



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Conhecimento dos pais sobre recomendações para a higiene do sono em crianças pré-escolares

Marta Alexandra Antunes Duque

Fevereiro 2022



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Conhecimento dos pais sobre recomendações para a higiene do sono em crianças pré-escolares

Marta Alexandra Antunes Duque

Estágio com Relatório Final

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Trabalho efetuado sob a orientação de:

Professora Doutora Maria da Graça Ferreira Aparício Costa

Fevereiro 2022

Dedicatória

À minha família, que me deu todo o apoio desde o início, em todos os aspetos e em muitos momentos,

Às palavras amigas, de carinho, incentivo e de força dos meus amigos,

A todos os Professores e em especial à Professora Graça Aparício, pela sua orientação, disponibilidade, estímulo e sapiência,

Às crianças e suas famílias, sem elas este trabalho não faria sentido!

Resumo

Enquadramento: O presente relatório de estágio é o culminar de um percurso de formação que reflete a aquisição e o desenvolvimento de competências especializadas, que tiveram como tema central a higiene do sono em crianças pré-escolares, com foco no conhecimento dos pais. Enquanto necessidade humana básica, o sono é vital para o crescimento e desenvolvimento infantil, uma vez que é durante o sono que ocorrem vários processos metabólicos necessários ao equilíbrio do organismo a curto, médio ou longo prazo.

Objetivos: Descrever objetivamente as experiências e atividades desenvolvidas durante os diversos contextos de estágio para o desenvolvimento de competências especializadas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica; Analisar criticamente os contributos deste percurso, tendo como base o tema central sobre as recomendações para a higiene do sono em crianças pré-escolares; Identificar os conhecimentos dos pais sobre as recomendações para a higiene do sono em crianças pré-escolares, através da realização de um estudo de Revisão Sistemática da Literatura (RSL) neste âmbito.

Metodologia: sobretudo descritiva e reflexiva centrada nas atividades realizadas no percurso formativo para o desenvolvimento de competências especializadas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Integra um estudo de Revisão Sistemática da Literatura segundo o protocolo do Instituto *Joanna Briggs*®, tendo por base uma pesquisa nas bases de dados MEDLINE e CINAHL via EBSCOhost, de estudos publicados entre 2017 e 2021 nos idiomas inglês, português e espanhol. Os estudos foram posteriormente avaliados com base em critérios de inclusão definidos previamente e avaliados quanto à sua qualidade metodológica por dois investigadores. Dos 448 estudos iniciais foram incluídos 5, cuja meta-agregação permitiu realizar a síntese das evidências.

Resultados: As competências desenvolvidas, enquanto futura enfermeira especialista, serão um subsídio para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à criança/família nos diversos contextos onde se encontra. Dos cinco estudos incluídos na RSL foram extraídos 12 achados, sintetizados em três categorias. As evidências sugerem que há pais que demonstram conhecer algumas estratégias/ recomendações para uma boa higiene do sono e aplicam rotinas de dormir. Contudo, há os que referem nunca ter tido ensinamentos sobre o tema; os que desvalorizam as rotinas para uma boa higiene do sono na idade pré-escolar e, ainda, os que não têm conhecimento e não aplicam estratégias/recomendações para a boa higiene do sono.

Conclusão: O desenvolvimento de competências permitiu criar evidências sobre a temática central em estudo e responder à questão de partida, apurando-se conhecimentos diversos no âmbito do papel parental para uma boa higiene do sono. Os enfermeiros necessitam, frequentemente, realizar ensinamentos sistemáticos neste âmbito, no sentido de desenvolver habilidades parentais, neste domínio, com repercussões na saúde e qualidade de vida da criança e da família.

Palavras-Chave: Crianças pré-escolares; Conhecimento; Estratégias; Pais; Higiene do sono; Perceção; Recomendações

Abstract

Introduction: This training report of the internship is the culmination of a development of specialized skills, which had as its central theme the preschool sleep hygiene, focused on the knowledge of parents. While a basic human need, development is vital for the human and basic growth, since the development of various processes sleep is vital for child growth and development, since it is during sleep that several metabolic processes necessary for the body's balance in the short, medium or long term occur.

Objectives: Objectively describe experiences and activities developed in different internship contexts for the development of specialized skills in Child and Pediatric Health Nursing; Critically analyze the contributions of this path, based on the central theme of healthy sleep recommendations in preschool children; To identify parents' knowledge of healthy sleep hygiene habits recommendations in preschoolers, through a Systematic Review in this area.

Methodology: mainly descriptive and reflective centered on the activities carried out in the development of specialized competencies in Child and Pediatric Health Nursing. Includes a systematic review, according to the protocol of the Joanna Briggs Institute®, based on a database research in Medline and CINAHL databases via EBSCOhost, of studies published between 2017 and 2021 in English, Portuguese and Spanish. The studies were further evaluated based on previously defined inclusion criteria and for their methodological quality by two researchers. Of the 448 initial studies five were included, whose meta-aggregation was performed to a synthesis of the joint analyses.

Results: The skills developed as a future specialist nurse will be a subsidy for the improvement of the quality of care provided to the child/family in the different contexts where they are. Of the five studies included in the RSL, 12 findings were extracted, synthesized into three categories. Evidence suggests that there are parents who demonstrate that they know some strategies/recommendations for good sleep hygiene and apply bedtime routines, however there are parents who report never having had any education based on the subject; parents devalue routines for good sleep hygiene at preschool age; parents are unaware and do not apply strategies/recommendations for good sleep hygiene.

Conclusion: The development of skills allowed creating evidence on the central theme under study and answering the starting question, ascertaining different knowledge in the context of the parental role for good sleep. Nurses need to carry out systematic education in this thematic, in order to develop parenting skills in this area with repercussions on the health and quality of life of the child and the family.

Keywords: Preschool children; Knowledge; Strategies; Parents; Sleep hygiene; Perception; Recommendations

Sumário

| | |
|---|----|
| Lista de Quadros | |
| Lista de Figuras | |
| Lista de Siglas | |
| Introdução | 19 |
| Capítulo 1 – Percurso formativo de aquisição de competências | 23 |
| 1. Descrição e Reflexão sobre os Objetivos, Atividades e Competências desenvolvidas em contexto de estágio | 24 |
| 1.1 Estágio de Neonatologia..... | 25 |
| 1.1.1 Objetivos de Estágio | 25 |
| 1.1.2 Contextualização | 26 |
| 1.1.3 Reflexão Crítica | 26 |
| 1.2 Estágio de Saúde Infantil e Familiar | 32 |
| 1.2.1 Objetivos de Estágio | 32 |
| 1.2.2 Contextualização | 32 |
| 1.2.3 Reflexão Crítica | 34 |
| 1.3 Estágio de Pediatria | 40 |
| 1.3.1 Objetivos de Estágio | 40 |
| 1.3.2 Contextualização | 41 |
| 1.3.3 Reflexão Crítica | 42 |
| Capítulo 2 – Estudo Empírico | 49 |
| 1. Enquadramento Teórico | 50 |
| 1.1 O Sono e a sua importância em idade pré-escolar | 50 |
| 1.2 Determinantes do sono infantil..... | 54 |
| 1.3 Perturbações do sono | 56 |
| 2.1 Cognições parentais sobre o sono..... | 60 |
| 2.1.1 Vigilância de saúde na promoção de estratégias parentais | 60 |
| 3.1 Modelo Promoção da Saúde Nola Pender..... | 63 |
| 2. Metodologia | 65 |
| 2.1 Tipo de Estudo..... | 65 |
| 2.2 Protocolo da revisão sistemática | 66 |
| 2.2.1 Formulação da questão de investigação | 66 |
| 2.2.2 Critérios de Inclusão e Exclusão | 67 |
| 2.2.3 Método de identificação de evidências científicas | 68 |
| 2.2.4 Métodos de seleção inicial dos estudos | 70 |

| | |
|--|-----|
| 2.2.5 Análise crítica da qualidade metodológica dos estudos | 76 |
| 2.2.6 Extração de dados | 79 |
| 3. Apresentação e Discussão dos Resultados | 81 |
| 3.1 Meta – Síntese dos Dados | 81 |
| 3.2 Limitações do estudo | 90 |
| 3.3 Implicações para a prática..... | 91 |
| Conclusão | 93 |
| Referências Bibliográficas | 97 |
| Apêndices | 16 |
| Apêndice I - Objetivos propostos no Projeto de Estágio: Estágio de Neonatologia | 101 |
| Apêndice II - Objetivos propostos no Projeto de Estágio: Estágio de Saúde Infantil e Familiar | 104 |
| Apêndice III - Objetivos propostos no Projeto de Estágio: Estágio de Pediatria | 106 |
| Apêndice IV - Folheto “A criança enquanto passageiro...desde a saída da maternidade” .. | 109 |
| Apêndice V - Folheto “Prematuridade...um desafio” | 110 |
| Apêndice VI - Webinar “Primeiros Socorros” | 111 |
| Apêndice VII - Folheto “Queimei-me...E Agora?” | 116 |
| Apêndice VIII - Marcadores de livros “O Sono” | 117 |
| Apêndice IX - Resultado da aplicação instrumento: Teste de Relevância I | 118 |
| Apêndice X – Resultado da aplicação instrumento: Teste de Relevância II | 121 |
| Apêndice XI - Quadro com motivo de exclusão dos estudos..... | 122 |
| Apêndice XII – Quadro de avaliação da qualidade metodológica..... | 123 |
| Apêndice XIII - Quadros de extração de dados | 128 |

Lista de Quadros

| | |
|--|----|
| Quadro 1 - Características gerais do sono NREM. (adapt. Fernandes, 2006, p.162) | 51 |
| Quadro 2 - Características gerais do sono REM. (adapt. Fernandes, 2006, p.162)..... | 51 |
| Quadro 3 - Esquema PICO..... | 67 |
| Quadro 4 - Critérios de inclusão e exclusão..... | 68 |
| Quadro 5 - Mapa de conceitos..... | 69 |
| Quadro 6 - Identificação dos estudos..... | 70 |
| Quadro 7 - Teste de Relevância I | 71 |
| Quadro 8 - Teste de Relevância II | 72 |
| Quadro 9 - Resumo dos estudos encontrados nas referências bibliográficas, incluídos após aplicação do TRI..... | 73 |
| Quadro 10 - Resultados da aplicação do TRII..... | 74 |
| Quadro 11 - Instrumento de avaliação crítica para Estudos Qualitativos..... | 76 |
| Quadro 12 - Instrumento de Avaliação crítica para Estudos Quantitativos | 77 |
| Quadro 13 - Quadro Resumo da avaliação crítica dos estudos qualitativos..... | 78 |
| Quadro 14 - Quadro Resumo da avaliação crítica dos estudos quantitativos..... | 78 |
| Quadro 15 - Modelo de Extração dos dados | 80 |
| Quadro 16 - Lista de achados e ilustrações, com avaliação do nível de evidência..... | 83 |
| Quadro 17 - Resultados da categorização dos achados da pesquisa | 86 |
| Quadro 18 - Resultados da meta-agregação | 87 |

Lista de Figuras

| | |
|--|----|
| Figura 1 - Modelo Transacional de Sadeh (Adapt. Coimbra, 2018, p.20) | 56 |
| Figura 2 - Esquema explicativo das parassónias | 59 |
| Figura 3 - Orientações para a elaboração RSL | 66 |
| Figura 4 - Diagrama do processo de seleção dos artigos..... | 75 |

Lista de siglas

AASM – *American Academy of Sleep Medicine*

BSIJ – Boletim de Saúde Infantil e Juvenil

CMESIP - Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

CPAP - *Continuous Positive Airway Pressure*

CPLESIP - Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

DGS – Direção Geral de Saúde

EEG – Eletroencefalograma

EESIP – Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediatria

ELI – Equipa Local de Intervenção

ESIP – Enfermeiro de Saúde Infantil e Pediátrica

ESSV – Escola Superior de Saúde de Viseu

IMC – Índice de Massa Corporal

MeSh – Medical Subject Headings

NIDCAP - Programa Individualizado de Avaliação e Cuidados Centrados no Desenvolvimento

NREM – Non Rapid Eye Movements

OE – Ordem dos Enfermeiros

PIIP – Plano Individual de Intervenção Precoce

PNV – Plano Nacional de Vacinação

REM – Rapid Eye Movements

RN – Recém-nascido

RSL – Revisão Sistemática da Literatura

SNC – Sistema Nervoso Central

SPP – Sociedade Portuguesa de Pediatria

TRI – Teste Relevância I

TRII – Teste Relevância II

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

USF – Unidade de Saúde Familiar

Introdução

O presente documento surge no âmbito da Unidade Curricular “Estágio com Relatório Final – Estágio de Pediatria, Neonatologia e Saúde Infantil e Familiar”, do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (CMESIP) da Escola Superior de Saúde (ESSV) do Instituto Politécnico de Viseu, que decorreu no 3.º e último semestre do curso. Neste contexto, foram desenvolvidas Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP) definidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) (Portugal, Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica 2017), articulando com os conhecimentos adquiridos quer em contexto da prática profissional, quer na componente teórica do curso, promovendo desta forma a consolidação e desenvolvimento dos mesmos enquanto futura enfermeira especialista em ESIP.

Para cada módulo de estágio, foi desenvolvido um projeto de intervenção de acordo com as oportunidades e necessidades identificadas nos diferentes contextos, incluindo-se a temática central definida, enquanto foco para o desenvolvimento de uma prática especializada e definição de intervenções baseadas na evidência.

O tema escolhido “recomendações para a higiene do sono em crianças pré-escolares” com foco no conhecimento dos pais, surgiu da prática profissional, que decorre num Serviço de Urgência Pediátrica e onde, no momento da colheita de dados para a avaliação inicial da criança/ adolescente e família, se recolhe informações sobre as características do Sono da criança, sendo frequente o confronto com vários rituais, rotinas e hábitos com diferentes implicações na higiene do sono da criança e consequentemente da família.

Como futura Enfermeira Especialista devo contribuir para o desenvolvimento e crescimento saudável das crianças/ adolescentes e famílias, tendo assim responsabilidade na utilização de uma abordagem holística subjacente aos cuidados centrados na família, quer ao nível da promoção da saúde, dos processos de saúde/doença, como na prevenção de complicações.

O Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde infantil e Pediátrica da Ordem dos Enfermeiros refere que:

Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, persegue os mais elevados níveis de satisfação da criança/jovem, tendo em conta a parceria de cuidados estabelecida com os pais ou pessoa significativa/prestador informal de cuidados (...). (OE, 2017, p. 5)

Assim, é fulcral o desenvolvimento de competências no âmbito da Saúde Infantil e Pediátrica visando responder adequadamente com cuidados especializados às crianças/adolescentes e famílias abrangidos pelas intervenções que decorrem no contexto de trabalho.

No decurso dos estágios e decorrente da temática central em estudo, sentiu-se a necessidade de enquadrar e integrar o Modelo Teórico de Promoção da Saúde de Nola Pender, enquanto referencial teórico de suporte à construção de novas formas de interpretar a enfermagem, particularmente no que respeita à capacitação para a adoção de comportamentos que levam à promoção da saúde.

De acordo com Victor *et al.* (2005) o Modelo Teórico de Promoção da Saúde de Nola Pender debruça-se sobre a conceção da promoção da saúde, definida como as atividades voltadas para o desenvolvimento de recursos que mantenham ou fortifiquem o bem-estar da pessoa. No presente Modelo de Promoção da Saúde surgem alguns princípios com relevância no que se refere à promoção da saúde e à adesão a comportamentos saudáveis, tendo os enfermeiros um papel de elevado destaque, com capacidade para desenvolver ações visando o bem-estar e a saúde da criança/adolescente.

Tendo em conta os aspetos supracitados, propôs-se como objetivos deste relatório:

- Descrever objetivamente as experiências e atividades desenvolvidas durante os diversos contextos de estágio para o desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica;
- Analisar criticamente os contributos deste percurso, tendo como base o tema central sobre as recomendações para a higiene do sono em crianças pré-escolares;
- Identificar os conhecimentos dos pais sobre recomendações para a higiene do sono em crianças pré-escolares, através da realização de um estudo de Revisão Sistemática da Literatura neste âmbito.

O presente trabalho encontra-se organizado em duas partes essenciais. No capítulo 1 são compilados os relatórios reflexivos dos estágios, realizados em diferentes contextos da prática de cuidados de saúde infantil e pediátrica. Neste âmbito, apresenta-se os contextos de estágio e são descritas de forma reflexiva as atividades e intervenções desenvolvidas e as competências de EESIP adquiridas.

No capítulo 2 é justificado o tema central em estudo e a sua pertinência na atualidade, fazendo uma ligação com o referencial teórico de Nola Pender, seguindo-

se o estudo empírico, onde se apresenta a metodologia utilizada, os resultados e a discussão. Este capítulo termina com a apresentação das implicações do estudo para a prática, as dificuldades e limitações sentidas.

Na conclusão são apresentados os resultados do estudo e feita uma reflexão sobre todo o percurso trilhado nestes meses.

A elaboração do presente relatório tem como suporte as Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica definidos pela OE, bem como os objetivos pessoais de aprendizagem, aptidões e competências a desenvolver como mestranda e futura EESIP.

Capítulo 1 – Percurso formativo de aquisição de competências

1. Descrição e Reflexão sobre os Objetivos, Atividades e Competências desenvolvidas em contexto de estágio

A unidade curricular Estágio com Relatório Final decorreu em três áreas de prestação de cuidados de Enfermagem, num total de 750 horas de trabalho, nomeadamente:

- Estágio de Neonatologia numa Unidade de Cuidados intensivos neonatais de uma maternidade da zona centro;

-Estágio de Saúde Infantil e Familiar que decorreu numa Unidade de Saúde Familiar;

-E por último o estágio de Pediatria, que foi desenvolvido no Serviço de Cirurgia Pediátrica num Hospital da zona centro.

Ser Enfermeiro Especialista implica o desenvolvimento do conhecimento e a aquisição de competências comuns a todos os especialistas e competências específicas de cada área de especialidade.

Como referido no perfil de competências publicadas no Diário da República, página 4745, do Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro de 2019, artigo 4º, as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista integram quatro domínios:

- ✓ “Responsabilidade profissional, ética e legal;
- ✓ Melhoria contínua da qualidade;
- ✓ Gestão dos cuidados;
- ✓ Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.”

Por sua vez as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, tal como estão enumeradas no Regulamento nº 422/2018 de 12 de julho de 2018, artigo 4º do Diário da República página 19192 são:

- ✓ “Assiste a criança/ jovem com a família, na maximização da sua saúde;
- ✓ Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade;
- ✓ Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem;”

O Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde infantil e Pediátrica da Ordem dos Enfermeiros explicita que:

O exercício profissional dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, é especificado a partir da filosofia de cuidados da enfermagem pediátrica, que evidencia os

cuidados centrados na família, com ênfase nas interações e processos comunicacionais que lhe estão subjacentes, e que decorram nos seguintes contextos: hospital; centros de saúde; rede de cuidados continuados; escola; comunidade; domicílio, de entre outros exemplos. (OE, 2017, p. 4)

Assim, o Enfermeiro Especialista deve ser capaz de desenvolver competências comuns e específicas, intrínsecas à sua área de Especialização. Neste caso de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediatria, ser capaz de mobilizar e articular intervenções de Enfermagem assegurando uma prestação de cuidados de qualidade à criança/ adolescente e família.

No presente capítulo pretende-se realizar uma breve apresentação dos objetivos definidos e uma reflexão sobre as atividades planeadas e desenvolvidas nos diferentes contextos.

1.1 Estágio de Neonatologia

Tal como referido, decorreu numa unidade de cuidados intensivos neonatais da região centro do país, num total de seis semanas, 130 horas de contacto, em regime de tutoria.

1.1.1 Objetivos de Estágio

O Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde infantil e Pediátrica da Ordem dos Enfermeiros refere que:

os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem distinguem-se pelo desenvolvimento de competências técnicas e/ou relacionais, de forma a cuidar da criança/jovem em situação de doença bem como da criança/jovem saudável, quando a família não possua as competências e/ou capacidades para um resultado eficaz. (OE, 2017, p. 5)

O Projeto de Estágio (Apêndice I) tem como finalidade traçar prioridades de aprendizagem com estratégias delineadas visando alcançar todos os objetivos pessoais, com vista à formação do Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica. Assim, no decorrer do estágio na neonatologia, pretende-se adquirir as competências necessárias para cuidar do recém-nascido (RN) e família em situação de instabilidade. Nesse sentido, tal como referido, são tidas em conta as competências apresentadas no Regulamento de Competências Específicas e Comuns do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, nos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, definindo objetivos de integração à unidade e dirigidos a aspetos considerados fulcrais para o desenvolvimento de competências neste âmbito, tais como a promoção do aleitamento materno e da parentalidade, de controlo da dor e da abordagem do RN de alto risco.

1.1.2 Contextualização

Na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) são prestados cuidados de enfermagem altamente diferenciados a RN prematuros e suas famílias, exigindo da equipa competências e conhecimento de nível avançado e altamente especializado. O RN prematuro tem necessidades peculiares de acordo com a sua idade gestacional. Todo o desenvolvimento que se perspectivava ser feito *in útero* terá de ser concretizado num ambiente exterior agressivo e cheio de particularidades, e isso implica cuidados adaptados à sua imaturidade, que beneficiem o seu crescimento e desenvolvimento com o mínimo de danos possível.

O serviço recebe situações de RN com prematuridade, cardiopatias, síndrome de dificuldade respiratória, malformações, sépsis ou doenças infetocontagiosas, casos sociais ou síndrome de privação.

Como era expectável, na UCIN encontram-se profissionais altamente qualificados que enfrentam diariamente a exigência, não só técnica e clínica, como relacional, dirigida ao contacto humano nos seus aspetos mais sensíveis, decorrente do contexto de angústia e stress habitualmente vivido pela família do bebé.

1.1.3 Reflexão Crítica

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2012) como citado por Ramos e Barbieri-Figueiredo (2020) designa-se por RN pré-termo ou prematuro o bebé que nasce vivo antes de completar as 27 semanas de gestação, contadas a partir do primeiro dia do último período menstrual.

Com base em Hockenberry e Wilson (2018), o neonato de alto risco é detentor de uma maior possibilidade de morbilidade ou mortalidade, devido às condições a que é sujeito associadas ao momento do parto ou à adaptação à vida extrauterina.

As necessidades especiais do recém-nascido prematuro e as especificidades das necessidades que os pais sentem, foram os focos principais propostos a serem desenvolvidos ao longo destas semanas. A interligação entre os conhecimentos teóricos previamente adquiridos na Unidade Curricular de Enfermagem de Neonatologia, com a prática e conhecimento da Enfermeira Especialista tutora, proporcionaram a consolidação e o desenvolvimento de capacidades de acordo com o quadro de Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Infantil e Pediátrica.

Pelas mudanças constantes que foram impostas pela pandemia e pela pertinência da importância do papel do Enfermeiro Gestor conjuntamente com a Enfermeira Tutora foram

delineadas competências, também, do domínio da gestão de enfermagem e o papel do Enfermeiro Gestor.

A imaturidade neurofisiológica do Recém-Nascido de pré-termo é evidente na sua vulnerabilidade a determinadas doenças e também na sua suscetibilidade aos estímulos externos do ambiente, como o som, a luz e a atividade. O ambiente extrauterino é responsável por múltiplos estímulos, aos quais o RN de pré-termo não tem capacidade de processar, percebendo-os como hiperestimulação. Desta forma, é fundamental desenvolver estratégias neuroprotetoras, de modo a fornecer os estímulos necessários e adequados à continuação do desenvolvimento do bebé prematuro (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

A adaptação à parentalidade e promoção da vinculação ao RN prematuro tem de ser desenvolvida tendo em conta aspetos de promoção de cuidados desenvolvimentais, revelando-se, esta, foi um grande desafio.

Durante a gravidez os pais idealizam o seu bebé, o bebé perfeito composto por representações que os pais vão fazendo. Aquando do momento do nascimento os pais confrontam-se com um bebé que não corresponde ao seu bebé “ideal”, surgindo múltiplos sentimentos, muitas vezes oriundos em sentimentos de culpa.

A entrada de um recém-nascido numa Unidade de Neonatologia é um momento gerador de stress e ansiedade para os pais e bebé. Dentro de uma UCIN, as famílias vivenciam medos e ansiedades, sentindo que as expectativas durante a gravidez lhes são negadas.

A equipa de enfermagem tem aqui um papel fundamental tentando minimizar os efeitos da hospitalização e envolvendo os pais na prestação de cuidados.

Os pais veem o seu filho dentro de uma incubadora, rodeado de fios, monitores, e outros equipamentos, que dificultam o toque e, por vezes, mesmo o contacto visual. Deste modo, reconhecer as dificuldades sentidas pelos pais nesta situação e realçar a importância da vinculação na vida dos bebés prematuros, implica a capacitação dos pais a nível do papel parental especial, durante todo o internamento na UCIN, de forma a capacitá-los enquanto pais, para a futura alta.

Os enfermeiros são os principais agentes da promoção dos cuidados parentais, uma vez que estão permanentemente junto do RN e da família (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

Os mesmos autores defendem que o enfermeiro tem uma ação na promoção do processo de vinculação, ao proporcionar oportunidades e incentivar os pais ao seu

desenvolvimento, promovendo o contacto corporal, a participação dos pais nos cuidados ao seu filho e no fornecimento de informação e formação acerca das competências do seu bebé.

O papel do Enfermeiro Especialista passa pela compreensão e antecipação destes aspetos e pela capacidade de avaliar as necessidades que estes pais sentem. O Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica é o pilar de apoio dos pais e bebés, tendo um papel ativo no acompanhamento de famílias na adaptação ao exercício da parentalidade. É, também, o facilitador do processo de vinculação entre o bebé e os pais, através do desenvolvimento de estratégias de *copping*, proporcionando, ainda, momentos para que os pais possam expressar as suas dúvidas, medos e ansiedades.

Numa situação de hospitalização de um prematuro, as incertezas do diagnóstico e diversas outras barreiras físicas e emocionais, interrompem o natural processo de vinculação. O Enfermeiro Especialista, ao realçar estratégias para desenvolvimento e capacitação das aprendizagens e habilidades dos pais, com o objetivo da promoção da saúde e readaptação familiar está a promover o processo de vinculação. Providenciar informação aos pais sobre as capacidades e características do seu filho de acordo com a idade gestacional que apresentam, ensiná-los sobre a importância dos cuidados desenvolvimentais, incentivar e negociar a prestação de cuidados, evidenciar a importância do toque, do carinho e do falar, são competências específicas do Enfermeiro Especialista em ESIP.

Ajudar os pais a perceber os seus filhos, de forma a que se possam sentir úteis, nem que seja num “mimo”, na muda de fralda, na avaliação da temperatura axilar ou da pressão arterial. Foram essas experiências partilhadas, falando-lhes das vitórias do seu bebé, inculcando-lhes a importância primordial do seu papel.

Ainda no útero materno, entre as 22 e as 30 semanas de gestação a mãe já tem noção de quando o seu bebé está a dormir ou acordado. Nesta fase, o bebé vai-se adaptando ao ciclo sono-vigília da mãe (Cordeiro, 2010).

O sono tem um papel fundamental e preponderante no crescimento e desenvolvimento do recém-nascido revelando-se fundamental para o desenvolvimento do sistema nervoso central, sistema sensorial e comportamental (Correia & Lourenço, 2020).

Nos recém-nascidos, os ciclos de sono ainda não se encontram bem desenvolvidos. Com base na *American Academy of Sleep Medicine (AASM)* o sono neonatal até aos seis meses pode dividir-se em três estádios: sono ativo, sono tranquilo e sono indeterminado. Sendo o sono ativo compatível com o sono rapid eye movements (REM), o sono tranquilo corresponde ao sono non rapid eye movements (NREM) e por sua vez o sono indeterminado é caracterizado pela transição do sono ativo para o sono tranquilo (Correia & Lourenço, 2020).

O ambiente de UCIN representa, para grande parte dos recém-nascidos, a separação

dos pais, o excesso de estímulos e também a experiência de procedimentos dolorosos o que vai implicar com o seu bem-estar e estabelecimento de períodos de sono tranquilo, tão importantes para o desenvolvimento cerebral do prematuro.

Tendo em consideração a importância do sono para o desenvolvimento dos recém-nascidos é de extrema importância priorizá-la sempre que possível. Nesse sentido o enfermeiro tem um papel de destaque na defesa, promoção e preservação do sono do recém-nascido. (Correia & Lourenço, 2020). Sendo o EESIP promotor da saúde e uma vez que o presente relatório final de estágio tem como tema central o “Sono”, torna-se imprescindível a abordagem ao tema.

Visando reduzir o impacto negativo do ambiente da UCIN no recém-nascido de alto risco, fora do útero materno foi criado o NIDCAP (Programa Individualizado de Avaliação e Cuidados Centrados no Desenvolvimento) do RN. Este programa consiste numa abordagem comportamental para a prestação de cuidados baseada na informação que o RN fornece. Tem como objetivo melhorar ,a longo prazo, as consequências da prematuridade na criança e família e permite a realização de um plano de cuidados visando melhorar e fortalecer as forças do RN e que o suporte em situações de sensibilidade e vulnerabilidade (Santos, 2011).

Santos (2011) defende que o programa foi desenvolvido por Heidelise Als e seus colaboradores no início dos anos 80 como uma estratégia para responder a preocupações quanto ao impacto negativo do ambiente das UCIN no desenvolvimento cerebral dos recém-nascidos prematuros. Com o passar dos anos, o conceito foi alargado para englobar, além dos aspetos físicos do ambiente, todos os procedimentos do cuidar, nomeadamente a minimização da dor ou mesmo os aspetos sociais/familiares envolvidos.

Seguindo esta filosofia de cuidados, verificou-se a articulação e coordenação da equipa médica com a equipa de enfermagem aquando da realização de algum procedimento ao RN tendo por objetivo o agrupamento de cuidados, na tentativa de reduzir manipulações excessivas que, invariavelmente, irão comprometer o bem-estar do bebé, provocando nele manifestações de stresse, dor, alterações fisiológicas e comportamentais, pelo que se pretende concentrar os procedimentos e intervenções planeadas, promovendo a manipulação mínima, especialmente no RN prematuro.

