



**Escola Superior de  
Enfermagem de Coimbra**

---

MESTRADO EM ENFERMAGEM  
DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA

**DOS PERCURSOS CLÍNICOS ÀS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS EM  
ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA E A EMERGÊNCIA  
DA PROMOÇÃO DA HIGIENE DO SONO NA INFÂNCIA COMO ÁREA  
CRÍTICA**

Melanie Silva Ferreira

Coimbra, fevereiro de 2023





**Escola Superior de  
Enfermagem de Coimbra**

---

MESTRADO EM ENFERMAGEM  
DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA

**DOS PERCURSOS CLÍNICOS ÀS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS EM  
ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA E A EMERGÊNCIA  
DA PROMOÇÃO DA HIGIENE DO SONO NA INFÂNCIA COMO ÁREA  
CRÍTICA**

Melanie Silva Ferreira

Orientador: Professor Doutor Jorge Manuel Amado Apóstolo, da Escola Superior de  
Enfermagem de Coimbra

Relatório Final de Estágio de natureza profissional,  
apresentado à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra,  
para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria.

Coimbra, fevereiro de 2023



“A essência do conhecimento consiste em aplicá-lo, uma vez possuído.”

Confúcio



## **AGRADECIMENTOS**

Ao apresentar este relatório pretendo expressar os meus sinceros agradecimentos e reconhecimento a todos os que ajudaram a tornar isto possível.

Ao Professor Doutor Jorge Apóstolo, professor orientador deste Relatório de Estágio por todo o apoio, orientação, incentivo, transmissão de conhecimento e disponibilidade durante todo este percurso.

À Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, por todas as oportunidades de aprendizagem proporcionadas.

Aos profissionais com quem me cruzei durante este percurso, por toda a partilha de conhecimento.

Aos amigos e colegas de trabalho, pelo apoio e incentivo, durante todo este período.

À minha família, pais, avó, irmão e marido, por todo o amor, apoio e encorajamento, e pela compreensão das minhas ausências. São sem dúvida o meu pilar.

A todos o meu sincero obrigada.





## **ABREVIATURAS E SIGLAS**

**AASM** - *American Academy of Sleep Medicine*

**ACES** - Agrupamento de Centros de Saúde

**APP** - Acordo de Promoção e Proteção

**AV** – Atividades de vida

**DGS** – Direção Geral de Saúde

**CHMT** – Centro Hospitalar Médio Tejo

**CJPII** - Centro de Apoio a Deficientes Profundos João Paulo II

**CPCJ** - Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

**CSP** – Cuidados de Saúde Primários

**EESIP** – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

**EIHSCPP** – Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos Pediátricos

**ELI** – Equipa local de intervenção

**ESEnfC** – Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

**FLACC** – **R-** *Face, Legs, Activity, Cry and Consolability – Revised*

**HPC** – Hospital Pediátrico de Coimbra

**HTN** – Hospital de Torres Novas

**IHSCP** - Inventário dos Hábitos de Sono para Crianças Pré-escolares

**IP** - Intervenção Precoce

**LPCJP** - Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo

**NACJR** - Núcleo de Apoio à Criança e Jovens em Risco

**NREM** - *No Rapid Eye Movements*

**OE** – Ordem dos Enfermeiros

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**PEA** – Perturbação do espectro do autismo

**PNSIJ** - Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

**REM** - *Rapid Eye Movements*

**RNCP** – Rede nacional de cuidados paliativos

**SARS-COV2** - *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*

**SPP** – Sociedade Portuguesa de Pediatria

**SNIPI** - Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

**UCC** – Unidade de Cuidados na Comunidade

**UNICEF** - Fundo de Emergência Internacional para Crianças das Nações Unidas

**USF** – Unidade de Saúde Familiar

**VD** – Visita domiciliária

## **LISTA DE QUADROS**

**Quadro 1** – Formação aos profissionais do serviço de pediatria



## RESUMO

O presente relatório final documenta os percursos clínicos efetuados na formação conducente ao grau de mestre em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, que são decisivos ao desenvolvimento das competências específicas na área. Os percursos experienciados e refletidos, vertidos neste relatório final, produziram evidências significativas no desenvolvimento dessas competências.

