzir o ruído ambiental; promover períodos prolongados de sono e repouso; posicionar corretamente o recém-nascido: em decúbito dorsal, com a cabeça virada para um dos lados; organizar os cuidados a prestar ao recém-nascido evitando constantes manipulações, e controlando as visitas no primeiro mês de vida em casa; realizar massagem após higiene; embalar e dar “colinho”; promover o contacto físico dos pais com o recém-nascido; oferecer chupeta, nos intervalos das refeições; Amamentar.

Análise

De acordo com os padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, a família é como um conjunto de indivíduos com responsabilidades em prestar cuidados à criança/jovem, assumindo-se como determinante no seu crescimento e desenvolvimento (OE, 2017). Tendo em conta que a intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP) na “maximização e potenciação da saúde; a promoção do crescimento e desenvolvimento no âmbito dos cuidados antecipatórios; a promoção da vinculação (...); o reconhecimento e a valorização das forças e competências da família como um recurso para a intervenção” (OE, 2017, p.4), o EESIP deve assim, realizar uma avaliação do desempenho parental dos pais para cuidar da criança e disponibilizar respostas às suas necessidades, potenciando adaptação às mudanças na saúde e

dinâmica familiar (OE, 2018), capacitando as famílias para a responsabilização plena dos seus papéis disponibilizando suporte essencial para os pais de “competências para a gestão proficiente nos cuidados aos seus filhos, visando a sua autonomia e capacitação para uma tomada de decisão informada em diferentes domínios do percurso assistencial” (OE, 2017, p.5).

Dando resposta a esta necessidade da família, cabe ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP) o dever de implementar e gerir, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade (OE, 2018).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) os “programas de educação parental visam melhorar a habilidade para criar os filhos, aumentar os conhecimentos sobre o desenvolvimento infantil, e estimular estratégias positivas para lidar com crianças e adolescentes. Programas de educação parental são muito promissores na prevenção de maus-tratos e na promoção de comportamentos positivos de pais, mães e filhos” (OMS, 2014, p. 71).

Assim compete o EEESIP a “avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem, com orientação antecipatória às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil; a gestão do bem-estar da criança; a deteção precoce e encaminhamento de situações que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida” (OE, 2018, p.19192).

Conclusão

O contexto da situação, foi uma limitação sentida, para a prestação da educação para a saúde. Tendo em conta que a urgência é um contexto gerador de stress e pouco vocacionado para a realização de orientação antecipatória às famílias. A orientação foi realizada na sala de tratamentos, com a presença de outro casal na mesma sala, que apesar de os pais demonstrarem estarem interessados e mais calmos, o ambiente não foi proporcionador para a realização dos ensinamentos. Consegui acalmar o recém-nascido, demonstrando aos pais como realizar a contenção, oferecer a chucha, como avaliar o abdómen e reforcei os ensinamentos sobre a amamentação. Tendo em conta a necessidade, orientamos os pais para a marcação de uma consulta com o pediatra.

Plano de ação

Tendo em conta que é um hospital privado, não há disponibilização de consultas de enfermagem que possam realizar uma avaliação do desempenho parental dos pais para cuidar da criança e assim disponibilizar respostas às suas necessidades. O casal ainda questionou sobre essa necessidade, na qual a minha orientadora aconselhou a procurar a unidade de cuidados primários da sua área de residência.

O empoderamento nos cuidados dos filhos, nos processos educacionais, disciplinares e vinculares é necessário e indispensável, pois possibilita a promoção da saúde ao desenvolver aspetos relativos à empatia, autoestima e consciência moral e ética.

Perante esta temática, e recorrendo aos princípios descritos no Plano Nacional de Saúde Infante Juvenil [PNSIJ], o EEESIP deve de orientar a sua prática no sentido de "uma deteção precoce, acompanhamento e encaminhamento de situações que possam afetar negativamente a saúde da criança e que sejam passíveis de correção; (...) um investimento na prevenção das perturbações emocionais e do comportamento (...); a valorização dos cuidados antecipatórios como fator de promoção da saúde e de prevenção da doença, nomeadamente facultando aos pais e a outros cuidadores os conhecimentos necessários ao melhor desempenho, no que respeita à promoção e proteção dos direitos da criança e ao exercício da parentalidade" (DGS, 2013, p.3).

Referências Bibliográficas

Regulamento n.º 422/2018 (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 2ª Série (Nº 133 de 12-07-2018), 19192–19194. ELI: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8733/infantil.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2017). Padrões de Qualidade dos Cuidados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Aprovado por unanimidade, sem alterações, na 4ª Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, realizada em sessão extraordinária, no dia 25 de novembro de 2017. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto-2_padroesqualidcuidesip.pdf

OMS (2014). Relatório Mundial Sobre a Prevenção da Violência 2014. Núcleo de Estudos da Violência da Universidade de São Paulo. São Paulo: Brasil. Disponível em: [file:///C:/Users/AEA/Downloads/9789241564793_por%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/AEA/Downloads/9789241564793_por%20(1).pdf)

Direção-Geral de Saúde. (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Pub. L. Na Norma nº 010/2013 de 31 de Maio. Disponível em: <https://www.dgs.pt/pns-e-programas/programas-desaudefsaude-infantil-e-juvenil.aspx>

10º Mestrado em Enfermagem:

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

2ª Ano – 1º Semestre

Unidade Curricular – Estágio com Relatório

**Salvaguarda do sono do recém-nascido pré-termo
na unidade de cuidados neonatais
Plano da sessão de educação para a saúde**

Nádia José dos Anjos nº 8832

Docente Orientador:

Profª Doutora Maria Teresa Magão

Fevereiro 2020

Barreiro

ABREVIATURAS E SIGLAS

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

NREM – *non rapid eyes movement*

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

REM – *rapid eyes movement*

RN – Recém-nascido

RNPT – Recém-nascido Pré-termo

SNC – Sistema Nervoso Central

ÍNDICE

	Pág.
6. INTRODUÇÃO	5
7. FUNDAMENTAÇÃO	7
8. PLANEAMENTO	11
9. AVALIAÇÃO	13
10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	15

APÊNDICES

Apêndice 1 - Salvaguarda do sono do Recém-nascido Pré-termo na
Unidade de Cuidados Neonatais - Sessão de educação para a Saúde

Apêndice 2 - Cuidados de Enfermagem na Salvaguarda do Sono do
Recém-Nascido Pré-termo - Procedimento Sectorial

Apêndice 3 – Avaliação da qualidade da formação

10. Introdução

A realização desta formação surge no âmbito da unidade curricular de Estágio com Relatório, do 10º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediatria. A sua principal finalidade consiste em sensibilizar os enfermeiros Salvaguarda do sono do Recém-nascido Pré-termo na Unidade de Cuidados Neonatais.

Tendo em conta que a temática da salvaguarda do sono sempre foi um dos objetivos transversais aos diversos contextos de estágio, surgiu como necessidade dos profissionais de saúde, para aprofundar conhecimentos sobre a salvaguarda do sono no RNPT e a sua importância no desenvolvimento da criança.

Devido à imaturidade dos RNPT, os procedimentos realizados e todo o ambiente na UCIN, tais como o ruído, luminosidade, manipulações constantes e dor (associada à realização de procedimentos invasivos), o sono pode ser prejudicado e a sua interrupção e privação podem ter consequências negativas na recuperação da saúde do RNPT (Chora & Azougado, 2017). Desta forma, o RNPT sofre uma sobrecarga sensorial excessiva na sua imaturidade neurológica, sofrendo alterações no seu neurodesenvolvimento (Chora & Azougado, 2017).

O processo de diagnóstico da pertinência desta temática para o serviço teve duas etapas fulcrais. Numa primeira fase foi realizada uma auscultação sobre a pertinência deste tema com a enfermeira orientadora e a enfermeira chefe do serviço de pediatria. Neste sentido, foi identificada a necessidade relativamente às intervenções na salvaguarda do sono na UCIN, visto que era um dos problemas da unidade devido ao barulho constante. Numa segunda fase foi elaborada uma proposta de procedimento setorial sobre a “Cuidados de Enfermagem na Salvaguarda do Sono do RNPT” (Apêndice 2) e uma sessão de formação aos profissionais de saúde da unidade de neonatologia, sobre “salvaguarda do sono do RNPT” (Apêndice 1) abordando sobre a importância do sono, ciclo do sono, consequências da privação do sono e as intervenções dos enfermeiros para a salvaguarda do sono do RNPT na UCIN.

Será dividida em 4 momentos, iniciando-se com uma breve apresentação e introdução à temática, seguida da apresentação do procedimento setorial e por fim de uma conclusão que visará promover a interação e sintetizar os aspetos mais relevantes.

11. Fundamentação

O sono é essencial para o processo de aprendizagem a curto prazo, onde as memórias são consolidadas e armazenadas. Para além disso, permite o desenvolvimento dos sistemas neurossensorial e motor, da função imunológica, do crescimento assim como da plasticidade cerebral (Coughlin, 2017), permite a redução da utilização de produtos metabólicos nos outros órgãos, surgindo maior disponibilidade de nutrientes para o neurodesenvolvimento e para a cura de lesões (White, 2015). A preservação da plasticidade cerebral é essencial porque consiste na capacidade do cérebro para alterar constantemente a sua estrutura e função em resposta ao ambiente, sendo um processo essencial ao longo da infância e vida adulta (Altimier & Phillips, 2016).

O desenvolvimento de padrões de sono nos RNPT dependem da idade e da preservação do sono, sendo essencial para o neurodesenvolvimento, crescimento e a reparação cerebral destes RN. Estes, à semelhança da vida fetal apresentam períodos de sono ativo e calmo a partir de 25-27 semanas de idade gestacional, podendo dormir até 90% do seu tempo, ao contrário do RN de termo que dorme 70% do tempo (Barbeau & Weiss, 2017). Os períodos de sono calmo do RNPT são relativamente mais largos e apresentam estado de sono ativo com mais frequência (Gaíva et al., 2011).

De acordo com Khan, Raya, & Nunes (2009) nos RNPT o sono é dividido em sono ativo, sono calmo e sono indeterminado. O sono ativo, é compatível com o REM sendo essencial para a maturação e diferenciação do SNC, consolidação da memória e da aprendizagem e suporte no padrão comportamental, sendo caracterizado pelos rápidos movimentos oculares com alta atividade fisiológica, na qual o fluxo sanguíneo, juntamente com a oferta de oxigénio são maiores para o cérebro, sendo fundamental para o desenvolvimento do RNPT (Khan et al., 2009). O sono calmo, compatível com o sono NREM é o período de repouso, manutenção de energia, aumento da síntese de proteínas e libertação da hormona de crescimento.

Este período também é caracterizado por movimentos de sucção, sorrisos, caretas, tremores, a respiração e os batimentos cardíacos são

regulares e os movimentos oculares estão ausentes ou são regulares (Khan et al., 2009). O sono indeterminado existe quando nem o sono calmo, nem o agitado podem ser identificados (Khan et al., 2009).

Estímulos sensoriais, especialmente durante períodos críticos de desenvolvimento, podem influenciar a manutenção do ciclo sono-vigília (Altimier & Phillips, 2016), podendo fragmentar o sono ou mesmo provocar a sua privação, podendo resultar em alterações importantes no desenvolvimento do RNPT, sobretudo neurosensorial (Gaíva et al., 2011).

