



**Politécnico  
de Viseu**

Escola Superior  
de Saúde de Viseu

# **PROMOÇÃO DO SONO NA CRIANÇA HOSPITALIZADA**

Ana Cláudia Carvalho Barbosa

Janeiro, 2022





**Politécnico  
de Viseu**

Escola Superior  
de Saúde de Viseu

# **PROMOÇÃO DO SONO NA CRIANÇA HOSPITALIZADA**

Ana Cláudia Carvalho Barbosa

**Estágio com Relatório Final**

7º Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Trabalho realizado sob a orientação de:

Professora Doutora Maria Isabel Bica Carvalho Costa

Janeiro, 2022



*“Nã há dor que o sono nã consiga vencer.”*

Honoré de Balzac



## **Agradecimentos**

Ao meu namorado, pela compreensão em todo o tempo “ausente”, por ser o melhor ouvinte e me apoiar incondicionalmente.

À minha mãe, por viver as minhas angústias e ser o meu colo.

Aos familiares e amigos pelo apoio e carinho nos momentos de dificuldade e por me lembrarem que o melhor caminho nem sempre é o mais fácil.

À equipa de enfermagem com quem trabalho diariamente, por toda a compreensão e motivação ao longo deste percurso.

Aos meus colegas de profissão que me receberam nas variadas equipas por onde passei, partilharam o seu conhecimento sobre o cuidar e permitiram o meu crescimento profissional.

À professora Doutora Isabel Bica, que orientou este percurso e partilhou a sua sabedoria.

Ao Professor Mauro Mota pela disponibilidade e contributo.

Às crianças e famílias de quem cuido, são o motivo da procura constante pelo melhor.

A todos que direta e indiretamente me apoiaram neste percurso.



## Resumo

**Introdução:** A qualidade do sono é essencial para o bem-estar da criança e influenciador na recuperação e funcionamento do organismo. A nível hospitalar, é reconhecido o impacto que o internamento tem na criança/adolescente e família e num conjunto de atividades de vida, nomeadamente no sono. Durante a hospitalização da criança, um elevado número de fatores que interrompem o sono surge de causas externas que são potencialmente modificáveis. E como tal, durante o percurso formativo, foi imperioso pesquisar medidas que sejam adotadas no sentido de minimizar este impacto.

**Objetivos:** Descrever as atividades realizadas nos diversos contextos de estágio; refletir sobre as práticas com vista ao desenvolvimento de competências comuns e específicas de enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica e mapear as intervenções não farmacológicas realizadas para a promoção do sono em crianças hospitalizadas com recurso a uma revisão *scoping*

**Metodologia:** Os contextos de estágio e a aquisição de competências do EESIP são apresentadas sobre o método descritivo e reflexivo. Por outro lado, e no sentido de mapear os estudos existente sobre a promoção do sono da criança hospitalizada, foi realizada uma revisão *scoping* através do método proposto pela *Joanna Briggs Institute*, com pesquisa em bases de dados Pubmed, CINAHL e B-on e respeitando os critérios de inclusão e exclusão previamente definidos. A seleção dos estudos, a extração e síntese dos dados foram realizadas por dois revisores independentes.

**Resultados:** O estudo revela que as intervenções não farmacológicas para a promoção do sono nas crianças hospitalizadas foram a massagem, a musicoterapia e o conto de histórias. A massagem aumentou número de minutos de sono nos adolescentes que a receberam. A aplicação de musica clássica aumentou a duração do sono diária e promoveu a indução do sono das crianças. A musicoterapia e o conto de histórias foram efetivos no tratamento de distúrbios do sono em crianças hospitalizadas. Nos cinco estudos incluídos na revisão ainda se apontaram os fatores que provocam distúrbios do sono, nomeadamente, o ruído, a luminosidade e prestação de cuidados pelos profissionais de saúde.

**Conclusão:** A alteração que o sono apresenta é, portanto, uma problemática no contexto da criança hospitalizada e, este problema, exige a implementação de medidas que o minimizem. Os resultados revelaram que as intervenções não farmacológicas mostraram benefícios na minimização de distúrbios de sono aquando a hospitalização da criança. Estes resultados têm implicações clínicas prováveis, pelo que as instituições e os Enfermeiros Especialistas em Saúde Infantil e Pediátrica devem adotar medidas nas suas práticas e rotinas que promovam o sono e, consequentemente, o bem-estar e a recuperação destas crianças.

**Palavras-Chave:** Criança, sono, estratégia não farmacológica, hospitalização



## **Abstract**

**Introduction:** The quality of sleep is essential for the child's well-being and influences the body's recovery and functioning. At hospital level, it is recognised the impact that hospitalisation has in the child/adolescent and family and on a set of life activities, namely the slumber. During the child's hospitalisation, a huge number of factors that interrupt sleep arise from external causes that are potentially changeable. Thus, during the formative journey, it was imperative to research which measures could be adopted to minimize this impact.

**Objectives:** To describe the activities carried out in the different internship settings; to reflect on the practices with a view to the development of common and specific skills of specialist nurses in child health and pediatrics and to map the non-pharmacological interventions performed for the promotion of sleep in hospitalized children using a scoping review.

**Methodology:** Descriptive and reflective of the activities accomplished in the different clinical training contexts; to reflect on the practices aimed at developing common and specific skills of nurse specialist in child and paediatric health on the course developed within the Specialized practice and scoping review according to the Joanna Briggs Institute's method. An initial research will be conducted in PubMed, CINAHL e B-on, followed by a second research for published and unpublished studies from 2015 to 2021 in the main electronic databases related to healthcare, according to the previously defined inclusion criteria. Study selection, data extraction, and data synthesis were performed by two independent reviewers.

**Results:** The study reveals that the non-pharmacological interventions for promoting sleep in hospitalized children were massage, music therapy, and storytelling. Massage increased the number of minutes of sleep in the adolescents who received it. The application of classical music increased daily sleep duration and promoted sleep induction in children. Music therapy and storytelling were effective in treating sleep disorders in hospitalized children. The five studies included in the review also pointed out the factors that cause sleep disorders, namely noise, luminosity and care provided by health professionals.

**Conclusion:** Sleep disturbances are, therefore, a problematic issue in the context of hospitalized children, and this problem requires the implementation of measures to minimize them. The results revealed that non-pharmacological interventions showed benefits in minimizing sleep disturbances during the child's hospitalization. These results have probable clinical implications, so institutions and Nurse Specialists in Child Health and Paediatrics should adopt measures in their practices and routines that promote sleep and, consequently, the well-being and recovery of these children.

**Keywords:** child, sleep, non-pharmacological strategy, hospitalisation



## **Sumário**

### **Lista de Tabelas**

### **Lista de Figuras**

### **Lista de Abreviaturas/Acrónimos**

### **Introdução.....21**

## **PARTE 1 - Percurso Formativo - Estágio**

### **1. Percurso Formativo de aquisição de competências de Enfermeiro Especialista.....27**

#### 1.1. Contextualização do desenvolvimento de estágio.....26

#### 1.2. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.....29

#### 1.3. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica....42

## **PARTE 2 –Estudo Empírico**

### **2. Enquadramento teórico.....61**

#### 2.1. Metodologia.....71

#### 2.2. Resultados.....76

#### 2.3. Discussão.....80

#### 2.4. Conclusão .....84

### **Considerações Finais.....87**

### **Referências Bibliográficas.....91**

## **Anexos**

### **Anexo I.....107**

### **Anexo II.....108**

### **Anexo III.....109**



## **Lista de tabelas**

**Tabela 1-** Estratégia PCC para elaboração da questão de Investigação

**Tabela 2 -** Síntese dos critérios de inclusão e exclusão dos estudos

**Tabela 3-** Estratégia de pesquisa por base de dados

**Tabela 4-** Características dos estudos incluídos na revisão

**Tabela 5-** Resultados principais



## **Lista de Figuras**

**Figura 1-** *Flowchart* da seleção e processo de inclusão de estudos

**Figura 2-** Fatores dificultadores e promotores do sono na criança hospitalizada



## **Lista de Abreviaturas/Acrónimos**

ACES- Agrupamentos de Centros de Saúde  
CIPE- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem  
CPAP- Continuous Positive Airway Pressure  
CSP- Cuidados de Saúde Primários  
DGS- Direção geral da Saúde  
EE- Enfermeiro Especialista  
EEG- Eletroencefalograma  
EESIP- Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica  
ICN- International Council of Nurses  
NREM- *NoRapid Eyes Movement*  
OE- Ordem dos Enfermeiros  
OMS - Organização Mundial da Saúde  
PNV- Plano Nacional de Vacinação  
PRISMA – *Preferred Reported Items for Systematic Reviews Statement*  
PRIMAS-ScR- PRISMA- Scoping Reviews  
REM- *Rapid Eyes Movement*  
RN- Recém-Nascido  
SISCI - Sistema de Infusão Subcutânea Contínua de Insulina  
SNS- Serviço Nacional de Saúde  
SPN- Sociedade Portuguesa de Neonatologia  
SPP- Sociedade Portuguesa de Pediatria  
SPS- Sociedade Portuguesa do Sono  
UCIN- Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais  
USF- Unidade de Saúde Familiar



## **Introdução**

Este relatório surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório Final: Estágio de Saúde Infantil e Familiar, de Pediatria e de Neonatologia, com a duração de 750 horas no global, integrada no plano de estudos do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Saúde de Viseu.

O presente relatório tem como propósito documentar o percurso realizado durante esta unidade curricular e encontra-se dividido em duas partes, sendo a primeira, Parte I- Estágio, dedicada à descrição do percurso formativo e a segunda parte, realizada em paralelo, referente à elaboração de uma revisão *scoping* (Parte II- Estudo Empírico).

A primeira parte assume uma componente de relatório das atividades desenvolvidas ao longo do percurso formativo sendo que, inicialmente serão apresentados os diferentes contextos de estágio onde o mesmo decorreu: internamento de Pediatria, Unidade de Saúde Familiar e unidade de Neonatologia. Cujos principais objetivos são:

- Descrever as atividades realizadas nos diversos contextos de estágio
- Refletir sobre as práticas com vista ao desenvolvimento de competências comuns e específicas de enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica.

Peixoto e Peixoto (2016), referem que a importância pedagógica da reflexão em contexto prático cresce, na medida em que se entende que, através da reflexão, o estudante de enfermagem desenvolve uma nova aprendizagem, resultante de um processo organizado e experiencial, onde se realça o valor da experiência para a aprendizagem.

Ao longo deste percurso formativo surgiu a necessidade de investir e investigar sobre uma área que tem vindo a suscitar interesse durante a prática clínica, sendo o sono infantil e a forma como ele é afetado pela hospitalização da criança o tema eleito

O sono é crucial no desenvolvimento das crianças e exerce um papel fundamental no desenvolvimento cerebral das mesmas. Nos primeiros dois anos de vida, a criança passa cerca de dez mil horas a dormir e apenas sete mil horas acordada, permitindo o rápido desenvolvimento cerebral (Vecchi, 2020). Assim, e segundo Cordeiro (2010) sabe-se que: (...) não dormir o suficiente conduz, mais cedo ou mais tarde, a uma diminuição da concentração e a irritabilidade, com aumento da ansiedade e risco de depressão.

Vários são os fatores causadores de distúrbios do sono e repouso em idades pediátricas, nomeadamente os horários escolares e o ambiente socioeconómico. No entanto, existem outros

fatores menos evidentes e igualmente importantes como o caso da hospitalização da criança. O internamento pediátrico constitui um fator precipitante de distúrbios de sono e o seu efeito faz-se sentir ainda no primeiro dia de internamento hospitalar (Anggerainy et al., 2019). Durante a hospitalização, causas físicas, psicológicas e ambientais poderão estar na génese da degradação da qualidade do sono e contribuem para o desenvolvimento e exacerbação de problemas de saúde em crianças e adolescentes medicamente comprometidos. Os principais fatores apontados como fragmentadores do sono da criança hospitalizada são o ruído, a luminosidade, a administração de fármacos pelos profissionais de saúde, entre outros (Linder, 2012; Vecchi, 2020).

No decorrer dos estágios constatou-se este problema, muitas das vezes verbalizado por pais/cuidadores, que referem que o sono das crianças durante a hospitalização não é tão duradouro, não é tão reparador e aparentemente não é tão profundo como no domicílio. Estas alterações do sono surgem em crianças que apresentam um padrão de sono regular no domicílio e cujo diagnóstico de internamento não constitui uma causa para o surgimento de dificuldades no sono. Como tal, uma baixa qualidade do sono tem manifestações nos variados sistemas de órgãos, nomeadamente o cardiovascular, imunitário e nervoso (Haney & Kott, 2014 cit., por Anggerainy et al., 2019). Tendo em conta o papel que o sono representa na recuperação do estado de saúde das crianças doentes, e das que se encontram em processo de recuperação, o impacto que a hospitalização exerce no sono infantil carece de atenção. Por esta razão, e pelo interesse que o sono desperta, elegeu-se esta temática como objeto de estudo. Desta forma, formulou-se a questão de investigação: *“Quais as intervenções não farmacológicas que promovem o sono em crianças hospitalizadas?”*

Neste contexto procedeu-se à elaboração de uma revisão *scoping* que consiste num tipo de revisão da literatura (Ehrich et al., 2002; Anderson et al., 2008 como citado em Peters et al., 2020) que permite sistematizar o conhecimento existente acerca de um tema ou assunto específico. Assim sendo, através deste tipo de estudo, pretende-se mapear as intervenções não farmacológicas que promovem do sono em crianças hospitalizadas, constituindo este, o principal objetivo da segunda parte do trabalho.

Por último, são apresentadas as considerações finais que refletem as principais conclusões sobre a temática em estudo, salientando a importância do percurso formativo na prática clínica para o desenvolvimento de competências na área da saúde infantil e pediátrica. O trabalho é redigido segundo o guia orientador de trabalhos escritos da Escola Superior de

Viseu (ESSV, 2021). As referências bibliográficas encontram-se redigidas de acordo com as normas APA, 7ª edição, de 2020.



## **PARTE 1**

Percurso Formativo - Estágio



## **1. Percurso formativo de aquisição de competências de enfermeiro especialista**

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica utiliza um modelo conceptual centrado na criança e família encarando sempre este binómio como beneficiário dos seus cuidados. A especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica detém o seu espaço de intervenção em torno de uma fase crucial do ciclo vital, a qual compreende o período que medeia do nascimento até aos 18 anos de idade (Regulamento n.º 422/2018). O Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP) presta cuidados em parceria com a criança/família, em qualquer contexto em que elas se encontrem, prestando cuidados à criança saudável ou doente (OE, 2010b).

Para cada contexto de estágio foi elaborado um projeto de aprendizagem orientado por objetivos específicos e atividades a desenvolver, usando como recurso as Competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica (Regulamento n.º 422/2018) e as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019). O Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019), distingue três tipos de competências: competências comuns, que são as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria; as competências específicas, decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e, do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um grau elevado de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas; competência acrescida, diz respeito aos conhecimentos, às habilidades e às atitudes que permitem o exercício profissional a um nível de progressiva complexidade nos diversos domínios de intervenção do enfermeiro e ao desenvolvimento técnico-científico da profissão, levando a novos campos de atuação do exercício profissional autónomo (OE, 2019). Como referido no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados (Regulamento n.º 351/2015 aprovado a 25 de novembro de 2017), os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica prestam cuidados centrados na família, com ênfase nas interações e processos comunicacionais que lhe estão subjacentes, e que decorrem em diferentes contextos da área hospitalar e de cuidados de saúde primários.

O contexto de estágio que permitiu a realização do presente relatório é constituído pelo internamento de Pediatria, pela a Unidade de Saúde Familiar e a Unidade de Neonatologia.

Neste capítulo pretende-se realizar uma sucinta apresentação dos diferentes contextos de estágio onde foi possível a prestação de cuidados de enfermagem. Depois, segue-se a exposição da análise/reflexão realizada à cerca dos objetivos inicialmente propostos, bem como as atividades desenvolvidas para atingir cada um deles. Pretende-se com isto identificar as principais competências desenvolvidas e/ou aprofundadas no decorrer da Unidade Curricular, no âmbito da área de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Por último, será realizada uma breve análise e reflexão críticas sobre o impacto deste percurso ao nível pessoal e profissional, tendo em conta as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista.

### 1.1. Contextualização do desenvolvimento de estágio

O estágio, decorreu de 11 de janeiro a 16 de julho de 2021, dividiu-se por três períodos e, conseqüentemente, por três campos de estágio distintos: o Internamento de Pediatria (11 de janeiro a 19 de fevereiro de 2021), a Unidade de Saúde Familiar (26 de abril a 4 de maio de 2021) e a Unidade de Neonatologia (7 de junho a 16 de julho de 2021). Dois dos três campos de estágio que serão apresentados de seguida pertencem à mesma instituição hospitalar da região do Norte. O centro hospitalar integra vários serviços, recursos humanos e tecnologias estruturadas e integradas para proporcionar um atendimento humanizado, completo, próximo, confiável e transparente aos utentes que recorram aos seus serviços, assegurando o melhor nível de satisfação dos utentes e a reputação da instituição.

O Centro hospitalar presta cuidados de saúde a doze concelhos dos distritos do Porto, Aveiro, Braga e Viseu, dando resposta às necessidades em cuidados de saúde hospitalares da população de três Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS) da mesma região.

#### **Internamento de Pediatria**

O serviço de internamento de Pediatria tem instalações próprias no centro hospitalar e admite todos os utentes com idade inferior a 18 anos. Este serviço admite crianças com patologias do foro médico e cirúrgico, neste último as especialidades mais comuns são a ortopedia, otorrinolaringologia e oftalmologia. As cirurgias mais frequentes neste internamento são a amigdalectomia, a adenoamigdalectomia, eletrocauterização dos cornetos nasais, a correção de fraturas ósseas e a remoção de material de osteossíntese. De momento o centro hospitalar não possui cirurgia pediátrica e como tal os restantes doentes são encaminhados para um hospital central também no Norte do país.

Das crianças admitidas no serviço verificou-se que o motivo de internamento mais frequente foi: infecção do trato urinário, infecção respiratória, diabetes inaugural, neutropenia, gastroenterite, convulsão febril, estado de mal epilético, icterícia neonatal, bronquiolite, entre outras. O serviço tem uma capacidade máxima de 24 camas, sendo 6 delas de tamanho adulto, 11 camas médias e 7 camas com grades para lactentes.

O serviço é constituído por uma equipa formada pela enfermeira gestora e por um grupo de 17 enfermeiros na prestação de cuidados, de entre as quais se encontram 5 enfermeiras especialistas em Saúde Infantil e Pediátrica. A organização de cuidados de enfermagem neste serviço está estruturada no método de trabalho individual, consistindo na distribuição de um determinado número de crianças por enfermeiro tendo em consideração a ocupação do internamento, e esta é uma atividade da responsabilidade do enfermeiro responsável de turno. O serviço conta ainda com as funções de médicos, assistentes operacionais, educadoras de infância e administrativa clínica. A equipa de enfermagem está hierarquicamente dependente da direção de Enfermagem do Departamento da Mulher e da Criança e Direção de Enfermagem do Centro Hospitalar, respetivamente.

O estágio decorreu em tempo de pandemia, e como tal as regras do serviço haviam sido alteradas. As crianças e respetivo acompanhante são admitidas após um teste de rastreio à Covid-19 com resultado negativo, e o mesmo teste é repetido a cada 5 dias consecutivos de internamento. As visitas encontram-se canceladas e cada criança mantém o direito a um acompanhante, que permanece no serviço durante todo o período de internamento sem a possibilidade de se ausentar.

### **Unidade de Neonatologia**

O serviço de neonatologia é uma unidade integrada no serviço de pediatria com instalações próprias, estando inserido no Departamento da Mulher e da Criança do Centro Hospitalar. Esta unidade assiste recém-nascidos/ famílias admitidas dos serviços de bloco de partos, bloco operatório, obstetrícia-puerpério, urgência pediátrica, e ainda transferidos de outras unidades hospitalares para continuidade de cuidados. Em relação às particularidades dos recém-nascidos, a Unidade aceita apenas recém-nascidos com mais de 30 semanas de gestação. Considera-se que pelas comorbilidades associadas à prematuridade e necessidade de vigilância por diversas especialidades médicas, o hospital não apresenta os recursos necessários para responder efetivamente a essas situações. Na sua atividade assistencial conta com o apoio dos serviços de suporte à prestação de cuidados de saúde ou de apoio clínico, serviços de apoio à

gestão e logística e serviços de apoio técnico.

A equipa é constituída pela enfermeira gestora e por um grupo de 24 enfermeiros na prestação de cuidados sendo 7 destes enfermeiros especialistas em EESIP e 1 especialista em saúde materna e obstétrica. A equipa de enfermagem está hierarquicamente dependente da direção de Enfermagem do Departamento da Mulher e da Criança e Direção de Enfermagem do Centro Hospitalar, respetivamente.

O serviço tem uma lotação máxima para admitir doze recém-nascidos (RN), sendo que quatro unidades são de cuidados intensivos neonatais e oito de cuidados intermédios.

A organização de cuidados de enfermagem está estruturada no método de trabalho individual, consistindo na distribuição de um determinado número de recém-nascidos por enfermeiro, atendendo ao nível de gravidade do estado de saúde dos bebés e conseqüentemente a exigência de cuidados a prestar, procurando um rácio máximo de quatro RN em cuidados intermédios ou dois RN em cuidados intensivos, por enfermeiro, sendo este responsável pela prestação integral dos cuidados durante o seu turno.

A parceria de cuidados, segundo Anne Casey (1995), é a filosofia de cuidados adotada pelo serviço como referencial conceptual.

### **Unidade de Saúde Familiar**

Esta unidade insere-se num ACeS do Norte do país e assegura a prestação de cuidados de saúde primários à população da área de influência de três concelhos. Tem como funções: o desenvolvimento de atividades de promoção de saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e articulação com outros serviços para a continuidade dos cuidados; e desenvolvimento de atividades de vigilância epidemiológica, investigação em saúde, controlo e avaliação dos resultados e formação contínua de profissionais de saúde (Serviço Nacional de Saúde, 2017).