Ao longo destes percursos clínicos foi ainda possível verificar a emergência de focos, ainda pouco trabalhados, que necessitam de desenvolvimento pelos enfermeiros nesta área. Um deles é a *promoção do sono saudável/higiene do sono na infância*.

Assim, a promoção de um sono saudável emerge como área focal no Relatório, tendo sido realizado um novo percurso clínico em contexto de ambulatório pediátrico hospitalar, por forma a desenvolver uma compreensão mais estruturada e pormenorizada sobre o assunto.

Objetivos: Deste modo, pretendeu-se: discutir as experiências nos percursos clínicos conducentes à formação especializada em EESIP, conducente ao grau de mestre; conhecer a perceção dos pais, num contexto de ambulatório pediátrico, sobre a importância da higiene do sono na primeira infância; realizar proposta de melhoria das práticas, por forma a incorporar esta área, higiene do sono/ sono saudável, como central em todas as situações de crianças em ambulatório. Metodologia: Foi efetuada uma análise às experiências clínicas do percurso formativo, do curso de pós-licenciatura em enfermagem de saúde infantil e pediátrica e do curso de mestrado, colheita de dados através de entrevistas aos pais, durante o estágio final, observação participante e análise a documentos no serviço. Resultados: O relatório escrito demonstra evidências das competências desenvolvidas nos percursos clínicos, incluindo intervenções do enfermeiro numa área tão significativa quanto a promoção do sono saudável em crianças, sabendo-se que as crianças em idade pré-escolar revelam frequentemente deficitária higiene do sono, sendo fulcral o papel do EESIP na correção de hábitos menos saudáveis, maximizando a saúde da criança. Conclusões: Parece possível implementar na consulta em contexto de ambulatório hospitalar uma parte destinada a esta atividade de vida, desde um *screening* com instrumento adequado a uma intervenção direta em função da avaliação imediata, reforçando o papel parental por via do seu empoderamento.

**Palavras-chave:** sono, infância, higiene, enfermagem de saúde infantil e pediátrica.



## **ABSTRACT**

This final report documents the clinical pathways used in the training leading to the master's degree in Child Health and Paediatric Nursing, which are decisive for the development of specific competencies in the area. The experienced and reflected paths, as described in this final report, have produced significant evidence in the development of these competencies.

Throughout these clinical journeys, it was also possible to verify the emergence of focuses, which are still underdeveloped and need to be developed by nurses in this area. One of them is the *promotion of healthy sleep/sleep hygiene in childhood*.

Therefore, the promotion of a healthy sleep emerges as a focus area in the Report, in which a new clinical journey was conducted in a paediatric outpatient hospital clinic, in order to develop a more structured and detailed understanding of the subject.

**Objectives:** In this way, it was intended to: to discuss the experiences in the clinical care pathways leading to the specialised training in EESIP, leading to a master's degree; to identify the perception of parents, in a paediatric outpatient clinic context, about the importance of sleep hygiene in early childhood; to propose a practices improvement, in order to incorporate this area, sleep hygiene / healthy sleep, as central in all situations of children in outpatient clinic. **Methodology:** An analysis was made of the clinical experiences of the formative path, of the post-graduate course in child and pediatric health nursing and of the master's course, data collection through interviews with parents, during the final internship, participant observation and analysis of service's documents. **Results:** The written report shows evidence of the competences developed in the clinical pathways, including nursing interventions in an area as significant as the promotion of healthy sleep in children. It is known that preschool-age children often show deficient sleep hygiene, and for that reason, the role of the EESIP is crucial in the correction of less healthy habits, maximising the child's health. **Conclusions:** It seems possible to implement in the hospital outpatient consultation a part intended to this activity of life, since a screening with an appropriate instrument for direct intervention based on immediate assessment, reinforcing the parental role through its empowerment.