Ao longo deste estágio houve oportunidade de observar e verificar que está patente uma filosofia de humanização assente no modelo de parceria de cuidados e nos cuidados centrados na família, de forma a facilitar a interação equipa e família e a consequente vinculação e preparação para a alta.

Neste âmbito foi elaborado um folheto informativo (Apêndice V) sobre o NIDCAP para entregar aos pais no momento do acolhimento na Unidade com o objetivo de conhecerem

essa filosofia de cuidados da UCIN.

Atualmente, a situação pandémica que atravessamos, provocada pela Covid-19, alterou o horário de permanência dos pais na UCIN. Também esta situação, funciona como uma barreira que afeta a promoção da vinculação e da parentalidade.

Ter um filho internado numa UCIN é uma experiência geradora de stress e emocionalmente desgastante. É importante para os pais terem a noção que os cuidados prestados devem, de forma intencional, causar o mínimo de dor. As boas práticas de cuidar, devem reverter-se na prática, de intencionalidade terapêutica, suportada pelas melhores evidências disponíveis.

No decorrer deste estágio, os prematuros internados estavam no geral estáveis, pelo que não foram necessários procedimentos invasivos causadores de dor. Apesar disso, surgiu oportunidade de utilizar como estratégia não farmacológica o uso da sacarose em colheitas de sangue para análise, com o objetivo de minimizar a dor do prematuro, o que se revelou deveras eficaz.

Também foi possível refletir e colaborar no uso de outras técnicas para alívio da dor no recém-nascido prematuro proporcionando um ambiente calmo (livre de ruído, pouca luminosidade) e um toque reconfortante através do contacto constante ou do toque ativo.

A ventilação não invasiva é atualmente preferencial, sempre que o estado hemodinâmico do RN o permite, nomeadamente nos prematuros com sinal de aumento do trabalho respiratório, apneia neonatal, entre outras complicações.

Esta tem como principal objetivo melhorar a capacidade residual funcional, através da diminuição de áreas de atelectasias e melhorar as trocas gasosas. Um dos modos de ventilação não invasiva comuns na UCIN é o *Continuous Positive Airway Pressure* (CPAP) e este modo ventilatório permite manter uma pressão positiva contínua nas vias aéreas, durante a expiração e inspiração. A abordagem dos recém-nascidos nesta situação, foi uma importante experiência técnica, dadas as suas especificidades.

O Método do Canguru é um modelo de assistência ao RN prematuro e à sua família, voltado para o cuidado humanizado e que reúne estratégias de intervenção biopsicossocial.

O Método do Canguru é responsável por melhorias significativas no ritmo cardíaco, temperatura corporal, padrão de sono, aumento ponderal e maturação cerebral (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

Houve oportunidade de verificar a realização desta técnica, utilizada para acalmar os recém-nascidos transmitindo tranquilidade, é também uma forma de consolo após os procedimentos dolorosos, para além de outras vantagens que lhe são associadas, como a

estimulação da amamentação e da vinculação, para além da diminuição da ansiedade parental. É uma forma de os RN serem acarinhados pelo pai ou mãe, fora da barreira física que é a incubadora. Através da observação pode verificar a eficácia desta técnica.

Um dos objetivos traçados dizia respeito ao desenvolvimento de competências na promoção da amamentação do prematuro. Sendo uma área com necessidade de desenvolvimento, fazia sentido realçar e desenvolver esta competência enquanto futura Enfermeira Especialista. Ao longo do estágio, o incentivo à amamentação é de destacar. As mães são incentivadas à produção e extração do leite, com recurso às bombas de leite facultadas pela UCIN. São esclarecidas quanto aos benefícios da amamentação e do leite materno para o seu bebé. É um processo complexo que implica disponibilidade do Enfermeiro, principalmente na fase de treino do recém-nascido na mama da mãe. Os conhecimentos e experiência da Enfermeira tutora foram fundamentais para desenvolver competências relacionadas com esta área.

O aleitamento materno é considerado o melhor alimento para o RN, pela composição ideal de nutrientes, garantindo imunidade e protegendo o bebé de infeções. É ainda facilitador do processo de vinculação (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

A amamentação promove o fortalecimento das relações afetivas mãe-bebê pelo contato íntimo entre eles, através da troca de olhares, o choro, o toque e fala da mãe com o bebé, que contribuem para o estabelecimento do vínculo afetivo. Para além disso reforça o vínculo e a autoconfiança da mãe em poder cuidar de seu bebé.

Incluída na preparação para a alta do RN prematuro foi realizado um folheto (Apêndice IV) sobre a importância da utilização dos sistemas de retenção. A entrega do folheto acompanhada de ensino, preparação e treino, permite ainda o diálogo com a mãe para identificação da sua autoconfiança e segurança no momento da ida para casa.

1.2 Estágio de Saúde Infantil e Familiar

Tal como referido anteriormente, decorreu numa Unidade de Saúde Familiar da região centro do país, num total de seis semanas, 130 horas de contacto, em regime de tutoria.

1.2.1 Objetivos de Estágio

A Ordem dos Enfermeiros no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde infantil e Pediátrica definiu como missão do Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica:

(...) presta cuidados de nível avançado com segurança e competência à criança/jovem saudável ou doente, proporciona educação para a saúde, assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa. Tem como desígnio o trabalho em parceria com a criança/jovem e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre, hospitais, centros de saúde, escola, comunidade, instituições de acolhimento, cuidados continuados e casa, de forma a promover o mais elevado estado de saúde possível. (OE, 2017, p. 3)

O Projeto de Estágio (Apêndice II) tem como finalidade traçar prioridades de aprendizagem com estratégias delineadas visando alcançar todos os objetivos pessoais, com vista à formação do Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica.

Assim, no decorrer do estágio de Saúde Infantil e Familiar, pretende-se adquirir as competências necessárias ao enfermeiro especializado e para tal foram tidas em conta as competências apresentadas no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica neste âmbito, o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

1.2.2 Contextualização

De acordo com Victor *et al.* (2005) o Modelo Teórico de Promoção da Saúde de Nola Pender debruça-se sobre a conceção da promoção da saúde, definida como as atividades voltadas para o desenvolvimento de recursos que mantenham ou fortifiquem o bem-estar da pessoa.

O Modelo de Promoção da Saúde é fundamentalmente, um modelo de enfermagem, podendo ser usado para implementar e avaliar ações de promoção da saúde, permitindo avaliar o comportamento que leva à promoção da saúde, pelo estudo da inter-relação de três pontos principais: 1. As características e experiências individuais, 2. Os sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento que se quer alcançar e 3. O comportamento de promoção da saúde desejável. Na construção do Modelo de promoção da saúde, a autora utilizou, como bases teóricas a Teoria da Aprendizagem Social e o Modelo de Avaliar Expectativas, ambos da psicologia. (Victor *et al.*, 2005, p. 237)

Por seu lado a Organização Mundial de Saúde assume que:

Os cuidados de saúde primários são uma abordagem de toda a sociedade à saúde e bem-estar, centrada nas necessidades e preferências das pessoas, famílias e comunidades. Aborda os determinantes da saúde mais vastos e incide sobre os aspetos completos e interrelacionados da saúde física, mental e social e do bem-estar. Prestam cuidados completos às pessoas, de acordo com as suas necessidades de saúde durante toda a vida e não só para um conjunto de doenças específicas. Os cuidados de saúde primários asseguram que as pessoas recebem cuidados completos, desde a promoção e prevenção ao tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, tão perto quanto possível do seu ambiente diário. (Organização Mundial de Saúde, 2021)

De acordo com o Regulamento Interno de 2019, a Unidade de Saúde Familiar (USF) tem como missão “assegurar os melhores cuidados de saúde no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários com segurança e rigor científico, garantindo a satisfação dos profissionais e dos utentes”.

A família, enquanto unidade de cuidados, requer intervenções de enfermagem centradas nos processos de mudança da família (ex: gravidez indesejada, morte, membro da família hospitalizado), no sentido de dar resposta às necessidades identificadas, visando a promoção do funcionamento do sistema familiar.

Segundo a OE (2015, Portaria 306-A/2011) como citado por Ramos & Barbieri-Figueiredo (2020, p. 85) a Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil:

é uma intervenção que visa a realização de uma avaliação, ou estabelecimento de plano de cuidados de enfermagem, no sentido de ajudar a criança, adolescente e jovem, são ou doente, e aos grupos sociais a que pertence, de forma a manter, melhorar e/ou recuperar a saúde, levando-os a atingir a máxima capacidade de autocuidado, tao rapidamente quanto possível. Os cuidados de enfermagem contextualizam-se nas necessidades identificadas, entre outras, concretizadas em intervenções autónomas e interdependentes, que fomentem as mudanças atitudinais e comportamentais da população infantil e juvenil face ao estilo de vida saudável ou recuperação da saúde.

1.2.3 Reflexão Crítica

Segundo a Declaração de Alma-Ata, os Cuidados de Saúde Primários podem ser definidos como:

Os cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante a sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase do seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto ao desenvolvimento social e económico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contacto dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são elevados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde. (Alma-Ata, 1978, p. 1)

Ao longo do estágio foram proporcionados diversos momentos de aprendizagem e partilha de experiências com a Enfermeira tutora e restante equipa multidisciplinar, sobretudo durante as consultas de vigilância de Saúde Infantil, mas também em consultas de Saúde Materna ou Planeamento Familiar.

Apenas através de uma avaliação sistemática, periódica e individualizada é possível detetar anomalias e problemas de crescimento e desenvolvimento atempadamente, proporcionando uma intervenção o mais precoce possível. O crescimento e desenvolvimento da criança corresponde a uma essencial intervenção do enfermeiro especialista no âmbito das consultas de Saúde Infantil e Juvenil.

As consultas de Saúde Infantil são agendadas de acordo com o recomendado pelo Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil implementado pela Direção Geral de Saúde (DGS) (2013), sendo, em regra, marcadas em simultâneo com a consulta médica. Todavia a equipa de enfermagem tem autonomia para gerir as marcações das consultas de enfermagem conforme as necessidades encontradas. Esta decorre previamente à consulta médica, contemplando, para além da avaliação estado-ponderal, a avaliação do desenvolvimento e a promoção de cuidados antecipatórios com base no programa Nacional instituído pela Direção Geral de Saúde – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (2013). Esta consulta abrange todas as crianças e jovens com idades compreendidas entre os 0 e os 17 anos e 365 dias de vida.

Inicialmente, a observação constituiu o método mais eficaz de integração aos cuidados, dado a falta de experiência neste âmbito, para compreender e refletir sobre o papel do ESIP neste contexto. Com o decorrer do estágio, foi possível, de forma gradual, ter um papel mais ativo e interventivo nas consultas, ficando mais à vontade e conseguindo conduzir as consultas com supervisão da Enfermeira tutora.

Efetuada consultas de saúde infantil nas diferentes faixas etárias, foi possível utilizar as ferramentas necessárias a cada fase, tal como a Escala de Avaliação do Desenvolvimento de *Mary Sheridan* Modificada para avaliação do desenvolvimento psico-motor. Esta está muito bem explanada na aplicação informática (*MedicineOne*), sendo para o enfermeiro uma importante ferramenta nessa monitorização da criança. Esta avaliação tem por base as diretrizes do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil.

O conhecimento das diferentes fases do desenvolvimento, a sua antecipação e o aconselhamento aos pais sobre as atividades que podem ajudar a promover a aquisição das competências, podem evitar ou minimizar alguns dos problemas relacionados com fatores ambientais e erros ou falhas na estimulação da criança. Assim, é importante incentivar os pais a brincar e interagir com o seu filho de forma dirigida, através de jogos ou outras atividades.

Ainda de acordo com as orientações da DGS, relativamente aos objetivos da consulta de saúde infantil, foi possível intervir na Promoção da Saúde Oral, no cumprimento do Programa Nacional de Vacinação (PNV) e na prevenção de acidentes. Por outro lado, para estimular a opção de comportamentos saudáveis, foi possível realizar atividades de educação para a saúde individualmente sobre hábitos alimentares saudáveis, incentivo à adoção de estilos de vida saudáveis e higiene do sono.

O acolhimento à criança e família, a colheita de dados sistematizada, a observação física com avaliação de dados estado-ponderais, a explicação das diferentes etapas de crescimento e desenvolvimento e o esclarecimento de questões colocadas pelos prestadores de cuidados no decorrer das Consultas de Enfermagem, foram algumas das intervenções desenvolvidas, que envolveu um trabalho de mobilização de conhecimentos, mas também do saber estar para um contexto diferente.

De realçar duas situações particulares, a primeira de uma criança já referenciada para a Consulta de Intervenção Precoce por não apresentar as competências do desenvolvimento adquiridas para a sua idade. Foi então acompanhada por uma Equipa Local de Intervenção (ELI). Estas equipas integram profissionais da área social, da saúde e da educação. De acordo com a DGS (2021) “a ELI assegura a vigilância a estas crianças e famílias avaliando periodicamente o processo evolutivo, ou um Plano Individual de Intervenção Precoce (PIIP) elaborado e realizado com a família. Neste plano ficam registados os objetivos e os apoios acordados entre a ELI e a família”.

A outra situação foi a de uma jovem que, na consulta anterior, apresentava obesidade e um comportamento desafiador. Nesta situação fez-se a consulta de Saúde Infantil pelo acrónimo HEEADSSSSS. Mostrou-se, ao início da consulta, pouco comunicativa e sempre com um discurso “fechado” e até mesmo com tom de gozo. Apresentou comportamentos

pouco saudáveis, desde os hábitos de higiene, às rotinas de sono adotando um estilo de vida pouco saudável. No entanto, é de realçar que, desde a última consulta houve uma melhoria do índice de massa corporal (IMC). Anteriormente, esta jovem alimentava-se mal, sempre á base de doces, bolachas e refrigerantes e sem horários de refeições. Nesta última consulta referiu comer mais verduras e frutas, descrevendo hábitos alimentares mais saudáveis.

Nesta situação, a responsabilização mútua e a negociação são as estratégias adotadas mais importantes e que tem vindo a resultar na maximização da saúde. Desta forma, foi-lhe proposto mais um desafio para a melhoria dos hábitos de higiene.

As alterações de estilos de vida podem levar a comportamentos de risco, tornando-se pertinente abordar temáticas e criar desafios no sentido da promoção de estilos de vida saudáveis.

Nos Cuidados de Saúde Primários é, frequentemente, dada continuidade a situações de crianças com doença crónica, dependentes de equipamentos/dispositivos e dos cuidados a eles inerentes. Neste âmbito, houve oportunidade de participar nos diversos ensinamentos, instrução e treino das famílias de crianças com sonda nasogástrica.

A adesão aos tratamentos e a satisfação da criança e pais é consequente a uma boa comunicação.

A comunicação em pediatria apresenta vários desafios, pois o enfermeiro é confrontado com a díade (pais – criança / adolescente), exigindo assim competências específicas às diversas idades.

Com base em Hockenberry e Wilson (2018) a comunicação é a base de qualquer relação interpessoal. O desenvolvimento de técnicas de comunicação é fundamental para o exercício da Enfermagem, em qualquer uma das suas dimensões. Durante a entrevista o Enfermeiro de Saúde Infantil e Pediátrica deve ter uma comunicação eficaz e assertiva, pelo que precisa estar atento a qualquer tipo de comunicação (verbal, não verbal e abstrata). Apurando o saber ouvir e escutar.

É muito importante que o gabinete de enfermagem onde decorrem as consultas ofereça privacidade e atividades lúdicas que possam, inclusive, possibilitar a avaliação psicomotora da criança, pois, e tal como defende Hockenberry e Wilson (2018) devem estar presentes fatores de distração para as crianças mais pequenas, como brinquedos ou desenhos para estas se manterem ocupadas durante a entrevista dos pais. De acordo com o mesmo autor, a entrevista é o método mais utilizado para comunicar com os pais, pois é uma forma de comunicação direcionada a uma meta.

A comunicação com as crianças e bebês mais pequenos deve ser efetuada através de brincadeiras ou por vezes fazendo questões de resposta curta, por outro lado, as crianças mais crescidas devem ser incluídas como participantes ativos na entrevista.

Na comunicação com crianças, os componentes não verbais durante a comunicação transmitem importantes mensagens, uma vez que se torna difícil disfarçar sentimentos, atitudes, ansiedade. As crianças estão atentas ao ambiente em seu redor valorizando «cada movimento ou gesto (Hockenberry & Wilson, 2018).

A consulta do adolescente é dividida em três momentos, preservando, tal como preconizado, o sigilo e confidencialidade, o exercício do consentimento livre e esclarecido e promovendo a participação ativa do próprio.

DGS (2013) citado por Ramos e Barbieri-Figueiredo (2020) defende o acrónimo HEADS, como orientador dos aspetos a considerar na entrevista com o adolescente: H – *home*; E-*education and employment*; E- *eating habits*; A-*activities*; D-*drugs*; S-*suicide*; S-*sleep*; S- *strengths*.

Assim, no primeiro momento é importante criar empatia com o adolescente e família, realizar a colheita de informação e esclarecer dúvidas e preocupações do adulto acompanhante. Nesta fase a família está presente.

No segundo momento da entrevista, o adolescente está sozinho e é importante dar-lhe oportunidade de se expressar de forma livre às diversas questões colocadas, sob a forma de diálogo.

No último, o adulto acompanhante volta a estar presente na consulta e são definidas em conjunto as estratégias a desenvolver até à próxima consulta.

A intervenção com o adolescente é primordial para o seu desenvolvimento saudável e harmonioso. Perante comportamentos de desvio do desenvolvimento, o enfermeiro deve sinalizar a situação a equipas de saúde especializadas (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

Ainda no âmbito das competências comunicacionais com a criança/família, foi possível realçar a importância do Boletim Individual de Saúde Infantil e do Jovem (BSIJ) para o bebé e pais.

O Enfermeiro Especialista deve ser capaz de apresentar a sua relevância para a promoção e manutenção da saúde da criança e desmistificar a ideia de que apenas serve para preenchimento do peso e da estatura por parte do enfermeiro, médico de família ou pediatra. Desta forma no estágio aproveitei o contacto da primeira consulta do recém-nascido para enfatizar a importância do boletim. Para o efeito, folhear o BSIJ mostrando cada recomendação abordada, destacar os espaços destinados aos pais, onde podem anotar

dúvidas, permite momentos importantes de comunicação e informação para os pais acerca do valor daquele documento.

Ao longo do estágio foi sendo feita uma abordagem à criança e família com uma atitude empática, utilizando uma linguagem adequada em cada situação e mostrando disponibilidade e abertura, respeitando os seus momentos de menor receptividade. Houve oportunidade de comunicar com crianças com diferentes faixas etárias e famílias de diferentes estratos sociais o que facilitou a consolidação de técnicas de comunicação.

A observação da enfermeira tutora na comunicação com a criança e fundamentalmente com os pais, adotando sempre uma postura de confiança, calma, disponibilidade e grande capacidade de resolução de conflitos, foi de grande relevância para o meu desenvolvimento nesta competência.

De acordo com Victor *et al.* (2005) o Modelo Teórico de Promoção da Saúde de Nola Pender debruça-se sobre a conceção da promoção da saúde, definida como as atividades voltadas para o desenvolvimento de recursos que mantenham ou fortifiquem o bem-estar da pessoa.

O Modelo de Promoção da Saúde é fundamentalmente, um modelo de enfermagem, podendo ser usado para implementar e avaliar ações de promoção da saúde, permitindo avaliar o comportamento que leva à promoção da saúde, pelo estudo da inter-relação de três pontos principais: 1. As características e experiências individuais, 2. Os sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento que se quer alcançar e 3. O comportamento de promoção da saúde desejável. Na construção do Modelo de promoção da saúde, a autora utilizou, como bases teóricas a Teoria da Aprendizagem Social e o Modelo de Avaliar Expectativas, ambos da psicologia. (Victor *et al.*, 2005, p. 237)

Ao longo do estágio surgiu oportunidade de realizar variados ensinamentos. No decorrer da consulta de enfermagem, que constitui um momento fundamental para a promoção da saúde, foram efetuados ensinamentos em diversas áreas segundo os temas preconizados no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil e dos quais se destaca a amamentação, prevenção de acidentes, higiene oral, higiene do sono e estilos de vida saudáveis.

Deste modo, em cada consulta de saúde infantil procurou-se encarar o momento como uma oportunidade para contribuir para a capacitação dos pais para uma melhor prestação de cuidados aos seus filhos tentando identificar as suas necessidades e posteriormente dirigir os ensinamentos às suas preocupações e dúvidas, utilizando uma linguagem clara, simples e própria de cada família.

No início do estágio foi proposta a elaboração de uma ação de educação para a saúde dirigida a pais de uma escola de 1.º Ciclo com a designação “Primeiros Socorros Pediátricos” no âmbito do II Ciclo de Webinários: “Às terças há conversas na Solum Sul”.

Reconhecendo a necessidade de intervenção na população escolar alertando para os riscos inerentes às crianças, uma vez que pela sua atividade e espontaneidade são muito suscetíveis a sofrerem pequenos acidentes, este desafio foi prontamente aceite.

Verificou-se assim que, o conhecimento sobre Primeiros Socorros Pediátricos é uma ferramenta importantíssima, para quem no dia-a-dia lida com crianças.

A sessão foi conduzida por uma apresentação em *PowerPoint* (Apêndice VI) e foi rica pela partilha de experiências dos pais e de realçar a partilha de experiências e conhecimento de uma mãe que também é médica e teve uma participação ativa na sessão. O *feedback* dado pela organização da sessão foi positivo.

Outro objetivo proposto foi “Gerir o impacto da dor durante a vacinação”. A dor como 5.º sinal vital assume grande importância na pediatria, nos vários procedimentos dolorosos e invasivos que realizamos diariamente. Numa tentativa de minimizar a dor e promover o conforto na criança, é importante adotar medidas preventivas ou de alívio da dor. Durante a vacinação, foram sendo proporcionadas estratégias não farmacológicas para alívio da dor, como a distração, colaboração dos pais, promoção da amamentação ou o uso da chucha durante os procedimentos, utilização do objeto significativo para conforto.

Nas crianças mais crescidas era concedido tempo para que verbalizassem os seus medos e preocupações, preparando-as de seguida para o procedimento a realizar, valorizando a dor no sentido de a controlar, recorrendo com frequência à distração ou brincadeira. Envolvendo sempre que possível, os pais/família nesses mesmos cuidados.

Também durante a realização do teste de diagnóstico precoce aquando da primeira consulta de Enfermagem do recém-nascido é importante a utilização de estratégias para controlo da dor. Neste caso foi incentivada a administração de sacarose oral a 24% e a medidas de contenção / conforto para a transmissão da sensação de segurança e conforto.

Os hábitos de sono têm um papel fundamental em todo o processo de desenvolvimento, estado emocional e funcionalidade nos diferentes domínios da vida da criança / adolescente.

Sendo que o presente relatório final de estágio relata a temática “sono”, a abordagem aos hábitos de sono era imprescindível. O sono é uma necessidade humana básica que influencia e é concomitantemente influenciada pela diversidade de atividades e contextos de vida, assumindo uma importância particular na infância e adolescência.

A evidência científica defende que dormir com qualidade e o número de horas recomendado com regularidade, promove a saúde, ao nível da atenção, comportamento,

aprendizagem, memória, regulação emocional, qualidade de vida e saúde mental e física (SPP, 2016).

A família constitui o primeiro suporte da criança, contudo, quando lhe faltam competências e conhecimentos para dar resposta às necessidades desta, podem surgir situações de negligência parental que trazem repercussões negativas para a sua saúde física e mental. O papel dos professores, educadores de infância e enfermeiros no apoio à resolução é de assistir na adoção de práticas para uma higiene de sono, na fomentação de rotinas saudáveis e no acompanhamento das situações mais específicas intrínsecas ao sono e rotinas. Desta forma é importante trabalhar com a família e criança / adolescente na promoção, proteção e capacitação/empoderamento nesta área.

Durante as consultas de Saúde Infantil e Pediatria quando questionados os pais e crianças sobre os hábitos de sono várias foram as respostas obtidas como são exemplo: “adormece ao colo e depois vai para a cama dele”, “adormece na nossa cama”, “adormece na cama dele com o pai ou a mãe e a meio da noite vai para a nossa cama”. Quando me deparava com estas situações incentivei e sensibilizei os pais para a importância da implementação de hábitos de sono saudáveis. Sugeri pequenas dicas e conselhos. Mas também houve pais que referiam que o filho adormecia sozinho e tinha uma boa higiene do sono.

A DGS identifica a importância da necessidade de bons hábitos de sono nesta fase do ciclo de vida, no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (2013), colocando os hábitos de sono como ponto a abordar nos cuidados antecipatórios das consultas a partir do primeiro mês de vida e, a partir dos nove meses, considera o sono como um estilo de vida saudável.

1.3 Estágio de Pediatria

Tal como referido, decorreu num serviço de Cirurgia Pediátrica num hospital da região centro do país, num total de seis semanas, 130 horas de contacto, em regime de tutoria.

1.3.1 Objetivos de Estágio

O Projeto de Estágio (Apêndice III) tem como finalidade traçar prioridades de aprendizagem com estratégias delineadas visando alcançar todos os objetivos pessoais com vista ao desenvolvimento de competências do EESIP. Assim, no decorrer do estágio de Pediatria, tive em conta as competências apresentadas no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (2018), no Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (2019) e nos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (2017).

1.3.2 Contextualização

De acordo com o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde infantil e Pediátrica da Ordem dos Enfermeiros, Saúde define-se como:

A saúde como estado subjetivo, é especificada por um conjunto de particularidades que norteiam o subconceito, maximização da saúde da criança/jovem, com ênfase na satisfação das suas necessidades nas diferentes etapas de desenvolvimento. Este conceito, sendo um processo dinâmico e contínuo, é variável no tempo, traduzindo a importância da potenciação do crescimento e/ou desenvolvimento da criança/jovem nas distintas idades, tal como a sua adaptação às transições normativas e/ou acidentais, através da otimização do estado de bem-estar físico, psicológico, intelectual, social e espiritual, que estando presente permite à criança/jovem conseguir alcançar todo o seu potencial não dissociando dos pais/família. (OE, 2017, p. 3)

De acordo com Hockenberry e Wilson (2018), a doença e a hospitalização são as primeiras crises que a criança tem de enfrentar. Em particular durante os primeiros anos de vida, sendo as crianças mais vulneráveis a estas crises, pois representam uma mudança do estado habitual de saúde e da rotina familiar. As reações das crianças a estas crises são influenciadas pelo seu estadió de desenvolvimento; experiências anteriores relacionadas com doença, hospitalização ou separação; pela sua capacidade para enfrentar situações de crise; pela gravidade do diagnóstico e pela rede de apoio disponível.

A Cirurgia Pediátrica é uma área muito abrangente que se dedica ao tratamento cirúrgico de deformidades congénitas ou adquiridas, de lesões traumáticas ou de doenças adquiridas, atuando desde o nascimento até aos 17 anos e 365 dias de idade.

Desta forma neste campo de estágio vou encontrar:

- ✓ Patologias do foro cirúrgico, onde se incluem cirurgia geral pediátrica, cirurgia plástica, e as especialidades de otorrinolaringologia, estomatologia e cirurgia maxilo-facial;
- ✓ Queimaduras – com Unidade de queimados e Hospital de Dia (realização de pensos em ambulatório)
- ✓ Patologias do foro hepático – o Serviço contempla uma Unidade de Transplantação Hepática Pediátrica com capacidade para 4 camas e também consultas.

1.3.3 Reflexão Crítica

De acordo com o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Ordem dos Enfermeiros, Saúde define-se como:

A saúde como estado subjetivo, é especificada por um conjunto de particularidades que norteiam o subconceito, maximização da saúde da criança/jovem, com ênfase na satisfação das suas necessidades nas diferentes etapas de desenvolvimento. Este conceito, sendo um processo dinâmico e contínuo, é variável no tempo, traduzindo a importância da potenciação do crescimento e/ou desenvolvimento da criança/jovem nas distintas idades, tal como a sua adaptação às transições normativas e/ou acidentais, através da otimização do estado de bem-estar físico, psicológico, intelectual, social e espiritual, que estando presente permite à criança/jovem conseguir alcançar todo o seu potencial não a dissociando dos pais/família. (OE, 2017, p. 3)

A Cirurgia Pediátrica é uma área muito abrangente que se dedica ao tratamento cirúrgico de deformidades congénitas ou adquiridas, de lesões traumáticas ou de doenças adquiridas, atuando desde o nascimento até aos 17 anos e 365 dias de idade. As crianças e os jovens internados neste serviço são principalmente encaminhados do Serviço de Urgência Pediátrica, das Consultas Externas, do Bloco Operatório e do Hospital de Dia.

Ao longo das 6 semanas de estágio houve oportunidade de colaborar na prestação de cuidados a crianças e adolescentes com:

- ✓ Patologias do foro cirúrgico - cirurgia geral pediátrica, cirurgia plástica, e das especialidades de otorrinolaringologia, estomatologia e cirurgia maxilo-facial;
- ✓ Queimaduras – colaborando na realização de pensos em ambulatório;
- ✓ Patologias do foro hepático,

Existe uma sala de atividades na qual a Educadora acompanha e incentiva a criatividade, proporcionando atividades lúdicas e de aprendizagem adaptadas a cada criança.

Sempre que as crianças apresentam condições físicas e psicológicas, existem professoras que dão apoio ao ensino/estudo de modo a minimizar as repercussões do internamento no desempenho escolar.

O turno inicia-se e termina com a passagem de turno, momento fundamental no qual devem estar presentes todos os elementos destacados para o turno. Durante este momento é comunicada a informação relevante do turno anterior, discutidos assuntos relacionados com o funcionamento do serviço e delineadas estratégias para a resolução de problemas que vão surgindo relacionados com a prestação de cuidados.