Num estudo realizado por Takahashi Maki et al. (2017) sobre “O efeito da manipulação sobre o sono do recém-nascido prematuro” identificou-se uma frequência de 2117 manipulações durante 24 horas, sendo a média de 176,4 ($\pm 37,9$) manipulações por RN. A média do tempo total de sono dos RNPT em 24 horas foi de 824,3 ($\pm 237,03$) minutos que corresponde a 57,2% do dia, ou seja, 13,7 horas.

Intervenções baseadas em evidência realizadas na UCIN que visa em apoiar e proteger o sono em parceria com os pais, melhoram o desenvolvimento e apresenta melhores resultados a longo prazo (Coughlin, 2017).

No sentido de reduzir o impacto negativo do ambiente nas Unidade de Cuidados Neonatais e promover o desenvolvimento adequado, houve a necessidade de criar estratégias destinadas a apoiar o cérebro em desenvolvimento (cuidados neuroprotetores) (Lockridge, 2015), que para além dos benefícios para a saúde também foram documentados uma menor duração de internamento assim como a redução dos custos hospitalares (Altimier & Phillips, 2016).

Os cuidados neuroprotetores consiste em estratégias capazes de prevenir a morte celular neuronal. São estratégias neuroprotetoras utilizadas para apoiar o cérebro em desenvolvimento ou para facilitar o cérebro após a lesão neuronal, de forma a diminuir a morte das células neuronais e permitir a sua cura, através do desenvolvimento de novas conexões para a sua funcionalidade (Altimier & Phillips, 2016).

Tendo por base os cuidados neuroprotetores, Altimier & Phillips (2016) desenvolveram o “Modelo Integrado de Cuidados Neonatais de Desenvolvimento: sete medidas centrais dos cuidados neuroprotetores do

desenvolvimento centrados na família” identificando sete medidas centrais que fornecem orientação clínica para os profissionais de saúde na prestação de cuidados ao RNPT e familiares na Unidade de Cuidados Neonatais. Cada medida central tem uma política ou protocolo que orienta o cuidado do RNPT/família, no entanto, todas as medidas centrais são interdependentes. São elas: ambiente terapêutico; parceria de cuidados; posicionamentos; minimizar a dor/stress; proteção da pele; otimização da nutrição e salvaguarda do sono (Altimier & Phillips, 2016).

A Salvaguarda do Sono enfatiza a multifacetada importância do sono para o RNPT na Unidade de Cuidados Neonatais. O sono tem uma função protetora sobre todos os seres vivos, permitindo a reparação e a recuperação dos tecidos após atividade. Para além disso, o sono é essencial para atingir a homeostase, para o desenvolvimento dos sistemas neurosensorial e motor, aprendizagem, memória, função imunológica, crescimento assim como para a plasticidade cerebral (Coughlin, 2017).

Assegurar cuidados neuroprotetores não coincide com prestação de cuidados de forma rotineira e eficiente, porque para garantir a eficácia destas estratégias de intervenção e uma boa evolução clínica no RNPT, o enfermeiro deve planear bem as atividades e os cuidados a prestar, respeitando o seu desenvolvimento. Quando estas intervenções são combinados com cuidados médicos e de enfermagem, os cuidados neuroprotetores são a melhor forma de promover resultados ótimos de neurodesenvolvimento. Por isso, é de extrema importância apostar na formação dos profissionais de saúde, alertar sobre os cuidados neuroprotetores e prestar cuidados pensados e individualizados.

Como o desconforto está bastante presente no dia-a-dia do RNPT, com todas as técnicas, procedimentos e ambiente ao qual está exposto, Kolcaba (2003, p.32-33) referencia os estudos de outras teóricas, nesta área do conforto como Gropper, Neves-Arruda, Larson e Meleis, pois relevam-no nas suas diferentes dimensões físicas, sociais, espirituais, fisiológicas e ambientais num âmbito transcultural, concluindo com os diversos estudos que as acções de conforto realizadas pelos enfermeiros e outros membros da equipa de cuidados de saúde, bem como a intenção de confortar, são importantes para que as intervenções sejam percebidas pelos doentes como medidas de conforto, que o conforto é um estado dinâmico e positivo que pode ser

aumentado se a equipa for para além do tratamento dos desconfortos, que as propriedades do conforto produzem melhores resultados para o paciente, que este deve aplicado individualmente e que as medidas de conforto deveram incorporar a sua natureza holística.

Kolcaba (2003, p.251) define Conforto como “(...) o nível imediato de estar fortalecido através de ter as necessidades humanas de alívio, tranquilidade e transcendência tratadas nos quatro contextos de experiência (físico, psico-espiritual, sociocultural e ambiental)”, como uma condição vivida pelas pessoas que recebem medidas de conforto, ou seja, é uma experiência imediata e holística fortalecida através da satisfação das necessidades de conforto no contexto duma experiência específica.

A Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba, considera o conforto como um resultado positivo e holístico importante para medir a eficácia das estratégias implementadas ao nível da prestação de cuidados de enfermagem (Kolcaba, 2001).

Na sua estrutura taxonómica do conforto, desenvolveu uma matriz onde descreve sumariamente os contextos onde ocorrem o conforto e o tipo/estado de conforto sentido (Kolcaba, 2001).

A estrutura taxonómica de conforto fornece um mapa do conteúdo do conforto de modo a que os futuros investigadores o possam usar para elaborarem os seus próprios instrumentos, sendo assim possível que os enfermeiros trabalhem em conformidade, utilizando a mesma linguagem, e com um objectivo comum que é a promoção do conforto ao doente (Kolcaba, 2001).

12. Planeamento

Tema: Salvaguarda do sono do Recém-nascido Pré-termo na Unidade de Cuidados Neonatais

Destinatários/População Alvo: Equipa de Enfermagem do Serviço de Pediatria

Data: 06 de Fevereiro de 2020

Horário da sessão: 14:30

Duração: 30 minutos

Local: Sala de Reuniões

Formadora: Nádía José dos Anjos, estudante do 10º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediatria, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Objetivo Geral:

- Sensibilizar a equipa de enfermagem para Salvaguarda do Sono no recém-nascido pré-termo na unidade cuidados neonatais.

Objetivos específicos:

- Descrever a importância do sono no Recém-nascido pré-termo;
- Descrever as consequências da fragmentação e privação do sono no recém-nascido pré-termo;
- Descrever as intervenções dos profissionais de saúde que visam a Salvaguarda do Sono do recém-nascido pré-termo na unidade de cuidados neonatais

Conteúdos	Métodos pedagógicos	Técnicas pedagógicas	Materiais/Recursos	Tempo (minutos)
Introdução Apresentação do tema e dos objetivos.	Expositivo	Exposição	<i>Power Point</i>	5
Desenvolvimento Apresentação e discussão da proposta de procedimento sectorial.	Expositivo Ativo Interrogativo	Exposição	<i>Power Point</i>	15
Conclusão - Partilha de sentimentos, opiniões e comentários. - Síntese dos principais aspetos e encerramento da sessão.	Expositivo	Exposição Discussão	<i>Power Point</i>	10

13. Avaliação da Sessão

Foi realizada a avaliação da sessão através da utilização de questionários com escala de posicionamento de 1 a 5 (correspondente à pontuação mais elevada). Desenvolvi uma grelha de avaliação da qualidade da formação para avaliação das formações em serviço, que se apresenta em seguida (Apêndice 3).

Após cada ação de formação, procedeu-se à avaliação das mesmas por parte dos pares, a fim de se conseguir compreender se os objetivos inicialmente propostos tinham sido atingidos.

A avaliação da sessão foi extremamente positiva, tendo todos os participantes (15) avaliado a mesma no item 5 (pontuação mais elevada), nos pontos 1 (Programa da Ação), ponto 3 (Atuação dos Formadores). No ponto 2, referente à avaliação das boas condições da sala de formação (Funcionamento da Ação), que foi classificado no item 3 por 4 enfermeiros.

A reflexão e discussão que emergiu da sessão foram extremamente produtivas, dando origem a várias sugestões para a melhoria dos cuidados. Reflectiu-se em conjunto sobre os motivos que se apresentam como obstáculos à implementação das intervenções de enfermagem para a salvaguarda do sono no RNPT, a par com o apresentado pela evidência científica. Foram analisadas situações concretas de cuidados em que ficou demonstrado que o recurso a estas estratégias se revelou benéfico.

Desta atividade emergiram algumas sugestões de melhoria dos cuidados de enfermagem, assumindo a equipa voluntariamente o compromisso consciente, quanto à implementação, mais frequente, consistente e sustentada das intervenções para a salvaguarda do sono. No final da sessão de formação no espaço aberto a dúvidas/sugestões.

Ao enfermeiro especialista compete ser facilitador de aprendizagens na sua área de especialidade, promovendo a formação e baseando as suas intervenções em evidência científica, atual e credível. Por outro lado, o EEESIP Considerando as especificidades e exigências desenvolvimentais das etapas desta fase do ciclo vital, deve desenvolver competência respondendo eficazmente promovendo a maximização do potencial de desenvolvimento desde a vinculação até à juventude, nomeadamente, promovendo o crescimento e o desenvolvimento infantil (Regulamento n.º 422/2018, 2018). Neste sentido, consideramos que a realização da presente atividade contribuiu não só para o desenvolvimento destas competências

como para o aprofundamento de conhecimentos e aprendizagens na equipa de enfermagem.

14. Referências Bibliográficas

- 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. **Doi:** <https://doi.org/10.1053/j.nainr.2016.09.030>
- Barbeau, D., & Weiss, M. (2017). Sleep Disturbances in Newborns. *Children*, 4(10), 90. **Doi:** <https://doi.org/10.3390/children4100090>
- Coughlin, M. (2017). *Trauma-Informed Care in the NICU*. New York: Springer Publishing Company.
- Gaíva, M., Marquesi, M., & Rosa, M. (2011). O sono do recém-nascido internado em unidade de terapia intensiva: cuidados de enfermagem. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 9(3), 602–609. **Doi:** <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v9i3.12561>
- Khan, R., Raya, J., & Nunes, M. (2009). Avaliação do estado comportamental durante o sono em recém-nascidos. *Journal of Epilepsy and Clinical Neurophysiology*, 15(1), 25–29. **Doi:** <https://doi.org/10.1590/s1676-26492009000100006>
- Kolcaba, K. (2001). Evolution of the mid range theory of comfort for outcomes research. *Nursing Outlook*, 49(2), 86–92. **Doi:** <https://doi.org/10.1067/mno.2001.110268>
- Kolcaba, K. (2013). Comfort Theory and Practice: A Vision for Holistic Health Care and Research. *Springer Publishing Company* (pp. 251).
- Lockridge, T. (2015). Neonatal Neuro-protective Best Practice Guidelines. Em *NICU Brain Sensitive Care Committee* (pp. 9–22).
- Regulamento n.º 422/2018 (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Ordem do Enfermeiros. Diário da República, 2ª Série (Nº 133 de 12-07-2018), 19192–

19194. ELI: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8733/infantil.pdf>

Takahashi, M., Orsi, K., Tsunemi, M., Hallinan, M., Pinheiro, E., & Avelar, A. (2017). O efeito da manipulação sobre o sono do recém-nascido prematuro. *Acta Paulista Enfermagem*, 30(305), 489–96489. **Doi:** <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700071>

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. **Doi:** <https://doi.org/10.1053/j.nainr.2015.06.012>

Apêndice 1 - Salvaguarda do sono do Recém-nascido Pré-termo na Unidade de Cuidados
Neonatais - Sessão de educação para a Saúde