**Keywords:** sleep, childhood, hygiene, child health and paediatric nursing.





## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	17
<b>1. ANÁLISE DO PERCURSO FORMATIVO PARA DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA</b> .....	21
1.1. NÚCLEO TEMÁTICO I .....	21
1.1.1. Caracterização do local de estágio .....	22
1.1.2. Objetivos específicos .....	23
1.1.3. Descrição e análise crítica das atividades realizadas .....	23
1.2. NÚCLEO TEMÁTICO II .....	29
1.2.1. Caracterização do local de estágio .....	29
1.2.2. Objetivos específicos .....	30
1.2.3. Descrição e análise crítica das atividades realizadas .....	31
1.3. NÚCLEO TEMÁTICO III .....	38
1.3.1. Caracterização do local de estágio .....	39
1.3.2. Objetivos específicos .....	40
1.3.3. Descrição e análise crítica das atividades realizadas .....	41
1.4. NÚCLEO TEMÁTICO IV .....	52
1.4.1 Caracterização do local de estágio .....	53
1.4.2. Objetivos específicos .....	53
1.4.3 Descrição e análise crítica das atividades realizadas .....	54
<b>2. SONO E A CRIANÇA EM IDADE PRÉ-ESCOLAR</b> .....	65
<b>3. INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO NA PROMOÇÃO DE UMA HIGIENE DO SONO NA INFÂNCIA</b> .....	73
<b>4. ESTÁGIO FINAL EM AMBULATÓRIO PEDIÁTRICO</b> .....	77

4.1. CONSULTA DE ENFERMAGEM INCLUINDO INFORMAÇÃO SISTEMÁTICA SOBRE “HÁBITOS DE SONO DAS CRIANÇAS EM IDADE PRÉ-ESCOLAR” .....	78
4.2. MEDIDAS DE MELHORIA DAS PRÁTICAS.....	85
<b>CONCLUSÃO</b> .....	89
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	93

## **ANEXOS**

**ANEXO I** – Inventário dos Hábitos de Sono em Crianças Pré-escolares

## **APÊNDICES**

**APÊNDICE I** - Questões complementares ao Inventário dos Hábitos de Sono

## **INTRODUÇÃO**

A elaboração do presente relatório surge no âmbito da unidade curricular estágio com relatório, integrada no Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

De acordo com o regulamento das competências comuns específicas, um enfermeiro especialista (Regulamento n.º 140/ 2019, p. 4744):

é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem, e que viu ser -lhe atribuído, nos termos do disposto na alínea i) do n.º 3 do artigo 3.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conjugado com o Regulamento n.º 392/2018, de 28 de junho.

O Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP), segundo o regulamento n.º 422/2018 (p. 19192):

utiliza um modelo conceptual centrado na família encarando este binómio como beneficiário dos seus cuidados (...) trabalha em parceria com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre (em hospitais, cuidados continuados, centros de saúde, escola, comunidade, casa), para promover o mais elevado estado de saúde possível, presta cuidados à criança saudável ou doente e proporciona educação para a saúde assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa.

Neste sentido, o presente documento pretende apresentar, através de uma análise crítica e reflexiva, o percurso clínico percorrido e as competências adquiridas e desenvolvidas para o EESIP, identificadas no regulamento n.º422 de 2018, ao longo do curso de mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria.

Para o desenvolvimento destas competências foram desenvolvidos vários ensinamentos clínicos ao longo do curso de mestrado. Ao longo dos ensinamentos clínicos, houve uma temática comum a todos, assumindo particular relevância e importância – a higiene do sono. Deste modo, o estágio com relatório final, foi realizado num serviço de ambulatório pediátrico hospitalar, que norteou este relatório final, para obtenção do grau de mestre em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria.