Durante o período de estágio, houve oportunidade de acompanhar crianças ao Bloco Operatório Pediátrico e do recobro (inserido nesta unidade) novamente para o serviço de

cirurgia, conhecendo então este circuito e parte da dinâmica e estrutura física do Bloco Operatório.

A oportunidade de conhecer melhor o espaço físico, a dinâmica e o funcionamento do serviço através da observação e de diálogo com a enfermeira tutora e outros elementos da equipa, com os quais tentei estabelecer uma boa relação interpessoal, permitiu a integração na dinâmica do serviço, sendo essencial para uma prática baseada na reflexão, tentando em todas as oportunidades contribuir de forma responsável para o bom funcionamento.

De acordo com Hockenberry e Wilson (2018), a doença e a hospitalização são as primeiras crises que a criança tem de enfrentar. Estas têm especial relevância durante os primeiros anos de vida, dado que as crianças são mais vulneráveis, pois representam uma mudança do estado habitual de saúde e da rotina familiar. As reações das crianças a estas crises são influenciadas pelo seu estadió de desenvolvimento; experiências anteriores relacionadas com doença, hospitalização ou separação; pela sua incapacidade para enfrentar situações de crise; pela gravidade do diagnóstico e pela rede de apoio disponível.

De acordo com o Instituto de Apoio à Criança, o 4.º artigo da Carta Da Criança Hospitalizada, dita que a criança e os pais têm o direito a receber informação adequada à idade e compreensão sobre a doença e os tratamentos para assim poderem participar nas decisões sobre os cuidados à criança.

Desde a entrada no hospital, a criança e a família vivem um conjunto de experiências que podem ser sentidas como positivas ou negativas e com uma duração incerta. Assim é considerada hospitalização todo o período de tempo em que a criança permanece no hospital desde a admissão até à alta, tendo tido necessidade ou não de internamento.

Ramos e Barbieri-Figueiredo (2020) com base na Ordem dos Enfermeiros (2011) defendem que o enfermeiro tem um papel dinamizador neste processo, uma vez que faz parte das suas intervenções autónomas a preparação dos clientes para qualquer procedimento sendo assim estabelecida uma relação terapêutica.

O enfermeiro tem um papel marcante na forma como a hospitalização da criança é vivida e encontrando-se numa posição de destaque para ajudar a criança e família na adaptação à nova condição. Independentemente do período de hospitalização deve ser sempre tido em conta o desenvolvimento da criança, as suas necessidades e a capacidade dos pais em acompanharem e prestarem cuidados ao filho.

Colaborar com a enfermeira tutora nos cuidados às crianças e famílias, permitiu elaborar, implementar e avaliar um plano de cuidados adequado a cada criança/jovem e família tendo em consideração a sua patologia aguda ou crónica. A relação que se estabelece é de empatia, confiança, levando a uma adequada otimização de cuidados e partilha de informação.

No contexto pandémico vigente, apenas é permitido a permanência de um dos pais junto do filho internado. Este facto vem agravar, tanto para a criança como para o progenitor acompanhante, a vivência de sentimentos de insegurança, angústia, ansiedade e/ou medo, principalmente nos internamentos não programados, em que este entra no hospital, é testado e só pode voltar a sair no momento da alta. Esta situação, coloca muitas vezes um duplo desafio, que é explicar e fazer respeitar as normas, mas também ter tempo para desenvolver uma escuta ativa, demonstrar empatia que muitas vezes é o suficiente para que estes pais se sintam apoiados nos seus sentimentos desencadeados pela hospitalização.

De acordo com Ramos e Barbieri-Figueiredo (2020) o Modelo da Parceria de Cuidados de Anne Casey é um modelo de enfermagem pediátrica que preconiza o envolvimento dos pais nos cuidados à criança, de forma ativa pelos profissionais de saúde. Os cuidados são então planeados de acordo com o desejo e capacidade dos pais. Desta forma pais e profissionais de saúde negociam e partilham os cuidados tomando decisões em conjunto.

Para minimizar a angústia da separação, foi sendo incentivado o progenitor acompanhante a uma permanência ativa, desenvolvendo assim o papel parental durante a hospitalização. Para isso informou-se e encorajou-se os pais sobre que cuidados que podiam desempenhar durante a hospitalização, de forma autónoma ou com a assistência ou supervisão da equipa de enfermagem, negociando a participação dos mesmos, respeitando sempre as suas expectativas ou capacitando-os quando a sua participação era crucial para a recuperação do seu filho.

De salientar os ganhos durante estas semanas ao ter oportunidade para desenvolver o modelo de Parceria de Cuidados, respeitando as rotinas da criança e família; tendo em consideração o estadio de desenvolvimento da criança explicando o procedimento, permitindo a manipulação do material e permitindo a opção de escolha em relação a determinados cuidados.

Em Pediatria o brinquedo ajuda na minimização da ansiedade provocada pela experiência assustadora da hospitalização. Tendo em conta isto, quando a criança era encaminhada ao bloco operatório levava o seu brinquedo, para assim ir mais tranquila sentindo-se em segurança. Promovendo também o brincar terapêutico sempre que possível.

Também um dos aspetos de especial atenção foi ao envolvimento dos pais, incentivando a sua participação nos cuidados, quer fosse nos pós-operatórios quer fosse nos cuidados a ter na alta para domicílio. Juntamente com a enfermeira tutora foram realizados ensinamentos com vista ao desenvolvimento do papel parental e capacitação dos pais/ cuidadores para a prestação de cuidados.

Foi possível verificar e refletir sobre o incentivo à presença dos pais, à sua autonomia na prestação dos cuidados (ex: cuidados de higiene, administração de terapêutica oral), a partilha de dúvidas e informação como forma de os tornar capazes, o chamado empoderamento. Assim, os mesmos são capazes de tomar decisões devidamente informados.

Um caso que me marcou de forma significativa foi o de um bebé com atresia do esófago que já havia sido submetido a cirurgia para correção, sem sucesso. Nesta altura mantém os cuidados que tinha antes da cirurgia e, atualmente, não é viável nova correção cirúrgica, para anastomose dos topos esofágicos.

Este bebé tem aspiração contínua pelo risco de pneumonia por aspiração. A sucção contínua com uma sonda na bolsa esofágica impede a aspiração da saliva deglutida, tentando minimizar o risco de sufocamento. Pelo risco que esta alta acarreta, foi criado um plano de atuação para a preparação da alta, fazendo parte vários ensinamentos para capacitação dos pais. É uma criança que está há vários meses internada e que apenas foi uma vez a casa, numa fase com menor necessidade de cuidados, mas que, no entanto, não correu como era expectável. Nesse período teve uma regressão e, foi novamente internada com agravamento do seu estado geral.

Como a mãe tem vindo a demonstrar vontade em ir a casa, foi então acionado e dado início à preparação da alta com envolvimento da equipa multidisciplinar:

- Equipa de reabilitação: responsável pelos ensinamentos de cinesiterapia e treino; cuidados com a sonda, aspirador e sua manutenção;
- Equipa Médica (Paliativos): acompanhamento em casa;
- Assistente Social: por ser já uma família sinalizada para intervenção precoce;
- Equipa de Enfermagem: em primeiro lugar negociou com a mãe o que tinha que aprender identificando as suas necessidades (ex: a mãe apresentou dificuldade na identificação de compromisso respiratório por obstrução da sonda). Foi elaborado um plano de cuidados e á posteriori foi criada uma *check-list* com os itens mencionados abaixo, para assim não haver falha na passagem de informação:
- Ensinar/Instruir/Treinar: Otimização da sonda de gastrostomia (testagem do balão, otimização do travão, manter pele seca, vigiar sinais de maceração);
- Ensinar/Instruir/Treinar: Horários, preparação do leite, preparação do sistema, programação da máquina, adaptação do sistema à sonda, lavagem da sonda após o leite);
- Ensinar/Instruir/Treinar: Terapêutica (Horários, preparação, administração).

Foi também necessário garantir um segundo cuidador, sendo então envolvido e capacitado o pai nos cuidados.

Tendo em consideração o Modelo de Nola Pender, tentei sempre ter em atenção os comportamentos anteriores e possíveis comportamentos, que ajudassem os pais a ganhar confiança e segurança para cuidar mais eficazmente dos filhos.

Como futura enfermeira especialista e tal como é referido pela Ordem dos Enfermeiros nos Padrões de Qualidade (2017), foi objetivo maximizar o bem-estar da criança/família garantindo cuidados promotores das suas capacidades e potenciais de saúde, contribuindo para a adaptação aos problemas de saúde e para a prevenção de complicações inerentes à sua condição de saúde. Envolvendo os pais nos cuidados a prática teve como base o modelo de parceria de cuidados, reconhecendo a sua importância no cuidar da criança hospitalizada.

A adesão aos tratamentos e a satisfação da criança e pais é consequente de uma boa comunicação.

A comunicação em pediatria apresenta vários desafios, pois o enfermeiro é confrontado com a díade (pais – criança / adolescente), exigindo assim competências específicas às diversas idades.

Com base em Hockenberry e Wilson (2018), a comunicação é a base de qualquer relação interpessoal. O desenvolvimento de técnicas de comunicação é fundamental para o exercício da Enfermagem, em qualquer uma das suas dimensões. O Enfermeiro de Saúde Infantil e Pediátrica deve ter uma comunicação eficaz e assertiva, pelo que precisa estar atento a qualquer tipo de comunicação (verbal, não verbal e abstrata). Apurando o saber ouvir e escutar.

Na abordagem da criança, houve uma aproximação de forma lenta, com voz calma e movimentos tranquilos. A comunicação com as crianças e bebés mais pequenos era através de brincadeiras ou por vezes fazendo questões de resposta curta. Quando se tratava de um adolescente este já era incluído como participante ativo na conversa.

O desenvolvimento de competências a nível da comunicação com a criança e família em situação de doença aguda, ou crónica, priorizando o seu bem-estar, através de técnicas distrativas no controlo da dor, assim como do recurso ao brincar terapêutico no decurso da minha prestação de cuidados, tendo sempre em consideração a situação clínica e a individualidade de cada criança.

Outro objetivo proposto foi “Desenvolver competências no controlo da dor na criança/adolescente através de medidas não farmacológicas e farmacológicas.”, A dor como 5º sinal vital assume grande importância na pediatria, nos vários procedimentos dolorosos e invasivos

que realizamos diariamente. Numa tentativa de minimizar a dor e promover o conforto na criança é importante adotar medidas preventivas ou de alívio da dor.

A prevenção e alívio da dor na criança constituem uma questão ética e um dever que realça o Cuidar em Enfermagem, contribuindo para uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados, e respeitando-se a filosofia dos cuidados atraumáticos.

Durante procedimentos, em colaboração com a enfermeira tutora foram destacadas as estratégias não farmacológicas para alívio da dor, como a distração, colaboração dos pais, o uso da chupeta durante os procedimentos ou utilização do objeto significativo para conforto.

Nos procedimentos dolorosos, como punções venosas e cateterismos periféricos usamos autocolantes (com desenhos coloridos) como estratégias não farmacológicas de distração com bons resultados e muitas vezes as crianças ficam focadas a escolher os autocolantes, sendo a experiência menos traumatizante.

Nas crianças mais crescidas concedia-se tempo para que verbalizassem os seus medos e preocupações, preparando-as de seguida para o procedimento a realizar, valorizando a dor no sentido de a controlar, recorrendo com frequência à distração ou brincadeira. Envolvendo sempre que possível, os pais/família nesses mesmos cuidados.

Tentou-se sempre responder às questões que as crianças / adolescentes colocavam sobre a cirurgia a que iam ser submetidas. Questões estas relacionadas com: duração do internamento, a dor, o procedimento cirúrgico, as agulhas, a anestesia ou se os pais podiam acompanhar.

A queimadura é uma experiência traumática e de grande gravidade, sendo um dos maiores desafios dos cuidados de saúde. Quando a vítima de queimadura é uma criança e dependendo da gravidade, esta pode causar danos psicológicos, dificuldades no crescimento ósseo, reabilitação prolongada e perdas funcionais.

Foi uma experiência nova que incluiu os cuidados na balneoterapia e os diversos tipos de tratamentos diferindo com a fase de cicatrização da queimadura.

Por forma a contribuir para a literacia dos pais da criança queimada, foi elaborado um folheto (Apêndice VII) com algumas indicações que foram discutidas e refletidas com a Enfermeira tutora e com a Enfermeira responsável por esta área de cuidados.

De acordo com a SPP (2016) o sono define-se como um estado complexo que tem como objetivo reorganizar as funções e permite a recuperação física e psíquica, havendo durante o sono renovação celular, produção de hormonas e anticorpo, assim como a síntese de proteínas e regulação metabólica. Na idade pediátrica o sono tem um papel primordial no crescimento corporal.

A abordagem aos hábitos de sono era imprescindível, uma vez que o tema central do presente relatório final de estágio é o “Sono”. Estes têm um papel fundamental em todo o processo de desenvolvimento, estado emocional e funcionalidade nos diferentes domínios da vida da criança.

A família constitui o primeiro suporte da criança, quando lhe faltam competências e conhecimentos para dar resposta às necessidades desta, surgindo situações de negligência parental que trazem repercussões negativas para a sua saúde física e mental. O papel dos professores, educadores de infância e enfermeiros no apoio à resolução é de assistir na adoção de práticas para uma higiene de sono, na fomentação de rotinas saudáveis e no acompanhamento das situações mais específicas intrínsecas ao sono e rotinas. Desta forma é importante trabalhar com a família e criança / adolescente na promoção, proteção e capacitação/empoderamento nesta área.

Ao longo das 6 semanas foram surgindo várias oportunidades para ir questionando sobre como tinham passado a noite, incentivei ao descanso no pós-operatório para assim facilitar a recuperação e controlo da dor, reforçando e realizando ensinamentos.

Também foi foco de atenção na recolha de dados na avaliação inicial – os hábitos de sono: estratégias para adormecer, qualidade do sono ou local onde dormem.

Este momento de recolha de informação serviu para construir uma ideia real dos hábitos de sono atuais e foi também momento em que foi possível ajudar com algumas sugestões/indicações para melhores hábitos de sono.

Por forma a contribuir para a literacia parental sobre este tema foram elaborados marcadores de livros, com algumas sugestões para a higiene do sono por idades (Apêndice VIII). Na construção dos mesmos foram utilizadas cartolinas coloridas com a finalidade de os tornar mais atrativos e suscitar a curiosidade dos pais para a sua leitura.

Capítulo 2 – Estudo Empírico

1. Enquadramento Teórico

O adequado enquadramento teórico de um tema torna-se importante para uniformizar a sua análise e facilitar a compreensão do ponto de vista da exposição promovendo a reflexão do tema.

Neste capítulo é apresentada uma breve contextualização da importância e implicações do sono na saúde do indivíduo em geral, mas particularmente da criança, explorando também as percepções parentais sobre a temática em análise.

1.1 O Sono e a sua importância em idade pré-escolar

No decorrer dos últimos anos temos vindo a assistir a um crescente interesse pelo tema do “Sono”, dando ênfase a um conjunto de estudos que contemplam o sono na infância e a sua importância e também a percepção parental e infantil sobre o mesmo.

O sono é uma necessidade humana básica que influencia e é concomitantemente influenciada pela diversidade de atividades e contextos de vida, assumindo uma importância particular na infância.

O padrão da atividade do sistema nervoso central, o tônus muscular e os movimentos oculares caracterizam o sono e permitem dividi-lo na fase REM e NREM.

De acordo com Alóe *et al.* (2005, p.34) “o sono normal é constituído pela alternância dos estágios REM e NREM. O sono NREM é caracterizado pela presença de ondas sincronizadas no eletroencefalograma e pode ser subdividido em quatro fases: estágio 1, 2, 3 e 4 (3 e 4 equivalem ao sono de ondas lentas ou sono delta). O eletroencefalograma (EEG) de sono REM é caracterizado por ondas dessincronizadas e de baixa amplitude”.

Lopes *et al.* (s.d.) no seu estudo concluem que o ciclo de sono REM e NREM tem cada um funções específicas. Sendo que no sono NREM há diminuição da atividade cerebral tendo um papel restaurador do organismo. Por sua vez no sono REM há aumento da atividade cerebral que é importante nos processos de memória e aprendizagem, ou seja, é responsável pelo reparo cerebral, especialmente nos processos sintéticos cerebrais e relacionados com a recuperação psicológica.

Em suma, Silva (2014, p. 31) defende que atualmente são reconhecidos, dois grandes tipos de sono que alternam durante a noite:

- Sono REM ou Estádio R do sono (de RapidEyeMovements), caracterizado por: movimentos rápidos dos olhos; atividade elétrica cortical dessincronizada, a que corresponde um registo de Eletroencefalograma

(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 não REM (NREM – Non RapidEyeMovements), em que a atividade elétrica registada no EEG se torna progressivamente mais sincronizada, com ondas de frequência mais lenta e de maior amplitude.

Abaixo apresentar-se-ão dois quadros onde são expostas as características gerais do sono REM e NREM:

Quadro 1 - Características gerais do sono NREM. (adapt. Fernandes, 2006, p. 162)

| Características gerais do sono NREM |
|--|
| • Relaxamento muscular com manutenção do tónus |
| • Progressiva redução de movimentos corporais |
| • Aumento de ondas lentas no EEG (20 a 50% de ondas delta em sono III; mais de 50% em sono IV) |
| • Ausência de movimentos oculares rápidos |
| • Respiração e ritmo cardíaco regulares |

Quadro 2 - Características gerais do sono REM. (adapt. Fernandes, 2006, p. 162)

| Características gerais do sono REM |
|--|
| • Hipotonia ou atonia muscular |
| • Agitação e emissão de sons |
| • Movimentos oculares rápidos |
| • Respiração e ritmo cardíacos irregulares |
| • Sonhos |
| • EEG com predomínio de ritmos rápidos e de baixa voltagem |

No seu estudo Salavessa e Vilarica (2009, p.585), referem que no sono NREM os estádios 1 e 2 correspondem ao sono leve, por sua vez os estádios 3 e 4 habitualmente são conjugados, apresentando “um registo elétrico típico com ondas lentas, apelidadas de ondas delta.”. Os autores afirmam que se trata do sono mais profundo dos seres humanos ocorrendo principalmente na primeira metade da noite. Nesta fase do sono as crianças quando acordadas ficam confusas e desorientadas, é neste período que podem ocorrer as parassónias como são exemplo o sonambulismo, sonilóquios e terrores noturnos.

Os mesmos autores defendem que o sono REM alterna características de sono profundo com sono leve, ocorrendo em ciclos de 90 minutos cada estando mais presente na segunda metade da noite. Corresponde à fase dos sonhos, sendo caracterizado por intensa atividade cortical.

De acordo com Fernandes (2006) a necessidade diária de sono varia de acordo com a idade e de forma individual.

O neonato dorme cerca de 80% do período das 24 horas de um dia, intercalando a vigília de acordo com seu ciclo alimentar, mais ou menos a cada 3 ou 4 horas. No decorrer do primeiro ano, há aumento no tempo de vigília durante o dia e do período de sono sustentado à noite. O lactente dorme 13 a 15 horas por dia, contando com uma média de dois períodos de sono diurno; o pré-escolar dorme entre 12 e 13 horas, habitualmente com um período de sono diurno. A necessidade diária de sono da criança escolar situa-se entre 10 e 12 horas, no período noturno, havendo grande resistência ao sono no decorrer do dia, nesta faixa etária. (Fernandes, 2006, pp. 164-165)

A SPP (2016, p. 2) com base na *American Academy of Sleep Medicine* (AASM) defende como total diário de horas de sono:

- Lactentes dos 4 aos 12 meses: 12 a 16 horas por 24 horas (incluindo sesta)
- Crianças de 1 a 2 anos: 11 a 14 horas por 24 horas (incluindo sesta)
- Crianças de 3 a 5 anos: 10 a 13 horas por 24 horas (incluindo sesta)
- Crianças de 6 a 12 anos: 9 a 12 horas sono noturno por 24 horas
- Adolescentes de 13 a 18 anos: 8 a 10 horas sono noturno por 24 horas.

Monteiro (2014), defende que o papel do sono é vital para o desenvolvimento saudável de uma criança. A mesma autora escreve que o sono, ou a falta deste repercute-se nas rotinas diárias da criança, pois uma criança que não dorme as horas recomendadas para a sua idade tende a demonstrar cansaço, défice de atenção e baixa motivação para o desempenho das atividades escolares, manifestando sonolência e pouca capacidade de concentração. A autora refere ainda que dormir não é apenas uma necessidade de descanso mental e físico, uma vez que é durante o sono que ocorrem vários processos metabólicos que, ao serem alterados, podem afetar o equilíbrio do organismo a curto, médio ou longo prazo.

De acordo com a SPP (2016) o sono define-se como um estado complexo que tem como objetivo reorganizar as funções e permite a recuperação física e psíquica, havendo

durante o sono renovação celular, produção de hormonas e anticorpos, assim como a síntese de proteínas e regulação metabólica. Na idade pediátrica o sono tem um papel primordial no crescimento corporal.

Fernandes (2006) refere no seu artigo que a capacidade do individuo adequar o ciclo sono-vigília ao ciclo dia-noite da Terra depende de fatores internos e externos responsáveis pela manutenção do ciclo circadiano.

(...) luminosidade e o calor do dia, a escuridão e a redução da temperatura ambiental à noite, as variações de incidência de luz no decorrer do dia, os relógios, os sons das cidades e de animais (galo, pássaros, etc.) são elementos que nos condicionam a manter um ritmo de atividade alternada com repouso e intercalada com funções de ingestão e eliminação, dentro do padrão circadiano. (Fernandes, 2006, p. 165)

Segundo a autora o organismo humano apresenta ciclos complexos de secreção hormonal e de neurotransmissores, assim como padrões de atividade de centros encefálicos, que em conjunto com sincronizadores externos permitem a variação do biorritmo de repouso e atividade em sintonia com o ciclo dia-noite da Terra.

O núcleo supraóptico é um dos centros encefálicos mais importantes, ele é responsável por receber impulsos luminosos provocados pelo nervo ótico, sendo a luz um dos elementos capaz de controlar o funcionamento deste centro. Estes estímulos luminosos também atuam na glândula pineal que segrega a melatonina (neuro-hormona importante no ciclo vigília-sono). A secreção de melatonina tem um padrão programado que é influenciado pela luminosidade ambiental tendo o seu pico máximo nas primeiras horas da noite. Permitindo ao Homem conciliar a noite (Fernandes, 2006).

O ciclo vigília-sono é responsável pela produção de algumas hormonas e neurotransmissores, desta forma nas primeiras horas da manhã há aumento da secreção da hormona da tiroide, de cortisol e de insulina, promotores da vigília. Isto acontece por aumento da taxa metabólica para o início das atividades diárias ou de forma indireta pelo aumento da glicémia e da sua utilização nas células (Fernandes, 2006).

A mesma autora refere ainda que a hormona do crescimento tem o seu pico durante o sono NREM de ondas lentas, tal como a testosterona. No caso particular das crianças, quando estas padecem de patologias que causam a fragmentação do sono estas podem ter repercussões negativas no crescimento estato-ponderal.

A hormona antidiurética tem o seu pico no período noturno, o que de acordo com Fernandes (2006) pode estar relacionado com a necessidade de diminuir a produção de urina durante a noite, evitando assim os despertares noturnos. Em particular, na pediatria, especula-se que crianças com enurese noturna idiopática possam ter imaturidade no controle da secreção noturna desta hormona.

1.2 Determinantes do sono infantil

A necessidade de dormir assume particular importância na idade pediátrica. A alternância do ciclo sono-vigília é fundamental para serem estabelecidos hábitos e rotinas de sono.

Baseado em Post e Hohmann (2004), Alves (2016) defende que o sono é um dos fatores mais decisivos e mais presente na vida do ser humano. Tal como nos adultos, as crianças cansadas apresentam-se muitas vezes rabugentas e facilmente irritáveis. O sono ajuda-as a regressarem à sua boa disposição, proporcionando uma retirada calma das exigências intensas do contexto social do grupo infantil. Neste âmbito, a sesta oferece às crianças o momento de recarregarem energias físicas e emocionais para os seus hábitos diários.

Apesar da sua inerente condição de necessidade humana básica, os hábitos de sono são influenciados por múltiplos fatores. Alves (2016) com base em Morgenthaler *et al.*, 2006 e Mindell e Owens, 2010 defende que os hábitos de sono das crianças constroem-se pela rotina diária de horários de sono, regras, hábitos, interações com os cuidadores e pelo tipo de ambiente na hora de adormecer, que podem ser mais ou menos previsíveis e consistentes.

Com base em Thiedke (2001), Hockenberry e Wilson (2018) escreve que os padrões de sono variam amplamente, mas a média de horas de sono de uma criança em idade pré-escolar é de aproximadamente 12 horas durante a noite, fazendo com que durante o dia dificilmente faça pequenas sestas. Despertar durante a noite é comum no início da infância podendo estar mais relacionado com fatores sociais do que do próprio desenvolvimento.

A SPP (2016) afirma que, as crianças em idade pré-escolar devem idealmente realizar 10 a 13 horas de sono por dia, dividido em 10 a 11 horas de sono noturno e 1 a 3 horas de sono diurno.

A SPP (2016, p. 3) baseando-se no estudo de Loureiro (2013) escreve que:

(...) as crianças portuguesas, em idade pré-escolar, dormem em média 10h06 minutos com um desvio padrão (dp) de 56 minutos, sendo a hora de deitar, durante a semana, em média às 21h00 (dp 30 minutos) e de levantar às 7h20 minutos (dp 28 minutos). Ao fim de semana as crianças deitam-se em média 1 hora mais tarde, mas habitualmente a hora de acordar nesta idade é semelhante à praticada durante a semana, o que se traduz habitualmente numa privação de sono. Noutros países europeus, o tempo médio de sono é de 11 horas e 08 minutos (dp 60 min) aos 4 anos, variando entre 9.7 -14h e de 11h04 (dp 54 min) aos 5 anos variando entre 9.5-13.3h, portanto bastante superior ao encontrado nas crianças portuguesas. Para este tempo de sono contribui sem dúvida a sesta realizada nestas idades.

Coimbra (2018) baseado em Sadeh *et al* (2003), defende que a maturação do sistema sono-vigília e a consolidação do sono noturno são processos muito rápidos e proeminentes na primeira infância. Fatores como idade, sexo, desenvolvimento, psicopatologia,

temperamento e fatores ambientais, têm vindo a ser estudados permitindo compreender os desafios que os pais enfrentam em relação a problemas de sono das crianças.

A mesma autora diz ainda que o Modelo Transacional de Sadeh e colegas (2010) contempla vários fatores que concorrem de forma integrada para a qualidade do sono infantil.

Este modelo defende que o sono da criança é influenciado por factos intrínsecos e extrínsecos da criança e por aspetos de interação entre pais e criança. Os fatores intrínsecos incluem os fatores biológicos e da saúde e os inerentes à própria criança (e.g., desenvolvimento, maturidade e temperamento); quanto aos extrínsecos dizem respeito a fatores ambientais (e.g., socioeconómicos, geográficos e condições físicas) e a fatores culturais (e.g., normas sociais e culturais, valores e expectativas). (Coimbra, 2018, p. 19)

Também de acordo com Sadeh (2010), Simões (2017) corrobora que diversos fatores têm sido estudados para tentar explicar os problemas de sono na infância, destacando-se fatores biológicos, fatores da criança (ex: idade, sexo, desenvolvimento, temperamento, IMC, rotinas diárias, uso de medicação, etc.) e fatores ambientais. Alguns modelos explicativos dos problemas de sono infantil propõem processos específicos para a associação entre os diferentes fatores de sono das crianças.

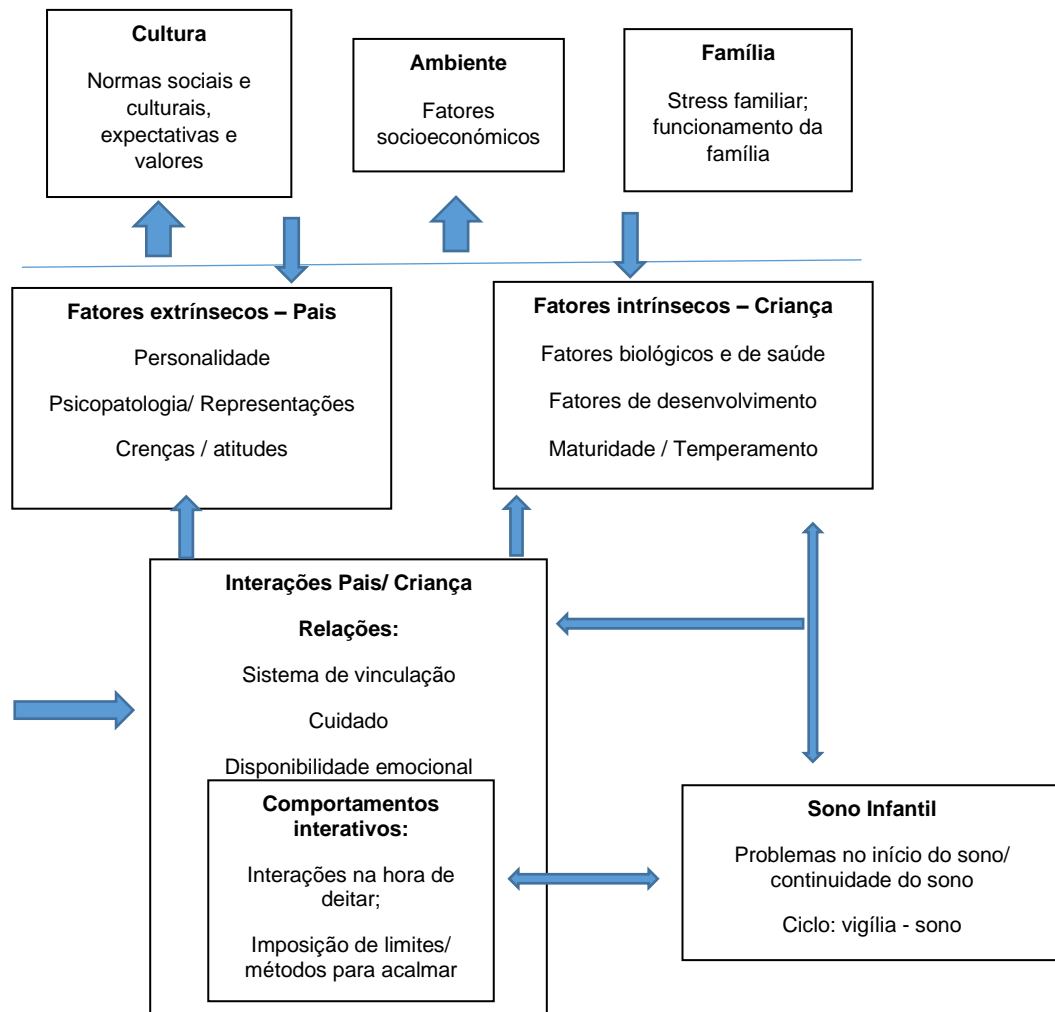


Figura 1 - Modelo Transacional de Sadeh (Adapt. Coimbra, 2018, p. 20)

1.3 Perturbações do sono

Rangel *et al.* (2015) referem que aproximadamente 25% das crianças em alguma fase da sua infância tiveram alguma perturbação do sono.