ESEL
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

10º Mestrado em Enfermagem:
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria
Unidade Curricular – Estágio com Relatório



Salvaguarda do sono no Recém-nascido Pré-termo na Unidade de Cuidados Neonatais

Nádia José dos Anjos
nº 8832

Enfermeiro orientador:
EESIP [Redacted]
Docente:
Profª Doutora Teresa Magão

06 de Fevereiro de 2020

Índice

- Introdução
- Objetivos
- Importância do sono
- Ciclo do sono
- Consequência da Fragmentação e Privação do sono
- Modelo Integrado de Cuidados Neonatais de Desenvolvimento
- Revisão Scoping
- Intervenções que visam a Salvaguarda do Sono do recém-nascido pré-termo na unidade de cuidados neonatais
- Atividades
- Vídeo
- Referências Bibliográficas

Introdução

- Segundo a OMS (2018) os **recém-nascido pré-termo** são todos recém-nascidos nascidos antes de 37 semanas de gestação, sendo distinguidos dos Recém-nascido de termo pela sua imaturidade comportamental, de atenção, autorregulação e dos sistemas fisiológico e motor, sendo mais suscetíveis aos estímulos do meio ambiente (Gaíva, Marquesi, & Rosa, 2011).
- A **Salvaguarda do Sono** enfatiza a multifacetada importância do sono para o Recém-nascido Pré-termo na Unidade de Cuidados Neonatais (Altier & Phillips, 2016). O sono é uma necessidade biológica e vital, essencial ao crescimento, desenvolvimento e saúde da criança (Maia & Pinto, 2008).
- Estímulos sensoriais, especialmente durante períodos críticos de desenvolvimento, podem influenciar a manutenção do ciclo sono-vigília (Altier & Phillips, 2016), podendo fragmentar o sono ou mesmo provocar a sua privação, podendo resultar em alterações importantes no desenvolvimento do Recém-nascido Pré-termo sobretudo neurosensorial (Gaíva et al., 2011).

Objetivos

Objetivo Geral:

- Sensibilizar a equipa de enfermagem para Salvaguarda do Sono no recém-nascido pré-termo na unidade cuidados neonatais.

Objetivos específicos:

- Descrever a importância do sono no Recém-nascido pré-termo;
- Descrever as consequências da fragmentação e privação do sono no recém-nascido pré-termo;
- Descrever as intervenções dos profissionais de saúde que visam a Salvaguarda do Sono do recém-nascido pré-termo na unidade de cuidados neonatais

Importância do Sono

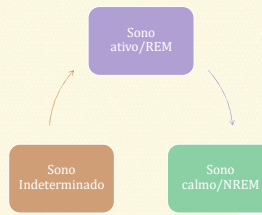
O sono tem uma função protetora sobre todos os seres vivos, permitindo a reparação e a recuperação dos tecidos após atividade (Coughlin, 2017).



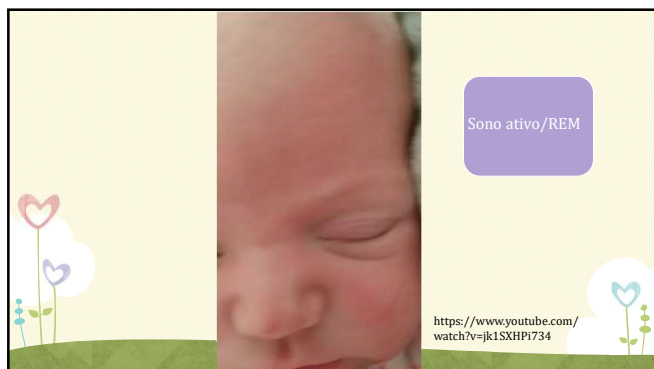
(Coughlin, 2017)

Ciclo do Sono

- À semelhança da vida fetal apresentam períodos de sono ativo e calmo a partir de 25-27 semanas de idade gestacional, podendo dormir até 90% (-/+ 21h) do seu tempo, ao contrário do Recém-nascido de termo que dorme 70% (+/- 16h) do tempo (Barbeau & Weiss, 2017).
- Os períodos de sono calmo do Recém-nascido Pré-termo são relativamente mais largos e apresentam estado de sono ativo com mais frequência (Gaíva et al., 2011).



(Khan et al., 2009).



Consequências da Fragmentação e Privação do sono

A Curto prazo

- Danos na cóclea, com perda da audição;
- Aumento da pressão intracraniana e predispondo a hemorragia craniana intraventricular;
- Aumenta o consumo de oxigênio e o consumo calórico provocando um atraso no ganho de peso (Galvão et al., 2011)
- Alterações do ritmo cardíaco;
- Apneia;
- Diminuição da saturação de oxigênio;
- Palidez;
- Aumento da tensão arterial;
- Aumento da frequência respiratória;
- Hiperextensão dos membros;
- Agitação;
- Choro e irritabilidade (Aurélio, 2009).

A longo prazo

- Desencadear ou exacerbar doenças psiquiátricas;
- Induzir a hiperexcitabilidade;
- Desenvolvimento neuromotor;
- Sonolência Diurna excessiva (Takahashi Maki et al., 2017).
- Alterações cognitivas;
- Aumento do risco para doenças asmáticas;
- Obesidade;
- Ansiedade;
- Depressão;
- Comprometimento comportamental e social (Filho et al., 2010).
- Dificuldades escolares. (Altinier & Phillips, 2016)

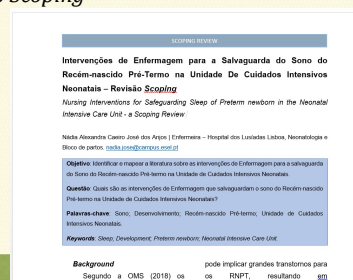
Modelo Integrado de Cuidados Neonatais de Desenvolvimento

- Identifica 7 medidas centrais que fornecem orientação clínica para os profissionais de saúde na prestação de cuidados neuroprotetores do desenvolvimento centrados na família para crianças e familiares na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais.

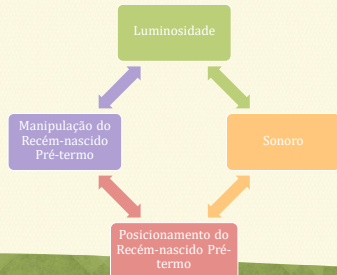
- Sendo elas: ambiente terapêutico; parceria de cuidados; posicionamentos; minimizar a dor/stress; proteção da pele; otimização da nutrição e salvaguarda do sono. (Altinier & Phillips, 2016).



Revisão Scoping



Intervenções que visam a Salvaguarda do Sono do recém-nascido pré-termo na unidade de cuidados neonatais



Intervenções que visam a Salvaguarda do Sono do recém-nascido pré-termo na unidade de cuidados neonatais

Luminosidade:

- Redução da Luminosidade (Luzes suaves; evitar luzes fortes diretamente no Recém-nascido Pré-termo) (Calciolari, G. & Montrossi, R., 2011; Galvão, M., Marquesi, M. & Rosa, M., 2010; Lockridge, T., 2007; Capó, M., 2016);
- Proporcionar períodos de claridade moderada para a maturação do desenvolvimento da retina e facilitar o ciclo dia-noite (Galvão, M., Marquesi, M. & Rosa, M., 2010);
- Utilizar capas protetoras sob a cúpula da incubadora (Calciolari, G. & Montrossi, R., 2011; Lockridge, T., 2007; Capó, M., 2016).



Intervenções que visam a Salvaguarda do Sono do recém-nascido pré-termo na unidade de cuidados neonatais

Sonoro:

- Reduzir o volume dos alarmes (Calciolari, G. & Montrosso, R., 2011; Galva, M., Marquesi, M. & Rosa, M., 2010; Lockridge, T., 2007; Capó, M., 2016);
- Evitar bater na incubadora (Galva, M., Marquesi, M. & Rosa, M., 2010; Lockridge, T., 2007);
- Solicitar os profissionais de saúde a utilizar um tom de voz baixo e calmo (Calciolari, G. & Montrosso, R., 2011; Galva, M., Marquesi, M. & Rosa, M., 2010; Lockridge, T., 2007; Capó, M., 2016);
- Evitar abrir embalagens e invólucros dentro da incubadora (Galva, M., Marquesi, M. & Rosa, M., 2010; Lockridge, T., 2007);
- Evitar colocar objetos em cima das incubadoras (Galva, M., Marquesi, M. & Rosa, M., 2010)

Intervenções que visam a Salvaguarda do Sono do recém-nascido pré-termo na unidade de cuidados neonatais

Sonoro:

- Evitar o uso de telemóveis na unidade colocando em modo de vibração (Lockridge, T., 2007; Capó, M., 2016);
- Desligar a televisão e rádio (Capó, M., 2016);
- Diminuir o volume do toque da unidade de telefone e impressoras (Capó, M., 2016);
- Recomenda-se espaço específico para profissionais, sala separada da unidade, para passar o turno (Capó, M., 2016);

Intervenções que visam a Salvaguarda do Sono do recém-nascido pré-termo na unidade de cuidados neonatais

Manipulação do Recém-Nascido Pré-termo:

- Planear as intervenções antecipadamente à manipulação do Recém-nascido Pré-termo (Galva, M., Marquesi, M. & Rosa, M., 2010);
- Agrupar as intervenções para que todos profissionais de saúde intervenientes manipulem o Recém-nascido Pré-termo no mesmo momento (Calciolari, G. & Montrosso, R., 2011; Lockridge, T., 2007);
- Incentivar o toque firme dos pais (Galva, M., Marquesi, M. & Rosa, M., 2010; Lockridge, T., 2007);

Intervenções que visam a Salvaguarda do Sono do recém-nascido pré-termo na unidade de cuidados neonatais

Manipulação do Recém-Nascido Pré-termo:

- Falar suavemente com o Recém-nascido Pré-termo antes de tocá-lo, e manipulá-lo de maneira suave e gradualmente, para que a transição do sono à vigília seja o menos abrupta possível (Galva, M., Marquesi, M. & Rosa, M., 2010);
- Respeitar o estado comportamental do Recém-nascido Pré-termo, caso esteja em sono calmo/NREM (dura cerca de 20 minutos), aguardar até que passe para o sono ativo/REM para acordá-lo (Galva, M., Marquesi, M. & Rosa, M., 2010);
- Avaliar o recém-nascido pré-termo a cada 6 horas, ou quando estiver acordado (Lockridge, T., 2007);

Intervenções que visam a Salvaguarda do Sono do recém-nascido pré-termo na unidade de cuidados neonatais

Posicionamento:

- Evitar mudanças súbitas de postura ou realizá-las com o Recém-nascido Pré-termo bem aconchegado, em flexão e com as mãos próximas à boca (Galva, M., Marquesi, M. & Rosa, M., 2010);
- Utilizar rolos maleáveis e "ninhos", conseguindo aplicar limites e suporte para o corpo, de forma a manter o equilíbrio entre contenção, exploração e autoorganização (Calciolari, G. & Montrosso, R., 2011);
- Fornecer cheiro da mãe com fralda de pano ou o "povo do amor" (de acordo com o projeto em execução na unidade) (Lockridge, T., 2007);



<https://observador.pt/2017/06/13/que-possibilidades-tem-o-novo-nascido-para-criar-um-ambiente-ideal-para-o-sono/>