Os objetivos gerais deste relatório são:

- Discutir as experiências nos percursos clínicos conducentes à formação especializada em EESIP, conducente ao grau de mestre;
- Conhecer a perceção dos pais, num contexto de ambulatório pediátrico, sobre a importância da higiene do sono na primeira infância;
- Realizar proposta de melhoria das práticas, por forma a incorporar esta área, higiene do sono/ sono saudável, como central em todas as situações de crianças em ambulatório.

As metodologias utilizadas são, a análise às experiências clínicas do percurso formativo, a colheita de dados através de um questionário e entrevistas realizadas aos pais, observação participante e análise de documentos no serviço.

Este documento inicia-se com a presente introdução, onde se contextualiza o trabalho evidenciando os principais objetivos. De seguida surge a análise do percurso formativo para desenvolvimento das competências do EESIP, ao longo do curso de mestrado, onde são apresentados os vários locais de estágio, assim como uma descrição e análise crítica das atividades desenvolvidas.

Posteriormente é realizado um enquadramento teórico sobre a temática do sono na infância, seguido da apresentação da importância da intervenção do EESIP numa promoção da higiene do sono. Por último, há uma leitura final a partir do contexto onde se realizou o trabalho de campo, onde se consideram as informações sobre a importância do sono em idade pediátrica, e onde surge uma proposta de melhoria das práticas especialmente dirigida à temática do sono.

O relatório culmina com considerações finais onde realizamos uma apreciação global de todo o percurso formativo e evolutivo como EESIP, as referências bibliográficas e os anexos.

Este documento foi elaborado segundo as normas do guia de trabalhos escritos da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC), e as referências bibliográficas foram organizadas de acordo com a 6ª edição da Norma da *American Psychological Association*, constando ainda os apêndices e os anexos necessários à elaboração do trabalho.



## **1. ANÁLISE DO PERCURSO FORMATIVO PARA DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA**

Ao longo deste capítulo concretiza-se uma descrição e uma análise crítico-reflexiva do percurso de aprendizagens desenvolvidas ao longo dos ensinamentos clínicos, do mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, que tiveram uma duração de 560 horas.

Os ensinamentos clínicos preconizados pela ESEnfC, para a aquisição de competências do EESIP, são direcionados para as seguintes áreas, designadas por núcleos temáticos:

- Núcleo Temático I: Gestão de cuidados de enfermagem orientados para o processo de crescimento e desenvolvimento da criança;
- Núcleo Temático II: Gestão de cuidados orientados à criança e família em situação de doença;
- Núcleo Temático III: Gestão de cuidados de enfermagem a crianças com distúrbios do comportamento e especialmente vulneráveis;
- Núcleo Temático IV: Área opcional: Cuidados de suporte/paliativos pediátricos.

A duração dos ensinamentos clínicos e a sua sequência foi definida pelo plano de estudos do curso.

Os locais de ensino clínico foram definidos por nós em conjunto com os professores responsáveis por cada unidade curricular, tendo em conta a tipologia do local de ensino clínico, o facto de já ter sido um local de estágio de outros colegas do curso e como tal a parceria realizada entre a escola e o local. Para além disso, três dos locais de ensino clínico, eram relativamente perto do local onde residimos, o que facilitou a conciliação com a vida profissional.

### **1.1. NÚCLEO TEMÁTICO I**

O ensino clínico referente ao núcleo temático I “Gestão de cuidados de enfermagem orientados para o processo de crescimento e desenvolvimento da criança”, foi realizado

na Unidade de Saúde Familiar (USF) de Fátima, e teve a duração de 6 semanas, sofrendo uma interrupção de 6 meses, derivado à pandemia *SARS-COV2*.

Os cuidados de saúde primários (CSP) são considerados como um pilar central do sistema de saúde, uma vez que os centros de saúde constituem o primeiro acesso dos cidadãos à prestação de cuidados, “assumindo importantes funções de promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados” (Decreto-Lei nº 28/2008).

O Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de fevereiro, criou os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), estabelecendo o seu regime de organização e funcionamento, do qual fazem parte as USF como sendo uma unidade funcional.

As USF são unidades elementares de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares, constituídas por equipas multiprofissionais (Decreto-Lei nº 73/2017).

### **1.1.1. Caracterização do local de estágio**

A USF de Fátima é uma unidade elementar de prestação de cuidados de saúde individuais e familiares, dotada de autonomia organizativa, funcional e técnica, e integrada numa lógica de rede com as outras unidades funcionais do ACES do Médio Tejo.

Tem como missão a prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita na sua área geográfica de abrangência, garantindo a acessibilidade, a globalidade, a qualidade e a continuidade dos mesmos, segundo o artº 4º Decreto-Lei nº 298/2007, promovendo a humanização e a satisfação dos utentes e dos profissionais.

A USF de Fátima é multiprofissional, sendo constituída por 7 médicos de família, 7 enfermeiros e 6 administrativos, encontrando-se agrupados em equipas nucleares.

Para além disto, tem como colaboradores diretos, a unidade de cuidados na comunidade (UCC), a unidade de saúde pública, o gabinete de saúde oral, o técnico de diagnóstico cardiopulmonar, um assistente social, assistente operacional e internos de formação específica de medicina geral e familiar.

Fátima é uma área predominantemente urbana, com uma densidade populacional de 162,7 habitantes /km<sup>2</sup>, tendo por isso uma grande área de abrangência. No período em que realizámos o ensino clínico tinha 12 672 utentes inscritos.



### **1.1.2. Objetivos específicos**

Este ensino clínico teve como objetivos específicos:

- Conhecer os principais problemas da criança na área do crescimento e desenvolvimento desde o nascimento até ao final da adolescência;
- Analisar os fatores que influenciam o crescimento e desenvolvimento;
- Analisar as intervenções e modelos das práticas de promoção do crescimento e desenvolvimento, nomeadamente ligadas ao recém-nascido de termo e pequeno lactente;
- Analisar os focos da prática de enfermagem na área da promoção do crescimento e desenvolvimento da criança;
- Realizar intervenções que promovam o crescimento e desenvolvimento da criança.

### **1.1.3. Descrição e análise crítica das atividades realizadas**

Um dos focos deste ensino clínico foram as consultas de saúde infantil e juvenil realizadas na USF.

Previamente à consulta médica, é realizada uma consulta de enfermagem, realizada de acordo com o Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ), de 2013, instituído pela Direção Geral de Saúde (DGS).

As consultas de enfermagem são realizadas pelo enfermeiro de família, que assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem gerais e específicos, nas diferentes fases da vida, ao indivíduo e à família, nível da prevenção primária, secundária e terciária (Decreto-Lei n.º 118/2014).

Existiu oportunidade de concretizar inúmeras consultas, com a enfermeira tutora (que é a única EESIP), mas também, com outras enfermeiras da USF, de forma a poder aproveitar o maior número de oportunidades de aprendizagem que surgissem.

Estas consultas abrangem todas as crianças com idades entre os 0 e os 17 anos e 364 dias.

Ao longo do ensino clínico foram realizadas várias atividades, onde algumas delas deveriam constar num portfólio, que era o documento de avaliação do ensino clínico. Esse portfólio deveria conter: um artigo científico; uma observação de uma mamada e a sua avaliação tendo em conta o protocolo de observação da mamada; uma avaliação neuro-comportamental; uma avaliação do crescimento e desenvolvimento psicomotor de uma criança; um ensino aos pais, adaptado à etapa de desenvolvimento da criança; e o relato da experiência de 2 dias num jardim de infância.

O artigo científico elaborado, foi relacionado com o sono, tendo como título “A importância do enfermeiro na promoção de uma higiene do sono.”