Em Portugal, os dados disponíveis sobre prevalência das perturbações do sono são consideravelmente menores quando comparados com a literatura internacional, variando de 5,6 a 32%. Apesar de frequentes, as alterações do sono são culturalmente aceites por uma grande parte dos pais e, dessa forma, subvalorizados. (Rangel *et al.*, 2015, pp. 256-257)

Algumas crianças têm dificuldade e protelam a ida para a cama, principalmente após atividades e estímulo durante o dia. Outros pré-escolares apresentam medo na hora de dormir, acordando durante a noite com terrores noturnos. Há ainda crianças que adiam a ida para a cama criando rituais.

Com base em Thiedke (2001), Hockenberry e Wilson (2018) referem que a idade pré-escolar é um período primordial para perturbações do sono. Conforme os infantes e pré-

escolares vão enfrentando a autonomia, a separação e permanência dos objetos, estes começam a ter mais problemas de sono.

A SPP (2016) afirma que a privação do sono em idade pré-escolar pode conduzir a diversas perturbações físicas, psíquicas e emocionais a curto ou longo prazo e por vezes serem mesmo irreversíveis. O oposto, ou seja, dormir regularmente mais do que as horas recomendadas traz também efeitos adversos na saúde das crianças, como é exemplo a obesidade, diabetes, hipertensão ou problemas de saúde mental.

(...) as perturbações do sono podem causar morbilidade substancial na criança, nomeadamente consequências a nível do comportamento, da aprendizagem e mesmo perturbações de desenvolvimento como hiperatividade, défice de atenção, défice cognitivo, depressão, risco de quedas acidentais e obesidade. Além das complicações mencionadas nas crianças, estas perturbações podem também ocasionar nos pais privação de sono, fadiga, alterações do humor, frustração, afetando o desempenho parental e constituindo até fator de risco para violência familiar e divórcio. (Rangel *et al.*, 2015, p. 257)

Salavessa e Vilariça (2009) com base na 4ª edição da revista da *Diagnostic and Statistical Manual Disorders*, de 2002, Classificação Diagnóstica da Associação Americana de Psiquiatria, defende no seu artigo que as perturbações do sono se podem dividir em:

- Dissonias que são caracterizadas por anomalias da qualidade, quantidade ou horário de sono;
- Parassónias que são considerados acontecimentos comportamentais ou fisiológicos anormais durante o período de sono;
- Perturbações relacionadas com perturbações psiquiátricas;
- Perturbações do sono associadas a doença física.

Apesar da importância desta classificação ela foi definida baseada nos comportamentos dos adultos durante o sono e não refletindo assim as especificidades do sono da criança ou adolescente (Salavessa & Vilariça, 2009).

Os mesmos autores referem que os problemas do sono da criança e adolescente apresentam sintomas de uma destas áreas:

- Insónia
- Sonolência diurna excessiva
- Parassónia
- Problemas do sono relacionados com perturbações psíquicas ou médicas.

Aquando da abordagem a uma criança ou adolescente com problemas do sono é fundamental fazer a história clínica. Fazendo inicialmente questões relacionadas com os eventos acima descritos. Se estes se verificarem deve então ser colhida uma história do sono

detalhada. É de extrema importância neste processo a avaliação do estado físico, emocional e de desenvolvimento da criança (Salavessa & Vilariça, 2009).

Insónia

Caracterizada por dificuldades no adormecimento e despertares noturnos que vão diminuindo de frequência e intensidade até aos 5 anos em crianças cujo desenvolvimento e funcionamento global se mantém preservado (Salavessa & Vilariça, 2009).

O processo de ir para a cama e manter-se lá sozinho, a capacidade de se auto-confortar e adormecer é uma tarefa de aprendizagem que deve ser apoiada pela família. Exige a organização de uma área transacional satisfatória, depende do temperamento da criança e da sua capacidade de auto-regulação. Não menos importantes são as condições exteriores e as atitudes parentais (Salavessa & Vilariça, 2009).

No caso de se verificarem problemas psicossociais e do ambiente onde a criança se insere o tratamento tem como foco a relação entre os pais e a criança tendo intervenções psicossociais e de suporte aos pais. A atitude de escuta empática em relação às dificuldades parentais torna-se fundamental neste processo (Salavessa & Vilariça, 2009).

“Os princípios fundamentais que terão de ser comunicados aos pais são a importância da consistência dos seus comportamentos e da existência de uma rotina, que englobe a regularização dos horários do sono e de outras rotinas diárias.”. (Salavessa & Vilariça, 2009, p.587)

Em crianças de idade escolar a manifestação mais comum é a resistência em ir para a cama, com recusa ou adiamentos excessivos da hora de deitar. Nestas idades as crianças podem ainda desenvolver insónia relacionada com medos e fobias (Salavessa & Vilariça, 2009).

Sonolência Diurna

Caracterizada por alterações do padrão sono-vigília ou ausência de higiene do sono com horários tardios de deitar e despertares cedo. Caso esta situação não se verifique outras podem ser as causas. É exemplo: a apneia do sono. Neste caso a obstrução parcial ou completa das vias aéreas conduz a níveis de oxigénio mais baixos e aumento dos níveis de dióxido de carbono, que tem como consequência a alteração na fisiologia do sono e despertares intermitentes. Resultando em sonolência diurna com possível impacto no desenvolvimento cognitivo e comportamental da criança. Outras causas com impacto na qualidade do sono são: doenças neurológicas, consumo de substâncias ou álcool e medicamentos (Salavessa & Vilariça, 2009).

Outra causa pode ser a narcoplesia, mais presente na adolescência. Neste caso “parece haver intrusão do sono REM no estado de vigília, resultando em episódios de sonolência diurna, alucinações hipnagógicas (como resultado do elemento sonho no sono REM), paralisia muscular (hipotonia súbita). Os episódios podem durar segundos a minutos e podem ocorrer também durante o sono, com alteração na sua arquitetura. (Salavessa & Vilariça, 2009, pp. 588-589)

Para o tratamento é primordial a criação de rotinas, que contemplem sesta diurnas regulares e planeadas (Salavessa & Vilariça, 2009).

Com base no artigo de Salavessa e Vilariça (2009) é descrito abaixo as parassónias:

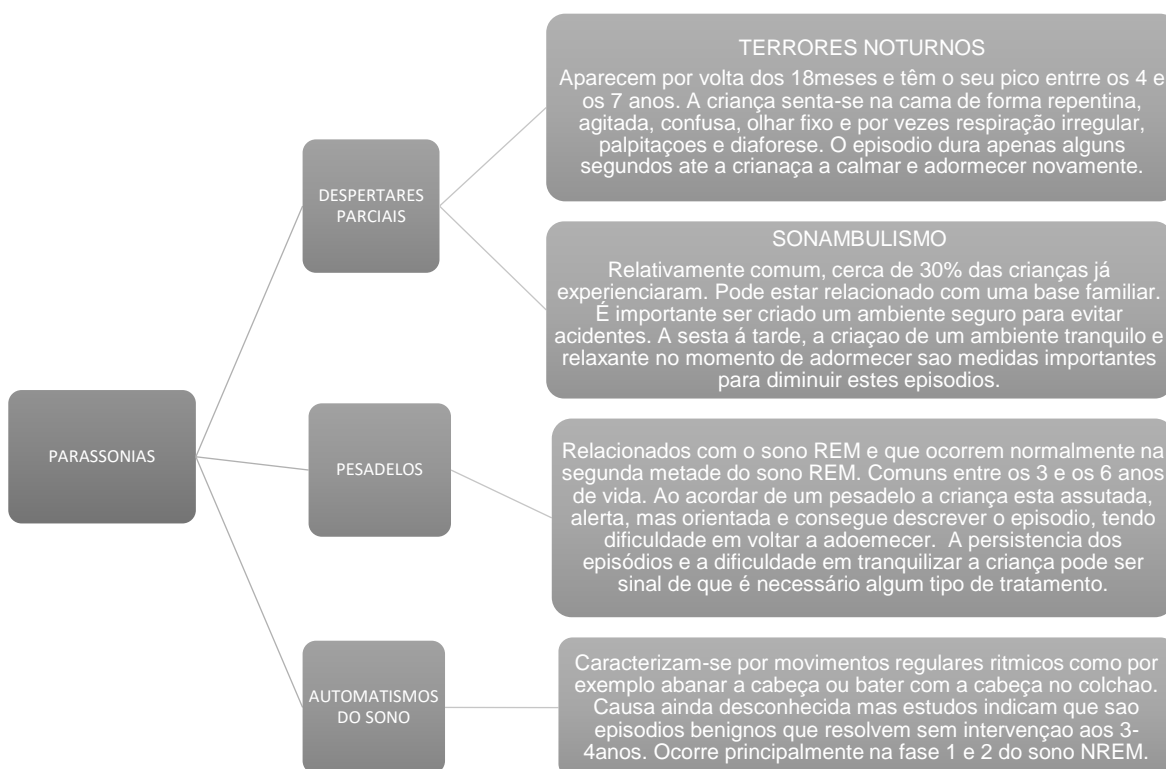


Figura 2 - Esquema explicativo das parassónias

Fonte: Desenhado pela autora

A regulação do sono e vigília envolve sistemas neuronais que são responsáveis pelo controlo das emoções. Os problemas do sono são importantes na deteção de uma patologia do foro emocional.

Uma das perturbações psiquiátricas que comumente cursa com alterações do sono é a Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção (PHDA), havendo, em muitas destas crianças referência a diminuição das necessidades de sono, dificuldades no adormecer, sono agitado e frequentes despertares noturnos. Na depressão, os problemas de sono fazem parte dos critérios de diagnóstico para episódio depressivo major, quer por insónia (inicial, média ou terminal) ou, no caso de depressões atípicas, por hipersónia. As dificuldades no sono são também frequentes nas perturbações de ansiedade, como perturbação de ansiedade generalizada, perturbação obsessivo-compulsiva ou perturbação de stress pós-traumático. Neste último caso os pesadelos recorrentes acerca da situação geradora de stress fazem,

regra geral, parte do quadro clínico. Na perturbação bipolar existe uma diminuição franca das necessidades de sono, enquanto em perturbações psicóticas são frequentes queixas de ansiedade noturna. Nas deficiências mentais ou perturbações globais de desenvolvimento, é frequente encontrarem-se alterações no padrão sono-vigília, relacionadas, provavelmente, com alterações neurobiológicas do SNC. (Salavessa & Vilariça, 2009, p. 590)

2.1 Cognições parentais sobre o sono

Freitas (2019) defende que os hábitos de sono das crianças se constroem pela sequência diária de horários do sono, regras, rotinas, interações com os cuidadores e pelo tipo de ambiente na hora de dormir, que podem ser mais ou menos previsíveis e consistentes.

A mesma autora refere que ensinar a criança a dormir, enfrentar períodos de vigília durante a noite e a sua própria perda de sono, é stressante para a maioria dos pais que independentemente de as alterações serem, ou não, transitórias, influenciam a rotina familiar além de puderem afetar o desenvolvimento da criança. Desta forma é fácil compreender por que razão as preocupações dos pais com o sono das crianças são frequentes.

2.1.1 Vigilância de saúde na promoção de estratégias parentais

Alves (2016) com base em Lavie (1998) e Cordeiro (2010), defende que o sono é uma necessidade fisiológica sem a qual o homem não pode viver, e já essencial durante a gravidez. Assim, cabe numa primeira fase à família, como alicerce de vida, proporcionar à criança presenças com ambientes adequados e facilitadores que permitam a regulação de um sono tranquilo.

A mesma autora cita Nércia (2010), referindo que a família tem um papel de realce como facilitadora de um sono tranquilo. Atuando como um pilar fundamental no percurso que o desenvolvimento e as aprendizagens da criança seguem.

Ribeiro (2013) com base em Mendes *et al.* (2004) refere que existem várias estratégias para os pais minimizarem os problemas associados ao deitar e acordar dos seus filhos.

A SPP (2016) afirma que o sono em idade pediátrica para ser considerado saudável exige duração / tempo adequado, boa qualidade, regularidade e ausência de distúrbios ou perturbações do sono. Desta forma a família tem um papel de destaque sendo da sua responsabilidade a imposição e cumprimento de regras fundamentais para a higiene do sono:

- Promover um horário regular de deitar a criança todos os dias não quebrando essa regularidade ao fim de semana permitindo no máximo 30 minutos de tolerância;
- Ter uma rotina de deitar que antecipe a ida para a cama sempre semelhante (ex: vestir o pijama, seguido de lavar os dentes e por fim contar uma história);
- Deitar a criança na cama ainda acordada permitindo o uso de objeto de transição como é exemplo a chucha;
- Evitar adormecer a criança em outros locais que não a sua cama;
- Evitar atividades estimulantes antes de adormecer como por exemplo o exercício físico;
- Proibir a utilização de tecnologias antes de adormecer (ex: telemóvel, televisão, computador, consola de jogos).

Por sua vez, Henderson e Jordan, (2010) de acordo com Ribeiro (2013) corrobora a ideia da SPP defendendo que as rotinas de deitar deverão ser consistentes, devendo haver um encadeamento dos eventos noturnos como jantar, tomar banho, ouvir uma história e brincar, aproveitando o momento em que a criança está totalmente relaxada para dormir. Estas rotinas combinadas com o ambiente do quarto devem favorecer um espaço e momento para adormecer. Os autores reforçam que desde o início da infância a criança não deve ser habituada a ser embalada, passeada ou acompanhada para adormecer.

De referir ainda que, tal como as famílias tem um papel fulcral na higiene do sono no período noturno, também as creches e estabelecimentos pré-escolares têm responsabilidade de desempenhar este mesmo papel no sono diurno, ou seja, na sesta (SPP, 2016).

O Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde infantil e Pediátrica da Ordem dos Enfermeiros dita que:

O exercício profissional dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, é especificado a partir da filosofia de cuidados da enfermagem pediátrica, que evidencia os cuidados centrados na família, com ênfase nas interações e processos comunicacionais que lhe estão subjacentes, e que decorram nos seguintes contextos: hospital; centros de saúde; rede de cuidados continuados; escola; comunidade; domicílio, de entre outros exemplos. (OE, 2017, p. 4)

O cuidar em parceria com a criança/família, tem a sua base no modelo de enfermagem de parceria dos cuidados de Anne Casey.

De acordo com Ramos e Barbieri-Figueiredo (2020) o Modelo da Parceria de Cuidados de Anne Casey é um modelo de enfermagem pediátrica que preconiza o envolvimento dos pais nos cuidados à criança, de forma ativa pelos profissionais de saúde. Os cuidados são então

planeados de acordo com o desejo e capacidade dos pais. Desta forma pais e profissionais de saúde negociam e partilham os cuidados tomando decisões em conjunto.

Nunes (2014) na sua RSL refere que Casey (1988) identifica de forma objetiva o papel dos pais na construção do processo de cuidados aos seus filhos. Sendo a família considerada o conjunto de pessoas detentoras de maior responsabilidade na prestação de cuidados à criança, influenciando fortemente o seu crescimento e desenvolvimento.

A mesma autora defendendo Farrel (1994) escreve que os enfermeiros, pela prestação de cuidados em parceria, reconhecem os pais como sendo os melhores prestadores de cuidados à criança, desenvolvendo competências comunicacionais, relação de ajuda e promoção da saúde. O enfermeiro através do ensino promove a saúde, orienta os pais nos cuidados, partilha conhecimento e ensina técnicas apropriadas que permitam a aquisição de competências pelos pais para a satisfação das necessidades da criança.

Como facilitador deste processo e impulsionador de hábitos saudáveis de sono o enfermeiro tem um papel central, principalmente no que toca ao ensino de estratégias e sinalização de problemas de sono. Tal como Silva *et al* (2018, p.65) afirma com base em Honaker e Meltzer (2016) "(...) que o sono é um tema pouco abordado nos cuidados de saúde primários, sendo esta uma área excelente para aumentar os conhecimentos e consciencialização dos pais. Os médicos e os enfermeiros desempenham um papel importante no apoio e educação dos pais, na assistência à prevenção, identificação e gestão dos problemas do sono das crianças".

No seu estudo Silva *et al* (2018, p.70) conclui que "(...) deverá ser privilegiada a interação com as famílias nas consultas de saúde infantil, promovendo o *empowerment* dos pais no que concerne ao estabelecimento de rotinas na hora de dormir e acordar, e quanto à consistência em termos de atividades diurnas, por exemplo, atividades de lazer, trabalhos de casa e refeições".

3.1 Modelo Promoção da Saúde Nola Pender

De acordo com o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde infantil e Pediátrica da Ordem dos Enfermeiros, Saúde define-se como:

(...) estado subjetivo, especificada por um conjunto de particularidades que norteiam o subconceito, maximização da saúde da criança/jovem, com ênfase na satisfação das suas necessidades nas diferentes etapas de desenvolvimento. Este conceito, sendo um processo dinâmico e contínuo, é variável no tempo, traduzindo a importância da potenciação do crescimento e/ou desenvolvimento da criança/jovem nas distintas idades, tal como a sua adaptação às transições normativas e/ou acidentais, através da otimização do estado de bem-estar físico, psicológico, intelectual, social e espiritual, que estando presente permite à criança/jovem conseguir alcançar todo o seu potencial não a dissociando dos pais/família. (OE, 2017, p. 3)

Tendo novamente em conta a ideia de Silva *et al* (2018) “O sono” é uma excelente aposta nos cuidados de saúde primários, para assim aumentar os conhecimentos e a consciencialização dos pais. Tendo os enfermeiros e médicos um papel relevante, no apoio e educação parental assim como na prevenção e identificação e gestão dos problemas do sono na criança.

Segundo a Declaração de Alma-Ata, os Cuidados de Saúde Primários podem ser definidos como:

Os cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante a sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase do seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto ao desenvolvimento social e económico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contacto dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são elevados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde. (Alma-Ata, 1978, p. 1)

Por seu lado a Organização Mundial de Saúde assume que:

Os cuidados de saúde primários é uma abordagem de toda a sociedade à saúde e bem-estar, centrada nas necessidades e preferências das pessoas, famílias e comunidades. Aborda os determinantes da saúde mais vastos e incide sobre os aspetos completos e interrelacionados da saúde física, mental e social e do bem-estar. Prestam cuidados completos às pessoas, de acordo com as suas necessidades de saúde durante toda a vida e não só para um conjunto de doenças específicas. Os cuidados de saúde primários asseguram que as pessoas recebem cuidados completos, desde a promoção e prevenção ao tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, tão perto quanto possível do seu ambiente diário. (OMS, 2021)

Silva *et al* (2018) defendem que os programas de intervenção passam fundamentalmente pela criação de hábitos de sono e rotinas dos seus filhos, aconselhando

algumas medidas de simples implementação tais como: ambiente de quarto adequado (escuro, limpo e organizado, calmo, arejado e com temperatura amena, com cama confortável), e criação de um horário de sono com regularidade na hora de deitar e acordar. É ainda importante a consciencialização de que se devem evitar quebrar as regras das rotinas implementadas, e da importância da inclusão de outras atividades saudáveis como atividade física e de relaxamento, e alimentação saudável.

Desta forma, neste domínio a ação deve ser implementada na comunidade escolar e pais, educadores e crianças nos jardins de infância, a fim de empoderar e incentivar toda a comunidade para a higiene do sono nas crianças, tornando-se pertinente a sinalização de perturbações do sono identificados pelos educadores de crianças em idade pré-escolar.

No âmbito da capacitação da comunidade educativa para a adoção de estilos de vida saudável, a DGS criou o Programa Nacional de Saúde Escolar 2015 prevê que sejam desenvolvidas várias áreas de intervenção, entre as quais, no eixo “Capacitação”, os “Hábitos de sono e repouso”.

A DGS realça a importância da necessidade de bons hábitos de sono nesta fase do ciclo de vida, no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (2013), colocando os hábitos de sono como ponto a abordar nos cuidados antecipatórios das consultas a partir do primeiro mês de vida e, a partir dos nove meses, considera o sono como um estilo de vida saudável.

No presente relatório final de estágio irá ser adotado o conceito de saúde defendido por Nola Pender.

Sousa (2014) com base em Pender *et al.* (2011) defende que Pender expõe uma definição de saúde positiva, abrangente e unificadora, que engloba a pessoa como um todo, incluindo o seu estilo de vida, forças, resiliências, recursos, potenciais e capacidades.

Também Victor *et al.* (2005, p.238) defendem que o termo saúde de acordo com o Modelo de Nola Pender:

“é visto sob os aspetos individual, familiar e comunitário, com ênfase na melhoria do bem-estar, no desenvolvimento de capacidades e não como ausência de doenças, devendo ser estudado durante todo o processo de desenvolvimento do ser humano, levando em consideração idade, raça e cultura, numa perspetiva holística.”

O Modelo de Promoção da Saúde é fundamentalmente, um modelo de enfermagem, podendo ser usado para implementar e avaliar ações de promoção da saúde, permitindo avaliar o comportamento que leva à promoção da saúde, pelo estudo da inter-relação de três pontos principais:

1. As características e experiências individuais;
2. Os sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento que se quer alcançar;

3. O comportamento de promoção da saúde desejável.

Na construção do Modelo de promoção da saúde, a autora utilizou, como bases teóricas a Teoria da Aprendizagem Social e o Modelo de Avaliar Expectativas, ambos da psicologia. (Victor *et al.*, 2005, p. 237)

Os mesmos autores referem que o Modelo Teórico de Promoção da Saúde de Nola Pender se debruça sobre a concepção da promoção da saúde, definida como as atividades voltadas para o desenvolvimento de recursos que mantenham ou fortifiquem o bem-estar da pessoa.

No Modelo de Promoção da Saúde surgem alguns princípios com relevância para o exercício profissional dos enfermeiros, no que se refere à promoção da saúde e à adesão de comportamentos saudáveis.

2. Metodologia

Em termos metodológicos realizou-se uma revisão sistemática da literatura com recurso a material científico publicado em várias bases de dados, com o objetivo de obter as melhores evidências encontradas, relacionadas com a temática em estudo. Para isso foram colhidos e reorganizados a informação, para que assim se conseguissem interpretar os resultados alcançados.

A revisão sistemática da literatura é atividade fundamental para a prática baseada em evidência, uma vez que condensa uma grande quantidade de informações em um único estudo, tornando de fácil acesso a informação, refinando os estudos e separando os de menor rigor acadêmico dos fortemente confiáveis, além de servir de base científica para formulação de guias de condutas. (Pereira & Bachion, 2006, p. 496)

Lopes e Fracolli (2008, p. 772) defendem que a RSL se fundamenta no Movimento de Pesquisa Baseada em Evidências, que surgiu da crescente produção científica mundial, do maior número de intervenções, tecnologias, medicamentos e terapias na área da saúde, assim como da necessidade de validar os resultados obtidos a partir de vários estudos sobre determinada questão, com o objetivo final de sustentar a tomada de decisão, seja clínica, da gestão, política ou epidemiológica.

2.1 Tipo de Estudo

Efetou-se uma revisão sistemática da literatura de métodos mistos com base na metodologia preconizada por *Joana Briggs Institute* (2020). Aromatics e Munn (2020) defendem que uma revisão sistemática da literatura tem o objetivo de providenciar uma síntese compreensiva e imparcial de estudos relevantes num único documento usando métodos rigorosos e transparentes. A investigação sistemática aprofunda a nossa compreensão sobre fenómenos da saúde, com o objetivo de produzir o maior impacto positivo

no estado de saúde dos clientes, tomando decisões com base numa prática baseada na evidência.

Apóstolo (2017, p. 94) no seu livro *Síntese da Evidência no Contexto da Traslção da Ciência* defende que “a síntese mista de investigação, no que respeita a revisões sistemáticas, têm por objetivo a integração de estudos quantitativos e qualitativos em domínios comuns de investigação.” (as cited in Sandelowski et al, 2006).

2.2 Protocolo da revisão sistemática

Uma revisão sistemática tem como objetivo a síntese compreensiva e imparcial de vários estudos relevantes num documento único usando métodos transparentes e rigorosos (*Joana Briggs Institute, 2020*).

Abaixo segue uma figura que explana as etapas seguidas para a realização da presente revisão.

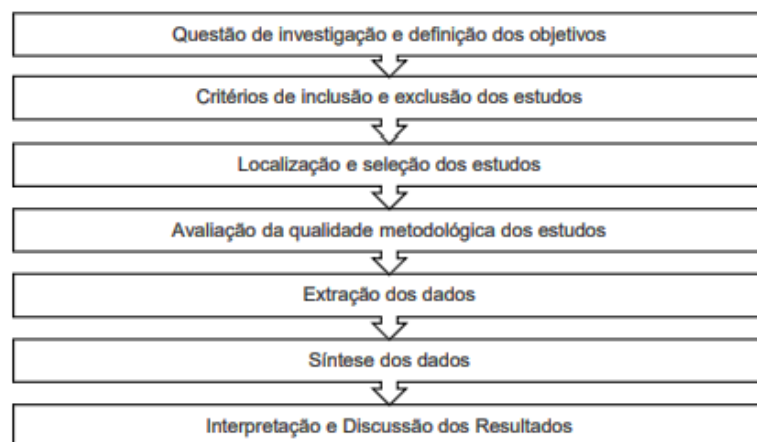


Figura 3 - Orientações para a elaboração RSL

Fonte: JBI (2020)

2.2.1 Formulação da questão de investigação

Assim, uma RSL tenta agrupar todas as evidências empíricas a fim de responder a uma questão de pesquisa específica, que tem por base a exploração. Todos os resultados encontrados acerca do tema devem ser incluídos utilizando a mnemónica Participants, Intervenção/Fenómeno de interesse e Contexto (PICO).

Estratégia concretizada no seguinte quadro:

Quadro 3 - Esquema PICo

| | | |
|-----------|-----------------------|---|
| P | Participantes | Pais de crianças em idade pré-escolar |
| I | Fenómeno de interesse | Conhecimento/perceção sobre estratégias/regras/recomendações para higiene do sono |
| Co | Contexto do fenómeno | Comunidade |

Fonte: Adaptado de JBI (2020)

Com base na mnemónica foi elaborada a questão de investigação que serviu de base à investigação:

Quais os conhecimentos dos pais de crianças em idade pré-escolar sobre estratégias /recomendações para uma boa higiene do sono dos seus filhos?

2.2.2 Critérios de Inclusão e Exclusão

Partindo da questão formulada, foram definidos os critérios de inclusão, que pretendem determinar os estudos a incluir ou elegíveis para identificar o conhecimento dos pais sobre estratégias/regras/recomendações para higiene do sono em crianças em idade pré-escolar.

Quadro 4 - Critérios de inclusão e exclusão

| | Critérios de Inclusão | Critérios de Exclusão |
|------------------------------|--|---|
| Participantes | Pais de crianças em idade pré-escolar | Pais de crianças de outra idade que não a pré-escolar |
| Fenómeno de Interesse | Estudos cujo enfoque seja os conhecimentos dos pais sobre recomendações para a higiene do sono | Estudos que não identifiquem os conhecimentos dos pais sobre recomendações para a higiene do sono |
| Desenho dos Estudos | Estudos de abordagem qualitativa e quantitativa, descritivos e revisões sistemáticas. | Artigos de literatura cinzenta estudos de opinião ou que não utilizam abordagem qualitativa e quantitativa. |
| Limitador temporal | Artigos publicados entre 2017 e 2021 | Artigos anteriores a 2017 |
| Idioma | Estudos nos idiomas inglês, português e espanhol. | Estudos noutros idiomas. |
| Outros | Artigos disponíveis nas bases de dados em <i>full text</i> gratuito. | Artigos não disponíveis nas bases de dados em <i>full text</i> gratuito. |

2.2.3 Método de identificação de evidências científicas

O nível de evidência e grau de recomendação atribuídos à intervenção em estudo está dependente da análise dos estudos incluídos na revisão. Sendo a classificação das evidências influenciada pela sua fonte, delineamento dos estudos que lhes deu origem, intensidade dos efeitos observados e a possibilidade de ocorrência de erros aleatórios (Pereira & Bachion, 2006).

A estratégia visa a identificação de estudos publicados numa sequência de fases que passam pela definição das bases de dados, selecionando-se uni termos, palavras-chave ou descritores utilizados para identificar as pesquisas já existentes (Pereira & Bachion, 2006).

A pesquisa decorreu durante o mês de maio de 2021 e incidiu sobre estudos publicados na base de dados CINAHL via EBSCOhost, com os termos presentes no mapa de conceitos apresentado abaixo (Quadro 5). Após serem aplicados os critérios de inclusão e exclusão, resultaram 55 artigos, que foram sujeitos a uma seleção de título e *abstract* e posteriormente inclusão dos estudos com texto completo.