Atividades

PROCEDIMENTO SETORIAL	
Cuidados de Enfermagem na Salvaguarda do Sono no Recém-Nascido Pré-termo	
TIPO DE ATIVIDADE	APRENDIZADO PÓS-CONCELEBRAR ADMINISTRATIVAÇÃO
1. OBJETIVO	• Promover a salvaguarda do sono no recém-nascido pré-termo (RNPT) respeitando os cuidados específicos; • Uniformizar os cuidados de enfermagem na salvaguarda do sono no RNPT; • Garantir a qualidade e continuidade dos cuidados de enfermagem; • Facilitar a integração dos novos profissionais de enfermagem.
2. ÂMBITO DE APLICAÇÃO	Equipa multidisciplinar da Unidade de Neonatologia do CHEM - HNR.
3. DISTRIBUIÇÃO	Publicado em Circular Informativa nº 100 / 2017
4. RESPONSABILIDADES	





Referências Bibliográficas

- 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. Doi: <https://doi.org/10.1053/j.nain.2016.09.030>
- Calciolari, G., & Montrossio, R. (2011). The sleep protection in the preterm infants. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 24(SUPPL. 1), 12–14. <https://doi.org/10.3109/14767058.2011.607563>
- Coughlin, M. (2017). *Trauma-Informed Care in the NICU*. New York: Springer Publishing Company.
- Capó, M. (2016). Intervenciones enfermeras sobre el ambiente físico de las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales. *Enfermería Intensiva*, 27(3), 96–111. <https://doi.org/10.1016/j.eni.2016.01.002>
- Filho, J., Galvão, V., Passos, L., Junior, D., Triselo, R., & Grosswasser, J. (2010). NIDCAP e Maturação do sono de Prematuros: uma solução aplicável nas UCIN? *Revista Saúde & Ciência*, 1(2), 101–105. Acedido em 23/05/2019. Disponível em: <http://www.uicg.edu.br/revistas/audencia/index.php/RSCUGG/article/view/14/17>
- Galva, M., Marquesi, M., & Rosa, M. (2011). O sono do recém-nascido internado em unidade de terapia intensiva: cuidados de enfermagem. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 9(3), 602–609. Doi: <https://doi.org/10.4025/scienciaciensaude.v9i3.12561>
- Khan, R., Raya, J., & Nunes, M. (2009). Avaliação do estado comportamental durante o sono em recém-nascidos. *Journal of Epilepsy and Clinical Neurophysiology*, 15(1), 25–29. Doi: <https://doi.org/10.1590/s1676-26492009000100006>
- Kleberg, A., Hellström-Westas, L., & Wikström, A. (2007). Mothers' perception of Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP) as compared to conventional care. *Early Human Development*, 83(6), 403–411. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2006.05.024>
- Lockridge, T. (2015). Neonatal Neuro-protective Best Practice Guidelines. Em *NICU Brain Sensitive Care Committee* (pp. 9–22).
- Lockridge, T. (2018). Neonatal Neuroprotection - Bringing Best Practice to the Bedside in the NICU. *MCN, The American Journal of Maternal/Child Nursing*, (April), 1. <https://doi.org/10.1097/j.mcn.00000000000000411>
- Takahashi, M., Ota, K., Tsunemi, M., Hollman, M., Pinheiro, E., & Avelar, A. (2017). O efeito da manipulação sobre o sono do recém-nascido prematuro. *Acta Paulista de Enfermagem*, 30(663), 469–469. Doi: <https://doi.org/10.5309/1982-0194201700071>

Apêndice 2 - Cuidados de Enfermagem na Salvaguarda do Sono do Recém-Nascido Pré-
termo - Procedimento Setorial

	PROCEDIMENTO SECTORIAL	
	Cuidados de Enfermagem na Salvaguarda do Sono do Recém-Nascido Pré-termo	

SÉRIE E DATA DE EDIÇÃO		
Nº E DATA DE REVISÃO	0	

APROVADO PELO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

1. OBJECTIVO

- Promover a salvaguarda do sono do recém-nascido pré-termo (RNPT) respeitando os cuidados neuroprotectores;
- Uniformizar os cuidados de enfermagem na salvaguarda do sono do RNPT.
- Garantir a qualidade e continuidade dos cuidados de enfermagem;
- Facilitar a integração dos novos profissionais de enfermagem.

2. ÂMBITO DE APLICAÇÃO

- Equipa multidisciplinar da Unidade de Neonatologia.

3. DISTRIBUIÇÃO

Publicado em Circular Informativa nº em __/__/__

4. RESPONSABILIDADES

4.1 Pela implementação do procedimento:

- Enfermeira Chefe do Serviço de Pediatria
- Diretora Clínica do Serviço de Pediatria

4.2 Pela revisão do procedimento:

Enfermeiros responsáveis pela elaboração da norma.

5. DEFINIÇÕES

RNPT - Segundo a OMS (2018) os RNPT são todos os Recém-Nascido (RN) nascidos antes de 37 semanas de gestação, sendo distinguidos dos RN de termo pela sua imaturidade comportamental, de atenção, autorregulação e dos sistemas fisiológico e motor, sendo mais suscetíveis aos estímulos do meio ambiente (Gaíva, Marquesi, & Rosa, 2011).

ELABORAÇÃO	VERIFICAÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO
Enfª Chefe EESIP Orientador	Serviço de Gestão da Qualidade	

	PROCEDIMENTO SECTORIAL	
	Cuidados de Enfermagem na Salvaguarda do Sono do Recém-Nascido Pré-termo	

Salvaguarda do Sono - A Salvaguarda do Sono enfatiza a multifacetada importância do sono para o RNPT na Unidade de Cuidados Neonatais(Altimier & Phillips, 2016). O sono tem uma função protetora sobre todos os seres vivos, permitindo a reparação e a recuperação dos tecidos após atividade. Para além disso, o sono é essencial para atingir a homeostase, para o desenvolvimento dos sistemas neurosensorial e motor, aprendizagem, memória, função imunológica, crescimento assim como para a plasticidade cerebral (Coughlin, 2017).

Cuidados neuroprotetores – consiste em estratégias capazes de prevenir a morte celular neuronal. São estratégias neuroprotetoras utilizadas para apoiar o cérebro em desenvolvimento ou para facilitar o cérebro após a lesão neuronal, de forma a diminuir a morte das células neuronais e permitir a sua cura, através do desenvolvimento de novas conexões para a sua funcionalidade (Altimier & Phillips, 2016).

6. SIGLAS E ABREVIATURAS

RN – Recém-Nascido;

RNPT – Recém-Nascido Pré-termo.

7. REFERÊNCIAS

- 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.
Doi: <https://doi.org/10.1053/j.nainr.2016.09.030>
- Calciolari, G., & Montiroso, R. (2011). The sleep protection in the preterm infants. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 24(SUPPL. 1), 12–14.
<https://doi.org/10.3109/14767058.2011.607563>
- Coughlin, M. (2017). *Trauma-Informed Care in the NICU*. New York: Springer Publishing Company.
- Capó, M. (2016). Intervenciones enfermeras sobre el ambiente físico de las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales. *Enfermería Intensiva*, 27(3), 96–111.
<https://doi.org/10.1016/j.enfi.2016.01.002>
- Filho, J., Galvão, V., Pessoa, L., Júnior, D., Tristão, R., & Grosswasser, J. (2010). NIDCAP e

	PROCEDIMENTO SECTORIAL	
	Cuidados de Enfermagem na Salvaguarda do Sono do Recém-Nascido Pré-termo	

Maturação do sono de Prematuros: uma solução aplicável nas UCIN? Revista Saúde & Ciência, 1(2), 101–105. Acedido em 23/05/2019. Disponível em: <http://www.ufcg.edu.br/revistasaudeeciencia/index.php/RSCUFCG/article/view/14/17>

Gaíva, M., Marquesi, M., & Rosa, M. (2011). O sono do recém-nascido internado em unidade de terapia intensiva: cuidados de enfermagem. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 9(3), 602–609. **Doi:** <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v9i3.12561>

Kleberg, A., Hellström-Westas, L., & Widström, A. (2007). Mothers' perception of Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP) as compared to conventional care. *Early Human Development*, 83(6), 403–411. **Doi:** <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2006.05.024>

Lockridge, T. (2015). Neonatal Neuro-protective Best Practice Guidelines. Em *NICU Brain Sensitive Care Committee* (pp. 9–22).

Lockridge, T. (2018). Neonatal Neuroprotection - Bringing Best Practice to the Bedside in the NICU. *MCN, The American Journal of Maternal/Child Nursing*, (April), 1. <https://doi.org/10.1097/nmc.0000000000000411>

Takahashi, M., Orsi, K., Tsunemi, M., Hallinan, M., Pinheiro, E., & Avelar, A. (2017). O efeito da manipulação sobre o sono do recém-nascido prematuro. *Acta Paulista Enfermagem*, 30(305), 489–96489. **Doi:** <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700071>

7. DESCRIÇÃO

Atualmente, pode considerar-se viável um RNPT a partir das 23 semanas, no entanto, o internamento prolongado na Unidade de Cuidados Neonatais pode implicar grandes transtornos para os RNPT, resultando em consequências a curto e a longo prazo (Altimier & Phillips, 2016), que podem prejudicar o seu neurodesenvolvimento (Kleberg, Hellström-Westas, & Widström, 2007), apresentando maior risco para problemas cognitivos, socio-emocionais, de saúde mental, do comportamento, fala-linguagem e dificuldades escolares (Altimier & Phillips, 2016).

No sentido de reduzir o impacto negativo do ambiente nas Unidade de Cuidados Neonatais e promover o desenvolvimento adequado, houve a necessidade de criar estratégias destinadas a apoiar o cérebro em desenvolvimento (cuidados neuroprotetores) (Lockridge, 2015), que para além dos benefícios para a saúde também foram documentados

	PROCEDIMENTO SECTORIAL	
	Cuidados de Enfermagem na Salvaguarda do Sono do Recém-Nascido Pré-termo	

uma menor duração de internamento assim como a redução dos custos hospitalares (Altimier & Phillips, 2016).

Tendo por base os cuidados neuroprotetores, Altimier & Phillips (2016) desenvolveram o “Modelo Integrado de Cuidados Neonatais de Desenvolvimento: sete medidas centrais dos cuidados neuroprotetores do desenvolvimento centrados na família” identificando sete medidas centrais que fornecem orientação clínica para os profissionais de saúde na prestação de cuidados ao RNPT e familiares na Unidade de Cuidados Neonatais. Cada medida central tem uma política ou protocolo que orienta o cuidado do RNPT/família, no entanto, todas as medidas centrais são interdependentes. São elas: ambiente terapêutico; parceria de cuidados; posicionamentos; minimizar a dor/stress; proteção da pele; otimização da nutrição e salvaguarda do sono (Altimier & Phillips, 2016).

A Salvaguarda do Sono enfatiza a multifacetada importância do sono para o RNPT na Unidade de Cuidados Neonatais. O sono tem uma função protetora sobre todos os seres vivos, permitindo a reparação e a recuperação dos tecidos após atividade. Para além disso, o sono é essencial para atingir a homeostase, para o desenvolvimento dos sistemas neurosensorial e motor, aprendizagem, memória, função imunológica, crescimento assim como para a plasticidade cerebral (Coughlin, 2017).