O respetivo ACeS divide-se em 22 unidades de saúde, nomeadamente Unidades de Cuidados na Comunidade, Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados, Unidades de Saúde Familiar (USF), Unidade de Saúde Pública e Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados, distribuídas pelos concelhos da área de influência (SNS, 2020).

A USF é uma unidade funcional do ACeS que presta cuidados de saúde personalizados à população inscrita, da área de residência de três concelhos, no sentido de promover a saúde e prevenir a doença, garantindo a acessibilidade, globalidade, qualidade e continuidade dos

cuidados (SNS, 2017). Baseia-se nos seguintes pressupostos: conciliação, cooperação, solidariedade, autonomia, articulação com as restantes unidades funcionais do ACeS, avaliação de possíveis desvios que coloquem em causa o plano de ação definido, e gestão participativa de todos os profissionais da equipa (SNS, 2017).

Fisicamente, a USF onde decorreu o estágio localiza-se no Centro de Saúde, juntamente com mais duas USF. É constituída por uma equipa multidisciplinar de 7 médicos, 7 enfermeiros (dos quais uma Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica e uma Enfermeira Especialista em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica), 5 administrativos e 3 assistentes operacionais.

O centro de saúde é uma instituição de saúde pública, considerada como uma unidade integrada, polivalente e dinâmica, prestadora de cuidados de saúde primários. Visa a promoção da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento da doença, dirigindo a sua ação ao planeamento de atividades específicas dirigidas às situações de maior risco e vulnerabilidade de saúde (Serviço Nacional de Saúde, 2017), exigindo por parte dos enfermeiros, com responsabilidade acrescida os enfermeiros especialistas, um elevado grau conhecimentos teórico-práticos, dada a multiplicidade de situações diariamente encontradas.

## 1.2. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

As designadas Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, que se regulam de acordo com as disposições do estatuto agora em vigor pela Ordem dos Enfermeiros (OE), envolvem as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem (Regulamento n.º 140/2019). No decorrer dos contextos de estágio foram realizadas atividades que permitiram atingir os objetivos previamente delineados e que deram resposta a cada uma das competências que serão relatadas de seguida.

### *Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal*

No decorrer dos estágios foi uma preocupação constante o respeito pela privacidade e confidencialidade dos utentes. A confidencialidade e o respeito à privacidade constituem preceitos morais tradicionais das profissões de saúde, indicando o dever de guardar e reservar

os dados de terceiros, aos quais se tem acesso em virtude do exercício da atividade laboral (Vilas-Boas, 2015). A privacidade é uma necessidade e um direito de todo o ser humano, sendo imprescindível que os profissionais demonstrem preocupação com a proteção da privacidade da criança doente, encontrando-se por isso sobe a obrigação legal de sigilo profissional (Bettinelli, Pomatti & Brock, 2010). Tal como previsto no Código Deontológico, o artigo 106º deixa claro que o enfermeiro está obrigado a: considerar confidencial toda a informação acerca do alvo de cuidados e da família, qualquer que seja a fonte; partilhar a informação pertinente só com aqueles que estão implicados no plano terapêutico, usando como critérios orientadores o bem-estar, a segurança física, emocional e social do indivíduo e família, assim como os seus direitos; divulgar informação confidencial acerca do alvo de cuidados e da família só nas situações previstas na lei, devendo para o efeito, recorrer a aconselhamento deontológico e jurídico; manter o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, investigação ou controlo da qualidade de cuidados (OE, 2015).

No internamento de pediatria, assegurar a privacidade da criança e acompanhante foi importante e concretizável, na maioria das vezes cada criança ficou alocada numa unidade sem outros doentes, devido à baixa lotação do serviço reflexo do confinamento fruto da pandemia por Covid-19. Este aspeto permitiu um maior controlo na potencial perda de informação clínica, principalmente a informação expressa de forma verbal. Devido à situação de pandemia, por vezes foi necessário partilhar informação clínica via telefone (situação consentida), o que exigiu cuidados redobrados de forma a não fornecer informações indevidas, e desta forma respeitar a confidencialidade dos utentes (criança/família). Durante este período, o número de chamadas realizadas por familiares para o serviço, na tentativa de obter informações, aumentou substancialmente, e a necessidade de proteger a informação clínica foi imperiosa. No serviço de Neonatologia, como não é permitida a estadia dos pais durante o período da noite, foi necessário delinear estratégias que permitiram garantir a proteção dos dados pessoais. Devido ao impedimento dos pais pernovernarem no serviço, é habitual que durante a noite entrem em contacto com o serviço, via telefone, de forma a obter informações sobre os seus filhos. Para garantir a identidade destes pais, antes dos mesmos se ausentarem do serviço foi-lhes fornecido um código que deveriam citar aquando da chamada telefónica, só permitindo assim a obtenção de informação.

O respeito pelos ideais de cada família revelou-se de extrema importância e constituiu uma peça fundamental no sucesso terapêutico. Cada família é única e adota dinâmicas que lhe conferem características específicas às quais é necessário dar resposta enquanto enfermeira

especialista. A adequação das intervenções de enfermagem às características destas famílias é um desafio. Características essas que podem ser culturais, religiosas ou até étnicas. Para a Ordem dos Enfermeiros, no que se refere ao exercício profissional e às suas competências em cuidados gerais, pode-se perceber a imprescindibilidade identificada de que os enfermeiros tenham sensibilidade para lidar na sua prática clínica com as diferenças culturais na interação com as pessoas no dia a dia (OE, 2003). No decorrer do estágio no internamento de Pediatria, foram prestados cuidados a um recém-nascido cuja família pertencia à religião Islâmica. Esta especificidade fez emergir a necessidade de organizar a prestação de cuidados (não urgentes), de modo a respeitar os cinco períodos de oração da mãe, e assim personalizar os cuidados de enfermagem prestados pela equipa. Este cuidado permitiu cimentar a relação terapêutica.

A intervenção do EESIP passa por proporcionar apoio continuado ao binómio criança/família, promovendo a articulação com outros intervenientes na prestação de cuidados, visando a melhoria do nível de saúde da área geográfica, direcionando a sua atenção a medidas de promoção de saúde e prevenção da doença. O EESIP intervém juntos dos seus utentes sobre diversas formas, sendo que uma das vertentes da sua atuação que apresenta mais impacto é a promoção da saúde. Na carta de Ottawa (1986) pode ler-se que “a promoção da saúde pretende reduzir as desigualdades existentes nos níveis de saúde das populações e assegurar a igualdade de oportunidades e recursos, com vista a capacitá-las para a completa realização do seu potencial de saúde”, no mesmo documento pode-se verificar que de forma a atingir esta promoção é necessário desenvolver as capacidades pessoais dos indivíduos e tal “pressupõe o desenvolvimento pessoal e social, através da melhoria da informação, educação para a saúde e reforço das competências que habilitem para uma vida saudável. Deste modo, as populações ficam mais habilitadas para controlar a sua saúde e o ambiente e fazer opções conducentes à saúde (OMS, 1986). Os enfermeiros procuram capacitar os seus utentes no sentido de promover e obter ganhos em saúde. E para tal, grande parte da sua atuação passa por realizar ensinamentos, que são a intervenção de enfermagem que mais diferencia os enfermeiros e que é tão característica desta profissão. Ao longo de todos os contextos de estágio, a realização de ensinamentos de educação para a saúde foi uma constante, e o objetivo final foi sempre o de tornar a pessoa o mais capacitada possível, de forma a que seja independente e consciente nas suas escolhas de saúde. Realça-se um aspeto importante e que foi detetado ao longo do percurso formativo e identificado no decorrer dos ensinamentos realizados a cada família. Por vezes são sugeridas aquisições de produtos/materiais e até vacinas extra ao PNV, no entanto é relevante entender que nem para todos os utentes é adequado sugerir essas aquisições. Não só a situação económica

carece de atenção, mas as próprias crenças e culturas em que cada agregado familiar está inserido exige por parte do EESIP a adequação dos seus ensinamentos. A otimização deve ser rigorosa sob o risco de se “perder” o envolvimento da família com a equipa de saúde e ter, necessariamente, menos ganhos em saúde.

### *Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade*

A preocupação com a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados esteve sempre presente durante a prática clínica. Assim, participou-se nas atividades desenvolvidas pelas equipas de enfermagem no sentido de promover esta melhoria, tão imperiosa nos serviços de saúde. Neste sentido, e em especial no serviço de Pediatria, procurou-se participar na execução de documentos relativos ao processo de candidatura para Acreditação da Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica, pela Ordem dos Enfermeiros. Tendo em consideração que idoneidade formativa se define como “uma das principais linhas estratégicas para criar as estruturas que permitam o desenvolvimento sustentado da profissão ao nível da qualidade da formação e da aquisição de competências, no enquadramento do desenho para a valorização da profissão de Enfermagem” (Regulamento nº 558/2017). Neste âmbito, e em parceria com a enfermeira orientadora, elaboraram-se as instruções de trabalho com os temas: Avaliação inicial de enfermagem, Preparação pré-operatória, Monitorização da temperatura corporal e Monitorização da pressão sanguínea. De entre estas instruções é de realçar o trabalho realizado no âmbito da avaliação da temperatura corporal, que resultou na uniformização dos cuidados, tal como se pretendia, melhorando o método de avaliação e os locais de medição utilizados e adequá-los às diferentes faixas etárias.

A avaliação da temperatura timpânica, é uma prática bastante utilizada nos diferentes campos de estágio, e vários estudos revelam que este método apresenta uma elevada percentagem de medições imprecisas e até 30% de falsos negativos, encontrando-se desaconselhada a sua utilização em crianças com menos de 3 anos de idade (DGS, 2018). As indicações da Direção Geral de Saúde (2018) para a avaliação da temperatura corporal: na primeira semana de vida deve ser avaliada na axila, com recurso a termómetro digital ou de coluna líquida de *galinstan*; na segunda e terceira semana de vida pode ser medida no reto ou na axila também com termómetro digital ou de coluna líquida de *galinstan*; a partir dos 3 anos de idade pode ser utilizada a medição timpânica e a partir dos 5 anos pode ainda ser adotada a avaliação oral.

No sentido de contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, foi elaborado no estágio de Pediatria um panfleto sobre o papel parental com o título: “Papel Parental na hospitalização da Criança/Jovem - Parceria de cuidados” (Anexo I), para entregar aos pais/cuidadores aquando da admissão ao serviço. Este suporte permitiu expor de forma sucinta o que é esperado por parte dos pais/cuidadores aquando da hospitalização da criança e de que forma podem e devem colaborar nos cuidados. A realização deste folheto foi motivada pela perceção do nível de ansiedade dos pais no momento do internamento. Sousa (2012), afirma ser unânime a ideia de que a hospitalização de uma criança é um evento difícil, stressante, assustador e desconfortável para os pais e que pode ameaçar a estabilidade de toda a família. São vários os fatores psicológicos, sociais, ambientais e físicos identificados como dificultadores. Apesar das mudanças nos serviços e do apoio fornecido, a hospitalização esperada ou inesperada afeta a maioria das famílias, mesmo as funcionais e bem-organizadas e até os internamentos de curta duração podem ser traumáticos. Pretendeu-se que a entrega da informação organizada em forma de folheto fosse um aliado na diminuição do impacto negativo que a hospitalização causa na criança e na família. O processo de hospitalização, tal como supracitado, é um evento stressante e como tal o apoio por parte da equipa de enfermagem tem um grande peso e impacto na estadia destas famílias. Em plena pandemia este fator revelou-se ainda mais notório, pois devido à ausência de visitas as necessidades de apoio emocional aos acompanhantes das crianças evidenciou-se. Assegurar a resposta a esta necessidade foi um objetivo que se prolongou ao longo dos estágios. Assim, procurou-se perceber se as necessidades do acompanhante estavam a ser respondidas, se este teria descansado o suficiente e se estaria a alimentar-se adequadamente, pois só assim poderia ser considerado capaz para ser um parceiro no tratamento da criança hospitalizada. Procurou-se ainda perceber quem eram estes acompanhantes, quais as suas expectativas em relação ao internamento, permitiu-se espaço para a expressão dos seus sentimentos e providenciou-se o apoio adequado a cada um deles. Desta forma, foi possível criar uma relação de empatia e parceria colaborativa com os cuidadores, sendo também uma forma de “Acolher+”. Foi disponibilizado tempo de escuta ativa para estes pais/cuidadores, que além da preocupação com as suas crianças verbalizavam sentimentos de medo relacionados com a pandemia.

O centro hospitalar dinamiza um projeto denominado por “Humanizar+” cujo objetivo é a humanização dos cuidados de saúde e que pretende envolver profissionais, doentes, familiares e cuidadores informais, promovendo a melhoria da atividade assistencial. Com isto, pretende-se a assunção de valores e princípios humanísticos, com o respeito pela dignidade da

pessoa, cortesia e a empatia na relação com o outro, profissionalismo e o trabalho de equipa. Humanizar pressupõe que além da assistência técnica, devem ser prestados cuidados diferenciados que considerem as particularidades de cada pessoa, o que implica dedicar-lhe tempo, ter em consideração os seus medos e as suas ansiedades, o que também tem por base a empatia, um aspeto muito importante no processo da humanização (Calegari et al., 2015). Humanizar implica acolher o doente de forma holística, partindo de uma ação efetiva traduzida na solidariedade, na compreensão da sua singularidade e na apreciação da vida. É abrir-se ao outro e acolher, solidária e legitimamente, a diversidade, tornando o ambiente mais agradável e menos tenso, de forma a proporcionar ao doente um atendimento mais seguro e afetuoso. É um ato de aliar a ternura humana à competência técnica, permitindo ao profissional de saúde utilizar a comunicação como instrumento para compreender a história de vida, o modo de ser e de agir do doente, bem como percebê-lo como ser humano em todas as suas dimensões e manifestações (Bezerra, 2015).

No âmbito deste projeto, o serviço de internamento de Pediatria criou o movimento “Acolher+” que visa o seguimento dos mesmos princípios em que assenta o projeto hospitalar mas direcionado à área da pediatria. Para implementar esta iniciativa, a equipa tem procurado realizar intervenções que tornem os cuidados mais próximos e empáticos dos doentes, nomeadamente da comunidade a quem presta cuidados, criança/família. Para isto a equipa criou uma página na rede social “*Facebook*”, e com ela pretende apresentar-se à sociedade as iniciativas do internamento de pediatria e assim diminuir o afastamento entre o serviço de saúde e a comunidade envolvente, o objetivo final é a desmistificação da hospitalização infantil. Relacionado com a rede social, o serviço dispõe de um telemóvel destinado à realização de videochamadas para os familiares dos utentes internados, que não tenham a possibilidade de fazer estes contatos com os seus próprios meios. Foi enriquecedora a participação na concretização destes momentos, em tempo de pandemia/isolamento contribuindo para a minimização do afastamento físico.

Em relação à parceria de cuidados, pode-se concluir que este foi um modelo subjacente a qualquer que seja o serviço onde se prestam cuidados de saúde a crianças. A criança em regime de internamento tem o direito ao acompanhamento do pai, da mãe ou representante legal em todos os momentos dos cuidados de saúde. Tal como previsto na Carta da Criança hospitalizada: uma criança hospitalizada tem direito a ter os pais ou seus substitutos, junto dela, dia e noite, qualquer que seja a sua idade ou o seu estado (Instituto de Apoio à Criança, 2008). Direito esse restringido a um elemento durante este período pandémico, no internamento de

Pediatria. Por outro lado, no serviço de Neonatologia, pai e mãe permaneciam juntos perto do seu filho durante todo o dia e repetiam rastreio à Covid-19 a cada 5 dias de internamento.

Quando acompanham um filho doente e hospitalizado, os pais desejam ver respeitada a sua experiência e idoneidade para cuidar do seu filho, partilhar as responsabilidades dos cuidados no hospital com os membros da equipa de saúde e, neste contexto, receberem ajuda, informação e sentirem que confiam em si enquanto pais (Sousa, 2012). Quando se tratam crianças doentes não se trata uma única pessoa, mas prestam-se cuidados ao binómio criança/cuidador, o que torna a parceria de cuidados imperiosa e inevitável. Nesta perspetiva, concebendo a família como contexto da criança/jovem, os cuidados de enfermagem implicam o estabelecimento de uma comunicação efetiva, tendo em conta intervenções ao nível dos seguintes domínios de atuação: envolvimento; participação e parceria de cuidados; capacitação e negociação dos cuidados (Regulamento n.º 351/2015 aprovado a 25 de novembro de 2017).

Nos serviços de internamento de Pediatria e Neonatologia a parceria de cuidados é uma realidade, e tal como defende Anne Casey (1995) para assegurar o crescimento e desenvolvimento de uma criança os cuidados devem ser assentes no amor, estímulo e proteção e ninguém melhor que os pais para o fazerem. Neste sentido, considera-se que alguns cuidados à criança são mais bem prestados pelas famílias desde que devidamente supervisionados, do que pelos profissionais (Boto, 2014). De forma a criar parcerias de cuidados eficazes e seguras para as crianças, os enfermeiros implementam de forma continuada intervenções que vão capacitar os pais/cuidadores de maneira a que sejam capazes e autónomos na realização dos cuidados. Esta relação de parceria é sustentada, fundamentalmente, por crenças e valores de que a família, e sobretudo os pais, são os melhores prestadores de cuidados das crianças, respeitando e valorizando a sua experiência no cuidado dos filhos bem como o seu contributo na prestação desses cuidados (Regulamento n.º 351/2015). A construção desta parceria é sustentada por uma série de intervenções realizadas pela equipa de enfermagem e que passa por ensino, instrução, treino e por último pela supervisão de atividades realizadas pelos pais. Ao longo destes momentos, são partilhados conhecimentos e são capacitados os pais no sentido de prestarem os melhores cuidados aos seus filhos. No estágio de Neonatologia, e de forma a desenvolver uma futura parceria de cuidados, a equipa intervém exaustivamente ao nível do Papel Parental, que tem como definição:

*“Papel de membro da família: interagir de acordo com as responsabilidades de ser mãe/pai; internalizar as expectativas dos membros da família, amigos e sociedade relativamente aos comportamentos apropriados ou inapropriados do*

*papel de mãe/pai, expressar estas expectativas sob a forma de comportamentos, valores; sobretudo em relação à promoção do crescimento e desenvolvimento ótimos de um filho dependente” (ICN, 2018).*

A intervenção neste foco de cuidados permite a capacitação dos pais e alicerça a futura parceria de cuidados. Como tal, a equipa da Neonatologia encontra-se a desenvolver um processo de melhoria no plano de cuidados com o foco: Papel Parental. Esta melhoria passa pela criação de um guia de atuação para a equipa de enfermagem. Neste guia estão descritos todos os ensinamentos a serem realizados para cada temática pertencente ao foco do Papel Parental, seja ela a alimentação, a eliminação, higiene, a segurança, entre outros. O guia permite que o profissional que implementa os ensinamentos identifique numa “*Check List*” os temas abordados ao longo do seu turno e, posteriormente, o enfermeiro que dá continuidade aos cuidados é capaz de perceber quais os ensinamentos que estão em falta e validar também a aquisição de conhecimentos até ao momento. A validação é realizada através de questões colocadas aos cuidadores e pela supervisão direta das atividades que os mesmos executam, no final a validação é também assinalada na “*Check List*”. Ao longo deste processo, e quando se verifica que todos os ensinamentos foram realizados e validados, é possível considerar que os pais demonstram conhecimentos/capacidades em cada uma das áreas que contemplam o foco do Papel Parental. Estando desta forma capacitados para intervirem de forma autónoma nos cuidados ao seu filho. O contributo ao longo deste estágio passou por desenvolver estratégias a nível informático, no programa *Sclínico*, de forma a melhorar o registo dos ensinamentos realizados e permitir uma melhor continuidade dos cuidados, com o principal objetivo de evitar a duplicação de informação fornecida aos pais, tornando as intervenções de enfermagem mais eficazes.

Tal como já referido anteriormente, em todos os campos de estágio foi uma prioridade zelar pela melhoria contínua dos cuidados de enfermagem. E, sendo a qualidade do sono na criança hospitalizada uma preocupação e o tema a investigar, procurou-se sensibilizar os profissionais e dinamizar ações sobre esta temática. A literatura realça a importância que o sono assume nas vidas e na saúde das crianças, assim como Cowerd e colaboradores (2019) defendem que, para as crianças hospitalizadas, o sono é essencial para a recuperação do seu estado de saúde. Estes autores defendem a otimização do ambiente hospitalar de forma a promover o sono das crianças. Para atingir este fim, vários estudos sugerem a otimização do som dos alarmes, o ajuste dos horários da medicação e a minimização de ruídos como medidas eficazes na redução das interrupções do sono durante a noite. Desta forma, no serviço de Neonatologia, e junto da orientadora, concluiu-se que o sono é um tema que a equipa tem

vontade de explorar e que constituirá mais uma temática para ensinos de enfermagem, pelo que futuramente será igualmente incluída nos registos informáticos como foco de atenção. Assim sendo, e de forma a contribuir para preparação da abordagem ao tema, procedeu-se à organização de informação escrita para posterior entrega aos pais/cuidadores, na forma de folheto (Anexo III). A informação presente neste folheto é baseada em evidência científica e serve como reforço aos ensinos que são realizados pela equipa e que tem como objetivo obter ganhos e literacia em saúde.

Por sua vez, no estágio em ambiente de cuidados de saúde primários, e ao longo das consultas de vigilância da saúde infantil constatou-se que o sono é uma área sobre a qual os pais dificilmente colocam questões, e à qual dedicam pouca atenção quando comparada com outros temas como a alimentação, por exemplo. Por este motivo identificou-se a necessidade de intervir nesta área e à semelhança dos outros contexto, foi elaborado um folheto informativo sobre “A Promoção do Sono Infantil” (Anexo II). Neste folheto foi abordada a importância de uma correta higiene do sono e o seu papel na qualidade do mesmo. Ao longo das consultas de vigilância de saúde infantil, foi constantemente frisada a importância do sono, bem como da necessidade da implementação precoce de hábitos de sono saudáveis.