A segunda estratégia de pesquisa foi realizada na Medline via PubMed onde foram aplicados os mesmos critérios com resultado final de 393 artigos, também sujeitos à seleção de título e *abstract* e posteriormente inclusão dos estudos com texto completo.

Foram localizados os registos através da pesquisa com descritores *MeSH* e *CINAHL Headings* e linguagem natural. Para a expressão de pesquisa utilizaram-se os operadores booleanos *AND* e *OR*.

É recomendado que sejam utilizadas no mínimo duas bases de dados amplas e específicas para o tema em estudo.

Quadro 5 - Mapa de conceitos

| | População | Fenómeno de Interesse | Contexto |
|--------------------------------|--|--|-------------------|
| Palavras-chave | Pais (criança) | Higiene do sono | Comunidade |
| | <i>parents OR "preschool parents" OR parent OR "toddler parent" OR "toddler parents" "preschool child" OR toddler OR child OR children</i> | <i>"sleep hygiene" OR "sleep disorders" OR "bedtime routine" OR "sleep training"</i> | |
| Descritores <i>MeSh</i> | <i>Parents Child, Preschool</i> | <i>Sleep Hygiene</i> | |
| Descritor <i>CINAHL</i> | <i>Parents Child, Preschool</i> | <i>Sleep Hygiene</i> | |

Considerando as estratégias de pesquisa, numa primeira fase, foram obtidos 448 documentos. Após análise do título foram excluídos 367, obtendo-se um total de 81. Seguiu-se a leitura do resumo sendo excluídos 51 documentos, obteve-se então um total de 30 documentos para leitura integral, como ilustra o quadro 6.

Quadro 6 - Identificação dos estudos

| Bases de Dados | Nº de Artigos selecionados |
|---|-----------------------------------|
| <i>CINAHL EBSCOhost</i> | 55 |
| <i>MEDLINE</i> | 393 |
| TOTAL | 448 |
| APÓS REMOÇÃO POR: ANÁLISE DO TÍTULO | |
| TOTAL | 81 |
| APÓS REMOÇÃO POR: ANÁLISE DO TÍTULO E PELO RESUMO | |
| TOTAL | 30 |

2.2.4 Métodos de seleção inicial dos estudos

Mesmo utilizando os descritores *MeSH*, é comum obterem-se referências de estudos irrelevantes para o estudo, tornando-se necessário um teste de relevância preliminar para refinar a seleção inicial (Pereira & Bachion, 2006, p. 493).

Pereira e Bachion (2006) recomendam a aplicação de um teste de relevância que deve ser composto por uma lista de perguntas claras, que devem ser respondidas pelo investigador mediante a afirmação ou negação. Desta forma, quando qualquer questão tiver como resposta uma negação, o estudo deverá ser excluído da revisão. No decorrer da aplicação do Teste de Relevância I (TRI), serão lidos pelo investigador todos os títulos e resumos dos artigos selecionados numa primeira fase, não sendo necessária a participação de outros investigadores (Pereira & Bachion, 2006, p. 493).

Quadro 7 - Teste de Relevância I

| Referencia do estudo: | | |
|--|-----|-----|
| Questões | SIM | NÃO |
| 1. O estudo esta de acordo com o tema investigado? | | |
| OPERACIONALIZAÇÃO <ul style="list-style-type: none"> • INCLUIR Pais de crianças em idade pré-escolar Conhecimento/percepções dos pais sobre recomendações para a higiene do sono • EXCLUIR Pais de crianças com outra idade que não a idade pré-escolar Estudos que não abordem o conhecimento/percepções dos pais sobre rotinas para a higiene do sono | | |
| 2. O estudo foi publicado dentro do tempo estipulado para o projeto? | | |
| Estudos publicados entre 2017 e 2021. | | |
| 3. O estudo foi publicado no idioma estipulado para o projeto? | | |
| Português Inglês Espanhol | | |
| 4. O estudo encontra-se disponível em full text? | | |
| 5. Estudo envolve seres humanos? | | |

Após a aplicação do primeiro instrumento de triagem, foram selecionados 7 artigos para a leitura integral. Os resultados da aplicação do Teste Relevância I encontram-se em Apêndice IX. O segundo instrumento de triagem – Teste de Relevância II (TRII) foi elaborado de forma a perceber se o estudo ia ao encontro do tema a estudar na RSL. Os resultados da aplicação do Teste Relevância II encontram-se em Apêndice X.

Foram enunciadas novas questões para orientar a decisão relativamente à inclusão ou não dos estudos para a fase seguinte, de avaliação da qualidade metodológica. Também neste teste de triagem as perguntas foram elaboradas para que fossem respondidas afirmativa ou negativamente, sendo que no caso de uma ou mais respostas negativas o estudo será excluído, tal como recomendam Pereira e Bachion (2006).

Quadro 8 - Teste de Relevância II

| Referencia do Estudo: | | |
|---|-----|-----|
| Questões: | SIM | NÃO |
| 1. O estudo esta de acordo com o tema investigado? | | |
| OPERACIONALIZAÇÃO <ul style="list-style-type: none"> • INCLUIR Pais de crianças em idade pré-escolar Conhecimento dos pais sobre recomendações para a higiene do sono. • EXCLUIR Pais de crianças com outra idade que não a idade pré-escolar Estudos que não analisem o conhecimento/percepções dos pais sobre rotinas para a higiene do sono | | |
| 2. O estudo foi publicado dentro do tempo estipulado para o projeto? | | |
| Estudos publicados entre 2017 e 2021. | | |
| 3. O estudo foi publicado no idioma estipulado para o projeto? | | |
| Português Inglês Espanhol | | |
| 4. O estudo encontra-se disponível em full text? | | |
| 5. Estudo envolve seres humanos? | | |

Depois de aplicado o teste de relevância II foram apurados 4 estudos, que serão sujeitos a avaliação da qualidade metodológica. No Apêndice XI encontra-se o quadro com os motivos de exclusão.

Após aplicação do segundo teste de triagem foram verificadas todas as referências bibliográficas constantes nos quatro artigos incluídos e foram encontrados mais nove artigos potencialmente relevantes, dentro do espaço temporal e idioma definidos. Após aplicação do teste de relevância I, foram incluídos três para serem submetidos ao teste de relevância II, conforme se apresenta no quadro abaixo.

Quadro 9 - Resumo dos estudos encontrados nas referências bibliográficas, incluídos após aplicação do TRI

| Referência do Estudo | Título | Ano | Autor |
|-----------------------------|--|------------|--|
| E31 | Parents' experiences with sleep problems in children aged 1–3 years: a qualitative study from a health promotion perspective. International journal of qualitative studies on health and well-being, | 2018 | Sviggum, G., Sollesnes, R., & Langeland, E. |
| E32 | Exploring Brazilian Immigrant Mothers' Beliefs, Attitudes, and Practices Related to Their Preschool-Age Children's Sleep and Bedtime Routines: A Qualitative Study Conducted in the United States | 2018 | Lindsay, A.C.; Arruda, C.A.M.; Machado, M.M.T.; De Andrade, G.P. & Greaney, M.L. |
| E33 | Aprendiendo a conocer y manejar los problemas de sueño en la infancia y adolescencia: información para padres, educadores y adolescentes | 2017 | Agencia Lain Entralgo. Unidad de Evaluación Tecnologías Sanitarias, |

A presente amostra de estudos foi posteriormente submetida a aplicação do teste de relevância II, tendo resultado para a avaliação da qualidade metodológica mais um artigo como é apresentado no quadro abaixo.

Quadro 10 - Resultados da aplicação do TRII

| Referência do estudo | | Questão 1 | | Questão 2 | | Questão 3 | | Questão 4 | | Questão 5 | | Reúne critérios para Avaliação da Qualidade Metodológica | |
|----------------------|---|-----------|-----|-----------|-----|-----------|-----|-----------|-----|-----------|-----|--|-----|
| | | SIM | NÃO | SIM | NÃO | SIM | NÃO | SIM | NÃO | SIM | NÃO | SIM | NÃO |
| E31 | Sviggum, G., Sollesnes, R., & Langeland, E. (2018) | | X | X | | X | | X | | X | | | X |
| E32 | Lindsay, A.C.; Arruda, C.A.M.; Machado, M.M.T.; De Andrade, G.P. & Greaney, M.L. (2018) | X | | X | | X | | X | | X | | X | |
| E33 | Agencia Lain Entralgo. Unidad de Evaluacion Tecnologias Sanitarias, | | X | X | | X | | X | | X | | | X |

Com o objetivo de facilitar a compreensão de todo este processo, entendeu-se como útil a elaboração de um fluxograma (figura 4) descrevendo cada um dos passos até à obtenção do número de artigos elegíveis para a avaliação da qualidade metodológica.

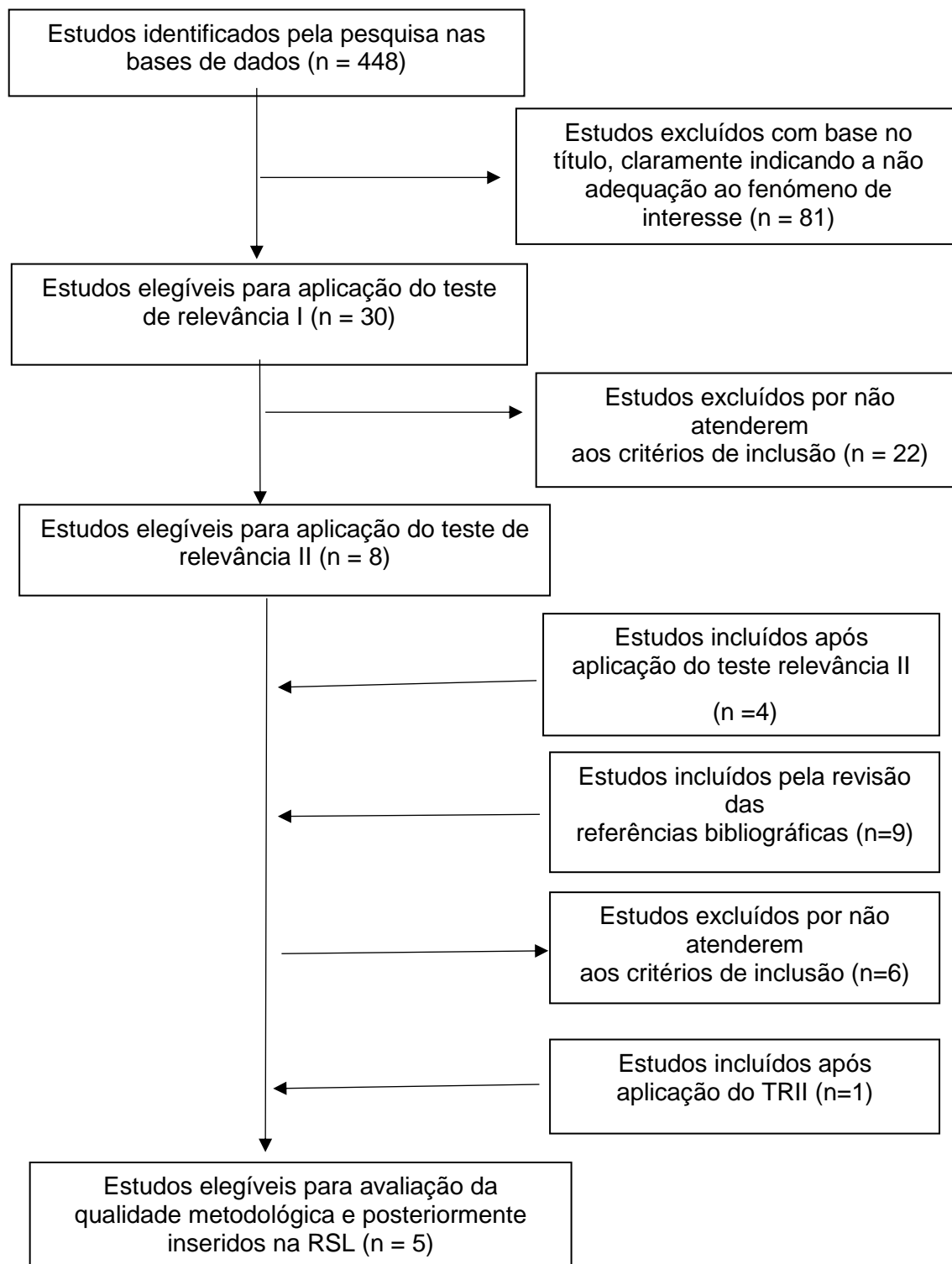


Figura 4 - Diagrama do processo de seleção dos artigos

2.2.5 Análise crítica da qualidade metodológica dos estudos

Havendo uma enorme quantidade de literatura científica qualitativa disponível o objetivo é incluir apenas os estudos que os revisores consideram ter padrões aceitáveis. A avaliação crítica dos artigos identificados e que correspondem aos critérios de inclusão é fundamental no processo de realização de uma síntese qualitativa utilizando ou não meta-agregação. (Apóstolo, 2017, p. 60)

Com base no JBI, (2014) e Lockwood *et al.*, (2015), Apóstolo (2017) defende na sua obra que o instrumento de avaliação crítica para estudos qualitativos é constituído por 10 questões que avaliam a congruência onto-epistemológica, metodológica e ética, assim como a posição do investigador no decorrer da investigação. Os revisores têm então três opções de resposta que devem considerar: sim, não ou não claro.

Quadro 11 - Instrumento de avaliação crítica para Estudos Qualitativos

| | | | |
|--|-----|-----|-----------|
| Referência do Estudo: | | | |
| Revisor: | | | |
| Título: Autores: | Sim | Não | Não Claro |
| 1. Existe congruência entre a perspectiva filosófica declarada e a metodologia de investigação? | 2 | 0 | 1 |
| 2. Existe congruência entre a metodologia e a questão ou objetivos da investigação? | 2 | 0 | 1 |
| 3. Existe congruência entre a metodologia de investigação e os métodos de colheita de dados? | 2 | 0 | 1 |
| 4. Existe congruência entre a metodologia de investigação e a representação e análise dos dados? | 2 | 0 | 1 |
| 5. Existe congruência entre a metodologia de investigação e a interpretação dos resultados? | 2 | 0 | 1 |
| 6. Existe uma declaração que localiza cultural ou teoricamente o investigador? | 2 | 0 | 1 |
| 7. Foi abordada a influência do investigador na investigação e vice-versa? | 2 | 0 | 1 |
| 8. Os participantes e as suas vozes são adequadamente representados? | 2 | 0 | 1 |
| 9. A investigação é ética de acordo com os critérios atuais ou | 2 | 0 | 1 |

| | | | |
|--|---|---|---|
| existe evidência de aprovação ética da pesquisa por um corpo específico? | | | |
| 10. As conclusões resultantes da investigação derivam da análise ou interpretação dos dados? | 2 | 0 | 1 |

Fonte: Apóstolo (2017)

Quadro 12 - Instrumento de Avaliação crítica para Estudos Quantitativos

| | | | |
|---|-----|-----|-----------|
| Referência do Estudo: | | | |
| Revisor: | | | |
| Título: | Sim | Não | Não Claro |
| Autores: | | | |
| 1. A estrutura da amostra é representativa da população alvo? | 2 | 0 | 1 |
| 2. Os participantes do estudo foram recrutados de adequada? | 2 | 0 | 1 |
| 3. O tamanho da amostra é adequado? | 2 | 0 | 1 |
| 4. Estão os sujeitos do estudo, bem como o seu contexto, descritivos detalhadamente? | 2 | 0 | 1 |
| 5. A análise dos dados foi realizada com cobertura suficiente da amostra identificada? | 2 | 0 | 1 |
| 6. Os métodos utilizados para a identificação da condição são válidos? | 2 | 0 | 1 |
| 7. A condição foi medida de forma confiável? | 2 | 0 | 1 |
| 8. A análise estatística foi apropriada? | 2 | 0 | 1 |
| 9. A taxa de resposta foi adequada e se não, este número reduzido foi gerido de forma apropriada? | 2 | 0 | 1 |

Fonte: Apóstolo (2017)

No apêndice XII apresentam-se os 5 quadros que apresentam os resultados da avaliação crítica dos estudos selecionados.

Após a análise dos 2 estudos qualitativos elegíveis, apresenta-se o resumo da avaliação da qualidade metodológica (Quadro 13). Analisando o quadro verifica-se que a questão “Existe congruência entre a perspetiva filosófica e a metodologia de investigação?”

(Q1) obteve uma percentagem geral de 100%. A perspectiva filosófica dos autores está presente nos dois estudos incluídos. Relativamente às questões “Existe uma declaração que localize o autor teórica ou culturalmente?” (Q6) e “Foi abordada a influência do investigador na investigação e vice-versa?” estas obtiveram uma percentagem geral de 50%. Seria importante perceber qual a visão dos autores acerca do tema em questão, uma vez que, tratando-se de estudos qualitativos, as suas interpretações podem ser feitas à luz dessa mesma visão e não com base no necessário pragmatismo. Nos restantes itens, considerou-se que todos os estudos respeitavam os mesmos.

Quadro 13 - Quadro Resumo da avaliação crítica dos estudos qualitativos

| Referência do estudo | Q1 | Q2 | Q3 | Q4 | Q5 | Q6 | Q7 | Q8 | Q9 | Q10 | % | Qualidade |
|----------------------|------|------|------|------|------|-----|-----|------|-----|------|-----|-----------|
| E28 | S | S | S | S | S | NC | NC | S | N | S | 80% | Alta |
| E32 | S | S | S | S | S | NC | NC | S | S | S | 90% | Alta |
| Avaliação | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 50% | 50% | 100% | 50% | 100% | | |

Após a análise dos 3 estudos quantitativos elegíveis, apresenta-se o resumo da avaliação da qualidade metodológica (Quadro 14). Analisando o quadro verifica-se que a questão “A estrutura da amostra é representativa da população alvo?” (Q1) a resposta é sim, logo a avaliação é de 100% quer isto dizer que a amostra é representativa da população alvo nos 3 estudos. No que concerne às questões “O tamanho da amostra é adequado?” (Q3), “Os métodos utilizados para a identificação da condição são válidos?” (Q6) e “A análise estatística foi apropriada?” (Q8) seria importante perceber a visão dos autores acerca das questões em análise, visto que os resultados da avaliação não são claros. Nos restantes itens, considerou-se que todos os estudos respeitavam os mesmos.

Quadro 14 - Quadro Resumo da avaliação crítica dos estudos quantitativos

| Referência do estudo | Q1 | Q2 | Q3 | Q4 | Q5 | Q6 | Q7 | Q8 | Q9 | % | Qualidade |
|----------------------|------|-----|-----|------|------|-----|-----|-----|------|-----|-----------|
| E2 | S | NC | NC | S | S | NC | NC | NC | S | 72% | Alta |
| E6 | S | S | NC | S | S | NC | S | NC | S | 83% | Alta |
| E14 | S | S | NC | S | S | NC | S | NC | S | 83% | Alta |
| Avaliação | 100% | 83% | 50% | 100% | 100% | 50% | 83% | 50% | 100% | | |

Assim, com base na avaliação, considera-se que todos os estudos qualitativos e quantitativos anteriormente selecionados têm qualidade metodológica suficiente para serem incluídos neste trabalho.

2.2.6 Extração de dados

Dos estudos identificados através dos tipos de pesquisa selecionados e da utilização da metodologia previamente mencionada selecionaram-se os estudos e realizou-se uma avaliação crítica, tendo por base os critérios de seleção adotados. Esta RSL ficou constituída por 5 estudos dos quais segue a extração dos dados mais significativos utilizando o modelo que resume essa informação de forma completa e precisa.

Pelo *Joana Briggs Institute* (2020, p. 43) as “ferramentas padronizadas de extração de dados promove a extração de dados semelhantes em todos os estudos e são necessários para revisões sistemáticas JBI”. O mesmo protocolo defende que os dados extraídos devem incluir informações específicas sobre a população, contextos, cultura, localização geográfica, métodos de estudo e os fenómenos de interesse pertinentes para a questão de revisão e objetivos específicos.

Abaixo apresenta-se o quadro que serve de modelo que resume as características e as dimensões dos estudos, permitindo a sua compreensão e a comparação entre eles, nomeadamente o método, participantes/amostra, objetivos e principais conclusões.

No apêndice XIII apresentam-se os 5 quadros que apresentam os principais resultados da análise dos estudos selecionados, que foram agrupados e organizados em quadros individuais, para que se possa responder à questão de investigação.

Quadro 15 - Modelo de Extração dos dados

| | |
|-----------------------|--|
| Referência do Estudo: | |
| Título: | |
| Autor(es): | |
| Metodologia | |
| Fenômeno de Interesse | |
| Contexto | |
| Participantes | |
| Análise dos dados | |
| Conclusão | |

Fonte: JBI (2020)

3. Apresentação e Discussão dos Resultados

A metodologia JBI (2020) recomenda a apresentação dos resultados dos estudos selecionados para a RSL de forma clara. Neste capítulo, serão então apresentados os principais resultados dos artigos incluídos na revisão, assim como, serão apresentadas as limitações do estudo e descritas as principais recomendações para a prática.

3.1 Meta – Síntese dos Dados

Metassíntese qualitativa é uma integração interpretativa de resultados qualitativos que são, em si mesmos, a síntese interpretativa de dados, incluindo fenomenologia, etnografia, teoria fundamentada nos dados, bem como outras descrições, coerentes e integradas, ou explicações de determinados fenômenos, eventos, ou de casos que são as marcas características da pesquisa qualitativa. Tais integrações vão além da soma das partes, uma vez que oferecem uma nova interpretação dos resultados. Essas interpretações não podem ser encontradas em nenhum relatório de investigação, mas são inferências derivadas de se tomar todos os artigos em uma amostra, como um todo. (Lopes & Fraccolli, 2008, p. 774)

Os autores supracitados referem no seu artigo que a metassíntese qualitativa tem como objetivo conceber traduções interpretativas ampliadas dos estudos examinados num determinado domínio, e mantendo o seu resultado leal à tradução interpretativa de cada estudo em particular.

Contudo, Apóstolo (2017) afirma que na área da saúde, determinados focos ou questões complexas ou de diferentes dimensões podem carecer de métodos mistos para criar uma resposta coerente. Assim para sintetizar a evidência dos estudos com diferentes desenhos de investigação, mas que são centrados no mesmo ponto podem ser utilizadas as RSL do tipo acima referido, sendo que os vários resultados/ achados são depois combinados/ agregados. Apóstolo (2017, p. 95) conclui que “as revisões de métodos mistos pretendem maximizar os resultados e a capacidade dessas descobertas para informar a política e a prática.”. (as cited in JBI, 2014c; Pearson et al., 2014; Pearson et al., 2015)

Apóstolo (2017, p.96) refere ainda que, no processo de síntese das descobertas provenientes dos diferentes desenhos de estudos, para que estas possam ser combinadas, os dados quantitativos são transformados em informação qualitativa (qualificação de dados quantitativos), ou seja, estes dados são reportados em descrições textuais temáticas, sendo colocados lado a lado com os resultados sintetizados gerados a partir da análise qualitativa. Assim, as descrições textuais e achados sintetizados são agregados para gerar uma síntese a partir da revisão de métodos mistos.

Neste processo, segundo o JBI (2020) a cada achado é estabelecido um nível de credibilidade, ao ser extraído de um artigo de investigação, podendo ser avaliado com base na seguinte escala (JBI, 2020, p. 49):

- Inequívoco: o achado é acompanhado de uma ilustração que é diretamente relatada/observada e não são suscetíveis de contestação;
- Credível: como o achado é essencialmente interpretativo, a conclusão está aberta a discussão;
- Não suportado: o achado não é suportado pelos dados;

Foram então considerados todos os dados relacionados com a questão de investigação. O processo de identificação dos achados foi realizado através de leituras repetidas dos estudos. Por fim para cada achado foi então conferido um nível de credibilidade. O quadro seguinte apresenta a lista dos achados, ilustrações e nível de credibilidade.

Quadro 16 - Lista de achados e ilustrações, com avaliação do nível de evidência

| Achados | Ilustração da Publicação (nº pág.) | Nível de Evidência | | |
|--|---|--------------------|---|----|
| | | I | C | NC |
| Estudo: E2 | | | | |
| O comportamento das mães afeta os hábitos de dormir das crianças. | Crianças que partilham a cama com as suas mães apresentam mais problemas na hora de adormecer e têm mais despertares noturnos. (p.273) | | X | |
| Estudo: E6 | | | | |
| Os pais demonstram algum conhecimento utilizando rotinas para adormecimento. | A maioria das crianças adormecem antes das 10h da noite. (p.16) A maioria das crianças dormem no seu quarto. (p.16) | X | | |
| As crianças apresentam diferentes hábitos de dormir, contudo a maioria apresenta hábitos corretos. | Em relação aos hábitos de dormir nas crianças pré-escolares (n=123), 65 apresentam hábitos corretos de dormir, 46 apresentam hábitos incorretos e 12 apresentam insônia infantil devido a hábitos incorretos. (p. 16) | | X | |
| As crianças envolvidas no estudo apresentam hábitos de sono diurno. | A maioria das crianças de 2 e 3 anos de idade fazem uma sesta diária. (p. 16) | X | | |
| Estudo: E14 | | | | |
| A maioria das mães utiliza algumas rotinas de adormecimento corretas. | 54,1% das mães afirmam que seus filhos adormeciam durante a amamentação; 18,5% das mães admitem que enfaixavam os seus filhos para dormirem durante a infância; 21% das mães mencionaram que colocavam em prática a contenção nos seus filhos para dormirem mais confortavelmente. (p.1220) Das mães participantes no estudo 15,4% afirmam que antes de os seus filhos dormirem ouviam música e 42,1% afirmam que cantavam para os seus filhos canções de embalar. (p.1219) A maioria das mães lê livros para os seus filhos antes destes dormirem. (p. 1220) | | X | |
| A maioria das mães não utiliza rotinas de adormecimento corretas. | 50,3% das crianças dormem com luz noturna e 39% estão habituados a dormir com a luz do quarto acesa. (p.1220) | X | | |

| | | | | |
|---|--|---|---|--|
| | 52,8% das crianças não dormem sozinhas na cama, enquanto 7,9% dormiam com os irmãos. (p.1221) | | | |
| As crianças envolvidas no estudo têm hábitos de sono diurno. | 40% das mães admite que os filhos dormem durante o dia. (p.1220) | X | | |
| As crianças apresentam interrupções do sono noturno. | A maioria das crianças apresenta interrupções do sono noturno (76,4%) sendo o principal motivo as idas ao WC e a necessidade de beber água ou leite. (p.1220) | X | | |
| Estudo: E28 | | | | |
| A maioria dos pais demonstram algum conhecimento sobre a importância das rotinas de dormir, mas revelam nunca ter tido ensinamentos sobre o tema. | <p>"Lendo o que a escola nos pede para fazer. Ortografias e acomodá-los num ambiente descontraído antes de dormir e ensiná-los que é saudável cuidar dos seus dentes e essa é uma das rotinas de dormir que, à medida que envelhecem, deveriam ir fazendo." (p.4)</p> <p>"Não, não, não. Teria sido bom receber alguns conselhos, mas ninguém realmente disse nada sobre rotinas quando as crianças nasceram." (p.4)</p> <p>"Acho que o que estou fazendo como pai é tentar colocá-los em bons hábitos para o resto de suas vidas, porque as coisas que eles fazem antes de ir para a cama são as coisas que eu faço antes de ir para a cama." (p.5)</p> | | X | |
| Estudo: E32 | | | | |
| As mães reconhecem a importância do sono para a saúde. | "Acho que dormir é muito importante. As crianças precisam dormir bem para serem saudáveis e crescer e se desenvolver. Todos nós precisamos dormir, mas acho que as crianças precisam dormir ainda mais do que os adultos porque estão crescendo e se desenvolvendo..." (p.5) | X | | |
| A maioria das mães reconhece a importância da sesta. | "...quando eles [crianças] são pequenas eles precisam tirar de 2 a 3 cochilos durante o dia, eles têm muita energia, mas também ficam muito cansados e precisam descansar durante o dia." (p.6) | X | | |

| | | | |
|--|--|----------|--|
| <p>A maioria das mães desvaloriza a necessidade de rotinas de dormir na idade pré-escolar com base na sua falta de compromissos escolares ou valorizando outras atividades familiares/sociais.</p> | <p>“À medida que envelhecem, precisam de menos sono durante o dia...” (p.6)</p> <p>“Meus filhos ainda são jovens e não estão na escola, então não estou muito preocupado quando eles ficam acordados até tarde algumas noites quando não estão cansados o suficiente para ir para a cama. Eu sei que uma vez que eles envelhecem e começam a escola, eles terão mais uma rotina de ir para a cama cedo. Isso aconteceu com minha sobrinha... Eles [crianças] se cansam e têm que acordar cedo...” (p.7)</p> <p>“Em nossa casa, não temos um conjunto de rotinas. É claro que as crianças escovam os dentes antes de irem para a cama, mas não temos rotinas normais. Isso varia. Uma coisa que meu filho adora é assistir a um desenho animado antes de dormir.... Meus filhos ainda são jovens e podem dormir (cochilo) durante o dia...” (p.7)</p> | <p>X</p> | |
|--|--|----------|--|

I – Inequívoca; C – Credível; NS – Não Suportada

Dos 5 estudos foram extraídos 12 achados. Após este processo, foi efetuada a categorização dos achados, com base na semelhança dos conceitos encontrados. As categorias foram criadas pelo revisor.

Para além de agrupar os achados similares, refletem a relação entre fenómenos, as categorias fornecem um meio que permite resumir ainda mais os tópicos relevantes e consistentes dos estudos (McInnes & Wimpenny, 2008, p. 340).

Após o processo de categorização, as categorias foram analisadas e sintetizadas para criar um conjunto de síntese de descobertas. Esta etapa final de síntese, integra a produção de uma descrição abrangente do grupo de descobertas (McInnes & Wimpenny, 2008, p. 340).