Estímulos sensoriais, especialmente durante períodos críticos de desenvolvimento, podem influenciar a manutenção do ciclo sono-vigília (Altimier & Phillips, 2016), podendo fragmentar o sono ou mesmo provocar a sua privação, podendo resultar em alterações importantes no desenvolvimento do RNPT, sobretudo neurosensorial (Gaíva et al., 2011). A curto prazo, a perturbação do sono no início da vida pode provocar danos na cóclea, com perda da audição, aumento da pressão intracraniana predispondo a hemorragia craniana intraventricular, assim como também aumenta o consumo de oxigénio e o consumo calórico provocando um atraso no ganho de peso (Gaíva et al., 2011). Aurélio (2009) refere que a fragmentação e privação de sono pode provocar stress ao RNPT, manifestando-se em alterações do ritmo cardíaco, apneia, diminuição da saturação de oxigénio, palidez, aumento da tensão arterial, aumento da frequência respiratória, náuseas e vômitos, hiperextensão dos membros, agitação, choro e irritabilidade.

A longo prazo a fragmentação e privação do sono, pode desencadear desconforto, provocando futuras alterações cognitivas, de atenção, aumento do risco para doenças asmáticas, obesidade, ansiedade, depressão, comprometimento comportamental e social (Filho et al., 2010), prejudicar o desenvolvimento neuromotor, induzir a hiperexcitabilidade,

	PROCEDIMENTO SECTORIAL	
	Cuidados de Enfermagem na Salvaguarda do Sono do Recém-Nascido Pré-termo	

desencadear ou exacerbar doenças psiquiátricas e provocar sonolência diurna excessiva (Takahashi Maki et al., 2017).

8. PROCEDIMENTO

- Proceder aos registos de enfermagem referentes ao à salvaguarda do sono do RNPT, de acordo com as intervenções sobre o sono:
 - Selecionar a intervenção avaliar Sono e preencher a escala.
 - Após o preenchimento da escala, verifica-se Sono comprometido. Carregar no *status* e selecionar as intervenções:
 - Avaliar sono: Onde se regista o número de horas que o RN dormiu e a sua qualidade;
 - Planear sono;
 - Executar técnica de relaxamento: Quais foram as intervenções realizada para a salvaguarda do sono (proteção e promoção);
 - A frequência do horário deve ser de 8/8h.

Luminosidade:

- Redução da Luminosidade (Luzes suaves; evitar luzes fortes diretamente no RNPT);
- Proporcionar períodos de claridade moderada para a maturação do desenvolvimento da retina e facilitar o ciclo dia-noite;
- Utilizar capas protetoras sob a cúpula da incubadora (Calciolari, G. & Montiroso, R., 2011; Gaíva, M., Marquesi, M. & Rosa, M., 2010; Lockridge, T., 2007; Capó, M., 2016);

Sonoro:

- Reduzir o volume dos alarmes;
- Não bater na incubadora;
- Solicitar os profissionais de saúde a utilizar um tom de voz e calmo;
- Não abrir embalagens e invólucros dentro da incubadora;
- Não colocar objetos em cima das incubadoras;
- Evitar o uso de telemóveis na unidade ou exercer o seu uso em vibração;
- Desligar a televisão e rádio;
- Diminuir o volume do toque de telefone e impressoras da unidade;

	PROCEDIMENTO SECTORIAL	
	Cuidados de Enfermagem na Salvaguarda do Sono do Recém-Nascido Pré-termo	

- Uso específico de espaços para profissionais, sala separada da unidade, para passar o turno (Calciolari, G. & Montiroso, R., 2011; Gaíva, M., Marquesi, M. & Rosa, M., 2010; Lockridge, T., 2007; Capó, M., 2016);

Manipulação do RNPT:

- Planejar as intervenções antes da à manipulação do RNPT;
- Agrupar as intervenções para que todos profissionais de saúde intervenientes manipulem o RNPT no mesmo momento;
- Falar suavemente com o RNPT antes de tocá-lo, e manipulá-lo de maneira suave e gradualmente, para que a transição do sono à vigília seja o menos abrupta possível;
- Respeitar o estado comportamental do RNPT, caso esteja em sono profundo (dura cerca de 20 minutos), aguardar até que passe para o sono leve para acordá-lo;
- Avaliar o RNPT a cada 6 horas, ou quando estiver acordado (tendo em conta a situação clínica do RNPT) (Calciolari, G. & Montiroso, R., 2011; Gaíva, M., Marquesi, M. & Rosa, M., 2010; Lockridge, T., 2007; Capó, M., 2016).

Posicionamento:

- Evitar mudanças súbitas de postura ou realizá-las com o RNPT bem aconchegado, em flexão e com as mãos próximas à boca;
- Utilizar rolos maleáveis e “ninhos”, conseguindo aplicar limites e suporte para o corpo, de forma a manter o equilíbrio entre contenção, exploração e auto-organização;
- Fornecer cheiro da mãe com fralda de pano ou o “polvo do amor” (de acordo com o projeto em execução na unidade) (Calciolari, G. & Montiroso, R., 2011; Gaíva, M., Marquesi, M. & Rosa, M., 2010; Lockridge, T., 2007; Capó, M., 2016).

Avaliação da Qualidade da Formação

Ação de Formação: Salvaguarda do Sono no Recém-Nascido Pré-termo na Unidade de Cuidados Neonatais

Formador: Nádia José dos Anjos

Nº de Horas: 30 minutos

Programa da Ação

Objetivos da Ação

Conteúdos da Ação

Utilidade dos conteúdos dos Módulos

Grau de Satisfação

Correspondência com expectativas

Escala: Min 1 – Max.
5

	1	2	3	4	5	
Confusos						Muito Claros
Inadequados						Totalmente adequados
Inaplicáveis						Totalmente aplicáveis
Insatisfeito						Totalmente satisfeito
Nada						Totalmente

Funcionamento da Ação

Motivação e participação

Relacionamento entre os Participantes

Instalações e equipamentos

Documentação ao dispor

Apoio técnico-administrativo

Escala: Min 1 – Max.
5

	1	2	3	4	5	
Ausente						Plena
Negativo						Muito positivo
Deficientes						Totalmente adequados
Inadequada						Totalmente adequada
Inexistente						Muito eficaz

Atuação dos Formadores

Domínio do assunto

Relação com os Participantes

Linguagem utilizada

Métodos em relação aos objetivos

Escala: Min 1 – Max.
5

	1	2	3	4	5	
Nada						Totalmente
Negativa						Muito positiva
Inadequada						Totalmente adequada
Inexistentes						Muito eficazes

Sugestões / Críticas

--

Data: ____/____/2020 O Formando _____

10º Mestrado em Enfermagem:

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

2ª Ano – 1º Semestre

Unidade Curricular – Estágio com Relatório

“Mamã e Papá, estou a dormir”

**Sensibilização para a salvaguarda do sono do recém-nascido pré-
termo**

Cartaz

Nádia José dos Anjos nº 8832

Docente Orientador:

Profª Doutora Maria Teresa Magão

Fevereiro 2020

Barreiro

Nota Introdutória

A realização deste cartaz surge no âmbito da unidade curricular de Estágio com Relatório, do 10º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediatria. A sua principal finalidade consiste em sensibilizar os pais sobre a Salvaguarda do sono do Recém-nascido Pré-termo na Unidade de Cuidados Neonatais

A estrutura fisiológica do sono varia de acordo com as etapas do desenvolvimento do ser humano que, no período neonatal, os factores externos podem influenciar o desenvolvimento específico da estrutura do sono e sua continuidade (Gaíva, Marquesi, & Rosa, 2011). Por esta razão, a interrupção do sono pode comprometer o funcionamento do organismo e produzir danos à saúde do Recém-nascido Pré-termo (Gaíva, Marquesi, & Rosa, 2011).

Todo o ambiente na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, como o ruído, a luminosidade, as manipulações constantes e a dor (associada à realização de procedimentos invasivos), pode prejudicar o sono, provocando a sua interrupção e privação. (Chora & Azougado, 2017).

Por esta razão, é essencial que os profissionais de enfermagem promovam o fortalecimento das relações entre o recém-nascido e a sua família, permitindo horário livre das visitas dos pais com permanência materna na unidade, pois favorecem o apego, estabelecimento do vínculo familiar promovendo também a parceria entre profissionais e as famílias (Gaíva, Marquesi, & Rosa, 2011).

A parceria entre profissionais e as famílias reduz o tempo de internamento e é benéfico para neurodesenvolvimento dos RNPT (Altimier, 2016). A filosofia dos Cuidados Centrados na família reconhece que a família é uma constante na vida da criança e que os sistemas de serviço e os profissionais de saúde devem apoiar, respeitar, encorajar e potenciar a força e as competências da família nos cuidados à sua criança (Winkelstein, 2008).

Mamã e Papá, estou a dormir

O sono é uma necessidade biológica e vital, essencial ao crescimento, desenvolvimento e saúde da criança

(Maia & Pinto, 2008).

Desliga os
telemóveis ou
coloca em
modo vibração

Não fales ao
telemóvel

Não me
acordes

Usa tom de
voz suave

Fecha as
portas da
minha
incubadora
devagar e sem
ruído

Mantém a
proteção da
luz da
incubadora

Podes tirar
fotos, mas sem
flash

Podes trazer
um boneco ou
uma fralda de
pano com o
vosso cheiro



Nádia José dos Anjos nº 8832
Aluna do 10º Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
nadia.jose@campus.esel.pt
Fevereiro de 2020

Bibliografia:

Calciolari, G., & Montiroso, R. (2011). The sleep protection in the preterm infants. Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine, 24(SUPPL. 1), 12–14. <https://doi.org/10.3109/14767058.2011.607563>;
Capó, M. (2016). Intervenciones enfermeras sobre el ambiente físico de las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales. Enfermería Intensiva, 27(3), 96–111. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2016.01.002>
Gaíva, M., Marquesi, M., & Rosa, M. (2011). O sono do recém-nascido internado em unidade de terapia intensiva: cuidados de enfermagem. Ciência, Cuidado e Saúde, 9(3), 602–609. Doi: <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v9i3.12561>;
Lockridge, T. (2018). Neonatal Neuroprotection - Bringing Best Practice to the Bedside in the NICU. MCN, The American Journal of Maternal/Child Nursing, (April), 1. <https://doi.org/10.1097/nmc.0000000000000411>;
Maia, I. & Pinto, F. (2008). Hábitos de sono. Nascer e Crescer, 17(1), 9–12.;

Enfermeiro Orientador:
EESIP [Redacted]

Enfermeira Chefe
Enfª [Redacted]

Professor Orientador:
Professora Doutora Maria Teresa Magão

Referências Bibliográficas e Bibliografia

- 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. **Doi:** <https://doi.org/10.1053/j.nainr.2016.09.030>
- Calciolari, G., & Montiroso, R. (2011). The sleep protection in the preterm infants. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 24(SUPPL. 1), 12–14. **Doi:** <https://doi.org/10.3109/14767058.2011.607563>;
- Capó, M. (2016). Intervenciones enfermeras sobre el ambiente físico de las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales. *Enfermeria Intensiva*, 27(3), 96–111. **Doi:** <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2016.01.002>
- Gaíva, M., Marquesi, M., & Rosa, M. (2011). O sono do recém-nascido internado em unidade de terapia intensiva: cuidados de enfermagem. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 9(3), 602–609. **Doi:** <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v9i3.12561>
- Lockridge, T. (2018). Neonatal Neuroprotection - Bringing Best Practice to the Bedside in the NICU. *MCN, The American Journal of Maternal/Child Nursing*, (April), 1. **Doi:** <https://doi.org/10.1097/nmc.0000000000000411>;
- Maia, I. & Pinto, F. (2008). Hábitos de sono. *Nascer e Crescer*, 17(1), 9–12.;
- Winkelstein, M. (2008). Perspectivas da Enfermagem Pediátrica. In M. Hockenberry, Wong - *Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. (pp. 10-11). Rio de Janeiro: Lusodidacta.