Ao longo do estágio e sempre que se julgou pertinente e adequado, foi dado contributo com os conhecimentos adquiridos na parte teórica do curso, de forma a proporcionar reflexão crítica, criar espaço para discussão de temas decorrentes da prática, culminando isto em ganhos para os profissionais e em especial para a criança/família que são os alvos diretos dos cuidados.

#### *Competências do domínio da gestão dos cuidados*

Ao longo da prática procurou-se realizar uma adequada gestão de tempo, recursos e *timings* de cuidados. A identificação das necessidades pelo EESIP deve ser adequada, com base em pensamento crítico e sustentada em evidência clínica, isto permite organizar os cuidados a serem prestados em primeiro lugar em detrimento de outros menos urgentes. A organização dos cuidados e a da tomada de decisão deve ser tomada em equipa (Regulamento nº140/2019).

Em cada contexto de estágio procurou-se conhecer o método de trabalho adotado por cada equipa, de forma a ir de encontro às expectativas dos respetivos serviços. Nos serviços de Pediatria e de Neonatologia o método adotado é o individual, no entanto, as enfermeiras colaboram entre si sempre que necessário, especialmente aquando de intervenções mais

complexas. Para os autores Santos e Silva (2012), o trabalho de equipa multidisciplinar pressupõe que os membros da equipa interajam, prevê-se a interdisciplinaridade, o que implica um certo grau de interdependência para construir novas práticas e saberes, não se evidenciando apenas pela interação regular. Esta colaboração surge de forma natural no seio das equipas e permite a troca de saberes.

Em relação á gestão, e de modo a melhor compreender as competências do enfermeiro gestor, foi consultado o Decreto-Lei nº 71/2019 do qual se destaca que este profissional deve: gerir os recursos do serviço, otimizando as respostas às necessidades em cuidados de saúde das pessoas. Para se atingir esta gestão e da melhor forma possível, por vezes é necessário delegar tarefas. Delegar é uma intervenção de enfermagem de muita importância e saber delegar torna os cuidados mais eficazes, oportunos e otimizados. A delegação de tarefas parte muitas vezes do enfermeiro gestor que espera a colaboração de todos os profissionais que prestam cuidados num determinado serviço, que gere de forma a tornar o mesmo o mais adequado e funcional a todos os que dependem dele, sejam profissionais ou utentes. Em todos os contextos foi possível observar a dinâmica entre gestores e equipas. Os gestores escutam diariamente as necessidades dos seus colaboradores e procuram dar respostas às mesmas contando com a colaboração de todos. Estas respostas são dadas tendo por base aquilo que é a necessidade do serviço, mas nunca esquecendo o que é esperado pelas entidades superiores. O papel do gestor é procurar o equilíbrio perfeito entre ambas as partes.

No que diz respeito à delegação de atividades, esta é uma intervenção da competência dos enfermeiros, e no serviço de Neonatologia a atividade mais frequentemente delegada é a preparação dos leites para os recém-nascidos. Esta é uma tarefa importante e que requer atenção. Os esquemas de aumento de leite são minuciosos e diretamente relacionados com os esquemas de redução da alimentação parentérica, de tal forma o rigoroso cumprimento da preparação das refeições garante uma hidratação adequada dos bebés evitando possíveis complicações hemodinâmicas. Aliado às quantidades que diferem a todo o momento, também o tipo de leite é distinto de bebé para bebé. Assim sendo, é da responsabilidade do enfermeiro responsável por cada RN garantir que esta atividade, quando delegada, está a ser executada com rigor.

Conhecer todos os tipos de leites artificiais foi uma das atividades à qual se prestou especial atenção no decorrer do estágio e que foi transversal a todos os contextos. A nível hospitalar a alimentação dos RN com leite materno é uma prioridade e a sua adoção é bastante

incentivada, no entanto nem sempre é possível alimentar o bebé com leite materno e torna-se incontornável a oferta de leite artificial. Ao longo dos anos, vários laboratórios produzem variadas fórmulas de leite artificial e todos têm o mesmo objetivo: aproximá-las o mais possível do leite humano de forma não apenas a satisfazer as necessidades nutricionais e a otimizar o crescimento e desenvolvimento nesta fase crucial da vida, mas também a promover a saúde futura das crianças (Rêgo et al., 2012). Na unidade de Neonatologia foi possível realizar ensinamentos e instruir os pais sobre esta temática, nomeadamente sobre as características do leite, a preparação e a sua conservação (seja leite materno ou adaptado) e os cuidados a ter com as medidas de higiene relacionadas com os utensílios usados para a sua preparação (tetinas, biberão). Nos serviços de Neonatologia e Pediatria existem copas de leite destinadas à preparação dos leites para administração às crianças internadas. Esta preparação é regada pela noma prevista pela Direção Geral da Saúde (DGS) de forma a reduzir o risco de infeção inerente a esta prática. Alguns dos cuidados a ter são: o uso de equipamento de proteção individual adequado constituído por bata, máscara, touca e luvas esterilizadas; a limpeza e desinfeção do local de preparação de leite, os leites são refrigerados num frigorífico de uso exclusivo para o efeito; após utilização o biberão é desmontado, esvaziado, lavado em água corrente e detergente e enviado para desinfeção e esterilização; os leites são preparados com água a 70 graus ou aquecidos em banho-maria (DGS, 2013b).

No serviço de Pediatria, rapidamente se constata que dificilmente existem rotinas, distintamente ao que acontece nos serviços de internamento de adultos. Respeitar os horários das crianças/jovens (na medida do possível) é extremamente importante, de forma a diminuir o *stress* que a hospitalização, por si só, já constitui. Procura-se reduzir o impacto da hospitalização respeitando a unicidade de cada criança/jovem e família, garantindo a personalização dos cuidados (Waldow & Borges, 2011). Assim, a gestão dos cuidados é realizada de forma contínua ao longo do dia, adaptando esta gestão a cada criança/cuidador em específico.

No serviço de Neonatologia, a equipa multidisciplinar trabalha lado a lado de forma muito fluida. Médicos e enfermeiros prestam cuidados em parceria e de forma simultânea, a troca de opiniões e a discussão dos casos clínicos é uma constante e os cuidados são otimizados e direcionados mediante aquilo que é a opinião unânime de toda a equipa, com base na melhor evidência científica. Por exemplo, o facto de o médico responsável de serviço assistir à passagem de turno de enfermagem para colher informação relevante e discutir no seio da equipa

médica, constitui uma das atividades que garante o sucesso dos cuidados. Pretende-se com este método de trabalho garantir a qualidade e continuidade dos mesmos.

Na USF o método de trabalho adotado é o do enfermeiro de família, caracterizado por organizar e rentabilizar os recursos e adequá-los às necessidades de saúde do indivíduo inserido numa família, atuando na prevenção da doença e promoção da saúde individual, familiar e coletiva, acompanhando, também a pessoa e a sua família no processo de gestão da doença crónica, da deteção precoce de doenças não transmissíveis (OE, 2013). Assim sendo, a gestão das consultas e dos cuidados necessários a cada criança/família é da responsabilidade do enfermeiro de família que trabalha em equipa com o médico de família e administrativo no atendimento e na prestação de cuidados de saúde às mesmas famílias. Cabe a esta equipa de saúde familiar fazer uma gestão adequada de tempos de consulta e de recursos, respeitando as normas da DGS, nomeadamente o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) (DGS, 2013).

#### *Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais*

Ao longo deste percurso, e como já referido anteriormente, os conhecimentos adquiridos no período teórico do curso foram mobilizados para a prática. A procura pela evidência mais recente foi uma constante, e em conjunto com as enfermeiras orientadoras, diariamente se procurou melhorar os cuidados prestados às crianças/família com base nestes mesmos conhecimentos. Conscientes de que o conhecimento científico se renova todos os dias, atualizar os fundamentos que estão na base da prática clínica foi um objetivo diário e apoiado pelas equipas com as quais se trabalhou.

Tendo em conta o período de pandemia que se viveu, a procura de informação sobre o tema foi diária. Perceber como se poderia criar um ambiente mais seguro para as crianças/famílias, minimizar o risco de contágio e evitar o surgimento de cadeias de transmissão aquando da estadia em serviços de saúde, foi um objetivo partilhado por todos os profissionais dos diferentes contextos. Este foi um processo de aprendizagem coletiva e pautada pela constante atualização. Estas situações constituíram oportunidades de aprendizagem únicas e foram tidas como enriquecimento pessoal.

No internamento de Pediatria vários foram os temas que suscitaram curiosidade e para os quais foi necessário atualizar conhecimentos, é o caso do manuseio de bombas de insulina, os chamados sistemas de infusão subcutânea contínua de insulina (SISCI), que têm tido um impacto muito positivo na qualidade de vida das crianças com diabetes. Atualmente verifica-se

uma utilização crescente das SISC, muito pelo facto de possibilitarem uma maior flexibilidade na administração de insulina, no planeamento das refeições e do exercício físico e, conseqüentemente um maior controlo do estilo de vida das crianças/família (Silva et al., 2017). A terapia com bomba de insulina é atualmente o método mais eficaz com possibilidade de “imitar” o perfil fisiológico da insulina, além de permitir doses de insulina muito inferiores às possíveis de administrar com canetas. A maior comodidade e facilidade com que o utilizador de bomba de insulina pode fazer os bólus, bem como a maior precisão nas doses de insulina administradas, favorecem uma maior adesão ao tratamento (DGS, 2019). Um estudo realizado por Silva e colaboradores (2017), concluiu que as crianças que utilizam o sistema de administração contínua de insulina (SISCI) apresentam um *score* de qualidade de vida superior, quando comparadas com as crianças com diabetes que são submetidas a múltiplas administrações de insulina ao longo do dia. Esta foi uma área com a qual se contactou de forma frequente no decorrer do estágio de Pediatria, e sobre o qual foi possível desenvolver conhecimentos técnicos, nomeadamente na colocação do cateter subcutâneo, na troca do sistema de perfusão e no manuseamento da bomba de insulina (programação de dose basal, interrupção de perfusão, conexão com contador de hidratos de carbono, entre outras opções). Todas as crianças portadoras destes dispositivos mostraram-se muito confortáveis e perspicazes no seu manuseio. A saúde destas crianças é melhor, e a sua qualidade de vida é também maior em todos os aspetos (Shaikh et al., 2020).

Por sua vez, a unidade de Neonatologia foi um campo de estágio que suscitou muito interesse, talvez pelo seu carácter intensivo e pelas oportunidades que oferece para o desenvolvimento de competências específicas que permitem cuidar do RN e da sua família em situações de especial complexidade de doença. As expectativas eram elevadas e felizmente foram superadas. Realça-se como fator facilitador desta sensação a forma acolhedora como decorreu a integração no seio da equipa. Foi um estágio rico em oportunidades de aprendizagem que permitiu a aquisição de novas competências e a partilha de conhecimento com a equipa de enfermagem. Sendo a última etapa do percurso formativo em contexto da prática clínica, no seu decorrer teve lugar uma retrospectiva do percurso realizado até então. A partir desta fase, foi possível a consciencialização que de deste momento em diante se começará a sentir o peso da responsabilidade de carregar o título de especialista. Refletiu-se variadas vezes sobre o que deverá ser a prática clínica no futuro e naquilo que este percurso contribuiu para a formação e aquisição de novos métodos de trabalho. Neste estágio, e sendo ele o último, procurou-se primar pelo rigor técnico, pelo brio profissional e pela prática sustentada na evidência. Todas as

intervenções foram justificadas e esclarecidas à família, tal como descrito anteriormente. A supervisão dos cuidados e os ensinamentos realizados foram sempre sustentados pela evidência mais recente, fruto de variadas pesquisas em bases de dados e entidades creditadas. Sempre que se julgou pertinente foram partilhados com a restante equipa, criando assim espaço para debate e partilha de opiniões sobre temáticas decorrentes da prática. Conclui-se que a soma de todos estes aspetos ofereceu ferramentas necessárias para o exercício de enfermagem de forma distinta, prestando cuidados mais competentes, especializados e seguros para as crianças/famílias.

### 1.3. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica trabalha em parceria com a criança e família, em qualquer contexto em que ela se encontre (em hospitais, cuidados continuados, centros de saúde, escola, comunidade, casa), para promover o mais elevado estado de saúde possível, presta cuidados à criança saudável ou doente e proporciona educação para a saúde assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa (Regulamento n.º 422/2018). São áreas de atuação particular a avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento infantil, tendo em consideração os cuidados de orientação antecipatória às crianças/famílias com o intuito da maximização deste desenvolvimento; a gestão do bem-estar da criança; a deteção e encaminhamento precoce de situações que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida, nomeadamente comportamentos de risco, suicídio, violência e gravidez; a promoção da autoestima do adolescente e a sua progressiva responsabilização pelas escolhas relativas à saúde (Regulamento n.º 422/2018). De seguida são relatadas as atividades desenvolvidas em contexto de estágio e que dão resposta a estes pressupostos.

*Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde;*

De forma a desenvolver esta competência, o principal objetivo do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica é restabelecer e promover o estado de saúde das crianças que cuida. Crianças essas que podem estar doentes ou não, e que estão inseridas em diferentes contextos, culturas e seios familiares que necessitam, também, de ser cuidados. É com estas famílias que o enfermeiro especialista trabalha, numa relação de confiança e de parceria, na procura de um interesse comum, o estado de saúde pleno da criança. Tal como

previsto no Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica. O trabalho do EESIP desenvolvido em parceria com a criança e a família, nos diversos contextos é assumido como tendo um objetivo primordial – a maximização da sua saúde, prestando cuidados específicos em resposta às necessidades do estágio de desenvolvimento da criança e jovem, inclusive em situações de especial complexidade (Regulamento no 422/2018).

A hospitalização constitui uma das primeiras crises com que a própria criança e a sua família se deparam. Esta envolve a saída do seu ambiente familiar para outro desconhecido que pode ser, por vezes, ameaçador. A separação dos familiares e amigos, a presença contínua de pessoas estranhas e os procedimentos dolorosos tornam a hospitalização um desafio para as famílias. Reis (2007), salienta que a hospitalização da criança, quando inevitável, deve ser feita em unidades pediátricas e deve-se procurar a redução do tempo de hospitalização ao mínimo possível, realidade que se pode constatar nos vários contextos. De forma a minimizar o impacto da hospitalização na criança e nas suas famílias, é então muito importante o desenvolvimento da parceria de cuidados. Enaltece-se uma vez mais a importância da parceria de cuidados. É uma peça fundamental na prestação de cuidados, e assume uma especial forma nos internamentos de Pediatria e de Neonatologia. Sousa (2012), citando outros autores refere que a permanência dos pais em tempo integral no ambiente hospitalar, a sua participação nos cuidados e a natureza das relações entre crianças, pais e profissionais, desencadeia novas formas de organização da assistência à criança hospitalizada. A autora refere que desta forma o foco de atenção e de atuação dos enfermeiros se amplia. Citando outros autores, Everett e Bullock (2006) descrevem ser necessário, também, mais trabalho para desenvolver um modelo do exercício da parentalidade com crianças com condições crónicas. A dualidade criança/pais, torna a prestação de cuidados mais desafiadora e continuada, exigindo uma articulação com os cuidados de saúde primários. Isto porque, além dos cuidados que são necessários intervir junto das crianças/jovens, acresce a necessidade de apoiar o cuidador. Além do apoio necessário para lidar com o *stress* que a hospitalização acarreta, é importante a promoção do envolvimento dos pais/cuidadores nos cuidados, de tal forma que sejam capazes de descobrir as suas próprias capacidades, orientando-os para que consigam desenvolvê-las o melhor possível e de forma a prestarem cuidados aos seus filhos, de forma independente.

Neste âmbito vários estudos realizados em Portugal têm destacado a probabilidade para a frágil condição de saúde nos familiares cuidadores e nomeadamente, nos pais da criança/jovem com doença crónica ou incapacitante (Adams et al., 2017, citado por Charepe,

2020). Os pais são prestadores de cuidados essenciais para gerir o impacto das condições crónicas na criança/jovem.

A parceria com o cuidador/pai/mãe permite uma personalização dos cuidados a serem prestados à criança/jovem, e isto resulta, claro está, em ganhos em saúde. Tal como Anne Casey defende que os pais constituem os melhores cuidadores dos seus filhos. Ao longo dos estágios procurou-se desenvolver essa parceria e obteve-se, na maioria das vezes, sucesso. A finalidade desta parceria é a promoção das competências da criança/jovem, a maximização e potenciação da saúde; a promoção do crescimento e desenvolvimento no âmbito dos cuidados antecipatórios; a promoção da vinculação; a promoção da autoestima e autodeterminação do jovem com especial destaque para as escolhas relativas ao seu projeto de saúde; o reconhecimento e a valorização das forças e competências da família como um recurso para a intervenção tal como previsto no regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (Regulamento nº 351/2015).

Na unidade de Neonatologia, e dadas as características físicas do serviço, a proximidade entre a equipa e os pais dos bebés prematuros é evidente, este fator promove a cimentação da relação terapêutica e aumenta as oportunidades para a implementação de cuidados personalizados e centrados na família. O estabelecimento de uma parceria de cuidados como promotor da saúde da criança/família e como vetor do desenvolvimento de uma parentalidade positiva é o principal objetivo. De forma a alcançar estes resultados em saúde, aliado a uma prática baseada em evidência foram implementadas estratégias de comunicação que permitiram desenvolver as relações terapêuticas tão desejadas com os pais/cuidadores.

Em relação à comunicação, destaca-se o desafio acrescido que comunicar com crianças representa para os enfermeiros de cuidados pediátricos. Adequar a comunicação à idade de cada criança é crucial, no sentido de diminuir sentimentos como o medo. Assim sendo, é fundamental adequar e adaptar diferentes estratégias de comunicação à singularidade da criança e da sua família, privilegiar uma comunicação mais próxima com os pais, e evitar possíveis situações de tensão geralmente causadas pelo medo e pela ansiedade (Fernandes, 2012). A comunicação é especialmente importante aquando de intervenções possivelmente dolorosas e traumáticas. Em contexto de cuidados de saúde, estas intervenções de carácter traumático são inevitavelmente frequentes, e as crianças e famílias têm de enfrentar estes processos que podem ser desencadeados por doença ou lesão súbita ou grave, e que aliados a procedimentos dolorosos ou assustadores e imagens, sons ou experiências no hospital ou serviço de urgência que são novos ou assustadores. Espera-se, assim, que o profissional de saúde minimize o que for

potencialmente traumático, utilizando como aliadas as estratégias de comunicação adequadas às diferentes faixas etárias. Comunicar com crianças requer perícia, e em situações de doença mais ainda. Esta perícia conquista-se com a aquisição de conhecimentos sobre o desenvolvimento da criança, com treino e tempo. Evitar termos como “cortar”, “picar” ou “agulha”, são pormenores que diminuem o medo aquando da explicação dos procedimentos a que as crianças irão ser sujeitas. A comunicação assume um papel essencial quando se comunica sobre doenças de carácter crónico, como é o caso da Diabetes tipo 1.

O impacto da doença crónica é imensurável, tanto para a criança como para a sua família. Na criança, este efeito é influenciado pela idade em que surge a doença e pode comprometer o seu crescimento e desenvolvimento, no que diz respeito à aquisição de capacidades cognitivas, comunicacionais, motoras, adaptativas e sociais. É por isso crucial o papel do enfermeiro especialista que nos diversos contextos, internamento ou cuidados de saúde de primários, pois assiste a criança e a sua família na transição de saúde/doença. O objetivo do enfermeiro perante a criança/família diagnosticada com uma doença crónica, como a diabetes, é essencialmente a capacitação (*empowerment*), quer da criança como do seu cuidador, de forma a que se tornem capazes de gerir os principais pilares da patologia. Os pilares numa doença crónica são principalmente a gestão do regime terapêutico que engloba a medicação, a dieta e o exercício físico. No internamento de pediatria houve a oportunidade de contactar com esta situação, e foi possível perceber a importância do papel do enfermeiro especialista na vida destas famílias. O EESIP assiste a criança/família na transição saúde/doença apoiando a expressão de sentimentos, pois o bem-estar emocional é um aspeto que influencia diretamente o autocuidado e autogestão da diabetes. Os problemas psicológicos e sociais podem prejudicar a capacidade da criança/adolescente ou da família realizar os cuidados necessários ao tratamento da doença e, portanto, potencialmente comprometer o estado de saúde da criança. Este bem-estar psicológico deve ser assegurado em primeiro lugar, pois só depois de assegurada esta necessidade é que a criança/família é capaz de desenvolver as capacidades necessárias para o controlo da doença crónica. O EESIP proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas, e individuais às crianças/famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença que no internamento passam pela monitorização da glicemia capilar, contagem de hidratos de carbono, preparação e administração de insulina e identificação/atuação perante hipoglicemias. A aprendizagem da contagem de hidratos de carbono constitui uma enorme mais valia no controlo glicémico destas crianças, e tem trazido ganhos em saúde notórios. De todos os nutrientes, os hidratos de carbono

(HC) são os que mais afetam a glicemia pós-prandial. A maioria dos HC ingeridos, dependendo do tipo de refeição, são convertidos em glicose num tempo que pode variar de 15 minutos a 2 horas (Associação Portuguesa dos Nutricionistas, 2015). Considera-se que o total de HC ingerido tem prioridade na avaliação do impacto na glicemia, e na quantidade de insulina que é necessária administrar para metabolizar adequadamente a glicose proveniente desses HC. Assim a contagem de HC, ganhou maior popularidade ao ser aplicada conjuntamente com a insulino-terapia intensiva ou funcional, sendo hoje em dia amplamente utilizada no tratamento da diabetes (APN, 2015). Ao longo do período de estágio no serviço de Pediatria, foram vários os casos de crianças com Diabetes Tipo 1 inaugural. Em Portugal, em 2014, a DM1 em crianças e jovens atingiu os 3 365 indivíduos com idades entre 0 e os 19 anos, o que corresponde a 0,16% da população portuguesa nesta faixa etária (DGS, 2016). As crianças admitidas no serviço de Pediatria, apresentaram idades compreendidas entre os 3 e os 13 anos, e algumas recorreram ao serviço de urgência com quadros de cetoacidose. Quando estabilizadas do ponto de vista hemodinâmico, foram internadas no serviço de Pediatria, e cada caso em particular constituiu um desafio para a equipa de enfermagem. A estas crianças/famílias foram realizados diversos ensinamentos sobre a doença, sinais e sintomas e o respetivo regime terapêutico. Durante o internamento as crianças e suas famílias desenvolvem conhecimentos e habilidades que as tornam capazes e autónomas para gerir a doença crónica - Diabetes Tipo 1. Para atingir este objetivo, as crianças/famílias são ensinadas/instruídas e treinadas para desenvolverem capacidades no âmbito da contagem de hidratos de carbono; monitorização da glicemia capilar; manutenção dos consumíveis; administração e conservação de insulina; identificação de sinais de hipoglicemia/hiperglicemia e forma de atuação; utilização da caneta de glucagon e a sua correta administração. Em relação a este último ponto são esclarecidas as situações em que devem utilizar o glucagon, nomeadamente no tratamento de emergência em situações de hipoglicemia em que se verifique alterações da consciência e se torne perigosa a ingestão oral de açúcar ou de alimentos açucarados (DGS, 2014). É realizado o ensino da administração intramuscular deste fármaco por via intramuscular, que se apresenta sob a forma de solução pré-preparada e está disponível num estojo de fácil utilização por qualquer leigo, amigo, familiar ou colega em qualquer que seja contexto da criança/jovem (DGS, 2014). Uma criança com doença crónica inserida numa família, implica que a mesma desenvolva estratégias de reorganização e adaptação às novas rotinas, e que acredite que vai conseguir lidar com o problema (Brotto & Guimarães, 2017). A doença crónica implica adaptações constantes das famílias, até porque estas crianças vivem mais tempo, resultado da evolução nos cuidados e nas terapêuticas (Esteves & Diogo, 2018). Os estudos realçam que é fundamental que as famílias

se consigam reorganizar, satisfazendo a necessidade de normalização e para isso é imprescindível a intervenção dos enfermeiros, garantindo a ajuda necessária para lidar com essa adaptação. Os profissionais de saúde assumem um papel de elevada importância, no sentido de apoiar, promover, orientar e dar suporte à estrutura familiar (Brotto & Guimarães, 2017). O papel do enfermeiro especialista é crucial na capacitação da criança/cuidadores. O objetivo final de todo o processo é que esta criança obtenha ganhos em saúde, promovendo a sua qualidade de vida através de uma adequada gestão da doença e que acima de tudo não se sinta diferente, mas sim igual aos seus pares, normalizando a sua situação de saúde.

*Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade;*

Ao longo dos estágios, os casos de doença diferenciaram-se pelo seu nível de complexidade. Na interação com a criança/família em situação de doença com maior complexidade, foi uma prioridade minimizar ao máximo a experiência de dor por parte destas crianças, e assim proporcionar o seu bem-estar. A Direção Geral da Saúde reconhece a necessidade de melhorar a abordagem da dor em Portugal, e como tal desenvolveu o Plano Estratégico Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor (DGS, 2017). Neste plano, a dor é vista como 5º sinal vital. Assim, a dor das crianças deve ser um motivo de preocupação dos profissionais de saúde e resulta do reconhecimento que as crianças têm da dor, da memória que guardam da dor e que a dor não tratada tem consequências a longo prazo nas suas vidas. O controlo da dor é por isso um dever ético. Assim, e durante a prática clínica, foi uma preocupação constante avaliar, diagnosticar e registar a dor, utilizando para isso escalas adequadas ao estágio de desenvolvimento da criança. No serviço de Pediatria, está padronizado que a dor seja avaliada a todas as crianças pelo menos uma vez por turno. São várias as escalas utilizadas para a avaliação da dor, tendo em conta a idade da criança, e tal como a norma emitida pela DGS em 2010 orienta, nos recém-nascidos até aos 28 dias de vida deve utilizar-se a escala EDIN (Échelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau-Né); até aos 4 anos de idade ou em crianças que não sejam capazes de verbalizar a escala utilizada deve ser utilizada a FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability); entre os 4 e os 6 anos utiliza-se a escala Escala de faces de Wong-Baker e para idades superiores a 6 anos a escala indicada é a numérica. Se a criança apresentar dor esta é controlada através de medidas farmacológicas e não farmacológicas, e reavaliada no mínimo a cada seis horas. No serviço de Neonatologia foi utilizada de forma sistemática (3 em 3 horas) a escala de EDIN (Échelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau-Né) e a dor foi devidamente documentada no programa informático *Sclinico*.

Batalha (2010), defende que o controlo da dor deve ser encarado como uma prioridade comum a todos os enfermeiros, tanto do ponto de vista ético como humanitário. Este controlo pode ou não assumir um carácter farmacológico, e os enfermeiros devem estar preparados para colocar em prática medidas não farmacológicas, pois são elas que tanto diferenciam a prática de um enfermeiro especialista. De forma a aliviar a dor sem recorrer a fármacos, nos diferentes contextos de estágio, foram implementadas medidas de analgesia não farmacológicas. As intervenções farmacológicas e não farmacológicas têm como função diminuir a intensidade do processo doloroso e podem ser utilizadas desde o nascimento até à idade adulta. A literatura diz-nos que a distração é uma estratégia não farmacológica, frequentemente utilizada e implementada com o objetivo de diminuir a sensação de dor, desviar a atenção do procedimento doloroso e ainda de reduzir a ansiedade percebida pelas crianças. As medidas não farmacológicas são tanto mais eficazes quanto mais direcionadas forem ao estágio desenvolvimental da criança (Kohli et al., 2015). Para além de eficazes, segundo os estudos atuais são significativamente mais económicas do que qualquer fármaco analgésico. No internamento de Pediatria, as estratégias não farmacológicas de controlo da dor mais utilizadas são a técnica de distração (através de musicoterapia e visualização de desenhos animados), a sucção não nutritiva e a amamentação. Por sua vez, no serviço de Neonatologia, algumas das intervenções de enfermagem provocam dor e a própria prematuridade destes bebés torna-os mais sensíveis a certos procedimentos, de forma a minimizar este impacto são instituídas medidas não farmacológicas pela equipa de enfermagem. É atualmente reconhecido que os recém-nascidos têm dor, guardam memória da dor e que a dor não tratada tem consequências imediatas e a longo prazo (DGS, 2012). Assim, aquando da punção venosa e algaliação (por exemplo) é oferecida ao RN a sacarose a 24% e/ou glicose a 30% dois minutos antes do procedimento (DGS, 2012), que aliada à sucção não nutritiva constitui uma medida eficaz na minimização da experiência de dor. Além destas medidas, são utilizadas outras como o método de contenção, o método canguru e o toque nutritivo. Todas elas produzem um alívio notório da dor nos prematuros, e reduzem consideravelmente os *scores* quando se utilizam as escalas de avaliação. Em ambos os serviços, a percepção de alívio da dor aquando da implementação destas medidas é muito positiva e defendida junto das equipas de enfermagem.

Na unidade de Neonatologia as experiências são por norma bastante enriquecedoras para o percurso formativo, permitem o contacto com terapias distintas dos outros contextos de estágio, devido ao maior grau de complexidade da situação clínica dos recém-nascidos internados. Os prematuros em cuidados intensivos, e que permanecem em incubadora, foram

aqueles que mais despertaram o interesse, muito pela complexidade de cuidados que exigem e também porque esta se representa como uma área desafiante. Foram imensas as oportunidades de aprendizagem, desde a manipulação da incubadora até ao manuseio de técnicas de ventilação. Os prematuros requerem cuidados muito específicos e facilmente o seu estado hemodinâmico pode agravar. Perceber as suas características e necessidades foi uma aprendizagem contínua e desafiadora, e saber identificar os sinais que indiquem uma possível instabilidade hemodinâmica foi um dos objetivos do estágio. Várias são as causas que podem levar a uma destabilização hemodinâmica nestes bebés, e aspetos que podem ser impercetíveis têm um impacto considerável não só na sua estabilidade, mas também no seu desenvolvimento psicomotor. Exemplo disso são os níveis de ruído e de luminosidade na unidade. Procurou-se sensibilizar todos os envolvidos nos cuidados aos bebés prematuros para a necessidade da diminuição dos níveis de ruído. Foram também realizados ensinamentos sobre este tema junto dos pais, contribuindo assim para o conforto dos prematuros e para níveis de agitação consideravelmente menores, que podem advir dos níveis de luz e ruídos desapropriados na unidade. Aos pais foi sugerida a remoção do som dos aparelhos eletrónicos; foi dada a indicação para abrir e fechar as portas da incubadora com gentileza; foram sensibilizados para evitar bater na incubadora para interagir com o prematuro e não usar a incubadora como base de apoio. A diminuição da intensidade luminosa está associada a uma otimização do crescimento físico e a uma maior estabilidade hemodinâmica, respiratória e motora nos recém-nascidos prematuros (SPN, 2018). A Sociedade Portuguesa de Neonatologia (2018), afirma que a luz cíclica parece melhorar a tolerância alimentar, o ganho de peso, a função respiratória, a coordenação motora e diminuir a hiperbilirrubinemia. A unidade de Neonatologia procura cumprir estas indicações tendo adotado a utilização de capas protetoras para as incubadoras, de forma a alternar a intensidade da luz ao longo do dia, simulando períodos noturnos.

Das várias intervenções experienciadas na unidade de Neonatologia, destaca-se a terapia de ventilação não invasiva (CPAP), que exigiu uma pesquisa mais aprofundada e uma exploração do funcionamento do equipamento na sua íntegra. Considera-se esta experiência uma mais valia para o futuro como especialista, pois foi possível adquirir conhecimento suficiente para: identificar os sinais e sintomas que sejam indicativos da necessidade desta terapia; manter e otimizar o tratamento ventilatório e identificar as condições indicativas de que o prematuro está capaz, hemodinamicamente, para suspender o CPAP.

Ao longo dos períodos de estágio, tal como já referido acima, foi possível contactar com casos de doença com maior e menor complexidade. Como é evidente, os casos mais complexos

exigem mais da equipa. Exigem não só mais tempo de contacto direto e de prestação de cuidados, mas também maior preparação, maior empatia para apoiar o cuidador e maior preparação psicológica por parte dos profissionais. Destaca-se em especial um caso de complexa situação de cardiopatia congénita (Tetralogia de *Fallot*), e a carga emocional que estes doentes acarretam para toda a equipa. A enfermagem é a arte do cuidar, e como tal não pode ficar indiferente às emoções humanas (Watson, 2012). A perceção destas emoções constitui um espaço de expressão e partilha emocional, na medida em que, por um lado, a pessoa que necessita de cuidados vivencia uma emocionalidade intensa associada às suas experiências de saúde-doença e, por outro lado, o enfermeiro (também pessoa) experiencia emoções em resposta ao sofrimento da pessoa cuidada, e a gestão deste fluxo de emoções é intrínseca ao processo de cuidar e exige ser devidamente gerida (Diogo, 2015).

A unidade de Neonatologia é um serviço de cuidados complexos e onde as situações de doença são também elas complexas. O objetivo principal é estabilizar os recém-nascidos prematuros e alcançar os critérios necessários à alta segura destes bebés. Estes recém-nascidos irão necessitar de cuidados diferenciados também no domicílio. A preparação da família para a prestação de cuidados no domicílio, exige um alto grau de competência por partes das equipas, no planeamento e implementação das orientações da alta. O plano de orientações incorpora níveis de aprendizagem como a observação, a participação com ajuda e por fim a atuação sem ajuda ou orientação (Hockenberry et al., 2018). Os pais de um bebé prematuro têm necessidades acrescidas e procuram de forma contínua respostas às suas perguntas. Ter um filho prematuro é um desafio e um marco na vida do recém pai/mãe. A prematuridade é uma condição inesperada e que nenhum futuro pai idealiza quando pensa no nascimento do seu filho. Oliveira (2006) afirma que *“A UCIN é com certeza um lugar carregado de conotações, onde se vivem muitas emoções e onde o tempo é medido em gramas, dias de ventilação e quantidades de leite que o bebé já consegue mamar”*.

Uma área que requer muito apoio e supervisão por parte do enfermeiro especialista é a amamentação. Foi possível dedicar atenção a esta área em todos os campos de estágio e concluiu-se que a amamentação foi muitas vezes dificultada pelo internamento da criança. Isto porque a hospitalização da criança constitui um motivo de ansiedade e preocupação para a mãe podendo comprometer a amamentação. Desta forma, e relativamente ao foco de atenção da amamentação, desenvolveram-se algumas intervenções de enfermagem autónomas tais como: ensinar/instruir/treinar e supervisionar a técnica de amamentação; ensinar/instruir/treinar e supervisionar a pega; ensinar/instruir/treinar o posicionamento do RN para mamar; vigiar as

mamadas; ensinar sobre o amamentar, lactação, frequência das mamadas e conservação do leite materno. Na unidade de Neonatologia a extração de leite é incentivada e, quando disponível, o leite materno é o leite de eleição para os prematuros. A unidade dispõe de apoio e espaço adequado à extração de leite pelas mães, denominado pela equipa como “O Cantinho da Amamentação”. Nos bebés prematuros, sempre que apresentem estabilidade hemodinâmica e já não recebam alimentação parentérica, é promovida a amamentação e colocado o bebé diretamente na mama da sua mãe. Estes momentos ajudam a criar laços vincutivos entre a mãe e o recém-nascido, que são facilitadores da aceitação de novos papéis e trazem inúmeras vantagens ao bebé muito para além das nutricionais, incluindo melhores níveis de saturação de oxigénio e redução de bradicardias. O contacto pele a pele, que ocorre durante a amamentação, precedia o método canguru que foi continuamente incentivado juntos das famílias. Este método trás inúmeras vantagens quer ao RN quer aos pais. Negociando com os pais o tempo em que vão permanecer com o RN em posição canguru, o contacto pele com pele precoce, permite que esta seja uma experiência prazerosa para ambos. A posição canguru é o momento em que o RN é retirado da incubadora e colocado entre os seios da mãe ou no peito do pai, devendo estar só de fralda em posição vertical com o tórax e o abdómen em contacto pele com pele (Brasil, 2018). Os benefícios deste método passam por: reduzir o tempo de separação entre pais e filho; permite melhorar o controlo térmico do neonato; reduz o risco de infeção hospitalar, o *stress* e a dor; aumenta a taxa de aleitamento materno; favorece a adequada estimulação sensorial à criança; melhora o desenvolvimento neuro psicomotor e proporciona maior confiança e competência dos pais no cuidado ao RN (Brasil, 2017).

Foram várias as oportunidades no âmbito dos temas acima citados, em todas elas procurou-se ir de encontro às expectativas de cada família e aceitar as suas crenças, respeitando também a cultura em que se inserem.

### *Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança*

Prestar cuidados em pediatria é um desafio no que refere à diversidade de fases de desenvolvimento. Num único turno de trabalho é possível prestar cuidados a crianças recém-nascidas ou a jovens de 17 anos de idade. Claro está, que os cuidados a prestar sofrem uma constante personalização, quando se trata de um ou de outro utente, o que exige do enfermeiro especialista uma constante adaptação e procura contínua de evidência científica, de forma a

prestar cuidados o mais adequados possível. Da experiência que se obteve ao longo do estágio, constata-se que o estímulo do desenvolvimento infantil é mais facilmente implementado nas idades mais tenras, enquanto que em idades mais tardias estas atividades são mais desafiantes e assumem formas distintas. Nos adolescentes, por exemplo, as intervenções passam pelo incentivo à autonomia e ao auxílio na gestão de emoções, tal como a aceitação da situação de saúde/doença e da autoimagem. Estes utentes assumiram-se como um desafio maior e concluiu-se que as intervenções de enfermagem face a estes utentes requerem mais tempo de aperfeiçoamento, e que também implica a criação de uma relação de empatia alicerçada na confiança que se vai conquistando com passar do tempo.

O contexto que mais acompanha o ciclo de vida das crianças é sem dúvida a Unidade de Saúde Familiar, e especificamente as consultas de vigilância da saúde infantil. A consulta de saúde infantil e juvenil constitui a melhor forma de proceder, à avaliação, manutenção e promoção da saúde infantil e juvenil. A sua realização é preconizada pela DGS, e é desejável que seja realizada por profissionais com conhecimentos e formação específicas na área da saúde infantil e juvenil. Segundo a DGS (2013), as consultas de Saúde Infantil constituem uma oportunidade privilegiada na avaliação, promoção, intervenção e orientação na transição de saúde/doença junto da comunidade. Estas consultas de enfermagem devem ser realizadas, idealmente, em parceria com a consulta médica (médico de família). Nas consultas de vigilância da saúde infantil, é efetuada a avaliação antropométrica e nutricional das crianças/jovens e a avaliação do desenvolvimento recorrendo à Escala de Mary Sheridan, com base no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (DGS, 2013). Esta avaliação implica a técnica de mensuração, interpretação e o registo dessas avaliações no sistema informático “*Sclínico*”, bem como no boletim de saúde infantil e juvenil da criança/jovem. Durante as consultas de saúde infantil foi possível perceber que o EESIP desempenha um papel fundamental junto da comunidade, a nível dos CSP revelando-se um pilar na vida das famílias de quem cuida, pois acompanha o ciclo de vida das famílias e presta cuidados antecipatórios e promotores de saúde.

Nas consultas de vigilância de saúde infantil foi possível colocar em prática os conhecimentos adquiridos ao longo da componente teórica do curso. Assim sendo, e no estágio da unidade de saúde familiar, as consultas da saúde infantil pautaram-se pela abordagem dos seguintes parâmetros: receção da criança e dos pais, assegurando um ambiente tranquilo e calmo, de modo a estabelecer uma relação empática; identificação da criança e do agregado familiar; verificação do estado vacinal de modo a cumprir o Plano Nacional de Vacinação (PNV) (DGS, 2020), e caso seja vontade da família a aquisição de vacinas extra ao plano (SPP&

SIP, 2020); realização do exame físico, de acordo com a idade da criança (do nascimento até aos 2 anos: perímetro cefálico, peso, comprimento/altura e índice de massa corporal (IMC); a partir dos 3 anos de idade até aos 19 anos: peso, altura, IMC e tensão arterial (DGS, 2013); avaliação do desenvolvimento psicomotor; avaliação do regime alimentar através da entrevista à mãe/pai; avaliação da relação mãe-filho, pela observação direta de atitudes e comportamentos quer dos pais quer das crianças; realização de educação para a saúde informal de acordo com a idade da criança. Foram abordados de forma antecipatória temas como higiene da criança, saúde oral, benefícios do aleitamento materno, posições de eructação, alimentação, hidratação (adequada às diferentes idades e às necessidades individuais, de forma a prevenir práticas alimentares desequilibradas), higiene do sono, importância do cumprimento do plano nacional de vacinação, cuidados pós vacinais, prevenção de acidentes e medidas de segurança, cuidados a ter com a exposição solar e a importância da assiduidade à consulta. Todos os dados foram devidamente registados quer no sistema informático “*Sclínico*” no respetivo “Programa de Saúde: Saúde Infantil ou Saúde Juvenil” de acordo com a idade, bem como no Boletim Individual de Saúde Infantil e Juvenil.

Em cumprimento do Programa Nacional de Vacinação (DGS, 2020), existe uma harmonização das consultas de saúde infantil com o esquema cronológico preconizado no PNV, de modo a reduzir o número de deslocações aos serviços de saúde. O PNV contribuiu e continua a contribuir significativamente para a redução e erradicação de algumas doenças infecciosas. A vacinação permite salvar mais vidas e prevenir mais casos de doença do que qualquer tratamento médico e de uma forma mais económica. Face aos movimentos antivacinais emergentes, o reincentivo ao cumprimento do PNV, preservando o adequado estado vacinal das crianças, jovens e população em geral, afigura-se crucial e como tal o incentivo à vacinação foi uma preocupação constante (DGS, 2013a). Ainda assim, e segundo a OE (2010), os elevados valores percentuais de crianças vacinadas são uma realidade atual, devendo-se este facto ao excelente trabalho desenvolvido pelos enfermeiros. Felizmente, verifica-se a crescente adesão das famílias a outras vacinas extra ao plano, que não se encontram disponíveis de forma gratuita pelo serviço nacional de saúde. A utilização de vacinas fora do PNV, na maioria das situações, tem como objetivo principal a proteção individual e baseia-se numa decisão individual (SPP & SIP, 2020).

A dinâmica da consulta de saúde infantil/juvenil requer uma constante adaptação não só à faixa etária a que se refere, bem como a todas as condicionantes culturais e socioeconómicas, requerendo uma adaptação da linguagem e comunicação por forma à transmissão mais correta

da informação e ensinamentos ao binómio criança/família. Ao longo do estágio, estas consultas foram previamente preparadas seguindo as indicações da DGS. As consultas de saúde ao adolescente e jovem, acresceram num desafio, pois além de monitorizar o peso e a altura corporal, estas remetem-se para outros objetivos de vigilância e educação para a saúde. Esta faixa etária que se estende dos 10 aos 18 anos é uma época de transição: manifestações de dúvidas e incertezas, modificações físicas, cognitivas e sociais, a descoberta da sexualidade, aumento de exigência escolar, a aquisição de estilos de vida pouco saudáveis, e nem sempre é fácil estabelecer uma relação de confiança e comunicação. Por forma à realização de uma consulta completa e para a concretização dos ensinamentos planeados, estes momentos foram previamente preparados, tendo como base a recomendação do Manual de Saúde Infantil. Desta forma, as consultas do adolescente foram planeadas utilizando como base a nomenclatura HEADSSS (Home; Education; Activities; Drugs; Sexual Activity/Identity; Suicide; Safety), e desta maneira a abordagem dos principais aspetos psicossociais adquire uma particular importância e permite conhecer melhor, quer os pontos fortes, quer os fatores de vulnerabilidade pessoal, face aos diferentes contextos de vida de cada criança (DGS, 2013a). De realçar que estas consultas devem ser realizadas em dois momentos: uma na presença dos pais e a restante com o adolescente individualmente, garantindo a sua privacidade (DGS, 2013a). A relação estabelecida com o adolescente requereu atenção, tranquilidade, alguma versatilidade e perspicácia para chegar às reais necessidades e dúvidas do adolescente. Realça-se a importância de criar um ambiente de descontração e empatia inicial de forma a “desbloquear” e desinibir o adolescente. Algumas destas competências relacionais são desenvolvidas ao longo do tempo no contexto da prática clínica. As mudanças que ocorrem no adolescente ao nível do corpo e da personalidade não podem ser menosprezadas, e como tal foi necessário utilizar técnicas de comunicação eficazes para lidar com o adolescente, atendendo às suas necessidades naquele momento. A consulta de enfermagem neste grupo etário revelou-se fundamental para os jovens, pois estes nem sempre conversam com os pais, sobre temas como a sexualidade ou a sua imagem corporal, sendo os seus confidentes geralmente o grupo de pares. Ter um diálogo aberto sem juízos de valor e baseado na confiança, estabelecer uma relação de empatia, de modo a esclarecer todas as suas dúvidas e sem emitir valor ou opiniões é o principal objetivo e a chave para o sucesso terapêutico destes utentes.