Quadro 17 - Resultados da categorização dos achados da pesquisa

| Achados | Categorias |
|---|---|
| Os pais demonstram algum conhecimento utilizando rotinas para adormecimento. | Os pais demonstram conhecer algumas estratégias/ recomendações para uma boa higiene do sono e aplicam rotinas de dormir. Há pais que referem nunca ter tido ensinamentos sobre o tema |
| As crianças apresentam diferentes hábitos de dormir, contudo a maioria apresenta hábitos corretos. | |
| As crianças envolvidas no estudo apresentam hábitos de sono diurno. | |
| A maioria das mães utiliza algumas rotinas de adormecimento corretas. | |
| As crianças apresentam interrupções de sono noturno. | |
| A maioria dos pais demonstram algum conhecimento sobre a importância das rotinas de dormir, mas revelam nunca ter tido ensinamentos sobre o tema. | |
| As mães reconhecem a importância do sono para a saúde. | |
| A maioria das mães reconhecem a importância da sesta. | |
| | |
| A maioria das mães desvaloriza a necessidade de rotinas de dormir na idade pré-escolar com base na sua falta de compromissos escolares ou valorizando outras atividades familiares/sociais. | Os pais desvalorizam as rotinas para uma boa higiene do sono na idade pré-escolar. |
| | |
| O comportamento das mães afeta os hábitos de dormir das crianças. | Os pais não têm conhecimento e não aplicam estratégias/recomendações para a boa higiene do sono. |
| A maioria das mães não utiliza rotinas de adormecimento corretas. | |

De acordo com o Joanna Briggs Institute (2020) é utilizada uma abordagem meta-agregativa para a síntese de evidências. O JBI (2020, p. 28) defende que “a meta-agregação é sensível à natureza e às tradições da pesquisa qualitativa, ao mesmo tempo em que se baseia no processo de revisão sistemática.”. (as cited in Pearson, 2004)

Quadro 18 - Resultados da meta-agregação

| Categorias | Síntese das Descobertas |
|---|---|
| <p>Os pais demonstram conhecer algumas estratégias/ recomendações para a boa higiene do sono e aplicam rotinas de dormir.</p> <p>Há pais que referem nunca ter tido ensinamentos sobre o tema</p> | <p>Conhecimentos adequados: A evidência sugere que os pais valorizam e são detentores de conhecimento sobre estratégias/recomendações para a boa higiene do sono e são capazes de aplicar esse mesmo conhecimento, criando rotinas e hábitos de dormir nos seus filhos. Porém referem falta de orientação/ensinamentos sobre o tema. Consideram que isso contribui para que a criança tenha um desenvolvimento físico, cognitivo e intelectual saudável.</p> |
| | |
| <p>Os pais desvalorizam as rotinas para uma boa higiene do sono na idade pré-escolar.</p> | <p>Conhecimentos não adequados: A evidência sugere que os pais não valorizam as rotinas para uma boa higiene do sono na idade pré-escolar, associando essa necessidade aos compromissos escolares; os pais valorizam outras atividades familiares/ sociais em detrimento das rotinas para dormir;</p> <p>Os pais não demonstram conhecer e não usam estratégias para uma boa higiene do sono.</p> |
| <p>Os pais não têm conhecimento e não aplicam estratégias/recomendações para a boa higiene do sono.</p> | |

O presente estudo teve como objetivo identificar os conhecimentos dos pais sobre recomendações para a higiene do sono em crianças pré-escolares, através da realização de um estudo de RSL neste âmbito.

De acordo com a SPP (2016) o sono define-se como um estado complexo que tem como objetivo reorganizar as funções e permite a recuperação física e psíquica, havendo durante o sono renovação celular, produção de hormonas e anticorpos, assim como a síntese de proteínas e regulação metabólica. Na idade pediátrica o sono tem ainda um papel primordial no crescimento corporal.

A evidência presente neste estudo sugere que alguns pais valorizam e são detentores de algum conhecimento sobre estratégias/recomendações para a boa higiene do sono e são capazes de aplicar esse mesmo conhecimento, criando rotinas e hábitos de dormir nos seus filhos.

Este achado corrobora a ideia de Alves (2016) citando Nércia (2010), que defende que a família tem um papel de realce como facilitadora de um sono tranquilo. Na sua essência, a família atua como um pilar fundamental no percurso de desenvolvimento e crescimento dos seus filhos e ainda, tendo um papel primordial nas aprendizagens da criança.

Freitas (2019) refere que ensinar a criança a dormir, a enfrentar períodos de vigília durante a noite e a sua própria perda de sono, é stressante para a maioria dos pais que independentemente de as alterações serem, ou não, transitórias, influenciam a rotina familiar além de poderem afetar o desenvolvimento da criança. Desta forma é fácil compreender por que razão as preocupações dos pais com o sono das crianças são frequentes.

Os hábitos de sono são influenciados por fatores biológicos, psicológicos, fase de desenvolvimento, ambientais, familiares e socioculturais. Quando os hábitos de sono são desajustados, acarretam efeitos destrutivos. São como exemplo; a perturbação na regulação emocional e comportamental, o baixo rendimento cognitivo e escolar, o aumento do risco de acidentes, as alterações do crescimento e a obesidade. Também a qualidade de vida dos pais, o seu bem-estar e desempenho profissional e pessoal são influenciados pelos maus hábitos e problemas de sono da criança (Lopes *et al.*, 2016).

Contudo, nos estudos incluídos nesta RSL, alguns pais referem falta de orientação/ensinos sobre o tema, porém, demonstram preocupação pela problemática ao considerar que as estratégias e recomendações para a boa higiene do sono contribuem para que a criança tenha um desenvolvimento físico, cognitivo e intelectual saudável.

Nunes (2014) na sua RSL refere que Casey (1988) identifica de forma objetiva o papel dos pais na construção do processo de cuidados aos seus filhos, sendo, neste referencial, a família reconhecida como a prestadora dos melhores cuidados à criança, influenciando fortemente o seu crescimento e desenvolvimento.

Indo ao encontro da preocupação que esteve na base da escolha desta problemática, as evidências sugerem que há pais que não valorizam as rotinas para uma boa higiene do sono na idade pré-escolar, associando essa necessidade aos compromissos escolares posteriores, optando por valorizar outras atividades familiares/ sociais em detrimento das rotinas para dormir. Alguns pais demonstram não conhecer e não usar estratégias para uma boa higiene do sono.

Também Kitsaras *et al.* (2021) concluí no seu estudo que os pais de crianças pré-escolares enfrentam uma série de barreiras para alcançar rotinas ideais de dormir, que vão desde a falta de conhecimento adequado até a falta de motivação e cansaço. Essas barreiras podem desencadear possíveis consequências na saúde, nos comportamentos e relações sociais nos pais e filhos.

Assim, reconhecendo que uma melhor compreensão dos determinantes das rotinas ótimas e menos boas de dormir, é um passo importante para futuros exames mais aprofundados e estudos interventivos e decorrente dos resultados encontrados nesta RSL, torna-se evidente a necessidade de se investir na promoção de estratégias saudáveis de adormecimento já defendidas e publicadas, mas que necessitam ser partilhadas de forma sistemática nos diversos contextos de vida da criança, mas sobretudo nas consultas de vigilância de saúde infantil, validando com os pais a sua capacidade de implementação.

Os artigos são unânimes em considerar o sono como uma necessidade humana básica de grande importância para a promoção de saúde junto das crianças em idade pré-escolar e famílias, sendo a criação de planos e modelos de intervenção baseados na capacitação dos pais uma prioridade.

No seu estudo Silva *et al.* (2018, p.70) conclui que “(...) deverá ser privilegiada a interação com as famílias nas consultas de saúde infantil, promovendo o *empowerment* dos pais no que concerne ao estabelecimento e rotinas na hora de dormir e acordar, e quanto à consistência de regras em termos de atividades diurnas, por exemplo, atividades de lazer, trabalhos de casa e hora das refeições”.

Também Durduran *et al.* (2019) conclui que o treino e a consciencialização sobre os hábitos de sono saudáveis dos pais, pode ser relevante na aquisição de informações. Os autores defendem que a in(formação) aos pais dada por profissionais de saúde poderia promover a criação de gerações mais saudáveis.

A DGS corrobora esta ideia realçando a importância da necessidade de bons hábitos de sono nesta fase do ciclo de vida, no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (2013), colocando os hábitos de sono como ponto a abordar nos cuidados antecipatórios das consultas a partir do primeiro mês de vida e, a partir dos nove meses, considerando a promoção da higiene do sono um importante indicador de um estilo de vida saudável.

A SPP (2016) afirma que o sono em idade pediátrica para ser considerado saudável exige duração / tempo adequado, boa qualidade, regularidade e ausência de distúrbios ou perturbações do sono. Desta forma a família tem um papel de destaque sendo da sua responsabilidade a imposição e cumprimento de regras fundamentais para a higiene do sono:

- Promover um horário regular de deitar a criança todos os dias não quebrando essa regularidade ao fim de semana permitindo no máximo 30 minutos de tolerância;
- Ter uma rotina de deitar que antecipe a ida para a cama sempre semelhante (ex: vestir o pijama, seguido de lavar os dentes e por fim contar uma história);
- Deitar a criança na cama ainda acordada permitindo o uso de objeto de transição como é exemplo a chucha;
- Evitar adormecer a criança em outros locais que não a sua cama;
- Evitar atividades estimulantes antes de adormecer como por exemplo a atividade física;
- Proibir a utilização de tecnologias antes de adormecer (ex: telemóvel, televisão, computador, consola de jogos).

De referir ainda que, tal como as famílias tem um papel fulcral na higiene do sono no período noturno também as creches e estabelecimentos pré-escolares têm responsabilidade de desempenhar este mesmo papel no sono diurno, ou seja, na sesta (SPP, 2016).

3.2 Limitações do estudo

Quando nos debruçamos sobre temas relacionados com a Saúde e a sua história, percebemos que estamos perante alguma complexidade.

Na área da saúde o uso da Revisão Sistemática da Literatura tem vindo a crescer como fonte de evidência para organizar o crescente número de produtos, intervenções e informações científicas, substituindo a pesquisa primária como fonte de informação para as tomadas de decisões nesta área (Lopes & Fracolli, 2008, p.772).

As revisões de métodos mistos objetivam maximizar os resultados e a capacidade dos achados para criar informações que possam impactar nas políticas e práticas (Cardoso *et al.*, 2019, p.5).

Pelo elevado grau de complexidade deste tipo de estudo foram inerentes algumas limitações aquando da realização do mesmo e que estiveram relacionadas com:

- Dificuldade na realização do estudo ao utilizar uma metodologia de investigação nova;
- Dificuldade na interpretação dos resultados dos estudos qualitativos e quantitativos pela sua grande complexidade;
- Os critérios de inclusão definidos podem ter eliminado alguns artigos potencialmente

relevantes, na medida em que abordavam a temática em estudo, no entanto as faixas etárias estavam fora dos critérios de inclusão;

- O facto de a pesquisa nas bases de dados ter sido apenas efetuada em inglês, português e espanhol poderá ter condicionado o número de artigos potencialmente relevantes;
- O facto de a pesquisa nas bases de dados ter sido limitada ao período entre 2017 e 2021 e de só se incluírem os artigos disponíveis em *full text* gratuito;
- A inexperiência do investigador na elaboração de RSL de cariz misto poderá ter influenciado os resultados apresentados.

3.3 Implicações para a prática

O “Sono” é uma necessidade humana básica que influencia e é concomitantemente influenciada pela diversidade de atividades e contextos de vida, assumindo uma importância particular na infância, dado o seu importante papel no desenvolvimento da criança, podendo as alterações do sono levar a consequências nas diferentes áreas do desenvolvimento.

Nos últimos anos temos vindo a assistir ao crescente interesse pelo tema, e visível no conjunto de estudos que contemplam a importância do sono na infância e analisam a perceção parental e infantil sobre a temática.

Face à pertinência do tema em estudo, o enfermeiro, na sua prática deve privilegiar a interação com a família, objetivando a promoção do papel parental no que concerne ao sono infantil, contribuindo assim para o *empowerment* parental neste âmbito.

Perante os resultados da RSL reconhecemos a necessidade de intervenção do enfermeiro especialista em ESIP a nível dos Cuidados de Saúde Primários para a sensibilização da criança/ família, para a criação de hábitos e rotinas de sono saudáveis em idades precoces e que devem estar naturalmente consolidadas nas crianças pré-escolares, dado o seu impacto ao longo de todo o ciclo vital pediátrico;

Capacitar os pais e a comunidade educativa pré-escolar através de ações educativas sobre estratégias e rotinas/hábitos de sono saudáveis a fim de promover a higiene do sono das crianças e sensibilizar para as implicações no desenvolvimento infantil;

Identificar as reais necessidades de (in)formação dos pais sobre esta temática;

Realizar estudos longitudinais que permitam identificar o impacto dos hábitos e rotinas de dormir implementadas pelos pais no desenvolvimento das crianças;

Concluimos acreditando que a presente RSL contribua para a qualidade de sono das crianças, ao nível da prevenção primária sustentando uma intervenção articulada com a família e comunidade educativa pré-escolar, minimizando os riscos da problemática no desenvolvimento infantil.

Conclusão

A Ordem dos Enfermeiros no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde infantil e Pediátrica definiu como sendo missão do Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica:

(...) presta cuidados de nível avançado com segurança e competência à criança/jovem saudável ou doente, proporciona educação para a saúde, assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa. Tem como desígnio o trabalho em parceria com a criança/jovem e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre, hospitais, centros de saúde, escola, comunidade, instituições de acolhimento, cuidados continuados e casa, de forma a promover o mais elevado estado de saúde possível. (OE, 2017, p. 3)

O percurso de formação e aprendizagem finda com a elaboração deste relatório final.

A passagem pelos vários locais de prestação de cuidados à criança/jovem e família permitiu a consolidação de conhecimentos e desenvolvimento de competências especializadas, apreendendo as diferentes abordagens no cuidar da criança/jovem e família, mas também a mobilização de competências pré-existentes, resultantes da minha atividade profissional.

Victor *et al.*, (2005) referem que o Modelo Teórico de Promoção da Saúde de Nola Pender se debruça sobre a conceção da promoção da saúde, que define com as atividades voltadas para o desenvolvimento de recursos que mantenham ou fortifiquem o bem-estar da pessoa.

Este foi o referencial teórico adotado durante o percurso de aprendizagem, servindo de suporte à construção de novas formas de interpretar e conceber a enfermagem, particularmente no que respeita à capacitação para a adoção de comportamentos que levam à promoção da saúde, na temática central sobre a higiene do sono na criança.

Embora contextualizados em panoramas distintos, os diferentes estágios cruzaram-se em vários aspetos, tal como demonstrou a reflexão elaborada, representando o fio condutor comum que sustenta o cuidar em Pediatria.

Iniciando-se este percurso no cuidar do recém-nascido de alto risco com as inerentes emoções, tanto nas famílias como nos profissionais de saúde. Este estágio foi desafiante, visto nunca ter vivenciado experiências anteriores com recém-nascidos prematuros, e exigiu pesquisas frequentes de temas, na procura de conhecimentos para a melhoria da prática de cuidados de Enfermagem, dado esta ser altamente diferenciada e exigir competências específicas para a compreensão e capacidade de resposta às necessidades ímpares do Recém-Nascido de Alto-Risco e da Prematuridade.

Seguiu-se o estágio nos Cuidados de Saúde Primários que possibilitou o contacto com novas oportunidades de intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria.

Os cenários de intervenção são múltiplos e permitem ao enfermeiro, a avaliação do ambiente no qual a criança cresce e se desenvolve, podendo intervir na família, na escola e na comunidade, adotando como principal estratégia a promoção da parentalidade.

Por fim, o estágio num serviço de internamento de pediatria, que permitiu o contacto com a criança/jovem e família em contexto de hospitalização. Esta realidade exigiu um investimento particular na maximização do potencial de crescimento e desenvolvimento da criança/jovem, encarando a hospitalização não só como uma crise, mas sobretudo como uma oportunidade.

A investigação científica é uma atividade humana de enorme responsabilidade ética pelas características que lhe são inerentes. Associada à procura da verdade, impõe rigor, isenção, persistência e humildade. (Martins, 2008)

Desta forma a investigação é responsável por criar a base para o conhecimento teórico e científico sendo uma ferramenta fundamental para o desenvolvimento e evolução tanto das profissões como dos seus profissionais.

Enquanto Enfermeira, foi-se tornando evidente a importância da investigação na procura das melhores evidências com o objetivo de alicerçar e consolidar o saber e as competências, conduzindo assim a uma prática mais rigorosa, na prestação dos melhores cuidados aos utentes.

Por forma a dar resposta á questão de investigação e a atingir os objetivos propostos elaborou-se uma RSL sobre o conhecimento dos pais de crianças pré-escolares sobre recomendações para uma boa higiene do sono, tendo-se obtido a melhor evidência possível.

Posso concluir que as evidências sugerem que os pais são detentores de conhecimento sobre estratégias/recomendações para a boa higiene do sono e são capazes de aplicar esse mesmo conhecimento, criando rotinas e hábitos de dormir nos seus filhos, mesmo referindo não ter (in)formação sobre o tema. Este facto irá certamente contribuir para que a criança tenha um desenvolvimento físico, cognitivo e intelectual saudável.

Por outro lado, a evidência sugere que os pais não valorizam as rotinas para uma boa higiene do sono na idade pré-escolar, associando essa necessidade aos compromissos escolares; os pais valorizam outras atividades familiares/ sociais em detrimento das rotinas para dormir; há ainda pais que não demonstram conhecer e não usam estratégias para uma boa higiene do sono.

Assim, a presente RSL constitui mais um contributo para os profissionais de saúde, ao evidenciar as necessidades dos pais neste âmbito, para a sua prestação de cuidados diários, tendo por base as evidências científicas.

As evidências expostas devem fazer-nos refletir, individualmente, e em equipa, acerca da nossa prática diária enquanto enfermeiros na área da Saúde Infantil e Pediátrica.

Referências Bibliográficas

- Aloé, F., Azevedo, A.P., & Hasan, R. (2005). Mecanismos do ciclo sono-vigília. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27 (1), 33-39. Recuperado em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/B7HS9XTyWBpjhWsfBL6JTqn/?format=pdf&lang=pt>
- Alves, P.A.T.C. (2016). *A importância do sono em crianças em idade pré-escolar: um estudo qualitativo com os pais* [Dissertação de mestrado, Instituto Superior de Educação e Ciências]. RCAAP, Repositório Comum. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/20278/1/TESE%20Alter%c3%a7%c3%a3o%20FINAL%20P%c3%b3s%20-%20Defesa%21%21%21.pdf>
- Apóstolo, J. (2017). *Síntese da evidência no contexto da translação da ciência* – Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Recuperado em https://www.researchgate.net/publication/322861762_Sintese_da_evidencia_no_c
- Aromataris E., & Munn Z. (Editors). *JBIM Manual for Evidence Synthesis*. JBI, 2020. Available from <https://synthesismanual.jbi.global>. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01>
- Aromataris, E., & Pearson, A. (2014). The systematic review: an overview. *AJN The American Journal of Nursing*, 114(3), 53-58. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000444496.24228.2c>
- Cardoso, V., Trevisan, I., Cicolella, D.A., & Waterkemper, R. (2019) Revisão sistemática de métodos mistos: método de pesquisa para a incorporação de evidências na enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*. 28 (e20170279). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2017-0279>
- Coimbra, E., M., F., S. (2018). *Sono em crianças pré-escolares: percepções de pais e educadores* [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Educação de Lisboa]. Repositório Instituto Politécnico de Lisboa. <https://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/8510/1/DISSERTA%C3%87%C3%83O%20Sono%20em%20crian%C3%A7as%20com%20idade%20pre%20escolar%20%28FINAL%29.pdf>
- Cordeiro, M., (2010). *Dormir Tranquilo*. Lisboa: A Esfera dos livros
- Correia, A., & Lourenço, M. (2020). Promoção do sono em unidades de cuidados intensivos neonatais: scoping review. *Enfermeria Global*, 57, 544-560. Recuperado em: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.19.1.370941>

- Direção Geral de Educação. (2021). Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância - Quem somos. Recuperado em: [Quem somos | Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância \(snipi.gov.pt\)](http://www.snipi.gov.pt)
- Direção Geral de Saúde. (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. (Norma nº 010/2013, Ed.). Lisboa: DGS. Recuperado em: https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/DGS_010_2013-05.2013.pdf
- Direção Geral de Saúde. (2015). Programa Nacional de Saúde Escolar 2015. (Norma nº015/2015). Lisboa: DGS. Recuperado em: <https://observatorio-lisboa.eapn.pt/ficheiro/Programa-Nacional-de-Sa%C3%BAde-Escolar-2015.pdf>
- Durduran, Y., Pekcan, S. & Çolpan, B. (2019) Sleep habits and related factors in kindergarten children. *Nigerian Journal of Clinical Practice*, 22, 1218 – 1223. Recuperado em: https://doi.org/10.4103/njcp.njcp_520_18
- E., Yalçintas-Sezgin & Ulus, L., (2019) Parental influence on sleep habits and problems in preschool children. *Sleep and Hypnosis: A Journal of Clinical Neuroscience and Psychopathology*, 21 (4), 281 – 292. Recuperado em: <http://dx.doi.org/10.37133/Sleep.Hypn.2019.21.0196>
- Escola Superior de Saúde de Viseu (2021). Guia orientador de trabalhos escritos. Viseu
- Escola Superior de Saúde de Viseu (2021). *Guia Orientador: Estágio de Urgências Pediátricas e Estágio com Relatório Final: Estágio de Saúde Infantil e Familiar, de Pediatria e de Neonatologia*. Viseu.
- Fernandes, R.M.F. (2006). O Sono Normal. *Medicina* 39 (2). 157 – 168. Recuperado em: <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v39i2p157-168>
- Folgueiras, S., V., Asensio, S., M., Rodríguez, E., O., Chavarri, I., T. & Gabas, I., M. (2017) Hábitos de sueño en lactantes y preescolares. *Metas de Enfermería*, 20 (7), 12 – 18. Recuperado em: <https://doi.org/10.35667/MetasEnf.2019.20.1003081115>
- Freitas, A., R., A. (2019). *Enfermeiro promotor de hábitos saudáveis: relato de diagnóstico e intervenção no sono da criança em idade pré-escolar*. [Dissertação de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa – Escola de Enfermagem Porto]. Veritati, Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/31547/1/Relatorio%20Final%20%20Ana%20Raquel%20Freitas.pdf>

Hockenberry, M. J. & Wilson, D. (2018) *Wong - Enfermagem da Criança e do Adolescente* (10ª ed. Volume I). Loures: Lusociência.

<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/94362>

Kitsaras, G., Goodwin, M., Kelly, M., Pretty, I. & Allan, J. (2021) Perceived Barriers and Facilitators for Bedtime Routines in Families with Young Children, *Children*, 8 (50).

<https://doi.org/10.3390/children8010050>

Lindsay, A.C., Arruda, C.A.M., Machado, M.M.T., Andrade, G.P. & Greaney, M.L. (2018) Exploring Brazilian Immigrant Mothers' Beliefs, Attitudes, and Practices Related to Their Preschool-Age Children's Sleep and Bedtime Routines: A Qualitative Study Conducted in the United States. *Int. J. Environ. Res. Saúde Pública*, 15 (9). Recuperado em: <https://doi.org/10.3390/ijerph15091923>

Lopes, A. L. M. & Fracolli, L. A. (2008). Revisão sistemática de literatura e metassíntese qualitativa: considerações sobre sua aplicação na pesquisa em enfermagem. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 17(4), 771–778. doi: 10.1590/S0104-07072008000400020

Lopes, S., Almeida, F., Jacob, S., Figueiredo, M., Vieira, C. & Carvalho, F. (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. Recuperado em: https://repositorio.chporto.pt/bitstream/10400.16/2033/1/04_ArtigosOriginais-2_25-4.pdf

Lopes, W.S., Faustino, M. A., Leal, A.B. & Inocente, N.J. (s.d). *Sono um fenómeno fisiológico*. Recuperado em: <https://biblioteca.univap.br/dados/INIC/cd/inic/IC4%20anais/IC4-15OK.pdf>

Martins, J.C.A. (2008). Investigação em Enfermagem: Alguns apontamentos sobre a dimensão ética. *Pensar Enfermagem*. 12 (2). 62 – 66. Recuperado em: <http://hdl.handle.net/10400.26/23998>

McInnes, E. & Wimpenny, P. (2008). Using qualitative assessment and review instrument software to synthesise studies on older people's views and experiences of falls prevention. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 6(3), 337–344. Recuperado em: <https://doi.org/10.1111/j.1479-6988.2008.00104.x>

Mendes, R.M.N., (2008). A Criança, o sono e a Escola. *Referência – Revista de Enfermagem*, 2(7), 7-19.

Monteiro, M., A. (2014). A importância do sono nas crianças. Lisboa: Chiado Editora

- Nunes, S. S. M. (2014). *Promoção da Saúde: Intervenção de enfermagem para promover a adesão a comportamentos de saúde na criança e família* (Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Santarém – Escola Superior de Saúde)
- Ordem dos Enfermeiros, Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. (2017). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de saúde infantil e pediátrica*. Lisboa: OE. Recuperado de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto2_padroesqualidcuidesip.pdf
- Organização Mundial de Saúde – OMS (1978). *Conferencia Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde – Declaração de Alma Ata*. 1-3. Recuperado em: [Carta 1: DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA \(cmdss2011.org\)](http://www.cmdss2011.org/DECLARAÇÃO%20DE%20ALMA-ATA)
- Organização Mundial de Saúde. (2021). *Cuidados de Saúde Primários*. Retirado de: <https://www.who.int/world-health-day/world-health-day-2019/fact-sheets/details/primary-health-care>
- Pereira, Lima. & Bachion, M. (2006) Atualidades em revisão sistemática de literatura, critérios de força e grau de recomendação de evidência. *Revista Gaúcha Enfermagem*, Porto Alegre (RS). 27(4). 491-8. Recuperado em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4633>
- Portugal, Regulamento nº 140/2019 (2019, fevereiro 6). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2(26), pp. 4744-4750. Recuperado em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Portugal, Regulamento nº 422/2018 (2018, julho 12). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Diário da República*, 2(133), pp. 19192-19194. Recuperado em: <https://dre.pt/application/conteudo/115685379>
- Portugal, Regulamento nº76/2018 (2018, janeiro 30). Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão. *Diário da República*, 2(21), pp. 3478-3487. Recuperado em: <https://dre.pt/application/conteudo/114599547>
- Ramos, A. L. & Barbieri-Figueiredo, M. C. (2020). *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: Lidel.
- Rangel, M.A., Baptista, C., Pitta, M.J., Anjo, S. & Leite, A.L., (2015). Qualidade do sono e prevalência das perturbações do sono em crianças saudáveis em Gaia: um estudo transversal. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 31 (4), 256-264. DOI:[10.32385/rpmgf.v31i4.11553](https://doi.org/10.32385/rpmgf.v31i4.11553)

- Ribeiro, A. (2013). *Hábitos de sono e estratégias facilitadoras do adormecimento em crianças de idade escolar: Estudo com crianças e pais* [Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa Faculdade de Psicologia]. Repositório da Universidade de Lisboa. https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/10540/1/ulfpie046404_tm.pdf
- Santos, A. O. (2011). NIDCAP: Uma filosofia de cuidados.... *Nascer E Crescer*, 20 (1), 26-31. Recuperado em: [0_NeC_20-1.indb \(mec.pt\)](0_NeC_20-1.indb (mec.pt))
- Silva, E. M. B., Simões, P.A.D., Macedo, M.C.S.A., Duarte, C.J. & Silva, D. M. (2018). Perceção parental sobre hábitos e qualidade do sono das crianças em idade pré-escolar. *Referência – Revista de Enfermagem*, 4(17), 63-72. <https://doi.org/10.12707/RIV17103>
- Silva, F., M., G. (2014). *Hábitos e problemas do sono das crianças dos 2 aos 10 anos* [Dissertação a grau de Doutor, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa]. Repositório da Universidade Nova. <https://run.unl.pt/bitstream/10362/14234/1/Silva%20Filipe%20TD%202014.pdf>
- Simões, P., A., D. (2017). *Qualidade do sono em pré-escolares: contextos e determinantes* [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Saúde de Viseu]. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Viseu. <https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/4503/1/PaulaAlexandraDuarteSimoos%20ODM.pdf>
- Sociedade Portuguesa de Pediatria. (2016). Recomendações SPS-SPP: Prática da sesta da criança nas creches e infantários, públicos ou privados. ou privados. Recuperado em: https://www.spp.pt/UserFiles/file/Noticias_2017/VERSAO%20PROFISSIONAIS%20E%20SAUDE_RECOMENDACOES%20SPS-SPP%20SESTA%20NA%20CRIANCA.pdf
- Sousa, P.M.L. (2014). *Efetividade de um programa E- terapêutico para adolescentes com excesso de peso* [Tese de Doutoramento, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/15608/1/ulsd069515_td_Pedro_Sousa.pdf
- Victor, J.F., Lopes, M. V.O. & Ximenes, L.B. (2005). Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde Nola J. Pender. *Acta Paul Enferm*, 18 (3), 235-240. Recuperado em: <https://www.scielo.br/pdf/ape/v18n3/a02v18n3.pdf>
- Vilariça, P. & Salavessa, M., (2009). Problemas de sono em idade pediátrica. *Revista portuguesa de Clínica Geral* (25). 584-591. Recuperado em: <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v25i5.10676>

Apêndices

Apêndice I - Objetivos propostos no Projeto de Estágio: Estágio de Neonatologia

1º Conhecer a estrutura física e organizacional do serviço, bem como estabelecer relações adequadas com a equipa multidisciplinar.