Intervenções de Enfermagem para a Salvaguarda do Sono do Recém-nascido Pré-Termo na Unidade De Cuidados Intensivos Neonatais – Revisão Scoping

Nursing Interventions for Safeguarding Sleep of Preterm newborn in the Neonatal Intensive Care Unit - a Scoping Review

Nádia Alexandra Caeiro José dos Anjos | Enfermeira – Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, Serviço de Pediatria, Unidade de Neonatologia. nadia.jose@campus.esel.pt

Objetivo: Identificar e mapear a literatura sobre as intervenções de Enfermagem para a salvaguarda do Sono do Recém-nascido Pré-termo na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais.

Questão: Quais são as intervenções de Enfermagem que salvaguardam o sono do Recém-nascido Pré-termo na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais?

Palavras-chave: Sono; Desenvolvimento; Recém-nascido Pré-termo; Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais.

Background

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2018) os Recém-nascidos Pré-termo (RNPT) são todos Recém-Nascidos (RN) nascidos antes de 37 semanas de gestação, sendo distinguidos dos RN de termo pela sua imaturidade comportamental, de atenção, autorregulação e dos sistemas fisiológico e motor, sendo mais suscetíveis aos estímulos do meio ambiente¹.

Devido ao desenvolvimento na área de saúde, o limite da idade gestacional viável dos RNPT tem vindo a aumentar. Atualmente, pode considerar-se viável um RN a partir das 23 semanas, no entanto, o internamento prolongado na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) pode implicar grandes transtornos para os RNPT, resultando em consequências a curto e a longo prazo².

Devido à imaturidade dos RNPT, os procedimentos realizados e todo o ambiente na UCIN, tais como o ruído, luminosidade, manipulações constantes e dor (associada à realização de procedimentos invasivos), o sono pode ser prejudicado e a sua interrupção e privação podem ter consequências negativas na recuperação da saúde do RNPT³.

Desta forma, o RNPT sofre uma sobrecarga sensorial excessiva na sua imaturidade neurológica, sofrendo alterações no seu neurodesenvolvimento³.

O sono é essencial para o processo de aprendizagem a curto prazo, onde as memórias são consolidadas e armazenadas. Para além disso, permite o desenvolvimento dos sistemas neurossensorial e motor, da função imunológica, do crescimento assim como da plasticidade cerebral⁴, permite a redução da utilização de produtos metabólicos nos outros órgãos, surgindo maior disponibilidade de nutrientes para o neurodesenvolvimento e para a cura de lesões⁵.

A preservação da plasticidade cerebral consiste na capacidade do cérebro para mudar constantemente a sua estrutura e função em resposta ao ambiente e a mudanças, sendo um processo essencial ao longo da infância e da vida adulta².

O desenvolvimento de padrões de sono nos RNPT dependem da idade e da preservação do sono, sendo essencial para o neurodesenvolvimento, crescimento e a reparação cerebral destes RN. Estes, à semelhança da vida fetal, apresentam períodos de sono ativo e calmo a partir de 25-27 semanas de idade gestacional, podendo dormir até 90% em 24 horas, ao contrário do RN de termo que dorme 70% do tempo⁶. Os períodos de sono tranquilo do RNPT são relativamente mais largos e apresentam estado de sono REM (Movimentos Oculares Rápidos) com mais frequência¹.

Nos RNPT o sono é dividido em sono ativo, sono calmo e sono indeterminado. O sono ativo, é compatível com o REM sendo essencial para a maturação e diferenciação do Sistema Nervoso Central (SNC), consolidação da memória e da aprendizagem e suporte no padrão comportamental, sendo caracterizado pelos rápidos movimentos oculares com alta atividade fisiológica, no qual o fluxo sanguíneo, juntamente com a oferta de oxigénio, são maiores para o cérebro, sendo fundamental para o desenvolvimento do RNPT⁷.

O sono calmo, compatível com o sono NREM (Ausência de Movimentos Oculares Rápidos) é o período de repouso, manutenção de energia, aumento da síntese de proteínas e libertação da hormona de crescimento⁷. Este período também é caracterizado pelos movimentos de sucção, sorrisos, caretas e tremores⁷. A respiração e os batimentos cardíacos são regulares e os movimentos oculares estão ausentes ou são regulares⁷.

O sono indeterminado existe quando nem o sono calmo, nem o agitado podem ser identificados⁷.

O padrão de sono vai alterando com crescimento e desenvolvimento do RN, devido às mudanças neurofisiológicas e de desenvolvimento nas estruturas do

SNC⁷. Ao longo do neurodesenvolvimento, a quantidade de sono ativo diminui e do sono calmo aumenta⁷.

Estímulos sensoriais, especialmente durante períodos críticos de desenvolvimento, podem influenciar a manutenção do ciclo sono-vigília², fragmentando o sono ou mesmo provocar a sua privação, o que pode resultar em alterações importantes no desenvolvimento do RNPT, sobretudo neurosensorial¹. A perturbação do sono no início da vida, pode desencadear desconforto, provocando futuras alterações cognitivas, de atenção, aumento do risco para doenças asmáticas, obesidade, ansiedade, depressão e comprometimento comportamental e social⁸.

Mahmoodi, Arbabisarjou, Rezaeipoor & Pishkar Mofrad (2015) citado por Coughlin (2017) relata que o conhecimento dos enfermeiros sobre o sono e os estados de sono-vigília são limitados e podem comprometer o desenvolvimento do cérebro neonatal na UCIN. Fornecer intervenções baseadas em evidências na UCIN, para apoiar e proteger o sono em parceria com os pais, melhora o desenvolvimento e apresenta melhores resultados a longo prazo⁴.

Não sendo possível assegurar a proteção do útero materno aos RNPT, o contato pele-a-pele fornece um antídoto incomparável⁹. O contato prolongado dos pais, o *stress* reduzido e o sono adequado podem ser promovidos pelo contato pele-a-pele, sendo aconselhável iniciar logo após o nascimento, frequentemente e enquanto o RNPT permanecer estável⁹.

Estima-se que apenas cerca de 5% do toque na UCIN seja destinado ao conforto. Desta forma, os pais podem oferecer cuidados sustentáveis e fornecer o contato pele-a-pele, de forma a compensar parte das intervenções negativas necessárias para a sobrevivência⁹. No entanto, quando o contato pele-a-pele não é aconselhável, o toque firme proporciona ao RNPT a sensação de segurança e conforto, através da diminuição do nível de atividade motora, sendo importante explicar aos pais que o toque leve e hesitante habitualmente não é bem tolerado, pois aumenta o nível de estimulação³.

Durante a manipulação do RNPT é aconselhável agrupar os cuidados prestados pelos profissionais de saúde de forma a coincidir com a hora da mamada, respeitando o período de sono do bebê. Assim, também como, nos posicionamentos, devem ser utilizados rolos maleáveis e “ninhos”, conseguindo aplicar limites e suporte para o corpo, de forma a manter o equilíbrio entre contenção, exploração e auto-organização³.

Quanto ao ruído, é aconselhável falar suavemente com o RNPT antes de tocá-lo e manipulá-lo de forma suave e gradualmente, para que a transição do sono à vigília seja menos abrupta possível¹⁴. Deve-se reduzir o volume dos alarmes, o tom de voz na comunicação entre os profissionais de saúde e familiares, evitar sons de telefones e telemóveis, evitar colocar objetos em cima das incubadoras, fechar portas de acesso à incubadora com o mínimo barulho possível, evitar bater na incubadora e abrir embalagens e invólucros no interior da incubadora¹⁰.

Na luminosidade, é aconselhável a colocação de panos de forma a cobrir as incubadoras, utilização de luzes mais suaves, evitar luzes mais fortes, sendo estas apenas utilizadas para a realização de procedimentos que exijam maior visibilidade¹⁵.

Esta Revisão *Scoping* é baseada na metodologia *Joanna Briggs Institute* para *Scoping Reviews*, com o objetivo de identificar e mapear a literatura sobre as Intervenções de Enfermagem para a Salvaguarda do Sono do Recém-nascido Pré-termo na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais. Mais especificamente, este estudo pretende dar resposta à questão: Quais são as intervenções de Enfermagem que salvaguardam o sono do Recém-nascido Pré-termo na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais?

A pesquisa foi efetuada na plataforma EBSCO, nas bases de dados CINAHL Plus with Full Text (via EBSCO) e MEDLINE with Full Text (via EBSCO), Cochrane Central Register of Controlled Trials (via EBSCO) e PubMed.

Critérios de Inclusão

Utilizando a estratégia *participants*, *concept* e *context* (PCC) este Protocolo de Revisão *Scoping* considerará:

Participantes

Os estudos em que o tipo de participantes (**P**) são todos os Recém-nascidos pré-termo, internados nas Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais.

Conceito

Os estudos que explorem sobre os conceitos (**C**) relacionados com as Intervenções de Enfermagem que Salvaguardam o Sono nos Recém-Nascidos Pré-termo.

Contexto

Todos os estudos desenvolvidos no contexto (C) de Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais.

Tipos de estudos

A revisão *scoping* incluirá todos os estudos de pesquisa quantitativa ou qualitativa, como também revisões sistemáticas, incluindo meta-análises ou meta-sínteses, em inglês, português e espanhol, desde 2009 a 2019.