A passagem pela USF, permitiu perceber que o ambiente da consulta, assim como a atitude dos profissionais, pode influenciar o comportamento das crianças e dos pais. Neste sentido, procurou-se desenvolver uma relação de empatia e confiança com os pais que os

permita exprimirem-se sem receios e esclarecer todas as dúvidas. Com base nesta experiência, considera-se que deve existir um tempo de consulta que permita criar um ambiente harmonioso e possibilitar a observação criteriosa, a formulação de dúvidas e expectativas e a discussão das situações. Realça-se que os tempos de duração, exigidos pelo SNS, para a realização destas consultas é muito inferior ao que é necessário na realidade para se realizar uma consulta adequada. A Ordem dos Enfermeiros, em 2014, emitiu um regulamento onde estipula que a duração de uma consulta de enfermagem deve ser de 30 minutos, e que para a administração de medicação (vacina, por exemplo) seriam necessários mais 15 minutos adicionais (Regulamento nº 533/2014). Como tal uma consulta de saúde infantil, que coincida com vacinas pertencentes ao PNV, deveria idealmente durar um total de 45 minutos. O que na verdade é difícil de concretizar, dado o elevado número de utentes atribuído a cada enfermeiro. Uteses esses que devem ser avaliados nos *timings* adequados.

Durante o período de estágio foi possível verificar o nível de pertinência e impacto do papel de enfermagem na saúde infantil na comunidade. A deteção de sinais de alarme que as consultas permitem realizar assumem uma importância impossível de quantificar. No decorrer das consultas e, quando aplicadas de forma sistemática as recomendações da DGS, foi possível identificar algumas situações de alarme no desenvolvimento infantil das crianças, sinais estes que não seriam detetados se não se dedicasse a atenção devida à sua avaliação. Em crianças dos 0 aos 5 anos de idade, um importante instrumento na avaliação do seu desenvolvimento é a Escala de Mary Sheridan, recomendada pela DGS, constituindo, segundo a OE (2010) “um instrumento de avaliação de desenvolvimento infantil fiável seguro e de fácil aplicação”, dando importância à vigilância do desenvolvimento psicomotor, bem como aos sinais de alarme, relativos a cada faixa etária. Estas consultas revelam-se oportunidades preciosas para deteção de alterações ao desenvolvimento normal das crianças, e como tal é de extrema importância colocá-lo em prática. Uma das situações implicou inclusivamente o encaminhamento da criança para outro profissional de saúde.

De entre as diversas áreas de intervenção na consulta de saúde infantil, são da competência do enfermeiro especialista em SIP: avaliar o desenvolvimento; prevenir, identificar e ser conhecedor das doenças comuns às várias idades; sinalizar e proporcionar apoio continuado às crianças com doença crónica/deficiência e às suas famílias (OE,2013). O papel dos enfermeiros especialistas, passa pela articulação da informação e encaminhamento correto das situações de alarme, tendo a preocupação de que este exame global seja um ponto de partida

para que as crianças e famílias recorram mais aos serviços de saúde, com intuito de esclarecer dúvidas e procurar cuidados no âmbito da promoção da saúde e prevenção da doença.

Em todas as situações procurou-se basear a prática na evidência científica mais atual e desta forma transmitir informação pertinente para as crianças/famílias, nomeadamente sobre os temas da vacinação e desenvolvimento infantil. A preparação desta informação, previamente ao contacto com a criança e família, permitiu promover a confiança e transmitir segurança sobre os ensinamentos realizados. Esta relação de confiança permite obter ganhos em saúde, promover a saúde e prevenir a doença.







## **PARTE 2**

Estudo Empírico





## 2. Enquadramento teórico

O sono, segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem [CIPE], tem a definição de: “processo corporal: diminuição recorrente da atividade corporal evidenciada pela diminuição de consciência; não acordado acompanhado de; não consciente; diminuição do metabolismo; postura imóvel; atividade corporal diminuída; sensibilidade a estímulos externos” (Internacional Council of Nurses, 2018).

O sono é uma atividade primária do cérebro (Mindell e Owens, 2015 cit por Teixeira, 2019) transversal a todos os indivíduos e corresponde a um estado comportamental reversível, caracterizado por uma diminuição da atividade motora e interação com o ambiente (Carskadon e Dement, 2011; *International Council of Nurses*, 2019; Mindell e Owens, 2015 cit. por Teixeira, 2019).

Atualmente, o sono é frequentemente definido como um estado comportamental caracterizado por atividade motora reduzida, posturas particulares e diminuição da percepção e resposta aos estímulos do meio ambiente. É um estado cíclico que alterna com o estado de vigília e que é facilmente reversível. O sono é um estado complexo que serve para reorganizar todas as nossas funções e garantir a recuperação física e psíquica. Durante o sono dá-se a renovação celular, a 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. (SPP& SPS, 2017)

O sistema neurológico que comanda as alterações cíclicas sono-vigília estende-se desde a medula, passando pelo tronco cerebral e hipotálamo até aos núcleos centrais superiores (Salavessa e Vilariça, 2009).

De acordo com Feinberg, Davis, De Bie, Grimm e Campbell (2012); Mindell e Owens (2015), o sono pode ser dividido em dois tipos, *Rapid Eye Movement* (REM) e *Non-Rapid Eye Movement* (NREM), consoante o tipo de atividade elétrica do cérebro, do tónus muscular e do movimento ocular.

Desta forma, são reconhecidos dois grandes tipos de sono que alternam durante a noite:

- Sono REM (*Rapid Eye Movement*), caracterizado por: movimentos rápidos dos olhos; atividade elétrica cortical dessincronizada, a que corresponde um registo de EEG com ondas de baixa amplitude e alta frequência; hipotonia muscular (com exceção do

diafragma, músculos do ouvido médio e músculos dos tecidos eréteis); e atividade onírica;

- Sono N-REM (*Non-Rapid Eye Movement*), em que a atividade elétrica registada no EEG se torna progressivamente mais sincronizada, com ondas de frequência mais lenta e de maior amplitude.

Com recurso a registos realizados através do eletroencefalograma (EEG), foi possível estudar o sono e reconhecer que este não é um processo homogéneo. Aliado a outros meios de estudo, como é o caso da polissonografia, atualmente é possível conhecer os eventos ocorridos durante o sono. Como as fases de sono REM e não REM. Estes dois estados alternam-se de forma cíclica durante um episódio de sono (Carskadon e Dement, 2011), sendo que o sono NREM predomina na primeira metade da noite e caracteriza-se por ser mais profundo, já o sono REM alterna características de sono profundo com características de sono leve. A proporção entre sono REM e NREM vai sofrendo alterações com o crescimento da criança e acompanha, simultaneamente, a maturação do sistema nervoso central.

Nos recém-nascidos de termo verifica-se a presença de três estádios no sono: sono ativo, sono tranquilo e sono indeterminado. O sono ativo é a fase inicial do sono e representa metade do tempo total de sono.

As fases de sono REM e NREM alternam entre si durante a noite, constituindo ciclos com duração de 45 a 60 minutos nos lactentes, que se prolongam até 90-100 minutos na idade escolar e no adulto. Estes ciclos de sono sucedem-se 4 a 6 vezes por noite, podendo haver períodos de despertar nas transições entre as duas fases (Silva, 2014).

Lopes (2016), descreve as várias fases que constituem o sono:

**1ª Fase** - Representa a fase do adormecimento. Esta fase pode durar desde alguns instantes até 15 minutos e ocupa de 3% a 5% da duração total de sono. Funciona como fase de transição entre estar acordado e a dormir. O cérebro produz ondas irregulares e rápidas e a tensão muscular diminui. A respiração fica suave e os pensamentos do mundo desperto flutuam pela mente. Se for acordada nesta fase, a pessoa reage rapidamente, negando que estava a dormir.

**2ª Fase** – Corresponde á fase do sono mais leve e ocupa metade do tempo total do sono (cerca de 20 minutos). A temperatura corporal e os ritmos cardíaco e respiratório diminuem. As ondas cerebrais ficam mais lentas, alongam-se e regularizam-se. Nesta fase, a pessoa cruza definitivamente o limite entre estar acordada e a dormir.

**3ª Fase** - O corpo inicia a entrada no sono profundo. As ondas cerebrais tornam-se amplas e lentas. É uma fase rápida. Corresponde a uma média de 5% do tempo de sono.

**4ª Fase** - Refere-se ao sono profundo, onde o corpo recupera do cansaço diário. Esta fase é fundamental para a libertação de hormonas ligadas do crescimento que desempenham um importante papel na recuperação de células e órgãos. Dura cerca de 55 minutos (cerca de 20% da noite). A pessoa fica totalmente inconsciente e completamente alheia ao ambiente que a rodeia.

**5ª Fase (REM)** -A atividade cerebral está a pleno e desencadeia o processo de formação dos sonhos. Os músculos ficam paralisados, as frequências cardíaca e respiratória voltam a aumentar e a pressão arterial sobe. É o momento em que o cérebro faz uma espécie de limpeza geral na memória, fixando as informações importantes captadas durante o dia e descartando os dados inúteis. Se alguém levantar suavemente a pálpebra de uma pessoa nessa fase do sono, ela não acordará. Os olhos não respondem a estímulos.

A proporção de sono REM/NREM diminui com a idade e acompanha a maturação do sistema nervoso central. Pode ser influenciada por fatores extrínsecos como a privação de sono, a interrupção dos seus horários, o exercício físico e a utilização de fármacos (Mindell e Owens, 2010 cit., por Silva 2014).

O sono é essencial para o normal crescimento e desenvolvimento, quer nos aspetos físicos como emocionais das crianças (Salavessa e Vilarica, 2009). É durante o sono que o cérebro trabalha nas diferentes fases de registo, codificação, armazenamento e evocação da memória. Além da cooperação com o sistema imunitário, participa na recuperação de eventuais “lesões” orgânicas do cérebro ou na defesa contra agentes patogénicos (Soares, 2010 cit., por Trindade, 2019).

Mindell e Owens (2015) citados por Teixeira (2019), afirmam que o sono é fundamental para a restituição das funções cerebrais ou reabastecimento do corpo, na medida em que a sua imobilidade característica traduz-se numa diminuição dos gastos energéticos. Por outro lado, durante o sono, o cérebro está sujeito a uma intensa atividade, envolvendo funções corticais superiores, nomeadamente funções ao nível da consolidação da memória e aprendizagem, assim como, otimização das funções imunológicas e neuroendócrinas. Durante o período de sono, são segregadas hormonas como a de crescimento, designadamente a prolactina e o cortisol, que consequentemente são essenciais para o bom desenvolvimento infantil (Cercatti, 2019). Além destas funções, Salavessa e Vilarica (2009) defendem ainda que durante o sono ocorrem

processos de autorregulação fundamentais para o desenvolvimento emocional e interações sociais futuras.

A qualidade do sono é uma área subjetiva referindo-se a como o sono é experienciado, incluindo a sensação de acordar repousado e satisfeito com o sono. Por outro lado, a duração do sono é uma área mais objetiva que inclui, por exemplo, a quantidade de horas que o indivíduo dorme (Dewald *et al.*, 2010). O sono saudável exige duração/tempo adequado, boa qualidade, regularidade e ausência de distúrbios ou perturbação do sono (SPP & SPS, 2017)

Nos primeiros dois anos de vida a criança passa 10 000 horas a dormir, e 7000 horas acordada. Nesta fase o desenvolvimento cerebral é rápido (Vecchi, 2020).

A quantidade e qualidade do sono influenciam a maturação cerebral favorecendo as principais funções mentais e psíquicas que permitem a memorização e que estão relacionadas com a capacidade de aprendizagem e o desempenho académico, especialmente na infância (Mendes, 2008; Canet, 2010 cit., por Cercatti, 2018).

Como tal, torna-se fulcral a identificação dos elementos particulares da higiene do sono que influenciam tanto a sua duração como a sua qualidade, de modo a planear intervenções efetivas para melhorar ambas.

A Sociedade Portuguesa do Sono, em colaboração com a Sociedade Portuguesa de Pediatria, recomenda a seguinte duração do sono tendo em conta as diferentes faixas etárias. Este tempo de sono diário engloba também os períodos de sesta (Sociedade Portuguesa do Sono, 2017)

- Dos **0 aos 3 meses de idade** recomenda-se que a criança durma entre 14 a 17 horas;
- Dos **4 aos 11 meses de idade** recomenda-se que a criança durma 12 a 15 horas;
- Entre **1 ano e 2 anos de idade** recomenda-se que a criança durma 11 a 14 horas;
- Entre **3 e 5 anos de idade** recomenda-se que a criança durma 10 a 13 horas;
- Entre **6 e os 13 anos de idade** recomenda-se que a criança durma 9 a 11 horas;
- Entres **14 e os 17 anos de idade** recomenda-se que a criança durma 8 a 10 horas;
- A partir dos **18 anos de idade** recomenda-se que a criança durma 7 a 9 horas.

O cérebro durante o sono estabelece vias necessárias para a aprendizagem, gerando condições para a fixação e retenção de recordações vivenciadas, conservando na memória e fundando novas perspetivas das vivências adquiridas (Bathony & Tomopoulos, 2017; Soares, 2010, cit., por Cercatti, 2018).

Um sono adequado é definido por dormir pelo menos 85% do tempo na cama, adormecer em 30 minutos ou menos, ter percepção de despertar no máximo uma vez durante a noite, e estar acordado por 20 minutos ou menos depois da fase inicial de adormecimento (Ohayon et al., 2017 citado por Angelhoff, 2019).

Os riscos relativos à privação do sono na criança podem ter efeitos negativos a curto e a longo prazo em diversos domínios (no desempenho cognitivo e aprendizagem, na regulação emocional e no comportamento, no risco de quedas, de obesidade e hipertensão arterial) (Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2017)

Os problemas de sono são comuns e constituem uma fonte de preocupação para os pais, causando impacto no dia-a-dia das crianças e suas famílias quer do ponto de vista social, comportamental, emocional e académico (Salavessa e Vilarica, 2009).

Um sono diário insuficiente está associado a problemas de atenção, comportamento e aprendizagem. Dormir um número de horas inferior ao recomendado aumenta também o risco de acidentes, lesões, hipertensão, obesidade, diabetes e depressão, sendo que, nos adolescentes, está associado a um aumento do risco de automutilação, pensamentos suicidas, tentativas de suicídio e comportamentos aditivos (Teixeira, 2019).

Cercatti (2018), citou uma meta-análise de Matricciani, Olds e Petkov (2012) que envolveu 20 países com uma amostra de 690.747 crianças, revelando uma redução da duração do sono de 0.75 minutos por ano ao longo do último século, sendo a taxa de mudança maior nos dias escolares para crianças mais velhas e para os rapazes. O estudo concluiu que a duração do sono em crianças e adolescentes se encontra igualmente reduzida. Esta conclusão revela-se preocupante por várias razões: reflete a qualidade ou quantidade inadequada de sono em crianças que podem ter impacto negativo sobre o funcionamento diurno, uma ligação clara entre problemas de sono em idades precoces e problemas comportamentais posteriores, emocionais e a carência de alguns aspetos do funcionamento neuropsicológico na adolescência (Friedman, Corley, Hewitt & Wright, 2009 cit., por Cercatti, 2018).

Um sono insuficiente pode ser causado pela interação de fatores intrínsecos (puberdade, mudanças homeostáticas ou circadianas) e fatores extrínsecos (ida de manhã para a escola, pressão social, trabalhos académicos), que conjuntamente contribuem para idas para a cama cada vez mais tardias enquanto que a hora de levantar permanece inalterada (Dewald et al., 2010) diminuindo assim o tempo total de sono das crianças e jovens.

As manifestações da privação de sono infantil são variadas e assumem-se por sinais de sonolência (esfregar os olhos ou deitar a cabeça sobre a mesa de trabalho) e comportamentos externalizantes (aumento da impulsividade, agitação motora e agressividade, distração e incapacidade para concluir tarefas) (Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2017).

Cordeiro (2010) realça que: (...) não dormir o suficiente conduz, mais cedo ou mais tarde, a uma diminuição da concentração e a irritabilidade, com aumento da ansiedade e risco de depressão. Estes sintomas podem aparecer tanto nas crianças como nos pais, apenas com uma diferença: as crianças, quanto menos dormem, mais excitadas ficam, como se a falta de dormir fosse uma verdadeira anfetamina.

Apesar de em certas ocasiões existir uma pressão biológica para dormir, o momento do adormecer é influenciado por muitos outros fatores. Desta forma, pode ser facilitado por contextos de relaxamento, segurança, conforto e de estímulo reduzido, e pode implicar a decisão de interromper atividades (Silva, 2014).

Gomes (2009), abordou os fatores que influenciam o sono, na tónica das relações da criança e dos pais. Esta refere que uma relação pais/criança de proximidade atinge o desenvolvimento da criança a nível fisiológico, psicológico, cognitivo e social, interferindo com os mecanismos fisiológicos e psicológicos do sono. Por sua vez, a relação pais/criança é afetada pelo próprio desenvolvimento da criança, pelas características do seu sono e pelo conhecimento que os pais têm acerca do seu filho, do seu nível de desenvolvimento e do seu padrão de sono.

Nesta construção cruzam-se, entre outros fatores, o perfil neurobiopsicológico da criança, o seu estadió de maturação, as experiências prévias e, do lado dos pais, conhecimentos e crenças acerca do sono, estilo educativo e estilo de vida (Silva, 2014).

Outros autores, como o caso de Dewald (2010), consideram que são vários os fatores que influenciam o sono das crianças. O autor defende que a estrutura do sono é diferente de criança para criança e que um sono insuficiente pode ser causado pela interação de fatores intrínsecos (sexo, idade, puberdade, alterações homeostáticas e do ritmo circadiano, necessidade de sono individual) e extrínsecos (imposição do horário escolar, pressão social/cultural, ambiente socioeconómico, aumento da carga do trabalho escolar) levando à ida tardia para a cama, mantendo-se inalterada a hora do acordar (Dewald et al., 2010).

Uma adequada higiene de sono (conjunto de hábitos e rituais que permitem facilitar o início e a continuidade do sono) favorece a qualidade do sono das crianças e adolescentes, pelo

que ainda em tenra idade se pode aprender padrões de sono adequados que serão mantidos até à idade adulta. A SPP conjuntamente com a APS (2017), estabelecem algumas regras a ter em consideração para uma adequada higiene do sono, nomeadamente:

- Regularidade na hora de deitar e de acordar;
- Assegurar que o ambiente do quarto é sossegado, escuro e com temperatura amena;
- Desligar os equipamentos eletrónicos uma hora antes de dormir e deixá-los fora do quarto;
- Não deitar com fome;
- Evitar alimentos ou bebidas estimulantes nas horas que antecedem o sono;
- Não ingerir líquidos excessivos ao deitar;
- Evitar atividades vigorosas nas duas horas que antecedem a hora de deitar;

A hospitalização exerce um impacto significativo no sono das crianças. O distúrbio do sono e repouso em idades pediátricas tem lugar desde o primeiro dia de internamento (Anggerainy, 2019). Alguns autores descrevem três categorias responsáveis pelos distúrbios do sono em unidades de internamento, sendo elas o barulho; o desconforto e ansiedade e por último as atividades específicas da prática clínica, tais como a monitorização da pressão sanguínea (Meltzer et al., 2012 citado por Anggerainy, 2019). Os mesmos autores apontam ainda a dor, o desconforto, o barulho, as idas tardias para a cama, o ambiente pouco familiar e as saudades de casa, como os vários fatores que exercem impacto negativo na qualidade do sono das crianças em meio hospitalar.

O ruído é um dos fatores que mais influencia a fragmentação do sono da criança hospitalizada. As interrupções do sono são causadas maioritariamente pelo ruído que advém dos alarmes dos dispositivos médicos, das conversas dos profissionais e visitas, pelas rodas das camas, pelos telefones, entre outros. Estes aspetos tornam os níveis de ruído dentro das unidades de internamento assumirem valores desaconselhados. A Organização Mundial da Saúde (OMS), recomenda que o limite para este ruído se encontre entre 25 - 30 decibéis, no entanto os valores reais que se verificam nas unidades são ainda desconhecidos pois não são monitorizados (Vecchi, 2020), no entanto suspeita-se que sejam superiores.

A luminosidade é outro fator descrito como depressor da qualidade do sono (Linder, 2012, cujo impacto resulta na significativa inibição da secreção de melatonina por ela causada (Vecchi, 2020). Sabe-se que níveis mais baixos da hormona melatonina resultam na diminuição das horas de sono.

A administração de fármacos e as doses no período da noite interrompem o sono das crianças e contribuem para o ruído e conseqüente diminuição do tempo total de sono (Linder, 2012). A necessidade de administrar medicação resulta na entrada frequente nas unidades das crianças, provocando muitas das vezes o seu despertar.

O sono é essencial na recuperação do estado de saúde das crianças doentes e das que se encontram em processo de recuperação. Como tal, uma baixa qualidade do sono tem manifestações nos variados sistemas de órgãos, nomeadamente o cardiovascular, imunitário e nervoso (Haney e Kott, 2014 cit., por Anggerainy, 2019).

Surpreendentemente, a qualidade do sono não tem tido a merecida atenção e carece de intervenção por parte das entidades de saúde (Vecchi, 2020).