Atividades a desenvolver:

- Realizar visita guiada às instalações dos serviços;
- Consultar guias, procedimentos, normas e protocolos dos serviços;
- Observar a dinâmica do serviço;
- Reconhecer e localizar o material existente de apoio aos cuidados de enfermagem ao RN de alto risco;
- Conhecer a documentação de Enfermagem de registo de cuidados;
- Integrar, na equipa, num ambiente calmo e acolhedor;
- Cumprir o horário do estágio;
- Participar nos cuidados ao recém-nascido de alto risco e sua família;
- Comunicar adequadamente com a equipa multidisciplinar;
- Abordar situações clínicas de forma holística, ética e culturalmente sensível;
- Discutir e refletir acerca de cuidados de enfermagem especializados com vista à melhoria da qualidade.

2º Desenvolver competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica como delineado no Regulamento nº 422/2018 de 12 de julho de 2018, artigo 4º do Diário da República.

- ✓ Assistir o RN de alto risco e família na maximização da sua saúde;
- ✓ Cuidar do RN de alto risco e família nas situações de especial complexidade;
- ✓ Prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento do RN de alto risco.

Atividades a desenvolver:

- Mobilizar conhecimentos teóricos e práticos adquiridos na unidade curricular de Neonatologia do plano de estudos do Curso e refletir acerca dos mesmos;
- Realizar pesquisa bibliográfica acerca de áreas pertinentes para a prestação de cuidados durante o estágio;
- Esclarecer dúvidas com os enfermeiros tutores e restante equipa;
- Observar os enfermeiros especialistas na prestação de cuidados especializados ao RN de alto risco e sua família;

- Colaborar na prestação de cuidados de enfermagem especializados ao RN de alto risco e sua família;
- Analisar de forma crítica e reflexiva o papel do enfermeiro especialista na equipa da UCIN;
- Discutir estratégias de cuidados com a enfermeira tutora/especialistas;

3º Desenvolver competências para a promoção da parentalidade

Atividades a desenvolver:

- Envolver a família na prestação de cuidados ao RN de alto risco;
- Apoiar os pais nos diferentes aspetos do papel parental;
- Gerir os cuidados prestados ao RN de alto risco;
- Promover um ambiente adequado ao RN de alto risco.
- Incentivar à prática do Método Canguru.
- Incentivar o aleitamento materno

4º Desenvolver competências sobre promoção do aleitamento materno no RN de alto risco

Atividades a desenvolver:

- Incentivar e apoiar o aleitamento materno;
- Observar e avaliar a mamada;
- Colaborar e efetuar ensinios aos pais sobre aleitamento materno

5º Desenvolver competências no controlo da dor no RN de alto risco através de medidas farmacológicas e não farmacológicas.

Atividades a desenvolver:

- Aprofundar conhecimentos acerca da fisiologia, controlo e tratamento da dor no recém-nascido;
- Monitorizar a dor utilizando Escala de Avaliação de Dor;
- Promover medidas farmacológicas e não farmacologias para o alívio da dor;
- Vigiar a dor.

6º Desenvolver competências na prestação de cuidados que satisfaçam as necessidades do RN de alto risco.

Atividades a desenvolver:

- Conhecer o RN, as suas reações e comportamentos;
- Gerir o ambiente físico;
- Observar e prestar cuidados agrupados e mínimos evitando manipulação excessiva;
- Manipular o recém-nascido nos horários determinados de forma a minimizar o stress e situações de instabilidade clínica;
- Prestar cuidados na área dos cuidados de higiene, alimentação, posicionamentos e otimização da ventilação e oxigenação;
- Manter e gerir um ambiente térmico adequado ao recém-nascido de alto risco;
- Refletir acerca dos cuidados prestados que satisfazem as necessidades do recém-nascido;
- Prestar cuidados centrados na família, envolvendo a família em todos os momentos, atendendo às necessidades, anseios e dificuldades.

7º Conhecer o papel do enfermeiro gestor no seio da equipa.

Atividades a desenvolver:

- Refletir sobre a prática profissional ética e legal;
- Refletir sobre a gestão pela qualidade e segurança;
- Refletir sobre a gestão da mudança, desenvolvimento profissional e organizacional.

Apêndice II - Objetivos propostos no Projeto de Estágio: Estágio de Saúde Infantil e Familiar

1º Colaborar na prestação de cuidados de enfermagem à criança/jovem e família no âmbito da Consulta de Saúde Infantil visando a maximização da saúde

Atividades a desenvolver:

- Participação na realização de Consultas de Saúde Infantil sob supervisão da Enfermeira tutora, efetuando registos no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil;
- Avaliação do crescimento e do desenvolvimento de acordo com a Escala de Avaliação de *Mary Sheridan* no decorrer das Consultas de saúde Infantil;
- Transmissão de orientações antecipatórias relacionadas com:
 - Crescimento e Desenvolvimento Infantil;
 - Comportamentos Saudáveis;
 - Saúde Escolar;
- Mobilizar conhecimentos teóricos e práticos adquiridos na unidade curricular de Saúde Infantil e Familiar do plano de estudos do Curso e refletir acerca dos mesmos;
- Analisar de forma crítica e reflexiva o papel do Enfermeiro Especialista na equipa e as diversas atividades do EESIP no Centro de Saúde;
- Esclarecer dúvidas com a Enfermeiros tutora e restante equipa;

2º Desenvolver competências comunicacionais com a criança, jovem e família de acordo com o seu desenvolvimento

Atividades a desenvolver:

- Observação da tutora a comunicar com as crianças, jovens e famílias;
- Desenvolver competências relacionais na comunicação com a criança, jovem e família;
- Utilização de técnicas de comunicação adequadas ao recém-nascido, á criança e jovem;
- Promoção do BSIJ junto das crianças/famílias enquanto forma de comunicação entre equipa e pais e no sentido de uma melhor rentabilização do seu conteúdo.

3º Promover a Educação para a Saúde e Prevenção da Doença da criança e família

Atividades a desenvolver:

- Realização de ensinamentos à criança e família;
- Realização de sessão de educação para a Saúde com o tema “Primeiros Socorros”
- Realização de webinar “Primeiros Socorros Pediátricos” no âmbito do II Ciclo de Webinários: Às terças há conversas na Solum Sul;

4º Gerir o impacto da dor durante a vacinação

Atividades a desenvolver:

- Observação e pesquisa de normas e procedimentos de gestão da dor na criança utilizados na USF durante a vacinação;
- Promoção de medidas farmacológicas e não farmacológicas para o alívio da dor;
- Monitorizar a dor utilizando Escalas de Avaliação da Dor.

5º Desenvolver competências para a promoção de saudáveis hábitos de sono na criança e adolescente

Atividades a desenvolver:

- Realização de pesquisa bibliográfica sobre a temática “Sono”;
- Sensibilização dos pais para a implementação de rotinas e hábitos de sono;
- Colaboração nos ensinamentos sobre estratégias para a higiene do sono.

Apêndice III - Objetivos propostos no Projeto de Estágio: Estágio de Pediatria

1º Conhecer a estrutura física, dinâmica organizacional e metodologia de trabalho do serviço, bem como estabelecer relações adequadas com a equipa multidisciplinar.

Atividades a desenvolver:

- Visita guiada às instalações dos serviços;
- Consulta dos guias, procedimentos, normas e protocolos dos serviços;
- Observação da dinâmica do serviço e articulação com os outros serviços;
- Reconhecimento e localização do material existente de apoio aos cuidados de enfermagem á criança / adolescente;
- Conhecimento da documentação/sistema informático de Enfermagem de registo de cuidados;
- Integração, na equipa, num ambiente calmo e acolhedor;
- Participação na prestação de cuidados à criança / adolescente e sua família;
- Comunicação adequada com a equipa multidisciplinar;
- Abordagem ás situações clínicas de forma holística, ética e culturalmente sensível;
- Discussão e reflexão acerca de cuidados de enfermagem especializados com vista à melhoria da qualidade.

2º Demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança / adolescente e família hospitalizadas de acordo com as suas características e desenvolvimento e no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura.

Atividades a realizar:

- Observação da tutora na comunicação com as crianças, jovens e famílias;
- Comunicação com a criança, jovem e família de forma apropriada ao contexto assistencial e respeitando os princípios éticos e deontológicos;
- Utilização de técnicas de comunicação adequadas ao recém-nascido, á criança e jovem e família;
- Promoção do acolhimento do criança, jovem e família, criando proximidade com as mesmas promovendo a comunicação;

3º Assiste a criança/ jovem e família na maximização da sua saúde, nomeadamente promovendo hábitos saudáveis de sono na criança e adolescente

Atividades a desenvolver:

- Realização de pesquisa bibliográfica sobre a temática “Sono”;
- Sensibilização dos pais para a implementação de rotinas e hábitos de sono no domicílio e durante a hospitalização;
- Realização de ensinamentos sobre estratégias para a higiene do sono.

4º Colaborar na promoção da adaptação da criança/família, ao processo de doença aguda e hospitalização

Atividades a desenvolver:

- Mobilização de conhecimentos teóricos e práticos adquiridos nas unidades curriculares de Pediatria I e Pediatria II do plano de estudos do Curso e refletir acerca dos mesmos;
- Colaboração na prestação de cuidados de enfermagem especializados à criança e família sob supervisão da Enfermeira tutora;
- Preparação pré-operatória da criança/ adolescente e família em situações de cirurgias programadas/urgentes;
- Acompanhamento e participação em todo o processo de cuidados: acolhimento, fases pré e pós-operatória, alta/transferência;
- Recurso à utilização do brincar terapêutico; estratégias distrativas;
- Realização de pesquisa bibliográfica acerca de áreas pertinentes para a prestação de cuidados durante o estágio;
- Esclarecimento de dúvidas com a enfermeira tutora e restante equipa;
- Observação da equipa de enfermagem na prestação de cuidados especializados à criança / adolescente e sua família;
- Colaboração na prestação de cuidados de enfermagem especializados à criança / adolescente e sua família;
- Análise de forma crítica e reflexiva o papel do Enfermeiro Especialista na equipa;

5º Potenciar a capacitação dos pais/ cuidador na prestação de cuidados e preparação da alta.

Atividades a desenvolver:

- Desenvolvimento de parceria de cuidados potenciando e promovendo o papel parental durante a hospitalização, capacitando-os para o cuidar;
- Criação de uma relação empática com a criança / adolescente e pais/cuidador;

- Negociação dos cuidados e realização de ensinamentos aos pais / cuidador para a preparação para a alta;
- Transmissão de orientações antecipatórias para os cuidados no domicílio;

6º Desenvolver competências no controle da dor na criança / adolescente através de medidas não farmacológicas e farmacológicas.

Atividades a desenvolver:

- Planejamento e gestão antecipada dos cuidados;
- Promoção de um ambiente calmo, minimizando os elementos estressores para a criança / adolescente;
- Avaliação da história de dor;
- Monitorização da dor com a aplicação de escalas adequadas a idade;
- Reconhecimento precoce das situações potencialmente dolorosas, minimizando-as;
- Proporcionar escuta ativa.

7º Participar no cuidado à criança vítima de queimadura.

Atividades a desenvolver:

- Aplicação dos princípios, gestão e equipamentos para a prestação de cuidados;
- Colaboração na prestação de cuidados, incluindo execução de pensos;
- Promoção de um ambiente terapêutico;
- Detecção de complicações, elaboração e execução de planos de cuidados, englobando as necessidades da criança / adolescente e sua família.

8º Desenvolver competências de assistência à criança e família, em situações de especial complexidade nomeadamente participando no cuidar da criança sujeita a transplante hepático:

Atividades a desenvolver:

- Conhecimento dos princípios, gestão e equipamentos para a prestação de cuidados;
- Colaboração na prestação de cuidados pré e pós-operatórios;
- Promoção de um ambiente terapêutico assegurando períodos de sono e repouso;
- Detecção de complicações, elaboração e execução de planos de cuidados, englobando as necessidades da criança / adolescente e sua família.
- Desenvolvimento de uma parceria de cuidados potenciando e promoção do papel parental durante a hospitalização, capacitando-os para o cuidar;


Apêndice IV - Folheto “A criança enquanto passageiro...desde a saída da maternidade”

Isofix

É um sistema de fixação standard internacional da cadeira auto.

Vantagens:

- Uma conexão rígida e permanente entre a cadeira auto e o carro, que em caso de travagem brusca ou acidente, mantém a força de impacto a nível adequado pela sua criança;
- Indicadores do carro mostram que a cadeira está corretamente instalada;
- Sistema seguro nos testes de segurança;
- Instalação rápida e fácil.




Como fixar uma cadeirinha com ancoragem ISOFIX?
Enganche as duas extremidades rígidas ou clips de metal que há na parte inferior traseira da cadeirinha nas duas ancoragens do veículo. Um clique e uma linha verde irá indicar que está corretamente ancorada.


Fonte: Fundação MAPFRE

Cadeiras


Grupo 0
Crianças com menos de 10 kg*




Grupo 0+
Crianças com menos de 13 kg*




- Os cintos da cadeira devem ser do encosto à nível dos ombros ou ligeiramente a baixo;
- Dar a folga de 1 dedo entre o bebé e o cinto;
- A cadeira deve andar no banco (mesmo o lado do passageiro no sentido inverso ao da marcha);
- A criança deve andar numa cadeira até à idade limite possível. A cadeira já não é adequada quando o topo da cabeça do bebé ultrapassa o topo do encosto da cadeira;
- Posar o banco do passageiro o mais a frente possível;
- Se colocada no banco da frente desligar air bag e posar o banco o máximo atrás;
- Colocada com o encosto num ângulo de 45°.



Grupo 2
Crianças entre 15 e 25 kg*




Grupo 1
Crianças entre 9 e 18 kg*




- Devem ser instaladas no banco (mesmo no sentido da marcha);
- Posar um sistema de arnés ou cinto para segurar a criança;


Grupo 3
Crianças entre 22 e 36 kg*
(Banco elevatório com costas)



Grupo 3
Crianças entre 22 e 36 kg*
(Banco Elevatório)



- A instalação entre a cadeirinha e o banco elevatório pode ser feita quando a criança atingi 110 cm e no mínimo 22 kg;



Sistemas de retenção

Os sistemas de retenção para crianças são essenciais, para o nível de segurança dos veículos não ser adequado a crianças e adultos pequenos.

Sistema de Retenção para Crianças conforme a definição do Decreto-Lei n.º 113-A/2014:

“Sistema de retenção para crianças (sistemas de retenção), um conjunto de componentes que pode incluir uma combinação de pretais ou componentes fixados com uma fivela de fecho, dispositivo de regulação, peças de fixação e, em alguns casos, um dispositivo adicional, como um banco de transporte, um sistema de transporte de crianças muito jovens, uma cadeirinha sedutora ou um assento contra impactos, capaz de ser fixado num veículo a motor. É concebido de modo a diminuir o risco de lesamento do utilizador, em caso de colisão ou descolocação brusca do veículo, através da retenção/distribuição do seu corpo”.

A segurança da criança dentro de um automóvel depende:


- Da escolha da cadeira adaptada às necessidades da criança tendo em consideração a sua idade e peso;
- Qualidade da cadeira;
- Posição correta num sistema de retenção.

| Grupo de IM | Peso | Idade aproximada | Posição de IM |
|-------------|-------------------|---------------------|-----------------------|
| I - auto | 11 em todo o peso | | De lado |
| 0* | até 10 kg | até 10 meses | Trás para trás (PT) |
| 0+* | até 13 kg | 12 meses - 34 meses | Trás para trás (PT) |
| 1* | até 18 kg | 3 anos - 34 meses | Trás para frente (PT) |
| 2* | 15-25 kg | 4-6 - 10 anos | Trás para frente (PT) |
| 3* | 22-36 kg | 6-9 - 10 anos | Trás para frente (PT) |

Fonte: Decreto-Lei 113-A/2014, 7 de novembro

As crianças precisam de ambiente seguro, saudável e confortável para atingirem o seu potencial.

As crianças são seres humanos delicados que correm em nós, adultos, para que cuidemos deles.



RECOMENDACIONES

Decreto-Lei n.º 113-A/2014 do Ministério da Administração Interna (DAMI), Diário da República (Série I) nº 21628-6, 1.º Suplemento de 2014-11-07. Recuperado de: www.dre.pt


Fundação MAPFRE (2015). Segurança e educação infantil. Recuperado de: <http://cadeiraauto.fundacionmapfre.org/infancia/seguranca-educacao/>

Ministério da Saúde (2017). Guia de escolha dos sistemas de retenção de Crianças - O Caso do PROVAS (Direção de Maternidade, Universidade Nova de Lisboa, Clínica Social e Humana). Recuperado de: <http://www.provas.gov.pt>

Trabalho elaborado no âmbito do Estágio de Neurociência do Curso de Pós-graduação de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e decorre do Guia de Neurociência da Universidade Nova de Lisboa.

Maria Duque Nº5327

A criança enquanto passageiro ... desde a saída da maternidade



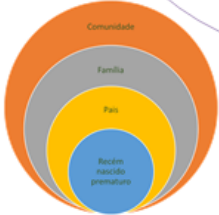
Apêndice V - Folheto “Prematuridade...um desafio”

NIDCAP

Os 3 últimos meses de gestação correspondem a uma das fases de maior crescimento e especialização do cérebro humano, os estímulos são selecionados e fornecidos de forma sequencial.


As 39/40 semanas o recém-nascido está pronto e desenvolvido para o contacto direto com o colo da mãe e todo o ambiente circundante. Os RN (recém-nascidos) esperam herdar 3 ambientes seguros: o útero materno, o colo dos pais e a família e a comunidade.

O parto prematuro retira ao RN os ambientes prometidos e idealizados.



Elementos chave

- COORDENAÇÃO:** cuidados da equipa multidisciplinar com base na compreensão e conhecimento do desenvolvimento da criança, pais, família assim como na história atual de doença e também os seus efeitos no desenvolvimento da criança.
- AVALIAÇÃO:** avaliação e registo dos sinais comunicativos do RN antes, durante e após os cuidados prestados e procedimentos. Fornece dados sobre o cuidado individualizado naquela semana.
- AMBIENTE CALMO:** atenção ao ruído, luminosidade excessiva e o que acontece ao redor da incubadora.
- CONSISTÊNCIA NOS CUIDADOS / CUIDADOS COLABORATIVOS:** sempre que possível deve ser a mesma equipa a prestar os cuidados. Os cuidados mais stressantes para o RN devem ser prestados por dois profissionais (um satisfaz as necessidades do RN o outro realiza o procedimento).



- AGRUPAMENTO DOS CUIDADOS:** prestar cuidados respeitando os ciclos de sono, de acordo com os sinais do RN mantendo-o organizado. Garantindo um mínimo de 60 minutos de tranquilidade após cada procedimento sem nenhuma manipulação ou estimulação.
- ESTRUTURAR AS 24 HORAS:** prestar os cuidados de forma a preservar os períodos de sono do bebé.
- POSICIONAMENTO:** estes cuidados têm por objetivo minimizar os gastos de energia, aumentando o bem estar e a tranquilidade do bebé. Utilização de rolos que mantenham o corpo contido.
- OPORTUNIDADES PARA CONTACTO PELE A PELE:** exemplo Método Canguru
- SUPORTE INDIVIDUALIZADO PARA ALIMENTAÇÃO:** os aspetos da alimentação serão determinados pelas competências e necessidades do bebé.
- CONFORTO PARA A FAMÍLIA**

NIDCAP

Pela imaturidade das órgãos das recém-nascidas, estes requerem cuidados apenas disponíveis em UCIN (Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais).

O ambiente de UCIN representa para grande parte das recém-nascidas a separação dos pais, excesso de estímulos e também a experiência de procedimentos dolorosos.

Por forma a reduzir o impacto negativo do ambiente da UCIN no recém-nascido de alto risco fora do útero materno foi criado o **NIDCAP** (Programa Individualizado de Avaliação e Cuidados Centrados no Desenvolvimento) do RN.

Objetivo

Melhorar a longo prazo as consequências da prematuridade na criança e família

NIDCAP é uma abordagem comportamental para prestação de cuidados baseada na informação que o RN fornece.

Permite a realização de um plano de cuidados que melhora e fortalece as forças do RN e que o suporte em situações de sensibilidade e vulnerabilidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Feltri, L. M., Vianna, R. R., Rodrigues, C. R., Clemente, A. & Santiago, L. C. (2017). Cuidado ao prematuro extremo: mínimo manuseio e humanização. *Revista de Pesquisa Cuidado e Fundamental*, 9 (14), 307-321. doi: 10.30622/rpfc.v9i14.307


Santos, A. O. (2011). NIDCAP®. Uma filosofia de cuidados... *Alcegar E Cuidado*, 26 (1) 28-31. Recuperado em 01/06/2015 <http://www.alcegar.com.br>

Trabalho elaborado no âmbito do Estágio de Neonatologia do Curso de Pós-graduação de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Neonatal e decorre no Serviço Neonatologia da Maternidade Hospital Biémica.

Maria Duque Nº9307

NIDCAP

HUMANIZAÇÃO DOS CUIDADOS



Prematuridade...um desafio.

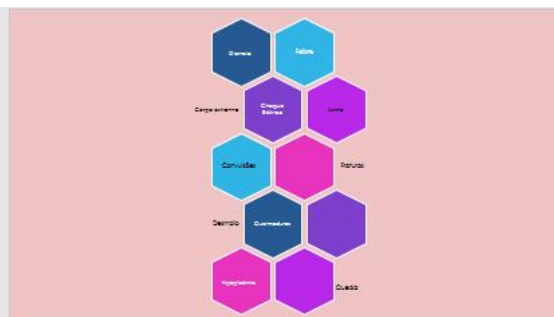
Apêndice VI - Webinar “Primeiros Socorros”

Plano da sessão

| Objetivo Geral: Capacitar os pais sobre primeiros socorros | | | | |
|---|--|--------------------------|---|--------|
| Objetivos específicos: | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Identificar as situações para atuação e como agir Refletir sobre a atuação em primeiros socorros | | | | |
| Fases | Conteúdos | Método | Meios Auxiliares | Tempo |
| Introdução | <ul style="list-style-type: none"> Apresentação do tema; Objetivos da sessão. | Expositivo oral e direto | Computador, videoconferência Diapositivos Bibliografia | 1 Hora |
| Desenvolvimento | <ul style="list-style-type: none"> Diarreia Febre Choque Elétrico Asma Corpo estranho Convulsão Fraturas Queimaduras Desmaio Hipoglicemia Queda | Expositivo oral e direto | | |
| Conclusão | <ul style="list-style-type: none"> Reflexão Final | Expositivo oral e direto | | |



1



2

Febre

Febre corresponde a uma temperatura axilar, igual ou superior a 37,6°C. A presença de febre, nem sempre, traduz doença grave.

Sinais e Sintomas que devem ser valorizados:

- Convulsão febril;
- Exantema (borbulhas no corpo);
- Petéquias (pintinhas);
- Noção de dificuldade respiratória ou gemido;
- Cefaleia (dor de cabeça);
- Alteração da marcha ou do comportamento;
- Recusa alimentar total;
- Diminuição da quantidade de urina (diurese);
- Vômitos e/ou diarreia persistente;
- Diminuição da atividade (ex: recusa brincar) / prostração;



Retal ≥ 38°C
Timpânica ≥ 37,8°C
Oral ≥ 37,6°C

Tratamento:

Antipiréticos: Paracetamol, idealmente sozinho (mas em caso de febre com intervalos curtos intercalar com Ibuprofeno com intervalo mínimo de 4h)


Objetivo:

Reduzir o desconforto provocado pela resposta febril, não alterando o curso da doença.



Corpo Estranho

Os corpos estranhos penetram no organismo através de um orifício ou, após um traumatismo / lesão.



São mais frequentes encontrarem-se no nariz, ouvidos, vias respiratórias ou olhos.

9

Olhos

Ex. areias, limas, insetos

Sinais / Sintomas


- Dor ou picada local
- Lacrimação
- Dificuldade em manter os olhos abertos
- Ruborização

O que fazer:

- Realizar lavagem ocular com água corrente ou com fisiológico do canto interno (junto ao nariz) para o canto externo. Repetir 2 a 3 vezes.
- Caso não haja melhoria deve ir à Urgência Pediátrica.

O que não fazer:


- Colocar o olho
- Tocar remover o corpo estranho com lenço, papel ou algodão. Pode fazer danos de ótica.



10

Ouvido

Ex. insetos



Sinais / Sintomas:

- Surdez
- Zumbido
- Dor

O que fazer:

- Ir ao Centro de Saúde se o corpo estranho for visível. Caso contrário deve ir à Urgência Pediátrica.

O que não fazer:

- Tocar remover o objeto

De acordo com a sua localização os corpos estranhos nas vias respiratórias podem causar diferentes sintomas.

Exemplos:

- > Dificuldade respiratória
- > Dor
- > Vômitos
- > Tosse fraca ou ineficaz
- > Cianose (tom de pele arroxeado)
- > Incapacidade em falar
- > Sialorreia (salivar em maior quantidade)
- > Asfixia
- > Ou mesmo levar à morte

Vias Respiratórias

Devem recorrer ao SU:



- > Todos os recém nascidos e lactentes com idade inferior a 90 dias;
- > Lactentes e crianças dos 3 ou 36 meses, se apresentarem febre, sem foco (sem um sintoma específico) com critérios para efetuarem exames auxiliares de diagnóstico (ex: sumário de urina para deteção de infeção Urinária);
- > Febre com duração superior a 5 dias;
- > Crianças com sinais de mal perfurado peritórax (gatilhos, manchas no corpo) e/ ou genital;
- > Associação de vários sinais de alarme: convulsões, cefaleias, exantema, petéquias, dificuldade respiratória, sístia (perda de coordenação durante movimentos voluntários), recusa da marcha, claudicação, alteração de comportamento (prostração), vômitos frequentes, sinais de desidratação ou diminuição da quantidade de urina.

5

Diarreia

A diarreia é uma alteração no volume e consistência das fezes. É um aumento do número de deposições líquidas diárias.

Uma deposição líquida isolada não é diarreia.

Principais causas:

- > **Intoxicação alimentar** – por ingestão de alimentos ou água contaminadas
- > **Gastroenterite aguda** – causada por vírus, bactérias
- > **Diarreia associada à toma de antibióticos**
- > **Consumo excessivo de alguns alimentos** (ex: legumes, verduras e frutos)

6

Deve recorrer ao Centro de Saúde caso:



- > Diarreia prolongada (com duração superior a duas semanas)
- > Dor intensa no abdómen
- > Febre superior a 39°C
- > Sangue nas fezes
- > Sinais de desidratação (sech, boca seca, prurro ou nenhuma urina, fregues, olros de cãbeça ou urina escura)
- > Perda de peso

O que fazer:

- ✓ Evitar a desidratação (beber água ou soluções com eletrólitos)
- ✓ Comer bananas;
- ✓ Evitar alguns alimentos (ex: leite, gorduras e fibras em excesso)
- ✓ Intensificar os cuidados de higiene, como a lavagem das mãos.

O que nos dizem os números...



Os acidentes com crianças podem ser evitados... e quem se pode evitar são os adultos, somos NÓS!

Os traumatismos e lesões não intencionais, ou ACIDENTES, são uma das principais causas de morte de crianças e jovens na Europa e a primeira entre os 5 e os 19 anos de idade (ECSA, 2012).

Em Portugal, entre 1992 e 2015, 6.273 crianças e jovens morreram na sequência de um acidente... doméstico, de lazer ou rodoviário...



Nariz

Ex: Nódos, objetos, brinquedos, bolas de pequenas dimensões.

Deixar para passar com força comprimindo a narina com o dedo. Caso não resulte levar à Urgência Pediátrica.

Garganta

Os corpos estranhos na garganta podem ser eliminados com manobras, tosse ou objetos pequenos.



13

Quedas

Ter atenção à altura da queda e ao tipo de superfície (relva, areia, chão ou tapete que por vezes pode amortecer o embate).

Na criança se a queda for de uma altura \geq a 1,5m deve dirigir-se ao hospital mesmo não apresentando sintomas.

No bebé a referência da altura é 1,3m. Ter atenção quando o bebé está no fraldário ou ao colo.

Sinais e Sintomas:

- Vômitos;
- Sonolência excessiva;
- Perda de consciência (desmaio);
- Convulsão;
- Amnésia para o sucedido;
- Dor de cabeça;
- Alterações neurológicas (alteração na força de um membro, alteração da fala, desequilíbrio, pupilas com tamanhos diferentes)



14

O que fazer:

- Acalmar e dialogar com a criança;
- Colocar gelo;
- Manter a criança na mesma posição, observar e procurar lesões;
- Se a criança não responder (inconsciente) chamar 112.

O que não fazer:

- Abanar ou estimular excessivamente;
- Tentar que a criança coma ou beba imediatamente após a queda.



Desmaio / Perda de Consciência

É provocada por falta de oxigenação no cérebro, o qual reage com perda de consciência provocando a queda brusca e desamparada do corpo.

Causas:

- > Excesso de calor
- > Fadiga
- > Jejum
- > Permanência em pé durante muito tempo
- > Queda

Sinais e Sintomas:

- > Palidez
- > Suores frios
- > Falta de força
- > Pulso fraco



Caso a criança esteja prestes a desmatar:

- > Sentá-la
- > Colocar a cabeça baixa (entre as pernas)
- > Molhar a testa e rosto com água fria



NÃO FAZER:

- Deixar a criança sozinha;
- Dar líquidos caso a pessoa esteja inconsciente.

17

Queimaduras

1º Grau

Atinge a epiderme (camada mais superficial); vermelhidão

2º Grau

Atinge a epiderme estendendo-se até à derme; Presença de flictenas (bolhas)

3º Grau

Atinge todas as camadas da pele e hipoderme. Queimadura grave que pode causar lesões desde os músculos até aos ossos, as chamadas queimaduras de 4º grau.



18

O que fazer

Afastar a fonte de calor;
Retirar adormos e roupa da área circundante;
Proteger a queimadura com compressa / pano húmido;
Colocar a zona debaixo de água fria, sem retirar a roupa;
Ter atenção à extensão da queimadura.

EM CASO DE QUEIMADURA:



O que não fazer

- Furar as flictenas (bolhas);
- Retirar pele;
- Retirar roupas coladas a queimadura;
- Aplicar produtos como são exemplo: manteiga ou pasta de dentes.