Estratégia de pesquisa

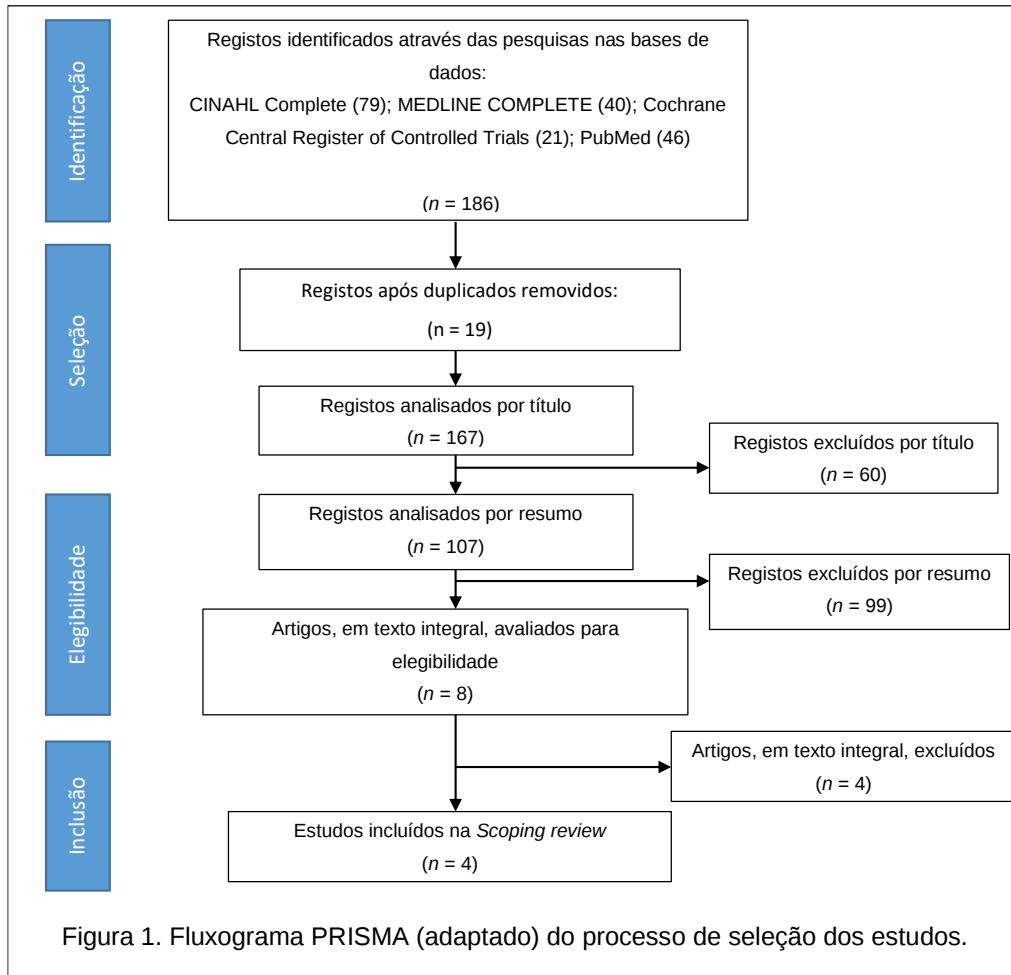
Pelo facto de serem consideradas as bases de dados de referência para artigos científicos relacionados com a saúde, para proceder à pesquisa e identificação dos estudos, serão utilizadas as bases de dados eletrónicas CINAHL Plus with Full Text (via EBSCO) e MEDLINE with Full Text (via EBSCO), Cochrane Central Register of Controlled Trials (via EBSCO) e PubMed. A pesquisa foi efetuada em três etapas, compreendendo a primeira etapa uma pesquisa nas bases de dados acima referidas. De seguida foi realizada a análise das palavras contidas no título e no resumo usadas na descrição dos artigos obtidos, e posteriormente a identificação dos termos de indexação. Foram efetuados vários testes para refinar a estratégia de pesquisa. Uma segunda pesquisa foi efetuada a partir de todas as palavras-chave e dos termos de indexação nas bases de dados eletrónicas CINAHL Plus with Full Text (via EBSCO), MEDLINE with Full Text (via EBSCO), Cochrane Central Register of Controlled Trials (via EBSCO) e PubMed. Na terceira pesquisa foram analisadas as referências bibliográficas dos achados anteriores e procurados outros estudos não publicados ou constituintes da literatura cinzenta.

As referências bibliográficas foram geridas pelo programa Mendeley® e os duplicados serão eliminados. Serão, de igual forma, eliminados os estudos que não contemplem os critérios de inclusão.

Os termos iniciais da pesquisa nas bases de dados eletrónicas CINAHL Plus with Full Text (via EBSCO) e MEDLINE with Full Text (via EBSCO), Cochrane Central Register of Controlled Trials (via EBSCO) e PubMed, poderão ser consultados no Apêndice 1.

Extração dos Resultados

O principal objetivo da extração dos resultados é obter uma leitura clara e lógica e um mapeamento dos conceitos que descrevem as Intervenções de Enfermagem para a Salvaguarda do Sono do Recém-nascido Pré-Termo.



Para registrar a informação obtida, tal como os autores, conceitos, intervenções e referências entre outros resultados relevantes para a questão da revisão *scoping*, foi produzida uma tabela (Apêndice 2).

Apresentação dos Resultados

Tal como apresentado na Figura 1, a pesquisa identificou 186 estudos potencialmente relevantes.

Destes, 19 foram excluídos por serem duplicados; dos restantes 167 estudos, 159 foram excluídos após avaliação do título e resumo; dos 8 restantes, 4 artigos foram excluídos por não cumprirem os critérios de inclusão, após leitura integral do texto. O primeiro estudo foi realizado na Itália, publicado em 2011 e é um artigo de revisão¹¹. O segundo estudo foi realizado no Brasil, publicado em 2010 e utilizou

uma metodologia de pesquisa bibliográfica, com abordagem qualitativa¹. O terceiro estudo foi realizado na Suécia, publicado em 2017 e é um desenho de pesquisa secundária, sendo um guia para a prática clínica¹². O quarto estudo foi publicado em Espanha, em 2016 e é uma revisão da literatura¹³. A Tabela 2 apresenta a resposta à questão de revisão apresentada por estudo.

Tabela 1 - Respostas à questão de revisão apresentada por estudo.

Estudo	Idade gestacional RNPT	Intervenções de Enfermagem
Calciolari, G. & Montirosso, R. (2011)	23 semanas a 36 semanas e 6 dias	- Incentivar ao canguru; - Reduzir o volume dos alarmes dos monitores; - Reduzir da luminosidade da UCIN; - Reduzir o tom de voz; - Evitar sons de telefones e telemóveis; - Utilizar capas protetoras sob a cúpula da incubadora; - Utilizar luzes suaves; - Evitar luzes fortes; - Utilizar a manipulação mínima; - Utilizar posicionamento decúbito ventral ou lateral; - Utilizar uso de almofadas para acondicionamento do prematuro, colocando a mão junto à boca do RNPT.
Gaíva, M., Marquesi, M. & Rosa, M. (2010)	23 a 25 semanas	- Reduzir o volume dos alarmes dos monitores; - Evitar bater na incubadora; - Reduzir da luminosidade da UCIN; - Reduzir tom de voz; - Incentivar o toque firme dos pais; - Evitar abrir embalagens e invólucros dentro da incubadora; - Evitar colocar objetos em cima das incubadoras; - Utilizar luzes suaves; - Evitar luzes fortes; - Planejar as intervenções anteriormente à manipulação do RNPT; - Falar suavemente com o bebé antes de tocá-lo, e manipulá-lo de maneira suave e gradualmente, para que a transição do sono à vigília seja o menos abrupta possível; - Evitar mudanças súbitas de postura ou realizá-las com o prematuro bem aconchegado, em flexão e com as mãos próximas à boca; - Respeitar o estado comportamental do prematuro, caso esteja em sono profundo (dura cerca de 20 minutos), aguardar até que passe para o sono leve para acordá-lo;

SCOPING REVIEW

		- Proporcionar períodos de claridade moderada para a maturação do desenvolvimento da retina e também para facilitar o ciclo dia-noite.
Lockridge, T. (2007)	23 semanas a 36 semanas e 6 dias	- Reduzir o volume dos alarmes dos monitores; - Evitar bater na incubadora; - Redução da luminosidade da UCIN; - Reduzir tom de voz; - Incentivar o toque firme dos pais; - Evitar abrir embalagens e invólucros dentro da incubadora; - Evitar sons de telefones e telemóveis; - Utilizar capas protetoras sob a cúpula da incubadora; - Utilizar luzes suaves; - Evitar luzes fortes; - Avaliar o RNPT a cada 6 horas, ou quando o RNPT estiver acordado; - Agrupar os cuidados, de forma a diminuir a manipulação ao RNPT; - Administrar a alimentação em horas regulares a cada 3 horas; - Agrupar a avaliação dos profissionais de saúde consoante os horários dos RNPT; - Fornecer o cheiro da mãe com a almofada ou pano macio.
Capó, M. (2016)	23 semanas a 36 semanas e 6 dias	- Reduzir o volume dos alarmes dos monitores; - Evitar bater na incubadora; - Redução da luminosidade; - Reduzir tom de voz; - Evitar sons de telefones e telemóveis; - Utilizar capas protetoras sob a cúpula da incubadora; - Utilizar luzes suaves; - Evitar luzes fortes; - Proibir o uso de telemóveis na unidade ou utilizar em modo vibração. - Remover ou desligar a televisão e rádio; - Diminuir o volume do toque dado telefone da unidade e das impressoras; - Recomenda-se espaços específicos para profissionais, em salas separadas da unidade, para passar o turno.

Interpretação dos Resultados

O objetivo desta *scoping review* consiste em identificar e mapear a literatura sobre as intervenções de Enfermagem para a Salvaguarda do Sono do Recém-nascido Pré-termo na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais.

Para dar resposta a este objetivo, quatro estudos secundários foram incluídos na revisão.

No primeiro estudo tem como objetivo identificar as melhores práticas para proteger e promover o sono infantil na UCIN¹¹. As intervenções de enfermagem aconselhadas, vão majoritariamente, ao encontro das intervenções selecionadas anteriormente para a extração de dados do estudo, incidindo-se na luminosidade e no ruído, sendo o único estudo a aconselhar o “canguru”. Sugere que a UCIN do futuro deve um ambiente adequado ao desenvolvimento para os RNPT, de forma a proteger o sono¹¹.

No segundo estudo tem como objetivo identificar na literatura a importância do sono para o crescimento e o desenvolvimento do recém-nascido internado na UCIN e oferecer subsídios para a prática de enfermagem, com base nas formulações da literatura estudada e na experiência profissional das autoras¹. Foram encontrados 15 artigos publicados em bases de dados, nove capítulos de livros, duas teses e um manual sobre a temática¹. Este estudo possibilitou identificar, na literatura latino-americana, a importância do sono para o crescimento e desenvolvimento do RN internado em UCIN, contribuindo para as intervenções de enfermagem com o objetivo de organizar e preservar o sono do RNPT¹. Neste sentido, sugerem maiores investimentos em estudos dessa temática, bem como na reorganização do trabalho nas UCIN, a partir da conscientização dos profissionais em relação à importância dos cuidados para desenvolvimento do RN¹.

O terceiro estudo tem como objetivo implementar um padrão de cuidados neuroprotetores neonatais. A partir de uma comissão multidisciplinar que pesquisou e desenvolveu orientações práticas identificando as intervenções com base nos cuidados neuroprotetores neonatais por base na evidência científica para reforçar a importância destas práticas¹². Através desta pesquisa, os autores do estudo desenvolveram intervenções que respeitem os cuidados neuroprotetores neonatais quanto à salvaguarda do sono, posicionamento e manipulação, proteção da pele, minimização da dor e *stress*, otimização da nutrição, parceria de cuidados e ambiente¹². Segundo este estudo, quando os cuidados médicos e de enfermagem são combinados e baseados em evidências, os cuidados neuroprotetores representam os melhores meios para facilitar o desenvolvimento e minimizar a morbidade dos RNPT¹².

O quarto estudo tem como objetivo analisar as intervenções de enfermagem sobre o ruído e iluminação e a sua influência no neurodesenvolvimento do RNPT na UCIN¹³. Dos 35 estudos mais utilizados são estudos descritivos quantitativos, com base na medição dos níveis de pressão sonora e iluminação nas UCIN¹³. Apesar de

existir uma ampla literatura sobre o assunto, os níveis de iluminação e ruído ainda excede os limites recomendados¹³. Por este motivo, é necessário aumentar e fortalecer o trabalho do enfermeiro nesse ambiente, de forma a influenciar positivamente o neurodesenvolvimento do RNPT¹³.

Limitações dos estudos

Embora a qualidade metodológica dos estudos incluídos não tenha sido realizada, uma vez que não é relevante para uma *scoping review*, algumas limitações devem ser mencionadas, de modo a fornecer informações para estudos futuros, primários ou revisões sistemáticas.

Evidencia-se que o segundo estudo, restringiu a sua busca à literatura latino-americana, limitando o acesso a outras produções internacionais¹. Por sua vez, no quarto estudo a idade gestacional dos RNPT é muito variada e concentram-se em apenas num hospital¹³.