Uma privação do sono para quatro horas, ou menos, de duração total do sono tem sido apontada, em indivíduos saudáveis, como causadora de uma reduzida *performance* cognitiva (Vecchi, 2020). Esta redução produz efeitos também ao nível fisiológico e que inclui a imunodeficiência, alteração da memória, diminuição da recuperação de saúde, diminuição da vitalidade, aumento da resistência à insulina e diminuição da perceção de dor (Tamrat, Huynh-Le, e Goyal, (2013) citados por Anggerainy (2019).

Posto isto, é de extrema importância dedicar atenção aos efeitos que a hospitalização da criança pode acarretar na qualidade do sono e estudar de que forma os enfermeiros especialistas em saúde infantil e pediátrica podem intervir de forma a diminuir este impacto.

## 2.1. Metodologia

A realização do estudo seguiu a metodologia de investigação propostas pelo *Joanna Briggs Institute* (Peters et al., 2015; Peters et al., 2020) e foi redigido seguindo a checklist Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses for Scoping Reviews Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR) ((Tricco et al., 2018; McGowan et al., 2020). A presente investigação seguiu um protocolo previamente delineado, mas não publicado, onde os critérios foram objetivamente estabelecidos antes da investigação. Trata-se de uma pesquisa abrangente e transparente, realizada em variadas bases de dados como a B-on, PubMed e CINAHL. De seguida é apresentada a definição deste método de investigação; a elaboração da questão de investigação; os critérios de inclusão e exclusão elegidos e a estratégia de pesquisa adotada.

### *Tipo de Estudo*

A *scoping review* é realizada com o intuito de mapear a informação existente sobre um determinado tópico e ser um precursor de uma investigação mais sistematizada, como é o caso de uma revisão sistemática.

Ao contrário da revisão sistemática, a *scoping review* não pretende produzir nem reportar resultados que foram sintetizados a partir de múltiplas fontes de pesquisa seguindo uma metodologia formalizada com o intuito de garantir a qualidade da evidência.

A opção específica pela realização de uma revisão *scoping* fundamenta-se por este ser um tipo de revisão que assume como principais objetivos: mapear as evidências existentes subjacentes a uma área de pesquisa, identificar lacunas na evidência existente, constituir um exercício preliminar que justifique e informe a realização de uma revisão sistemática da literatura (Peters, Godfrey, McInerney et al., 2015).

Para Munn et al. (2018), as indicações para a realização de uma *scoping review* são as seguintes:

- Ser precursora de uma revisão sistemática;
- Identificar o tipo de informação disponível num determinado assunto;
- Identificação falhas no conhecimento existente;
- Clarificar conceitos chave/definições da literatura;
- Examinar como a pesquisa é conduzida em determinado tópico ou campo;
- Identificar as características chave ou fator relacionados com um conceito;

### *Objetivo do estudo*

Mapear as intervenções não farmacológicas que promovem o promoção do sono em crianças hospitalizadas.

### *Questão de Investigação*

A questão norteadora da investigação corresponde à mnemónica PCC (População, Conceito, Contexto). Nesta pesquisa, a população são as crianças hospitalizadas em unidades de internamento de pediatria; o conceito são as intervenções não farmacológicas implementadas para a promoção do sono em crianças hospitalizadas e o contexto refere-se a estudos realizados com crianças em internamento hospitalar.

**Tabela 1-** Estratégia PCC para elaboração da questão de investigação

<b>Acrónimo</b>	<b>Definição</b>	
<b>P</b>	População	Crianças dos 28 dias até aos 18 anos de idade.
<b>C</b>	Conceito	Intervenções não farmacológicas implementadas para promoção do sono durante a hospitalização da criança.
<b>C</b>	Contexto	Estudos realizados em unidades de internamento pediátrico hospitalar

Posto isto, a questão de investigação formulada foi a seguinte:

*“Quais as intervenções não farmacológicas que promovem o sono em crianças hospitalizadas?”*

### *Crítérios de inclusão e exclusão*

De seguida foram delineados os critérios de inclusão e exclusão ao estudo. Desta forma, foram identificados como estudos elegíveis aqueles que se verificaram ser originais de natureza primária, revisões de literatura de qualquer natureza (sistemáticas, integrativas, narrativas), que apresentaram resultados e que permitiram concretizar o objetivo e responder à questão da investigação.

Foram incluídos na pesquisa estudos cujo título e/ou o resumo integrassem pelo menos dois dos descritores selecionados. Além disso, foram selecionados aqueles que estivessem

disponibilizados na íntegra e que foram publicados entre 2015 e 2021 em língua portuguesa, espanhola ou inglesa.

A escolha dos critérios de exclusão recaiu sobre a literatura cinzenta, publicações fora das datas indicadas, ausência de descritores no título e resumo, estudos que não disponibilizavam ou que exigissem pagamento para aceder ao texto completo. Excluíram-se também publicações que não respondam à questão de investigação, cujo estudo incluía recém-nascidos e crianças com patologia respiratória, psiquiátrica, ou que se encontrem sob o efeito de medicação que afete o sono.

**Tabela 2** – Síntese dos critérios de inclusão e exclusão dos estudos

<b>Crítérios de seleção</b>	<b>Crítérios de inclusão</b>	<b>Crítérios de Exclusão</b>
<b>PARTICIPANTES</b>	Estudos que incluam crianças dos 28 dias até aos 18 anos	Estudos que incluam recém nascidos e pessoas com idade superior a 18 anos e com patologia associada a alteração do sono (respiratória, psiquiátrica, entre outros)
<b>CONCEITO</b>	Estudos que avaliem as intervenções não farmacológicas para promover o sono da criança hospitalizada	Estudos que avaliem intervenções farmacológicas e intervenções não farmacológicas sem o propósito de promover o sono
<b>CONTEXTO</b>	Estudos realizados em unidades de internamento pediátrico hospitalar	Estudos em ambulatório, neonatologia e/ou unidades de internamento que não sejam pediátricas
<b>TIPO DE ESTUDOS</b>	Estudos quantitativos, qualitativos e revisões sistemáticas com e sem meta análise Estudos observacionais	Artigos de opinião
<b>IDIOMA</b>	Inglês, Francês, Espanhol	Outros idiomas
<b>DATA DA PUBLICAÇÃO</b>	Estudos publicados de 2015 a 2021	Publicações antes de 2015

### *Estratégia de Pesquisa*

A pesquisa foi realizada durante o mês de maio de 2021, fase durante a qual foram realizadas algumas pesquisas nas bases de dados de acesso disponível à Escola Superior de Saúde de Viseu. Esta primeira fase visou explorar a informação existente dentro do tema, quais os termos e palavras chave comuns aos estudos sobre este tópico. Posteriormente, foi possível determinar quais os descritores e palavra-chave mais adequados à pesquisa pretendida e utilizá-los na realização de uma segunda pesquisa nas variadas bases de dados.

Para a pesquisa foram utilizadas as bases de dados B-on, PubMed e CINAHL, e foram incluídos estudos em língua inglesa, portuguesa e espanhola, com data de publicação de 2015

até 2021 e com disponibilidade de texto completo. As estratégias de pesquisa utilizadas encontram-se apresentadas na seguinte tabela.

**Tabela 3** – Estratégia de pesquisa por base de dados

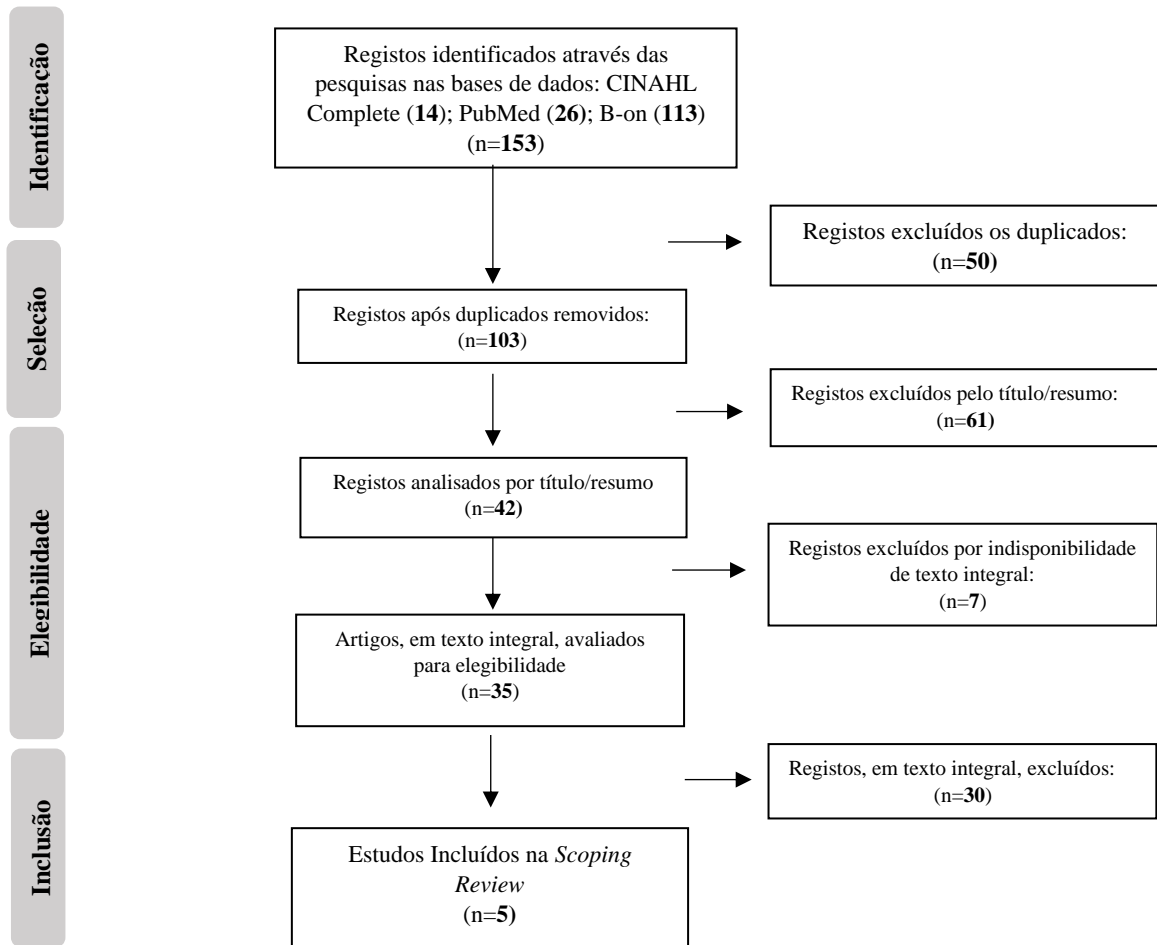
<b>Base de Dados</b>	<b>Fórmula de Pesquisa</b>	<b>Resultados</b>
PubMed	((Sleep) AND (Children) AND (Hospital*))	26
B-On	((Sleep) AND (Children) AND (Hospital*))	113
Cinahl	((Sleep) AND (Children) AND (Hospital*))	14
TOTAL		153

### *Extração de dados*

Tal como apresentado na Figura 1, a pesquisa identificou 153 estudos potencialmente relevantes. Após a pesquisa, todas as citações identificadas foram transferidas para o Endnote (Clarivate Analytics, PA EUA) e os estudos duplicados foram removidos. A fim de avaliar a sua elegibilidade, os títulos e resumos foram analisados por dois revisores independentes e a presença de desacordo entre os revisores foi resolvida com a inclusão de um terceiro revisor.

Deste total 50 artigos foram excluídos por serem duplicados; dos restantes 103 foram excluídos 61 por não apresentarem no título/resumo pelo menos 2 dos descritores da pesquisa; destes 42 estudos, 7 foram excluídos por não se encontrar disponível, de forma gratuita, o texto integral; da análise destes 35 estudos excluíram-se 30 por não responderem à questão ou critérios de investigação. Finalmente, foram incluídos 5 estudos na *scoping review*.

O fluxograma abaixo, descreve detalhadamente os passos efetuados até ao resultado final e serve de precursor para a última etapa deste trabalho, a apresentação e discussão dos resultados obtidos.



**Figura 1** – *Flowchart* da seleção e processo de inclusão dos estudos.

## 2.2. Resultados

Este ponto é dedicado à apresentação dos dados recolhidos pelo processo de seleção. Foram incluídos na investigação 5 estudos, um do ano 2016, dois de 2019, dois artigos de 2020 e um de 2021. Para a apresentação dos resultados dos estudos incluídos neste trabalho de investigação, elaborou-se uma tabela cujos parâmetros incluem: tipo de estudo, autores, país, objetivos, populações identificadas e os resultados. Conforme descritos de seguida e apresentados na tabela seguinte.

**Tabela 4 - Características dos estudos incluídos na revisão**

Estudo	Autores/ título	País	Tipo de estudo	Objetivos do Estudo	População –alvo	Resultados
E1	Anggerainy, S.W et al (2019) Music Therapy and Story Telling: Nursing Interventions to Improve Sleep in Hospitalized Children	Indonésia	Estudo Preliminar	Estudar o efeito da musicoterapia e do conto de histórias no sono das crianças hospitalizadas.	31 crianças com idades compreendidas entre os 4 meses e os 13 anos, internadas entre os meses de fevereiro e abril de 2018, no internamento de doenças infecciosas.	A musicoterapia e o conto de histórias foram efetivos no tratamento de distúrbios do sono em crianças hospitalizadas. A sua efetividade foi equivalente. Os autores recomendam o uso destas intervenções que além de eficazes são económicas e fiáveis no controlo dos distúrbios do sono.
E2	Cowherd, B. A (2019) Timing and Duration of Sleep in Hospitalized Children. An Observational Study	EUA	Estudo Observacional	O objetivo do estudo foi documentar a duração do sono e os despertares noturnos das crianças hospitalizadas e relacionar estes aspetos com a complexidade dos cuidados.	89 crianças com idades compreendidas entre os 2 aos 17 anos de idades internadas por um período mínimo de 24 horas.	O estudo conclui que a generalidade das crianças internadas tem baixa qualidade do sono. Apresentam idas para a cama tardias, despertares frequentes e uma diminuição do tempo total de sono.
E3	Hybschmann, J. et al (2021) Sleep in hospitalized children and adolescents: A scoping review	Dinamarca	Scoping review	Identificar sistematicamente, categorizar e sintetizar a literatura existente sobre o sono em crianças e adolescentes num espaço hospitalar.	Estudos realizados com crianças com idades compreendidas entre 1 e 18 anos de idade. Que foram hospitalizadas devido a uma situação de doença que não seja um distúrbio do sono, doença psiquiátrica ou comportamental.	As crianças e adolescentes hospitalizadas apresentam duração do sono inferior à recomendada para a sua faixa etária;  Um elevado número de causas para a interrupção do sono surge de fatores externos que são potencialmente modificáveis;

						<p>Pais e crianças apontam as interrupções do sono para receber cuidados de saúde como um fator importante;</p> <p>Atividades de promoção do sono são bem aceites por utentes, pais e profissionais de saúde e podem resultar em ganhos em saúde.</p>
E4	Jacobs, S. et al (2016) Nightly massage for improvement of sleep in hospitalized adolescent children with cancer- a feasibility study	EUA	Estudo Randomizado	Estudar a viabilidade da massagem na promoção do sono dos adolescentes oncológicos durante o internamento.	43 adolescentes com diagnóstico oncológico com idade superior a 12 anos, que permaneceram internadas pelo menos 4 noites consecutivas.	<p>A massagem foi vista pelos adolescentes como bem-recebida e com potencial e melhorar o sono durante o internamento.</p> <p>O número de minutos de sono aumentou nos adolescentes que receberam a massagem quando comparados com os que não receberam.</p>
E5	Ratnaningsih, T., Arista D. (2020) The effect of Classical Music Therapy on Sleep Disorders of children Hospitalized at Sakinah Islamic Hospital Mojokerto regency	Indonesia	Estudo Quasi-experimental	Provar o efeito da musica clássica nos distúrbios de sono das crianças hospitalizadas.	43 crianças com idades compreendidas entre os 6 e os 11 anos que foram hospitalizadas no período de 26 de Fevereiro de 2019 a 21 de Março de 2019.	<p>A aplicação de musica clássica resultou em ganhos de sono. Aumentou a duração do sono diária e promoveu a indução do sono das crianças hospitalizadas.</p>

Anggerainy e colaboradores (2019), afirmam que o distúrbio do sono e dos períodos de descanso das crianças são influenciados pelo internamento desde o primeiro dia de hospitalização. As principais causas apontadas pelos autores são o ruído, o desconforto, a ansiedade e as variáveis específicas do hospital como a dor e a monitorização de sinais vitais. Os autores defendem que um sono adequado é essencial para a saúde e em especial durante períodos de doença. Neste sentido, o estudo desenvolvido teve como objetivo determinar o efeito da musicoterapia e do conto de histórias no sono das crianças hospitalizadas. Foram envolvidas um total de 31 crianças divididas em 2 grupos às quais foram providenciados musicoterapia e conto de histórias, 30 minutos antes da hora de deitar por 3 dias consecutivos. Os autores aplicaram um teste em dois momentos distintos, pré e pós a intervenção, e pela sua avaliação concluíram que as duas medidas se mostraram eficazes no aumento dos scores obtidos pelo mesmo questionário. Concluindo assim, que a musicoterapia e o conto de histórias foram efetivos no tratamento de distúrbios do sono em crianças hospitalizadas. A efetividade das duas intervenções revelou-se equivalente e os autores recomendam a sua utilização. Defendem também que a musicoterapia e o conto de histórias além de eficazes são intervenções económicas e fiáveis no controlo dos distúrbios do sono.

Cowherd e colaboradores (2019) concordam com os autores supracitados quando defendem que o sono é uma função fisiológica com impacto no estado global de saúde. Os mesmos autores descrevem que curtos períodos de sono estão associados a múltiplos problemas de saúde, a baixo rendimento escolar e menor qualidade de vida. Defendem que para crianças hospitalizadas, o sono adequado é crucial para a sua recuperação de saúde, é importante para a conservação da energia e para a promoção do bem-estar geral. Estes autores apontam o ruído do ambiente hospitalar, tal como os alarmes dos monitores e fecho de portas, como causas frequentes de despertares noturnos. Este estudo teve como objetivo documentar a duração do sono e os despertares noturnos das crianças hospitalizadas, e relacionar estes aspetos com: a complexidade dos cuidados; qualidade do sono em casa e o consumo tardio de alimentos. Deste estudo concluiu-se que as crianças hospitalizadas vão muito tarde para a cama durante o internamento, experienciam múltiplos despertares noturnos e acordam bastante cedo de manhã, devido às rotinas dos cuidados de saúde. Ainda se verificou que a entrada de um profissional de saúde no quarto constitui a causa mais frequente para o despertar noturno das crianças internadas. Foi possível constatar que o histórico de sono no domicílio não tem influencia direta na qualidade do sono no hospital, isto é, mesmo as crianças que dormem bem em casa apresentaram uma menor qualidade de sono durante o internamento. Em relação ao consumo

tardio de alimentos, os investigadores apontam que as crianças internadas consomem alimentos até mais tarde porque estão acordadas até horas mais tardias, sendo o tempo total de sono conseqüentemente encurtado. No entanto, em relação a este último fator os autores referem que o estudo é limitativo na sua interpretação.

Hybschmann e colaboradores (2021) realizaram uma *scoping review* com o objetivo de identificar sistematicamente, categorizar e sintetizar a literatura existente sobre o sono em crianças e adolescentes num espaço hospitalar. Com este estudo, os autores concluíram que as crianças e adolescentes hospitalizadas: apresentam duração do sono inferior à recomendada para a sua faixa etária; que um elevado número de causas que interrompem o sono surge de fatores externos que são potencialmente modificáveis; que pais e crianças apontam a prestação direta de cuidados de saúde por parte dos enfermeiros como uma causa comum da interrupção do sono. O mesmo estudo aponta que a possibilidade de atividades de promoção do sono é bem aceite quer por utentes, pais e como por profissionais de saúde e que estas medidas podem resultar em ganhos em saúde.

Um estudo desenvolvido por Jacobs e colaboradores (2016) teve como objetivo estudar o efeito da massagem na promoção do sono em crianças hospitalizadas e o resultado foi bastante positivo. Deste estudo verificou-se um aumento no tempo total de sono nas crianças que receberam massagem quando comparadas com crianças que não foram sujeitas a essa intervenção.

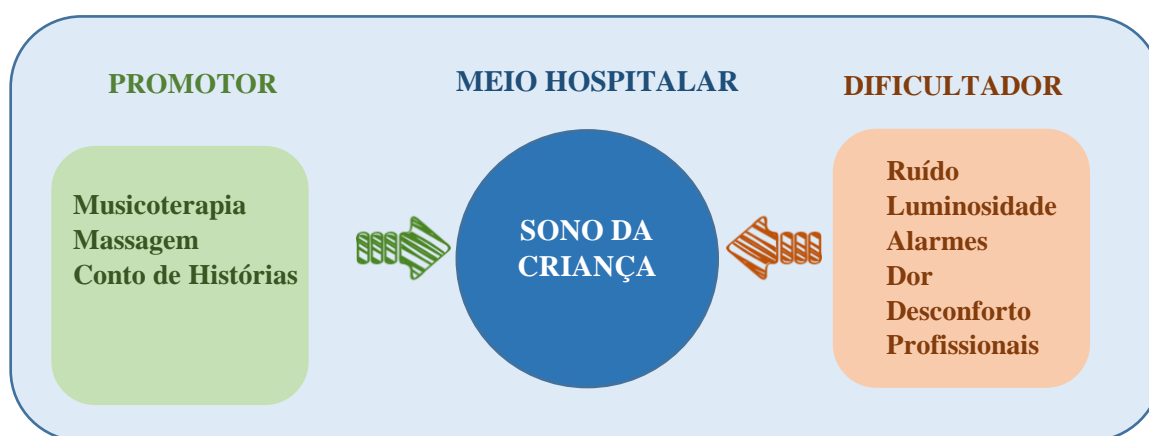
Ratnaningsih e Arista (2020) descrevem que aquando da hospitalização, as crianças apresentam como resposta sintomas de ansiedade, regressão, angústia pela separação, apatia, medo e distúrbios do sono. Em relação ao sono, os autores afirmam que em crianças hospitalizadas os distúrbios são frequentes e ocorrem principalmente nos primeiros dias de internamento, traduzindo-se por: dificuldade em dormir, tempo de sono inferior ao habitual e múltiplos despertares noturnos. Deste modo, os autores investigaram o efeito da musicoterapia (música clássica) face aos distúrbios de sono num hospital na Indonésia. Concluíram que antes da sua intervenção 76,7% dos participantes referiu dormir menos que as suas necessidades, e num momento após a musicoterapia uma percentagem de 86,7% do grupo afirmou ver supridas as suas necessidades de sono. Concluindo desta maneira que o efeito da música clássica nos distúrbios de sono em crianças hospitalizadas é significativo.