Feridas


Solução de continuidade da pele (lesão), pode ser de origem traumática.

- Superficial – atinge a pele
- Profunda – atinge o tecido subcutâneo e muscular

O que fazer:

- > 1º Lavar as mãos;
- > 2º Limpar a pele circundante à ferida com água e sabão;
- > 3º Limpar com soro fisiológico (se houver) do centro para as bordas da ferida utilizando compressa/ pano limpo;
- > 4º Secar com compressa/ pano fazendo pequenos toques;
- > 5º Desinfetar com solução desinfetante (ex: Diaseptyl)

- > Se ferida superficial pode deixar ao ar ou então aplicar apenas compressa de proteção.
- > Se ferida extensa e/ou profunda, com corpos estranhos deve recorrer a um CS ou HP.



21

Choque Elétrico



Acontece quando existe passagem de corrente elétrica através do corpo.

O que fazer:

- Cortar imediatamente a corrente elétrica;
- Não tocar na vítima sem desligar antes a corrente elétrica;
- Socorrer:
 - RCP (Reanimação Cardiopulmonar)
 - Aplicar uma compressa ou pano limpo sobre a queimadura.

O que não fazer:

- Tocar na vítima se esta estiver em contato com a corrente elétrica;
- Atostar o fio elétrico com algum objeto;


22

Fraturas

Sempre que um osso é sujeito a uma força que excede a sua capacidade de adaptação, o osso parte, ou seja, sofremos uma fratura.

Sinais e Sintomas:

- Dor intensa no local;
- Edema (inchado);
- Dificuldade em mexer o membro;
- Encurtamento ou deformidade do membro fraturado.



O que fazer:

- Observar a zona magoada;
- Verificar a presença de feridas e tapar com pano;
- Evitar movimentos;
- Improvisar imobilização (talas);
- Administrar analgésico e aplicar gelo local;
- Encaminhar ao Hospital;

O que não fazer:

- Tentar fazer a redução de fratura;
- Fazer garrote que dificulte a circulação sanguínea;
- Se, fratura exposta, tentar introduzir as proeminências ósseas visíveis.

O tratamento de uma fratura é realizado em hospital.

Convulsão

As **convulsões** são descargas elétricas desreguladas e anormais de células nervosas no cérebro ou em parte do cérebro. Esta descarga anormal pode causar:

- Convulsões;
- Movimentos involuntários;
- Alterações no estado de consciência;
- Sensações anormais.

Convulsões são espasmos musculares violentos, involuntários e/ou associados a rigidez em uma grande parte do corpo.

25

Sinais e Sintomas:


- Parte, ou todo o corpo, pode agitar-se, mover-se espasmodicamente ou enrijecer-se;
- Os membros podem mover-se de forma brusca e descontrolada;
- Pode apresentar olhar fixo;
- Confusão/ Desorientação;
- Fazer xixi, revirar os olhos, salivar...
- Ter sensações estranhas (por exemplo, dormência ou formigamento) em algumas partes do corpo ou ter sentimentos estranhos (por exemplo, sentir muito medo sem um motivo).

Às vezes, as convulsões fazem com que as crianças, simplesmente, fiquem com o olhar parado ou pareçam estar confusas em vez de causar os movimentos de convulsão.

26

O que fazer:

- Deitar a criança de lado no chão em PLS (posição lateral de segurança);
- Manter a criança afastada de possíveis riscos (como escadas ou objetos pontiagudos);
- Não colocar nada na boca da criança nem tentar segurar a língua da criança;
- Manter o ambiente calmo;
- Contabilizar a duração da convulsão;
- Não tentar imobilizar a criança durante a crise convulsiva;
- Não a forçar a acordar ou oferecer o que for para comer ou beber;



• Chamar 112

Diabetes

A diabetes é uma condição crônica (de longa duração) que ocorre quando o corpo não produz insulina suficiente ou não consegue utilizar. A insulina é uma hormona produzida no pâncreas, necessária para mover a glicose (açúcar) do sangue para as células do corpo, onde é utilizada para produzir energia. Quando a insulina está em falta ou não atua adequadamente, os níveis de glicose no sangue sobem.

Hipoglicemia

A diabetes, na criança e jovem, é tratada com insulina.

A complicação mais grave e mais frequente do diabético é a HIPOGLICÊMIA (baixa acentuada dos níveis de açúcar no sangue).

Causas:


- Falha de uma refeição;
- Vômitos;
- Insulina em excesso;
- Erro de administração de insulina;
- Atividade física intensa.



9

Sinais e Sintomas:

- Palidez, suores, tremor;
- Fome intensa;
- Confusão mental, raciocínio lento, bocejar repetido, apatia;
- Voz trêmula;
- Alterações de humor;
- Taquicardia (frequência cardíaca aumentada);
- Perda da fala e dos movimentos ativos;
- Desmaio;
- Convulsão;
- Coma.



30

Hipoglicemia Leve a moderada:

1º Conversar calmamente com a criança;

2º Dar açúcar:

- 2 pacotes de açúcar e esperar 2/3min. Se não melhorar, voltar a oferecer açúcar após este tempo;
- Avaliar glicemia capilar se possível;
- Após melhoria dar pequena refeição (ex: pão, tostas)

Hipoglicemia Grave:

1º Deixar a criança em PLS;

2º Fazer uma papa de açúcar e colocar debaixo da língua;

3º Se não houver melhoria, ligar 112.

NÃO FAZER:

- Deixar a criança sozinha;
- Dar líquidos caso a pessoa esteja inconsciente.

Asma

Doença crônica caracterizada pela inflamação crônica das vias aéreas, afetando a sensibilidade das terminações nervosas das mesmas, resultando em obstrução do fluxo aéreo.


Sinais e Sintomas:

- Tosse seca e irritativa;
- Dificuldade respiratória;
- Pieira / Respiração ruidosa;
- Sensação de falta de ar;
- Agitação;
- Poligínea (aumento do número de ciclos respiratórios);
- Taquicardia (frequência cardíaca aumentada);
- Palidez;
- Suores;
- Prostração / Apatia.

Na fase de agravamento a respiração é difícil, lenta, dificuldade em falar e há cianose das extremidades (unhas, lábios).

O que fazer:

- Manter a calma, contendo a angústia e ansiedade da criança;
- Proporcionar ambiente calmo e arejado, sem fumos ou poeiras;
- Posicionar a criança sentada ligeiramente inclinada para a frente, (ou na posição que ela escolher) facilitando a respiração;
- Administrar tratamento prescrito, broncodilatador, "bombas" que por norma acompanha a criança
- Se não houver melhora, encaminhar ao hospital.



33

A casa nem sempre é um lugar seguro...

ATENÇÃO!

10 DICAS PARA EVITAR ACIDENTES DOMÉSTICOS

- 1- Preste atenção e atenção redobrada em atividades domésticas.
- 2- Evite fumar e utilizar produtos inflamáveis fora do espaço da criança.
- 3- Mantenha produtos químicos e medicamentos armazenados em armários apropriados.
- 4- Evite beber álcool em casa.
- 5- Coloque grades nos níveis de proteção nos janelas, para evitar quedas.
- 6- Proteja as extremidades arredondadas das crianças.
- 7- Escovas, serrilhas e outros produtos devem ficar longe das crianças.
- 8- Não deixe seu filho andar de bicicleta, skate ou patins sem supervisão.
- 9- Não permita que crianças usem escovas de cabelo, shampoos ou balneários.

Estratégia Saúde da FAMÍLIA
www.estrategiasaudedafamilia.com.br

34

Referências Bibliográficas:

- Afonso, A.C. (2017). *Saúde Infantil Juvenil*. Manual Páris. Lisboa: Lidel – Edição Técnica, Lda.
- Direção Geral de Saúde (2017). *Receita da Criança e do Adolescente – Definição, Utilização e Apoio aos Famílias/Cuidadores*. Recuperado em <https://www.dgs.gov.pt>
- Direção Geral de Saúde (2018). *Processo Assistencial Integrado da Rede de Cuidados em Saúde Infantil*. Recuperado em <https://www.dgs.gov.pt>
- Reis, Isabel. (2010). *Manual de Práticas Sazonais: situações de urgência nas escolas, jardins de infância e campos de férias*. Lisboa: Direção-Geral de Educação e do Desporto/Instituto Curricular.
- Serviço Nacional de Saúde (2005). *Diabetes*. Recuperado em [https://www.ansp.gov.pt/pt/mao-na-rodagem/](https://www.ansp.gov.pt/pt/mao-na-rodagem)



Apêndice VII - Folheto “Queimei-me...E Agora?”

Previna as Queimaduras

- Tenha fora do alcance comida ou líquidos quentes;
- Antes do banho teste a temperatura da água (colocar primeiro a água fria e depois a água quente);
- Não segure comida/objetos quentes quando está com uma criança ao colo;
- Tire do alcance das crianças: ferrozes, álcool ou outros produtos inflamáveis;
- Eletrodomésticos com forno, secador, aquecedor ou ferro de roupa devem ser mantidos afastados das crianças;
- Proteja as fichas elétricas com material adequado;

Contactos úteis:

Associação Amigos das Queimadas
SEDE AAQ COIMBRA
Avenida Doutor B. Saaya Barreto Hospital da Universidade De Coimbra - Caixa
3000-075 Coimbra
www.aaq-coimbra.org
962 391 431

Hospital Pediátrico de Coimbra
Consulta externa (Dr. Alexandra): 239 480 300
Internamento (Dr. Mariana): 239 480 376
www.hpc-coimbra.org



Relatório Não Oficial:
Este documento não tem carácter de diagnóstico nem de prescrição médica. É apenas um instrumento de informação e de apoio à decisão clínica. Não se deve substituir o diagnóstico e a prescrição médica. Este documento não substitui o diagnóstico e a prescrição médica. Este documento não substitui o diagnóstico e a prescrição médica.

Trabalho elaborado no âmbito do Projeto de Pedagogia do Curso de Pós-Graduação de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica decorrer no Serviço de Cirurgia Pediátrica do Hospital Pediátrico de Coimbra.

Marta Daqui, N.º087

**QUEIMEI-ME
E AGORA?**

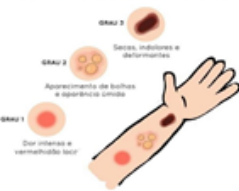


Queimadura

A queimadura é uma experiência traumática e de grande gravidade, sendo um dos maiores desafios dos cuidados de saúde.

Quando a vítima de queimadura se trata de uma criança, dependendo da gravidade esta pode causar danos psicológicos, dificuldades no crescimento ósseo, reabilitação prolongada e perdas funcionais.

QUEIMADURAS



O que é?

A gravidade da queimadura é determinada pela profundidade e extensão da mesma, sendo definida em termos das diversas camadas da pele atingidas.

- 1.º grau limitam-se à camada superficial da pele;
- 2.º grau afetam as duas primeiras camadas da pele;
- 3.º grau penetra por toda a espessura da pele e destrói os tecidos;
- 4.º grau atingem todas as camadas da pele, queimam também o tecido adiposo, músculos, ossos ou órgãos inteiros subjacentes.

Cuidados a ter em casa

- Vestir roupas de algodão;
- Evitar roupas e calçado que possam provocar pressão ou fricção;
- Mobilizar músculos e articulações envolvidas, de forma a prevenir a rigidez e as posições viciosas;
- Hidratar e adotar uma alimentação diversificada e adequada;
- Evitar exposição solar e aplicar protetor solar com o índice mais alto para crianças.

Com pomos:

- Evitar longos banhos;

Sem pomos:

- Realizar lavagem das mãos;
- Aplicar vaselina ou creme gordo em fazendo massagem vigorosa com a ponta dos dedos em movimentos circulares tentando remover a pele "morta" 1 vez por dia;
- Evitar cremes com lanolina ou álcool;



Apêndice VIII - Marcadores de livros "O Sono"



| | | | | | | | | | | | | |
|-------------|---|---|---|---|--|---|---|---|---|--|---|---|
| E10. | Brambilla, Giussani, Pasinato, Venturelli, Privitera, Giudice, Sollai, Picca, Mauro, Bruni, Chiappini (2017) | | X | X | | X | X | | X | | | X |
| E11. | Amendoas, Leonardo (2018) | | X | X | | X | X | | X | | | X |
| E12. | Costanian, Abdullah, Sawh, Nagapatan, Tamim (2017) | | X | X | | X | X | | X | | | X |
| E13. | Mindell, Williamson (2018) | X | | X | | X | | X | X | | | X |
| E14. | Durduran, Pekcan, Çolpan (2019) | X | | X | | X | X | | X | | X | |
| E15. | Kang, Kim (2021) | | X | X | | X | X | | X | | | X |
| E16. | Tsouklidis, Tallaj, Tallaj, Heindl (2020) | | X | X | | X | X | | X | | | X |
| E17. | Meltzer, Pugliese (2017) | X | | X | | X | | X | X | | | X |
| E18. | Leichman, Gould, Williamson, Walters, Mindell (2020) | | X | X | | X | | X | X | | | X |
| E19. | Prokasky, Fritz, Molfese, Bates (2019) | X | | X | | X | | X | X | | | X |
| E20. | Jansen, Peterson, Lumeng, Kaciroti, LeBourgeois, Chen, Miller (2019) | | X | X | | X | X | | X | | | X |

| | | | | | | | | | | | | | |
|-------------|---|---|---|---|---|---|--|---|---|---|--|---|---|
| E21. | Covington, Rogers, Armstrong, Storr, Black (2019) | | X | X | | X | | X | | X | | | X |
| E22. | Smith, Hardy, Hale, Gazmararian (2019) | X | | X | | X | | | X | X | | | X |
| E23. | Belmon, Brasser, Busch, van Stralen, Harmsen, Chinapaw (2020) | | X | X | | X | | X | | X | | | X |
| E24. | Wu, Wang, Zhu, Jiang, Jiang (2018) | X | | X | | X | | X | | X | | X | |
| E25. | Messayke, Franco, Forhan, Dufourg, Charles, Plancoulaine (2020) | | X | X | | X | | X | | X | | | X |
| E26. | Xiu, Hagströmer, Bergqvist-Norén, Johansson, Ekbohm, Svensson, Marcus, Ekstedt (2019) | | X | X | | X | | X | | X | | | X |
| E27. | Ming Jae Lo (2016) | X | | | X | X | | | X | X | | | X |
| E28. | Kitsaras, Goodwin, Kelly, Pretty, Allan (2021) | X | | X | | X | | X | | X | | X | |
| E29. | Li, Tai, Xu, Wang, Wu, Du, Zhang, Peng, Ni (2018) | | X | X | | X | | X | | X | | | X |
| E30. | Mindell, Leichman, Lee, Williamson, Walters (2017) | X | | X | | X | | | X | X | | | X |

Apêndice XI - Quadro com motivo de exclusão dos estudos

| Referência do Estudo | | Motivo de Exclusão |
|----------------------|---|---|
| E 5 | Hatton, Gardani (2018) | Resultados: o estudo não apresenta os conhecimentos dos pais de crianças pré-escolares sobre estratégias /recomendações para uma boa higiene do sono dos seus filhos. |
| E 9 | Horiuchi, Kawabe, Oka, Nakachi, Hosokawa, Ueno (2021) | Resultados: o estudo não apresenta os conhecimentos dos pais de crianças pré-escolares sobre estratégias /recomendações para uma boa higiene do sono dos seus filhos. |
| E 24 | Wu, Wang, Zhu, Jiang, Jiang (2018) | Resultados: o estudo não apresenta os conhecimentos dos pais de crianças pré-escolares sobre estratégias /recomendações para uma boa higiene do sono dos seus filhos. |

Apêndice XII – Quadro de avaliação da qualidade metodológica

| | | | |
|---|-----|-----|-----------|
| Referência do Estudo: E2 | | | |
| Revisor: Marta Duque | | | |
| Título: Parental influence on sleep habits and problems in preschool children Autores: Elif Yalçintaş-Sezgin & Leyla Ulus (2019) | Sim | Não | Não Claro |
| 1. A estrutura da amostra é representativa da população alvo? | X | | |
| 2. Os participantes do estudo foram recrutados de adequada? | | | X |
| 3. O tamanho da amostra é adequado? | | | X |
| 4. Estão os sujeitos do estudo, bem como o seu contexto, descritivos detalhadamente? | X | | |
| 5. A análise dos dados foi realizada com cobertura suficiente da amostra identificada? | X | | |
| 6. Os métodos utilizados para a identificação da condição são válidos? | | | X |
| 7. A condição foi medida de forma confiável? | | | X |
| 8. A análise estatística foi apropriada? | | | X |
| 9. A taxa de resposta foi adequada e se não, este número reduzido foi gerido de forma apropriada? | X | | |

| | | | |
|---|-----|-----|-----------|
| Referência do Estudo: E6 | | | |
| Revisor: Marta Duque | | | |
| Título: Hábitos de sueño en lactantes y preescolares Autores: Sonia Varela Folgueiras, Sandra Moraleda Asensio, Eduardo Ortega Rodríguez, Isabel de la Torre Chavarri & Isabel Mora Gabas (2017) | Sim | Não | Não Claro |
| 1. A estrutura da amostra é representativa da população alvo? | X | | |
| 2. Os participantes do estudo foram recrutados de adequada? | X | | |
| 3. O tamanho da amostra é adequado? | | | X |
| 4. Estão os sujeitos do estudo, bem como o seu contexto, descritos detalhadamente? | X | | |
| 5. A análise dos dados foi realizada com cobertura suficiente da amostra identificada? | X | | |
| 6. Os métodos utilizados para a identificação da condição são válidos? | | | X |
| 7. A condição foi medida de forma confiável? | X | | |
| 8. A análise estatística foi apropriada? | | | X |
| 9. A taxa de resposta foi adequada e se não, este número reduzido foi gerido de forma apropriada? | X | | |

| | | | |
|---|-----|-----|-----------|
| Referência do Estudo: E14 | | | |
| Revisor: Marta Duque | | | |
| Título: Sleep habits and related factors in kindergarten children Autores: Yasemin Durduran, Sevgi Pekcan, B Çolpan (2019) | Sim | Não | Não Claro |
| 1. A estrutura da amostra é representativa da população alvo? | X | | |
| 2. Os participantes do estudo foram recrutados de adequada? | X | | |
| 3. O tamanho da amostra é adequado? | | | X |
| 4. Estão os sujeitos do estudo, bem como o seu contexto, descritivos detalhadamente? | X | | |
| 5. A análise dos dados foi realizada com cobertura suficiente da amostra identificada? | X | | |
| 6. Os métodos utilizados para a identificação da condição são válidos? | | | X |
| 7. A condição foi medida de forma confiável? | X | | |
| 8. A análise estatística foi apropriada? | | | X |
| 9. A taxa de resposta foi adequada e se não, este número reduzido foi gerido de forma apropriada? | X | | |

| | | | |
|---|-----|-----|-----------|
| Referência do Estudo: E28 | | | |
| Revisor: Marta Duque | | | |
| Título: Perceived Barriers and Facilitators for Bedtime Routines in Families with Young Children Autores: George Kitsaras, Michaela Goodwin, Michael Kelly, Iain Pretty & Julia Allan (2021) | Sim | Não | Não Claro |
| 1. Existe congruência entre a perspectiva filosófica declarada e a metodologia de investigação? | X | | |
| 2. Existe congruência entre a metodologia e a questão ou objetivos da investigação? | X | | |
| 3. Existe congruência entre a metodologia de investigação e os métodos de colheita de dados? | X | | |
| 4. Existe congruência entre a metodologia de investigação e a representação e análise dos dados? | X | | |
| 5. Existe congruência entre a metodologia de investigação e a interpretação dos resultados? | X | | |
| 6. Existe uma declaração que localiza cultural ou teoricamente o investigador? | | | X |
| 7. Foi abordada a influência do investigador na investigação e vice-versa? | | | X |
| 8. Os participantes e as suas vozes são adequadamente representados? | X | | |
| 9. A investigação é ética de acordo com os critérios atuais ou existe evidência de aprovação ética da pesquisa por um corpo específico? | | X | |
| 10. As conclusões resultantes da investigação derivam da análise ou interpretação dos dados? | X | | |

| | | | |
|---|-----|-----|-----------|
| Referência do Estudo: E32 | | | |
| Revisor: Marta Duque | | | |
| Título: Exploring Brazilian Immigrant Mothers' Beliefs, Attitudes, and Practices Related to Their Preschool-Age Children's Sleep and Bedtime Routines: A Qualitative Study Conducted in the United States Autores: Ana Cristina Lindsay, Carlos André Moura Arruda, Márcia M. Tavares Machado, Gabriela P. De Andrade & Mary L. Greaney (2018) | Sim | Não | Não Claro |
| 1. Existe congruência entre a perspectiva filosófica declarada e a metodologia de investigação? | X | | |
| 2. Existe congruência entre a metodologia e a questão ou objetivos da investigação? | X | | |
| 3. Existe congruência entre a metodologia de investigação e os métodos de colheita de dados? | X | | |
| 4. Existe congruência entre a metodologia de investigação e a representação e análise dos dados? | X | | |
| 5. Existe congruência entre a metodologia de investigação e a interpretação dos resultados? | X | | |
| 6. Existe uma declaração que localiza cultural ou teoricamente o investigador? | | | X |
| 7. Foi abordada a influência do investigador na investigação e vice-versa? | | | X |
| 8. Os participantes e as suas vozes são adequadamente representados? | X | | |
| 9. A investigação é ética de acordo com os critérios atuais ou existe evidência de aprovação ética da pesquisa por um corpo específico? | X | | |
| 10. As conclusões resultantes da investigação derivam da análise ou interpretação dos dados? | X | | |

Apêndice XIII - Quadros de extração de dados

| | |
|---|---|
| Referência do Estudo: E2 | |
| Título: Parental influence on sleep habits and problems in preschool children | |
| Autor(es): Elif Yalçintaş-Sezgin & Leyla Ulus | |
| Metodologia | Quantitativo Descritivo Aplicação de questionário “Children’s Sleep Habits” aos pais |
| Fenómeno de Interesse | - Avaliar os hábitos de sono de crianças em idade pré-escolar; - Determinar os comportamentos dos pais que afetam esses hábitos de sono; - Examinar os fatores potenciais que causam problemas de sono. |
| Contexto | 6 Jardins de Infância públicos |
| Participantes | 400 crianças entre 5 e 6 anos |
| Análise dos dados | As crianças mais velhas têm mais problemas de sono; A duração do sono diminui em crianças de 6 anos; A resistência em ir para a cama aumenta com a idade, sobretudo nas que dormem com os pais; As crianças que dormem com os pais apresentam mais problemas na hora de dormir assim como mais despertares noturnos. |
| Conclusão | O comportamento dos pais influencia os hábitos de dormir tendo influência na qualidade do sono das crianças. |

| | |
|--|--|
| Referência do Estudo: E6 | |
| Hábitos de sueño en lactantes y preescolares | |
| Autor(es): Sonia Varela Folgueiras, Sandra Moraleda Asensio, Eduardo Ortega Rodríguez, Isabel de la Torre Chavarri & Isabel Mora Gabas | |
| Metodologia | Estudo analítico longitudinal; Aplicado questionário “Children’s Sleep Habits” elaborado pela equipa para identificar hábitos de sono. Nos que era detetado problemas era efetuada intervenção educativa aos pais. |
| Fenómeno de Interesse | - Conhecer hábitos de sono em bebés e pré-escolares; - Identificar Hábitos Incorretos e Insónia Infantil por Hábitos Incorretos (IIHI); - Avaliar se a implementação de algumas estratégias melhorou a Insónia Infantil. |
| Contexto | 2 Centros de Atenção Primária de abril de 2006 a fevereiro de 2007 |
| Participantes | 315 crianças entre 8 meses e 3 anos |
| Análise dos dados | 85% dos pais consideram que seus filhos não têm problemas para dormir e outros 87% nunca consultaram profissionais por problemas de sono. Em relação aos hábitos de sono, 48% apresentam hábitos corretos, 38% incorretos e 14% tinham IIHI. 164 crianças foram submetidas a intervenção para perturbação do sono. |
| Conclusão | Mais da metade dos bebés e pré-escolares tinha maus hábitos de sono. A prevalência de IIHI foi relevante. A implementação de uma intervenção educacional para os pais que eles deveriam aplicar para melhorar os hábitos de sono das crianças conseguiram resolver o problema num baixo número de casos. |

| | |
|---|--|
| Referência do Estudo E14 | |
| Título: Sleep habits and related factors in kindergarten children | |
| Autor(es): Yasemin Durduran, Sevgi Pekcan & B Çolpan | |
| Metodologia | Estudo transversal Aplicado questionário com 44 questões elaborado pela equipa para identificar hábitos de sono. Nos que era detetado problemas era efetuada intervenção educativa aos pais. |
| Fenómeno de Interesse | - Determinar os hábitos e períodos de sono de crianças do jardim de infância, a fim de analisar os problemas relacionados à higiene do sono e determinar os fatores subjacentes. |
| Contexto | Jardins de Infância privados e públicos |
| Participantes | 390 crianças entre os 4 e os 5 anos 58,5% meninos e 41,5% meninas. |
| Análise dos dados | O estudo mostrou que 77,2% das crianças têm o seu próprio quarto. Trinta e nove por cento das crianças dormiam com luz acesa, enquanto mais de metade dormia com luz noturna acesa. Por sua vez 12,3% dorme com radio/televisão ligada. Dos mais importantes comuns hábitos é dormir envolvendo os braços do bebé e embalando-o. |
| Conclusão | De acordo com os autores a formação e sensibilização dos pais sobre a temática dos hábitos de dormir são importantes a fim de serem criadas rotinas para a higiene do sono. |

| | |
|--|--|
| Referência do Estudo: E28 | |
| Título: Perceived Barriers and Facilitators for Bedtime Routines in Families with Young Children | |
| Autor(es): George Kitsaras, Michaela Goodwin, Michael Kelly, Iain Pretty & Julia Allan | |
| Metodologia | Estudo qualitativo, com entrevista semiestruturada com base na Teoria Estrutura de Domínios (TDF). A análise seguiu uma abordagem dedutiva. |
| Fenómeno de Interesse | - Examinar as barreiras percebidas e os facilitadores e, formular, estabelecer e manter rotinas ideais de hora de dormir em famílias com crianças pequenas. |
| Contexto | Jardins de Infância privados e públicos |
| Participantes | Um total de 32 pais participaram do estudo. A maioria dos participantes (N = 30) era do sexo feminino, era branca (N = 25) e estavam em casa com os pais (N = 12) de crianças entre 3-7 anos. |
| Análise dos dados | As principais barreiras identificadas foram: a falta de conhecimento adequado e fontes de informação, desenvolvimento de habilidades problemáticas, influências sociais, sobrecarga cognitiva e falta de motivação para a mudança. Fatores facilitadores incluíam: papel social, acesso a recursos, intenções positivas, crenças sobre consequências e reforço. Em particular, rotinas ideais para a hora de dormir eram menos prováveis de serem impostas quando os pais estavam cansados / fatigados e havia um forte efeito do “hábito”, com rotinas abaixo do ideal mantidas ao longo do tempo devido a experiências anteriores e à falta de consciência sobre a importância de uma boa rotina na hora de dormir. |
| Conclusão | Vários determinantes baseados na estrutura teórica e potencialmente modificáveis de rotinas ideais de hora de dormir foram identificados no estudo para assim fornecer informações importantes para futuras intervenções. Vários dos principais determinantes identificados foram transitórios (cansaço) e / ou inconscientes (hábito), sugerindo que as intervenções futuras podem precisar ser implementadas em tempo real e devem ir além das técnicas convencionais. |

| | |
|---|--|
| Referência do Estudo: E32 | |
| Título: Exploring Brazilian Immigrant Mothers' Beliefs, Attitudes, and Practices Related to Their Preschool-Age Children's Sleep and Bedtime Routines: A Qualitative Study Conducted in the United States | |
| Autor(es): Ana Cristina Lindsay, Carlos André Moura Arruda, Márcia M. Tavares Machado, Gabriela P. De Andrade & Mary L. Greaney | |
| Metodologia | Estudo qualitativo com base em 7 discussões em grupo focal (FGD's) realizadas com 37 mães imigrantes brasileiras. As gravações de áudio dos FGDs foram transcritas verbatim em português sem identificadores e analisadas por meio de análises temáticas. As mães também preencheram um breve questionário avaliando sociodemográfica e aculturação. |
| Fenômeno de Interesse | - Explorar as crenças, atitudes e práticas das mães imigrantes brasileiras relacionadas às rotinas de sono e de dormir entre crianças em idade pré-escolar |
| Contexto | Imigrantes brasileiros nos Estados Unidos (EUA) |
| Participantes | 37 mães imigrantes brasileiras de crianças em idade pré-escolar residentes nos EUA |
| Análise dos dados | As análises revelaram que a maioria das mães estava ciente da importância do sono e da duração do sono para o crescimento e desenvolvimento saudáveis de seus filhos. As mães também falaram de crianças que precisam de rotinas consistentes para dormir. No entanto, muitas mães relataram rotinas inconsistentes e abaixo do ideal de dormir. Estas últimas pareciam ser influenciadas por fatores contextuais e ambientais sociais quotidianos que fazem parte da vida das famílias imigrantes brasileiras, como horário de trabalho dos pais, convivência com família extensa, barulho de bairro. A análise identifica diversas práticas de paternidade modificáveis relacionadas às rotinas de sono e de dormir das crianças pequenas (por exemplo, hora de dormir irregular, hora de dormir tardia, rotinas inconsistentes de dormir) que podem ser abordadas em intervenções de prevenção à obesidade parental e familiar. |

| | |
|-----------|---|
| Conclusão | <p>O estudo revelou práticas parentais modificáveis relacionadas às rotinas de sono das crianças pequenas que podem ser tratadas por intervenções de promoção da saúde de pais e famílias. Os resultados sugerem a influência do ambiente doméstico e fatores contextuais sociais nas rotinas de sono e de dormir das crianças. A consideração desses fatores será importante para o desenvolvimento de intervenções bem-sucedidas.</p> |
|-----------|---|