Limitações da scoping review

Nesta revisão, incluímos apenas artigos publicados em inglês, português e espanhol. Assim, artigos publicados noutros idiomas também poderiam ter sido importantes para esta revisão.

Conclusão

Os resultados deste estudo permitiram a identificação das intervenções de enfermagem para a salvaguarda do sono do Recém-nascido Pré-Termo na Unidade De Cuidados Intensivos Neonatais.

Apesar da salvaguarda do sono ser imprescindível para o desenvolvimento do RNPT, são necessárias intervenções para sensibilização da equipa de enfermagem sobre o tema e para a disseminação do conhecimento sobre o sono no RNPT, com destaque para a utilização de intervenções de enfermagem que visam os cuidados neuroprotetores, com a implementação de documentos de uniformização de cuidados para todos os profissionais de saúde que favoreçam o desenvolvimento do RNPT.

Referências bibliográficas

1. Gaíva MAM, Marquesi MC, Rosa MK de O. O sono do recém-nascido internado em

- unidade de terapia intensiva: cuidados de enfermagem. *Ciência, Cuid e Saúde*. 2011;9(3):602–9.
2. Altimier L, Phillips R. The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Advanced Clinical Applications of the Seven Core Measures for Neuroprotective Family-centered Developmental Care. *Newborn Infant Nurs Rev* [Internet]. 2016;16(4):230–44. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1053/j.nainr.2016.09.030>
 3. Chora MA, Azougado C. Influência da Promoção do Sono no Desenvolvimento do Recém-Nascido Pré-Termo: Uma Revisão Narrativa. *Rev Ibero-Americana Saúde e Envelhec*. 2017;1(3):357.
 4. Coughlin M (National A of NN. Trauma-Informed Care in the NICU. New York: Springer Publishing Company; 2017.
 5. White RD. Neuroprotective Core Measure 4: Safeguarding Sleep - Its Value in Neuroprotection of the Newborn. *Newborn Infant Nurs Rev* [Internet]. 2015;15(3):114–5. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1053/j.nainr.2015.06.012>
 6. White RD, Barbeau DY, Weiss MD, Nunes ML, Kampff J de la PR, Sadeh A, et al. Sleep Disturbances in Newborns. *Children* [Internet]. 2017;4(3):90. Disponível em: <https://www.thoracic.org/patients/patient-resources/resources/sleep-in-infants.pdf>
 7. Khan RL, Raya J de la P, Nunes ML. Avaliação do estado comportamental durante o sono em recém-nascidos. *J Epilepsy Clin Neurophysiol*. 2009;15(1):25–9.
 8. Filho J, Galvão V, Pessoa L, Júnior D, Tristão R, Grosswasser J. NIDCAP e Maturação do sono de Prematuros: uma solução aplicável nas UCIN? *Rev Saúde Ciência* [Internet]. 2010;1(2):101–5. Disponível em: <http://www.ufcg.edu.br/revistasadeencia/index.php/RSC-UFCEG/article/view/14/17>
 9. Lockridge T (Swedish MC. Neonatal Neuro-protective Best Practice Guidelines. Em: NICU Brain Sensitive Care Committee. 2015. p. 9–22.
 10. Brown G. NICU Noise and the Preterm Infant. *Neonatal Netw*. 2009;28(Maio/Junho):165–73.
 11. Calciolari G, Montiroso R. The sleep protection in the preterm infants. *J Matern Neonatal Med*. 2011;24(SUPPL. 1):12–4.
 12. Lockridge T. Neonatal Neuroprotection - Bringing Best Practice to the Bedside in the NICU. *MCN, Am J Matern Nurs*. 2018;(April):1.
 13. Capó M. Intervenciones enfermeras sobre el ambiente físico de las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales. *Enferm Intensiva* [Internet]. 2016;27(3):96–111. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfi.2016.01.002>
 14. Tamez N, Silva M. *Enfermagem na UTI neonatal*. 3rd ed. Rio de Janeiro: Grupo Gen - Guanabara Koogan; 2006.
 15. Bloch H, Lequien P, Provasi J. *A criança prematura*. Lisboa: Instituto Piaget; 2016

**Apêndice 1 – Pesquisa dos estudos nas bases de dados eletrônicas
CINAHL Plus with Full Text (via EBSCO), MEDLINE with Full Text (via EBSCO),
Cochrane Central Register of Controlled Trials (via EBSCO) e PubMed.**



Monday, July 22, 2019 1:57:28 PM

#	Consulta	Limitadores / Expansores	Última Execução Por	Resultados
S10	S1 AND S2 AND S7	Limitadores - Data de Publicação: 20090101- 20191231 Restringir por Language: - spanish Restringir por Language: - portuguese Restringir por Language: - english Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	76
S9	S1 AND S2 AND S7	Limitadores - Data de Publicação: 20090101- 20191231 Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	78
S8	S1 AND S2 AND S7	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	129
S7	S3 OR S4 OR S5 OR S6	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	23,645
S6	"neuroprotective care"	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	10
S5	"Safeguarding Sleep"	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada	6

			Base de dados - CINAHL Complete	
S4	(MH "Nursing Interventions")	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	7,469
S3	(MH "Sleep")	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	16,261
S2	(MH "Intensive Care Units, Neonatal")	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	11,726
S1	(MH "Infant, Premature")	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	19,939

MEU



Monday, July 22, 2019 2:03:44 PM

#	Consulta	Limitadores / Expansores	Última Execução Por	Resultados
S10	S1 AND S2 AND S7	Limitadores - Data de Publicação: 20090101- 20191231 Restringir por Language: - portuguese Restringir por Language: - english Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	37
S9	S1 AND S2 AND S7	Limitadores - Data de Publicação: 20090101- 20191231 Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	38
S8	S1 AND S2 AND S7	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	80
S7	S3 OR S4 OR S5 OR S6	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	82,273
S6	"neuroprotective care"	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	10
S5	(MH "Nursing Care")	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	29,162

S4	"nursing interventions"	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	4,219
S3	(MH "Sleep")	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	49,257
S2	(MH "Intensive Care Units, Neonatal")	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	13,457
S1	(MH "Infant, Premature")	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	51,146

MEU



Friday, January 10, 2020 1:12:44 PM

#	Consulta	Limitadores / Expansores	Última Execução Por	Resultados
S9	S1 AND S2 AND S7	Limitadores - Data de Publicação: 20090101-20191231 Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Cochrane Central Register of Controlled Trials	37
S8	S1 AND S2 AND S7	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Cochrane Central Register of Controlled Trials	61
S7	S3 OR S4 OR S5 OR S6	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Cochrane Central Register of Controlled Trials	38,072
S6	neuroprotective care	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Cochrane Central Register of Controlled Trials	2
S5	nursing care	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Cochrane Central Register of Controlled Trials	2,031
S4	Nursing Interventions	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada	1,571

			Base de dados - Cochrane Central Register of Controlled Trials	
S3	sleep	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Cochrane Central Register of Controlled Trials	34,816
S2	neonatal intensive care unit	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Cochrane Central Register of Controlled Trials	2,606
S1	premature	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - Cochrane Central Register of Controlled Trials	16,151

PubMed ▼

(((("premature"[Title/Abstract]) AND "neonatal intensive care unit"[Title/Abstract]) AND "sleep"[Title/Abstract]) OR "nursing interventions"[Title/Abstract]) OR "neuroprotective"[Title/Abstract] AND ((Clinical Trial[ptyp] OR Review[ptyp] OR Journal Article[ptyp]) AND "loattrfull text"[sb] AND "2010/01/13"[PDat] : "2020/01/10"[PDat] AND "humans"[MeSH Terms] AND (Portuguese[lang] OR English[lang]) AND "infant, newborn"[MeSH Terms])

Filters activated: Clinical Trial, Review, Journal Article, Full text, published in the last 10 years, Humans, Portuguese, English, Newborn: birth-1 month. [Clear all](#)

Search Details

Query Translation:

(((("premature"[Title/Abstract] AND "neonatal intensive care unit"[Title/Abstract]) AND "sleep"[Title/Abstract]) OR "nursing interventions"[Title/Abstract]) OR "neuroprotective"[Title/Abstract] AND ((Clinical Trial[ptyp] OR Review[ptyp] OR Journal Article[ptyp]) AND "loattrfull text"[sb] AND "2010/01/13"[PDat] : "2020/01/10"[PDat] AND "humans"[MeSH Terms] AND (Portuguese[lang] OR English[lang]) AND "infant, newborn"[MeSH Terms])

Search

URL

Result:

46

Translations:

full text[sb]	"loattrfull text"[sb]
Humans[Mesh]	"humans"[MeSH Terms]
infant, newborn[MeSH]	"infant, newborn"[MeSH Terms]

Database:

PubMed

User query:

(((("premature"[Title/Abstract]) AND "neonatal intensive care unit"[Title/Abstract]) AND "sleep"[Title/Abstract]) OR "nursing interventions"[Title/Abstract]) OR "neuroprotective"[Title/Abstract] AND ((Clinical Trial[ptyp] OR Review[ptyp] OR Journal Article[ptyp]) AND full text[sb] AND "last 10 years"[PDat] AND Humans[Mesh] AND (Portuguese[lang] OR English[lang]) AND infant, newborn[MeSH])

Apêndice 2 - Instrumento de extração de dados.

Título de Revisão

Intervenções de Enfermagem para a Salvaguarda do Sono do Recém-nascido Pré-Termo na Unidade De Cuidados Intensivos Neonatais – Revisão *Scoping*

Questão de Revisão

Quais são as intervenções de Enfermagem que salvaguardam o sono do Recém-nascido Pré-termo na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais?

Critérios de Inclusão (PCC)

- **População:** Recém-Nascidos Pré-termo;
- **Conceito:** Intervenções de Enfermagem que Salvaguardam o Sono nos Recém-Nascidos Pré-termo.
- **Contexto:** Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais.

Extração de dados do estudo

- Autores: _____
- Título: _____
- Ano de Publicação: _____
- País de Origem: _____
- Tipologia do estudo: _____
- Objetivos do estudo: _____
- Contexto clínico: _____
- Idade gestacional prematuro: ☐ 23 s ☐ 24 s ☐ 25 s ☐ 26 s ☐ 27 s ☐ 28 s
☐ 29 s ☐ 30 s ☐ 31 s ☐ 32 s ☐ 33 s ☐ 34 s ☐ 35 s ☐ 36 s ☐ 36 s + 6 d
- Intervenções de Enfermagem:
 - ☐ Contato pele-a-pele (Canguru) ☐ Reduzir o volume dos alarmes ☐ Evitar bater na incubadora
 - ☐ Redução da Luminosidade ☐ Reduzir tom de voz ☐ Incentivar o Toque firme dos pais
 - ☐ Evitar abrir embalagens e invólucros dentro da incubadora ☐ evitar sons de telefones e telemóveis
 - ☐ Colocação de panos para cobrir incubadora ☐ Evitar colocar objetos em cima das incubadoras
 - ☐ Luzes suaves ☐ Evitar luzes fortes
 - ☐ Outras intervenções: _____.
- Conceitos com significado para a questão de revisão:
_____.

Apêndice 3 - Grelha de síntese para a questão.

Grelha de síntese para a questão: Quais são as intervenções de Enfermagem que salvaguardam o sono do Recém-nascido Pré-termo na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais?

Estudo	Idade gestacional RNPT	Intervenções de Enfermagem