**Tabela 5 – Resultados Principais**

<b>Autores/ título</b>	<b>Resultados</b>
Anggerainy, S.W et al (2019) Music Therapy and Story Telling: Nursing Interventions to Improve Sleep in Hospitalized Children	A <b>musicoterapia e o conto de histórias</b> foram efetivos no tratamento de distúrbios do sono em crianças hospitalizadas. A sua efetividade foi equivalente. Os autores recomendam o uso destas intervenções que além de eficazes são económicas e fiáveis no controlo dos distúrbios do sono.
Jacobs, S. et al (2016) Nightly massage for improvement of sleep in hospitalized adolescent children with cancer- a feasibility study	A <b>massagem</b> foi vista pelos adolescentes como bem-recebida e com potencial e melhorar o sono durante o internamento. O número de minutos de sono aumentou nos adolescentes que receberam a massagem quando comparados com os que não receberam.
Ratnaningsih, T., Arista D. (2020) The effect of Classical Music Therapy on Sleep Disorders of children Hospitalized at Sakinah Islamic Hospital Mojokerto regency	A aplicação de <b>música clássica</b> resultou em ganhos de sono. Aumentou a duração do sono diária e promoveu a indução do sono das crianças hospitalizadas.

### 2.3. Discussão

Esta revisão *scoping* objetivou mapear as intervenções não farmacológicas que promovem o sono das crianças hospitalizadas. Para dar resposta a este objetivo, cinco estudos foram incluídos neste trabalho de investigação. Dos estudos analisados identificaram-se como intervenções não farmacológicas promotoras da qualidade do sono das crianças hospitalizadas, a musicoterapia, a massagem e o conto de histórias e observaram-se alguns fatores que interferem negativamente na qualidade do mesmo.



**Figura 2-** Fatores dificultadores e promotores do sono na criança hospitalizada.

Da análise realizada todos os estudos encontrados concordam que o sono das crianças é comumente afetado pela hospitalização, reduzindo a sua qualidade (E1, E2, E3, E5).

Anggerainy e colaboradores (2019) corroborando a ideia de Ratnaningsih e Arista (2020), afirmam que as alterações do sono infantil surgem imediatamente no primeiro dia de internamento da criança.

Os estudos concluem que as crianças necessitam de um tempo total de sono diário que esteja compreendido entre as 9 e 10 horas totais e que, durante o internamento, este tempo é significativamente encurtado encontrando-se a baixo de todas as recomendações (E2, E3, E5). Cowherd e colaboradores (2019) na sua investigação obteve que em crianças internadas, o horário médio de ida para a cama é pelas 22 horas e 35 minutos, concluindo que este é um horário desadequado e distinto daquilo que é o habitual para as mesmas crianças quando se encontram nos seus domicílios (E2).

Vários autores concordam que o sono é uma necessidade humana básica e que se apresenta como crucial para a recuperação da saúde das crianças doentes (E1, E2, E3, E5). Desta forma, Vecchi (2020) concorda com os restantes autores e conclui que a privação do sono tem um impacto negativo na recuperação das crianças doentes.

Cowherd e colaboradores (2019) e Hybschmann e colaboradores (2021) concordam entre si quando referem que as crianças internadas apresentam múltiplos despertares noturnos durante o internamento hospitalar (E2, E3). O primeiro autor supracitado estudou que a média destes despertares, num grupo de doentes concológicos, é de 14 vezes por noite (E2). Das causas mais frequentemente apontadas pelos estudos, como causadora de despertares noturnos, a que mais se destaca é a entrada de um profissional de saúde no quarto (E2, E3).

Os autores estão em acordo entre si quando apontam a dor, o ruído, a luminosidade, as idas tardias para a cama, as saudades de casa, a ansiedade, os alarmes, o ambiente desconhecido e o desconforto das superfícies, como as causas que mais frequentemente provocam distúrbios no sono da criança hospitalizada (E1, E2, E3, E5).

Os investigadores dos presentes estudos (E1, E2, E3) apontam o ruído como causador de distúrbios e como fragmentador do sono das crianças hospitalizadas. Estes mesmo autores sublinam que os valores de ruído em ambiente hospitalar excedem os recomendados pela OMS (25-30 décibéis). Hybschmann e colaboradores (2021) cita outros estudos onde foram monitorizados os níveis de ruído e relata que os valores mensurados nos internamentos são de 48,6-60 dB, excedendo significativamente os recomendados (E3). Os autores referem que os valores que se praticam nos hospitais não são ainda conhecidos muito devido à inexistência de monitorização. O ruído em contexto hospitalar tem variadas fontes nomeadamente: os alarmes

dos equipamentos, mobilização de equipamentos, a proximidade com áreas comuns, barulhos de outros utentes e as conversas entre profissionais.

Os autores concordam entre si quando apontam a excessiva luminosidade como uma das maiores causas de interrupção do sono das crianças hospitalizadas (E1, E3, E5).

Um estudo de Stremler e colaboradores (2015) descreve a visão que os enfermeiros têm sobre esta causa, a conclusão a que se chega é de que para as equipas é difícil gerir entre a luz necessária para tratar os doentes em segurança e o nível de luz que preserve o sono das crianças.

A dor também é apontada como frequentemente causadora da interrupção do sono infantil, descrita em vários estudos (E1, E2, E3) e equiparada à monitorização de sinais vitais que está apontada como uma das causas para o mesmo problema (E3).

A musicoterapia foi identificada como medida redutora dos distúrbios do sono nas crianças hospitalizadas por Anggerainy (2019), Hybschmann (2021) e colaboradores e ainda Ratnaningsih e Arista (2020), todos estes autores apontam esta intervenção como eficaz na promoção do sono infantil aquando do internamento (E1, E3, E5).

Já os autores Anggerainy e colaboradores (2019) em concordância com Hybschmann e colaboradores (2021) identificam o conto de histórias como uma medida que dá resposta às alterações do sono infantil em contexto hospitalar (E1, E3).

A última medida apontada como promotora da qualidade do sono das crianças hospitalizadas é a massagem, defendida por Hybschmann et al. (2021) e Jacobs et al. (2016) (E3, E4).

As conclusões dos estudos incluídos na presente revisão são corroboradas por outros autores, como é o caso de Vecchi (2020) e de Stremler e colaboradores (2015).

Vecchi (2020), realizou uma revisão teórica e descreveu as causas que mais frequentemente causam distúrbios no sono das crianças hospitalizadas. Em concordância com os estudos da revisão este investigador pontou o ambiente hospitalar como desconhecido e não promotor do sono. Desta forma, o autor aponta o benefício do uso de protetores auriculares como medida não farmacológica de controlo do impacto do ruído excessivo. Além desta medida Vecchi (2020), enaltece o benefício do uso de vendas oculares como uma medida capaz de reduzir o impacto da luminosidade.

Stremler R. e colaboradores (2015) refere que as crianças que ficam hospitalizadas, bem como as famílias que permanecem com elas, são tratadas num meio ambiente completamente

distinto do habitual onde se prioriza o tratamento e se descarta o sono, num momento em que mais necessitam dele para restaurar o seu estado de saúde. Os autores realizaram um estudo exploratório e transversal que teve como objetivo entender a visão que os enfermeiros têm sobre o seu papel no sono das crianças hospitalizadas e das suas famílias. Com este estudo concluíam que os próprios profissionais apontam a prestação de cuidados e a interação com a criança/familiar, como uma das principais causas da interrupção do sono. No entanto, do mesmo estudo, é possível perceber que as opiniões entre profissionais e pais divergem quanto à priorização dos cuidados em relação ao respeito pelos períodos de sono não existindo para já unanimidade.

## 2.4. Conclusão

A presente *scoping* permitiu concluir, com base na literatura atual, que o sono da criança hospitalizada sofre alterações decorrentes do próprio internamento. A pesquisa mostrou também, que vários autores concordam que o sono das crianças hospitalizadas não é o adequado. É também evidente a existência de unanimidade sobre quais as causas destas alterações. E assim, os estudos neste âmbito apontam o ruído, a luminosidade, a dor, o ambiente desconhecido e as interações dos profissionais de saúde, como as principais causas que provocam a fragmentação do sono infantil em contexto de cuidados de saúde. Foi possível perceber que as crianças que apresentam padrões de sono regulares, e um sono reparador no domicílio, dormem pior quando são hospitalizadas. Apesar da unanimidade dos autores, ainda são escassas as investigações que se debruçam em apurar quais as intervenções não farmacológicas capazes de reduzir este impacto. Ainda assim, nos estudos selecionados, a musicoterapia, a massagem e o conto de histórias revelaram-se intervenções não farmacológicas eficazes na promoção do sono na criança hospitalizada. No entanto, as recomendações para a prática ainda são escassas.

Desta forma, torna-se evidente a emergência de investigar mais esta problemática com o intuito de encontrar respostas para o problema já conhecido, e apontado por vários autores. Atualmente, a necessidade à qual é prioritário dar resposta é exatamente a identificação de mais medidas que sejam capazes de promover o sono da criança hospitalizada, pelos enfermeiros especialistas em saúde infantil e pediatria. O objetivo major será reduzir significativamente o impacto que o internamento tem no sono infantil e, conseqüentemente, o efeito na capacidade de recuperação das crianças hospitalizadas.





## Considerações finais

A elaboração do presente relatório constituiu uma oportunidade para sintetizar os objetivos específicos transversais aos diferentes contextos do estágio e descrever as atividades desenvolvidas ao longo do mesmo, de modo a atingir as competências de Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, com recurso ao método descritivo e reflexivo. Através da metodologia de revisão *scoping*, foi possível verificar o impacto que a hospitalização exerce no sono infantil. Desta investigação, emergiu a necessidade de se continuar a investigar e identificar as estratégias não farmacológicas a utilizar pelos enfermeiros, com vista à promoção do sono na criança hospitalizada.

A Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica distingue-se por uma filosofia de cuidados assente num modelo concetual centrado na criança/jovem e família, assumindo, por isso, que os pais são os melhores prestadores de cuidados dos seus filhos, sendo considerados parceiros no cuidar. Foi esta parceria, defendida por Anne Casey (1995), o pilar transversal a todos os campos de estágio. Sobre este pressuposto foram planeadas as intervenções junto das crianças e suas famílias e procurou-se obter em todos os contextos ganhos em saúde.

A componente teórica do curso ofereceu as ferramentas necessárias para percorrer este caminho, implicando uma capacidade de compreensão e de resolução de problemas em temas específicos da área de especialização. Ao longo deste período, houve contacto próximo junto das famílias, pautando-se as intervenções decorrentes destas interações pelos princípios éticos e morais subjacentes à profissão de enfermagem, tendo-se mobilizado conhecimentos previamente adquiridos ao nível da ética e do direito para desenvolver a prática nos diferentes contextos. Atendendo ao Código Deontológico e à legislação em vigor procurou-se o respeito pelo binómio criança/família, prestando-se cuidados culturalmente sensíveis, englobando aprendizagens ao nível de situações complexas, designadamente na deteção e resposta rápida aos focos de instabilidade, nomeadamente em situações de emergência.

Da investigação realizada através da elaboração da revisão *scoping*, constatou-se que a hospitalização tem impacto no sono das crianças e que este efeito pode ser amenizado com a adoção de estratégias não farmacológicas. O impacto que a hospitalização tem no sono infantil deve ser considerado um foco de atenção prioritário do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica e este profissional deve adotar medidas que previnam a redução da qualidade do sono. Como tal é imperiosa a continuação da investigação desta problemática e a adoção das medidas já identificadas em contexto hospitalar.

Do percurso final o balanço é bastante positivo, apesar das dificuldades e do esforço acrescido que foi necessário para se conseguir completar esta etapa. Viver esta fase em plena pandemia foi duplamente desafiador. Mas com a força de vontade tudo é possível e agora, em retrospectiva, o percurso é satisfatório e motivo de orgulho. Durante este período foi possível apontar os obstáculos que foram surgindo, bem como desenvolver estratégias que foram colocadas em prática para os contornar, efetuando, assim, uma análise crítica e reflexiva das situações vivenciadas.

Desta forma, a conclusão deste percurso é o iniciar de uma nova etapa na vida profissional, onde se pretende o destaque da formação como mestre e especialista na área da Saúde Infantil e Pediátrica, traduzindo-se em cuidados de enfermagem de excelência.





## Referências Bibliográficas

- American Academy of Sleep Medicine. (2016). Consensus Statement: Recommended Amount of Sleep for Pediatric Populations: A Consensus Statement of the American Academy of Sleep Medicine. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 12(6), pp. 785-786. doi:<http://dx.doi.org/10.5664/jcsm.5866>
- Anggerainy, S. W., Wanda, D. & Nurhaeni, N. (2019). Music Therapy and Story Telling: Nursing Interventions to Improve Sleep in Hospitalized Children. *Comprehensive Child & Adolescent Nursing*, 42, 82-89. <https://doi.org/10.1080/24694193.2019.1578299>
- Associação Portuguesa do Sono & Sociedade Portuguesa de Pediatria (2016). Higiene do Sono da Criança e do Adolescente. Brochuras. IP. Desing gráfico. <http://criancaefamilia.spp.pt/media/124389/HIGIENE%20SONO%20CRIANcA%20A%20DOLESCENTE.pdf>
- Batalha, L. (2010). Intervenções não farmacológicas no controlo da dor em cuidados intensivos neonatais. *Revista Referência*. [Em linha]. III série, n.º2, pp. 73-80. <http://www.redalyc.org/pdf/3882/388239961012.pdf>
- Bettinelli, L., Pomatti, D. & Brock, J. (2010). Invasão da Privacidade em Pacientes de UTI. Percepções de Profissionais. *Revista Bioethikos*. (4),44-50.
- Bezerra, S., Morais, G.,Carneiro, A., França, J., Zaccaras, A. & Duarte, M. (2015). Educação em Saúde como compromisso para humanizar a atenção básica: compreensão de profissionais de enfermagem. *Revista de Enfermagem*. 9(5): 7835-42. ISSN: 1981-8963.

- Brasil, M. d. (2017). Atenção humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso- Método Canguru (3ª ed.). Brasília: Ministério da Saúde. Obtido de [https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_humanizada\\_metodo\\_canguru\\_m\\_anual\\_3ed.pdf](https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_metodo_canguru_m_anual_3ed.pdf)
- Brasil, M. d. (2018). Método Canguru: Diretrizes do Cuidado. Obtido de <https://www.slideshare.net/Marcusrenato/mtodo-canguru-diretrizes-do-cuidado-ministerio-da-sade-2018>
- Brotto, A. & Guimarães, A. B. (2017). A Influência da família no tratamento de pacientes com doenças crônicas. *Psicologia Hospitalar*, 15(1), pp. 43-68. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-74092017000100004](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092017000100004)
- Calegari, R., Massarollo, M. & Santos, M. (2015). Humanization of health care in the perception of nurses and physicians of a private hospital. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. Vol. 49 no.spe 2 São Paulo. Dez.
- Casey, A. (1995). Partnership Nursing: Influences on involvement of informal carers. *Journal of Advanced Nursing*. 22, 1058-1062.
- Carskadon, M., Dement, W. (2011). Monitoring and staging human sleep. In M. Kryger, T. Roth & W. Dement (Eds.), *Principles and practice of sleep medicine*, (pp. 16-26). St. Louis, MO: Elsevier Saunders.
- Cercatti, M.J. (2018). *A Frequência da Utilização de Videojogos e sua Influência na Qualidade do Sono de Crianças em Idade Escolar*. Dissertação de Mestrado, Universidade Autónoma de Lisboa.

- Charepe, Z.(2020). A criança e o jovem com doença crónica ou incapacitante. A. L. Ramos & M. C. Barbieri-Figueiredo (Eds), *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (pp. 231-237). Lidel.
- Cowherd, E. L., Sutton, A. G., Vincent, J. O., Humphries, M. S., Ritter, V., Fine, J. & Steiner, M. J. (2019). Timing and Duration of Sleep in Hospitalized Children: An Observational Study. *Hosp Pediatr*, 9(5), 333-339. <https://doi.org/10.1542/hpeds.2018-0236>
- Cordeiro, M. (2010). *Dormir Tranquilo*. (1ª Edição). A Esfera dos Livros. ISBN 978-989-626-215-0.
- Decreto-Lei n.º 71/2019 do Ministério da Saúde.(2019). *Diário da República*, 1ª série, n. 101/2019
- Diogo, P. (2015). Trabalho com as emoções em Enfermagem Pediátrica: um processo de metamorfose da experiência emocional no ato de cuidar (2ª ed.). *Lusodidacta*.
- Cowherd, E. L., Sutton, A.G., Vincent, J. O., Humphries, M. S., Ritter, V., Fine, J. & Steiner, M. J. (2019). *Timing and Duration of Sleep in Hospitalized Children: An Observational Study*. Hospital Pediatrics.
- Esteves, P. & Diogo, P. (2018). Intervenção de Enfermagem na promoção do sentimento de normalização no quotidiano da criança com uma condição crónica e família: uma revisão scoping. *Pensar Enfermagem*, v22(2), p. 45-62.  
<http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=3&sid=a7efea5d-9d69-41d1-86742af1449a80ff%40sessionmgr101&bdata=JnNpdGU9ZWwhvc3QtbGl2ZSZzY29wZT1zaXRl#AN=138598437&db=ccm>

- Everett, K. D., & Bullock, L. (2006). Integrative review of parenting in nursing research. *Journal of Nursing Scholarship*, 38 (1), pp. 56-62.
- Feinberg, I., Davis, N., De Bie, E., Grimm, K., & Campbell, I. (2012). The maturational trajectories of NREM and REM sleep durations differ across adolescence on both school-night and extended sleep. *American Journal of Physiology: Regulatory, Integrative and Comparative Physiology*, 302(5), 533-540. doi: <https://doi.org/10.1152/ajpregu.00532.2011>
- Fernandes, D. (2012). *O atendimento à criança na Urgência Pediátrica*. Obtido em 2015, de Ordem dos Enfermeiros: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/informacao/Documents/Artigos%20Enfermeiros/O%20atendimento%20%C3%A0%20crian%C3%A7a%20na%20Urg%C3%Aancia%20Pedi%C3%A1trica,%20Dino%20Fernandes%20Enfermeiro%20EESIP.pdf>
- Gamus, D. (2016). Nightly massage for improvement of sleep in hospitalised adolescent children with cancer - a feasibility study. *Focus on Alternative & Complementary Therapies*, 21(3/4), 176-177. <https://doi.org/10.1111/fct.12266>
- Hall, W., & Nethery, E. (2018). What does sleep hygiene have to offer children's sleep problems? *Paediatric Respiratory Reviews*. doi: <https://doi.org/10.1016/j.prrv.2018.10.005>
- Hockenberry, M. J., Rodgers, C. C. & Wilson, D. (2018). Wong - Fundamentos de Enfermagem Pediátrica. (10ª Edição). Guanabara Koogan.
- Hybschmann, J., Topperzer, M. K., Gjørde, L. K., Born, P., Mathiasen, R., Sehested, A. M. & Sørensen, J. L. (2021). Sleep in hospitalized children and adolescents: A scoping review. *Sleep Med Rev*, 59, 101496. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2021.101496>

Instituto Politécnico de Viseu. Escola Superior de Saúde de Viseu. (2021, junho). *Guia orientador de trabalhos escritos*. [www.essv.ipv.pt/wp-content/uploads/UNICISE/DOCUMENTOS/GuiaTrabalhosEscritos2021.pdf](http://www.essv.ipv.pt/wp-content/uploads/UNICISE/DOCUMENTOS/GuiaTrabalhosEscritos2021.pdf)

Internacional Council of Nurses. (2018). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) -Versão 2017. Ordem dos Enfermeiros.

Kohli, N. & Sobiya, J. (2015). A Quasi-Experimental Study to assess the effectiveness of Cartoon Animation Movie on Pain During Intravenous Cannulation among Children at Pediatric Ward of Selected Hospitals, Jalandhar, Punjab, 2014. *International Journal of Nursing Education*. V.7, n.3.

<http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=4&sid=327acf5f-452f-4af7-aad8356cfc9f1951%40sessionmgr4006&bdata=JnNpdGU9ZWwhvc3QtbGl2ZSZzY29wZT1z aXRI#AN=110819599&db=ccm>

Linder, L. A. & Christian, B. J.(2012). Nighttime Sleep Disruptions, the Hospital Care Environment, and Symptoms in Elementary School-Age Children With Cancer. *Oncology Nursing Forum*, v.39 (6), p.553-561.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3638990/pdf/nihms444636.pdf>

Lopes, S. I., Almeida, F. I., Jacob, S. I., Figueiredo, M. I., Vieira, C., & Carvalho, F. I. (2016). Diz-me como dormes: hábitos e problemas de sono em crianças portuguesas em idade pré-escolar e escolar. *Nascer e Crescer*, 25(4), 211-216.

<http://www.scielo.mec.pt/pdf/nas/v25n4/v25n4a03.pdf>

McGowan, J. et al. (2020). Reporting scoping reviews-PRISMA ScR extension. *J Clin Epidemiol*, 123, p. 177-9. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2020.03.016>.

- Mindell, J., & Owens, J. (2015). *A clinical guide to pediatric sleep: Diagnosis and management of sleep problems* (3a ed.). Filadélfia, PA: Wolters Kluwer.
- Ministério da Saúde. (2017). *Atenção humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso- Método Canguru* (3ª ed.). Brasil.  
[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_humanizada\\_metodo\\_canguru\\_m anual\\_3ed.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_metodo_canguru_m anual_3ed.pdf)
- Ministério da Saúde. (2018). *Método Canguru: Diretrizes do Cuidado*. Brasil.  
<https://www.slideshare.net/Marcusrenato/mtodo-canguru-diretrizes-do-cuidado-ministrio-da-sade-2018>
- Ordem dos Enfermeiros. Conselho de Enfermagem. (2003). *Competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Consultas da competência de um enfermeiro especialista asseguradas por um enfermeiro de cuidados gerais*. Parecer nº 11/2013. Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.  
[https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/MCEESIP\\_Parecer\\_11\\_2013\\_Consultas\\_de\\_saude\\_infantil.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/MCEESIP_Parecer_11_2013_Consultas_de_saude_infantil.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2014). *Norma para o cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem*, *Diário da República*, 2ª série, n.23.  
<https://files.dre.pt/2s/2019/09/184000000/0012800155.pdf>
- Ordem do Enfermeiros. (2018). *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. *Diário da República*, 2ª série, n. 133. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8733/infantil.pdf>

- Ordem dos Enfermeiros.(2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República, 2ª série(26)*. Lisboa.  
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Organização Mundial da Saúde. (1986). Carta de Ottawa – Promoção da saúde nos países industrializados. Canadá.[http://www.saudepublica.web.pt/05-promocaosaude/Dec\\_Ottawa.htm](http://www.saudepublica.web.pt/05-promocaosaude/Dec_Ottawa.htm)
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde (2016)..(2016). Crianças e Jovens com Diabetes Mellitus Tipo 1 na Escola.. Orientação n°006/2016.  
[https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/Esaude/orientacao\\_diabetes\\_dez2016\\_assinada.pdf](https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/Esaude/orientacao_diabetes_dez2016_assinada.pdf)
- Peters, M., Godfrey, C., Khalil, H., McInerney, P., Parker, D., & Soares, C. (2015). Guidance for conducting systematic scoping reviews. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 13(3), 141–146. doi:10.1097/XEB.0000000000000050
- Peters, M. D., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Tricco, A. C., & Khalil, H. (2020).Chapter 11: Scoping Reviews (2020 version). Em E. Aromatitaris, & Z. Munn (Edits.), *JBI manual for evidence synthesis, JBI,2020* (pp. 406-450). JBI.Global.  
<https://synthesismanual.jbi.global>. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde (2012). Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias). n.º024/2012.  
[http://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/ORIENTACAO%20DGS\\_024.2012%20DE%20DEZ.2012.pdf](http://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/ORIENTACAO%20DGS_024.2012%20DE%20DEZ.2012.pdf)
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2013a). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. n. 010/2013. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil-png.aspx>

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2013b). Leite materno, fórmulas e circuito de biberões e tetinas em ambiente hospitalar. N.

018/2013.<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0182013-de-20122013-pdf.aspx>

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2014). Parecer sobre a administração de Glucagom. N.º005/2014.[https://www.dgs.pt/directrizes-da-](https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/informacoes/informacao-n-0052014-de-05062014-pdf.aspx)

[dgs/informacoes/informacao-n-0052014-de-05062014-pdf.aspx](https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/informacoes/informacao-n-0052014-de-05062014-pdf.aspx)

Portugal, Decreto de Lei n.º 156/2015.(2015). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros-Código Deontológico. *Diário da República* 1ª série, n.º181. Ordem dos Enfermeiros.

<https://files.dre.pt/1s/2015/09/18100/0805908105.pdf>

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2017). Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor. Ministério da Saúde.[https://www.aped-](https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-)

[dor.org/documentos/DGS-](https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-)

[Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor - 2017.pdf](https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-Programa_Nacional_para_a_Prevencao_e_Controlo_da_Dor_-_2017.pdf)

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2019). Crianças e jovens com diabetes *Mellitus* tipo 1. Manual de formação para apoio aos profissionais de saúde e

de educação. Ministério da Saúde. [https://www.dgs.pt/documentos-e-](https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/criancas-e-jovens-com-diabetes-mellitus-tipo-1-manual-de-formacao-para-apoio-aos-profissionais-de-saude-e-de-educacao-pdf.aspx)

[publicacoes/criancas-e-jovens-com-diabetes-mellitus-tipo-1-manual-de-formacao-para-apoio-aos-profissionais-de-saude-e-de-educacao-pdf.aspx](https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/criancas-e-jovens-com-diabetes-mellitus-tipo-1-manual-de-formacao-para-apoio-aos-profissionais-de-saude-e-de-educacao-pdf.aspx)

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2020). Programa Nacional de

Vacinação 2020. n.º018/2020. [https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-](https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0182020-de-27092020-pdf.aspx)

[informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0182020-de-27092020-pdf.aspx](https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0182020-de-27092020-pdf.aspx)

- Rêgo C., Teles A., Nazareth M. & Guerra A. (2012). Leites e fórmulas infantis: a realidade portuguesa revisitada. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 2013;44(5): S50-S93
- Regulamento n.º 422/2018. (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, Ordem dos Enfermeiros [Portugal]. Diário da República, 2.ª série, n. 133, p. 19192.  
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8733/infantil.pdf>
- Regulamento n.º 351/2015. (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, Ordem dos Enfermeiros [Portugal]. Diário da República, 2.ª série, n.119, p. 16661. Acedido em [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoPadQualidadeCuidEspecializEnfSauCriancaJovem\\_DRJun2015.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoPadQualidadeCuidEspecializEnfSauCriancaJovem_DRJun2015.pdf)
- Regulamento n.º 558/2017. (2017). Regulamento da Idoneidade Formativa dos Contextos da Prática Clínica, Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 2ª série ,n. 200, p. 23640. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/6101/aa-1-2017-regulamento-da-acreditacao-idoneidade-formativa-dos-contextos-da-pratica-cl%C3%ADnica.pdf>
- Regulamento n.º 140/2019. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 2.ª série,n.26, p.4745.  
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Reis, G. (2007). *As expectativas dos pais na hospitalização do filho (tese)*. Porto (Portugal): Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto.
- Salavessa, M. & Vilarica, P. (2009). Problemas de Sono em Idade Pediátrica. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, n.25, p.584-91.  
<https://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10676/10412>

Santos, J. N. & Silva, L. A. (2012). Conceções e práticas do trabalho e da gestão de equipas multidisciplinares na saúde. Santa Catarina: *Revista de Ciência e Administração*. v.14 (34), p. 155-168. <https://periodicos.ufsc.br/index.php/adm/article/view/2175-8077.2012v14n34p155/23433>

Shaikh, A.,Zahrani, A., Qari, Y., AbuAlnasr, A., Alhawsawi, W., Alshehri, K. & AlShaikh, S. (2020). Quality of Life in Children With Diabetes Treated With Insulin Pump Compared With Multiple Daily Injections in Tertiary Care Center. *Clinical Medicine Insights: Endocrinology and Diabetes*. V.13, p.1-6. <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1179551420959077>

Silva, N., Patraquim, C., Fernandes, V., Costa, F., Marques, O., Antunes, A. & Martins, S. (2017). Avaliação da Qualidade de Vida das Crianças e Adolescentes com Diabetes Mellitus Tipo 1 e Sistema de Infusão Subcutânea Contínua de Insulina. *Revista Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo*. 2(2):151-160. [https://www.researchgate.net/publication/322629329\\_Avaliacao\\_da\\_Qualidade\\_de\\_Vida\\_das\\_Crianças\\_e\\_Adolescentes\\_com\\_Diabetes\\_Mellitus\\_Tipo\\_1\\_e\\_Sistema\\_de\\_Infusao\\_Subcutanea\\_Continua\\_de\\_Insulina](https://www.researchgate.net/publication/322629329_Avaliacao_da_Qualidade_de_Vida_das_Crianças_e_Adolescentes_com_Diabetes_Mellitus_Tipo_1_e_Sistema_de_Infusao_Subcutanea_Continua_de_Insulina)

Silva, F. M. (2014). *Hábitos e Problemas do Sono das Crianças dos 2 aos 10 anos*. Dissertação de candidatura ao grau de Doutor em Medicina, especialidade de Pediatria, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa, Lisboa.

Sociedade Portuguesa De Diabetologia. (2015). Diabetes: Factos e Números -O Ano de 2014 –Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes. Lisboa: Sociedade Portuguesa De Diabetologia.

Sociedade Portuguesa de Pediatria, Secção de Pediatria Social. (2017). Recomendações SPS-SPP: Prática da sesta da criança nas creches e infantários, públicos ou privados. [https://www.spp.pt/UserFiles/file/Noticias\\_2017/VERSAO%20PROFISSIO%20NAIS%20DE%20SAUDE\\_RECOMENDACOES%20SPS-SPP%20SESTA%20NA%20CRIANCA.pdf](https://www.spp.pt/UserFiles/file/Noticias_2017/VERSAO%20PROFISSIO%20NAIS%20DE%20SAUDE_RECOMENDACOES%20SPS-SPP%20SESTA%20NA%20CRIANCA.pdf)

Sociedade Portuguesa de Pediatria. (2020). Recomendações Sobre Vacinas Extra Plano Nacional de Vacinação. Comissão de Vacina da Sociedade de Infeciologia Pediátrica (SIP) e Sociedade Portuguesa de Pediatria (SPP).  
<https://www.spp.pt/noticias/default.asp?IDN=10938&op=2&ID=132>

Sociedade Portuguesa do Sono. (S.D). Higiene do Sono da Criança e Adolescente. Sociedade Portuguesa do Sono e Sociedade Portuguesa de Pediatria.  
<https://apsono.com/images/higienesono.pdf>

Sousa, P. (2012). *O exercício parental durante a hospitalização do filho: intencionalidades terapêuticas de enfermagem face à parceria de cuidados*. Tese de Doutoramento em Enfermagem. Universidade Católica Portuguesa.

Stremler, R., Adams, S. & Dryden-Palmer, K. (2015). Nurses' views of factors affecting sleep for hospitalized children and their families: A focus group study. *Research in Nursing & Health*, 38(4), 311-322. <https://doi.org/10.1002/nur.21664>

Teixeira, M. M. (2019). *Qualidade do sono das crianças e adolescentes internados em unidades pediátricas*. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D. & Straus, S. E. (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med*, 169(7), 467-473. doi:10.7326/m18-0850

Trindade, C. S. (2019). *O Sono na Infância: Educar para Promover o Sono Saudável Atuação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Relatório de Estágio, Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus.

Tri, R. & Desi, A. (2020). The Effect of Classical Music Therapy on Sleep Disorders of Children Hospitalized at Sakinah Islamic Hospital Mojokerto Regency [article]. *Journal Ners dan Kebidanan*, 7(3), 338-345. <https://doi.org/10.26699/jnk.v7i3.ART.p338-345>

Vecchi, C. R. (2020). Causes and effects of lack of sleep in hospitalized children. *Arch Argent Pediatr*, 118(2), e143-e147. <https://doi.org/10.5546/aap.2020.eng.e143>

Vilas-Boas, M., (2015). O direito-dever do sigilo na proteção ao paciente. *Revista Bioética*.23 (3), 513-523. <https://www.scielo.br/j/bioet/a/kFY5sjrzNCZYd3qVc5BLXDt/?format=pdf&lang=pt>

Waldow, V., R. & Borges, R., F. (2011). Caring and humanization: relationships and meanings. *Acta Paul Enferm*, 24(3), 414-418. <https://www.scielo.br/j/ape/a/MvcQR4bWHt4kcdD9DgyVCZh/?format=pdf&lang=pt>

Watson, J. (2012). *Human Caring Science: A Theory of Nursing* (2 ed.). Jones & Bartlett Learning, USA.

Zisapel, N. (2018). New perspectives on the role of melatonin in human sleep, circadian rhythms and their regulation. *British Journal of Pharmacology*, 175(16): 3190–3199.







## **Anexos**





## Anexo I- Folheto informativo – Internamento de Pediatria

### “O papel Parental na Hospitalização da Criança/Jovem- Parceria de Cuidados”

#### PARA SI PAI/MÃE /CUIDADOR

A equipa quer que saiba que está inteiramente disponível para o ajudar a ultrapassar esta fase e apoiá-lo naquilo que precisar.

#### Não hesite em :

- o Tirar dúvidas sobre a situação de doença do seu filho;
- o Falar sobre os seus receios/medos;
- o Pedir apoio psicológico;
- o Expor os seus sentimentos à equipa;
- o Pedir apoio para a restante família, caso necessite;
- o Solicitar apoio para justificar a sua ausência no emprego;

**Agora, mais do que nunca: continue a ser mãe/pai /cuidador !**

#### AO SEU DISPOSOR TEM UMA EQUIPA CONSTITUÍDA POR:

- o 4 Enfermeiras Especialistas em Saúde Infantil e Pediatria;
- o 13 Enfermeiras Generalistas;
- o X Pediatras;
- o 8 Assistentes operacionais;
- o 2 Educadoras de Infância;
- o 1 Administrativa.

E muitos outros profissionais disponíveis como: Nutricionistas, Fisioterapeutas, Psicólogos, Assistentes Sociais (...)

E Médicos de Outras Especialidades como: Ortopedia, Otorrinolaringologia, Cirurgia, Oftalmologia, etc.

Diretora Clínica: Dra. Edite Tomás  
Enfermeira Chefe: Enª Sílvia Couto



#### O PAPEL PARENTAL NA HOSPITALIZAÇÃO DA CRIANÇA/JOVEM- PARCERIA DE CUIDADOS



SERVIÇO DE PEDIATRIA  
CHTS

#### O MEU FILHO ESTÁ HOSPITALIZADO, E AGORA ?

O internamento de um filho pode ser um momento angustiante e stressante.

Desempenhar o papel de pai/mãe de uma criança doente é um desafio. E a aquisição deste novo papel pode ser prejudicada por sentimentos de ansiedade, culpa, incompetência e redução de competência; pela falta de informação, de familiaridade com os profissionais da saúde e com o sistema hospitalar (Carpenito, 2002).

É natural que neste momento se sinta ansioso e que se questione onde poderá ter errado. Fique calmo! Não errou !

Durante a hospitalização terão ao dispor uma equipa multidisciplinar, formada por enfermeiros, médicos, assistentes operacionais, educadoras de infância e administrativas, sempre disponíveis para o apoiar.

Queremos que saiba que cada profissional que constitui a equipa espera fazê-lo sentir-se apoiado e confortável para tirar as suas dúvidas, partilhar os seus receios e dar-se a conhecer a si e ao seu filho.

Durante o período em que o seu filho estiver internado o seu papel é de extrema importância para a equipa que o trata, esperamos contar consigo pois será uma peça fundamental na recuperação da sua criança.

#### A HOSPITALIZAÇÃO - O QUE ESPERAR ?

Independentemente do motivo do internamento a criança/jovem irá receber os cuidados necessários à recuperação do seu estado de saúde.

Para a sua total recuperação, durante o período de internamento irá:

- o Receber ensinamentos por parte da equipa de enfermagem sobre a situação de doença e o seu tratamento;
- o Receber ensinamentos sobre os cuidados à criança/jovem durante a sua situação de doença;
- o Receber medicação adequada (antibióticos, por exemplo);
- o Realizar uma dieta própria para a sua situação;
- o Receber cuidados a feridas (se aplicável);
- o Poderá ser submetido a procedimentos que causem alguma dor (colocação de cateter periférico, aspiração nasal, por exemplo);
- o Realizar exames complementares de diagnóstico, se necessários (Raio-X, Ecografia...)

#### PARCERIA DE CUIDADOS

Durante o internamento pretendemos que faça parte da nossa equipa! Queremos a sua colaboração para tornar os nossos cuidados os mais adequados ao seu filho. Pois ninguém o conhece melhor que você mesmo.

#### O QUE ESPERAMOS DA MÃE/PAI:

- o Apresente-nos o seu filho: o que é que ele gosta ou não gosta mesmo nada?
- o O que é que ele comeu? Também vamos querer saber;
- o Se ele tem ou teve febre, comunique às enfermeiras;
- o Se vomitou: vamos perguntar-lhe qual o aspeto do vômito;
- o Se reparou em alguma alteração no trânsito intestinal comunique-nos;
- o Acha que ele tem dor - chame uma enfermeira;
- o Alguma alteração no comportamento da criança deve ser comunicada à equipa;
- o Antes de lhe oferecer alimentos questione a enfermeira;

## Anexo II- Folheto Informativo- Cuidados de Saúde Primário

### “Promoção do Sono Infantil”



#### NOS ADOLESCENTES

- O adolescente deve dormir entre **8,5 a 10 horas** por noite.
- O adolescente deve **ter ambiente** com claridade de manhã e evitá-la ao fim do dia;
- Todos o **equipamentos eletrónicos**, incluindo telemóveis, devem ficar fora do quarto;
- **Não** ter fome ao deitar;
- **Evitar** alimentos ou bebidas com estimulantes nas horas que antecedem o sono (refrigerantes, chocolates, café...)
- Os **horários escolares** e compromissos sociais podem comprometer o tempo total do sono;

O **tempo de sono diário**, que engloba a noite e as sestas, vai diminuindo da criança até à idade adulta. Devendo a sua **duração total** ao longo do dia, ser a seguinte:

Idade	Tempo Recomendado
0-3 meses	14 a 17 horas
4-11 meses	12 a 15 horas
1-2 anos	11 a 14 horas
3-5 anos	10 a 13 horas
6-13 anos	9 a 11 horas
14-17 anos	8 a 10 horas
18-25 anos	7 a 9 horas

ELABORADO POR:  
Ana Cláudia Carvalho Barbosa  
Enfermeira da Especialidade de  
Saúde Infantil e Pediatria na  
Escola Superior de Saúde de  
Viseu

USF São Martinho  
Enfermeira Odile Moreira



#### Promoção do Sono Infantil

Um **sono regular** é **imprescindível** para um saudável desenvolvimento físico, mental e intelectual.



A privação do sono na criança está associada a **efeitos negativos** em diversos domínios, tais como o desempenho cognitivo e aprendizagem, a regulação emocional e do comportamento, o risco de quedas acidentais, de obesidade e hipertensão arterial.



#### NOS BEBÉS

O desenvolvimento do cérebro é fortemente influenciado pelo sono, e por isso, os bebês precisam de mais tempo para

No bebé há alguns aspetos a ter em consideração:

- Ter o ambiente do quarto **sosegado escuro** e temperatura **amena**;
- Podem dormir no quarto dos pais mas no seu **próprio berço**;
- **Não** cantar, embalar, dar a mão ou passear no carrinho para que adormeça (torna-o incapaz de dormir sozinho);
- **A partir dos 3 meses** não pegue na criança logo após o primeiro choro, aguarde alguns minutos;
- Dormir sempre de **barriga para cima**;
- **Não** cobrir a cabeça, os lençóis devem ficar ao nível das axilas;
- **Não** usar almofadas;
- **Evitar** roupa em excesso devido ao risco de sobreaquecimento.



#### NAS CRIANÇAS PEQUENAS

Podem ocorrer o medo do escuro. É importante que a criança seja tranquilizada sem ser retirada da cama

- A criança **deve ser deitada sonolenta**, mas ainda acordada, para aprender a adormecer sem a presença dos pais e no lugar onde deve dormir toda a noite;
- **Sair do quarto** antes da criança adormecer;
- Podem ocorrer **pesadelos e terrores**, devendo ser tranquilizada mas não acordada;
- Os **contactos a meio da noite** devem ser **breves e monótonos**, mantendo a criança na sua cama;
- De preferência manter uma **rotina previsível** na hora de deitar (jantar, banho, história).



- **Objetos de transição** (boneco, manta) podem ser úteis para crianças pequenas que não se sentem seguras sem a presença dos pais;
- **Fazer sestas**. Evitando sestas muito prolongadas, frequentes, ou muito tardias;
- **As sestas** devem ser feitas, de preferência, fora do quarto;
- **Não** ingerir líquidos excessivos ao deitar ou durante as horas noturnas;
- **Evitar** atividades vigorosas nas **2 horas** que antecedem a hora de deitar.



## Anexo III- Folheto Informativo- Unidade de Neonatologia

“A receita para o seu bebé dormir bem – Promoção do Sono Infantil”

 <p><b>Cuidados a ter:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Os bebés devem dormir de barriga para cima;</li> <li>- Os pés devem tocar o fundo do berço;</li> <li>- O cobertor não deve ultrapassar os ombros para evitar o sobreaquecimento e asfixia;</li> <li>- Deve ser evitado a exposição ao fumo do tabaco;</li> <li>- Se o seu bebé depois de mamar costuma bolsar, pode haver a necessidade de elevar a cabeceira do berço, prevenindo o engasgamento;</li> <li>- A amamentação e o uso de chupeta foram descritos como fatores protetores contra a morte súbita.</li> </ul>  <p>Os bebés podem dormir no quarto dos pais desde que num berço próprio, que pode estar junto à cama dos pais. Idealmente, a partir dos <b>6 meses</b> deve ser planeada a transição do quarto dos pais para o <b>seu próprio quarto</b>.</p>	<p><b>Duração recomendada:</b></p> <p><b>0-3 meses</b> → <b>14-17 horas</b></p> <p>Recomendações: Sociedade Portuguesa de Pediatria e Sociedade Portuguesa do Sono</p> <p><b>Lembre-se que não existem fórmulas perfeitas. Cada bebé é único e tem o seu próprio ritmo.</b></p> <hr/> <p>Para mais informação siga-nos em:  <a href="http://www.facebook.com/crescercomafetos">www.facebook.com/crescercomafetos</a>  <a href="http://crescercomafetos.chts.pt/">http://crescercomafetos.chts.pt/</a></p>   <p>Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE      Serviço de Pediatria - <b>Unidade de Neonatologia</b>      ELABORADO POR:      Ana Cláudia Carvalho Barbosa Enfermeira da Especialidade de Saúde Infantil e Pediatria na Escola Superior de Saúde de Viseu      Com a orientação de:      Enfermeira Mónica Amaral</p>	 <p><b>A RECEITA PARA O SEU BEBÉ DORMIR BEM</b></p> <p><i>Promoção do Sono Infantil</i></p> 
--	---	--