Desde o início deste ensino clínico, que nos apercebemos que durante as consultas de vigilância de saúde infantil, que o sono é um assunto que suscita muita preocupação aos pais, nomeadamente a dificuldade em adormecer, os terrores noturnos, os acordares noturnos, e o facto de não conseguirem dormir sozinhos.

Uma das competências específicas do EESIP, segundo o regulamento nº422/2018, é “Assistir a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde”, no qual se considera a natural dependência da criança, a sua progressiva autonomização e o binómio criança/família como alvo do cuidar, estabelecendo com ambos uma parceria de cuidar promotora da otimização da saúde, no sentido da adequação da gestão do regime e da parentalidade.

O EESIP deverá utilizar estratégias motivadoras da criança/jovem e família, para promover a sua saúde, e procurar sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde (Regulamento n.º 422/2018).

Como tal, as consultas de saúde infantil são um momento privilegiado para ajudar os pais a conhecer melhor o seu filho, esclarecendo dúvidas e preparando-os para os problemas comuns da infância (Gomes, 2009). Considera-se necessário conceber estratégias que promovam o sono saudável da criança, desde o seu nascimento.

Torna-se evidente que é necessário ajudar os pais e fornecer orientações claras no sentido de promover padrões de sono saudáveis, bem como a deteção precoce de problemas relacionados com o sono (Salavessa & Vilariça, 2009).

Consideramos que o enfermeiro tem um papel importante e primordial nas consultas de saúde infantil, uma vez que estabelece uma relação de proximidade com os pais e a criança, nos primeiros meses de vida, bem como a sua capacidade de interligação com os diferentes profissionais de saúde. Neste contexto, o enfermeiro tem um papel essencial no apoio e educação dos pais, na prevenção, identificação e intervenção nos transtornos do sono-vigília na criança. Deste modo, o sono é considerado uma área crítica, importantíssima, e que carece de particular atenção por partes dos profissionais. Por este motivo, sentiu-se necessidade de aprofundar conhecimento sobre esta temática, realizando para isso o artigo científico sobre o tema.

Para o sucesso da amamentação é muito importante que a mãe receba informação adequada e compreensível acerca do aleitamento materno e da sua técnica. É igualmente importante que as orientações fornecidas pelos profissionais de saúde não sejam diferentes, nem contraditórias, pois aumentam a ansiedade e angústia das mães (Pereira, Levy, Matos & Calheiros, 2008).

Uma das medidas recomendadas pelo Fundo de Emergência Internacional para Crianças das Nações Unidas (UNICEF), para identificar situações de dificuldade no início da amamentação, e que podem favorecer o desmame precoce, é a observação e a avaliação da mamada através de um protocolo específico.

A observação da mamada, possibilita uma atuação mais efetiva e direcionada da equipa de saúde, assim como também ajuda a identificar os tipos de necessidade da mãe, favorecendo o estabelecimento da amamentação.

Para observação e avaliação da mamada, foi utilizado um protocolo elaborado pela UNICEF. Este protocolo permite uma observação sistematizada da díade em amamentação, através de uma *check-list* e permite identificar áreas que requerem intervenção por parte do profissional de saúde.

O protocolo de observação da mamada permite avaliar: a postura corporal da mãe e do bebé, as respostas do bebé, o vínculo emocional, a anatomia das mamas e a sucção.

Foi realizada a observação da mamada de um latente que estaria na consulta de vigilância de saúde infantil do 1º mês.

Ao longo de toda a avaliação, para além da observação da mamada, foram realizados ensinamentos sobre o posicionamento do lactante quando da amamentação, assim com também do cuidado a ter com a mama (uma vez que se encontrava ruborizada) a fim de evitar mastites.

Outro elemento do portfólio era a realização de uma avaliação neuro-comportamental de um recém-nascido, realizada através da CLNBAS, desenvolvida por Brazelton e os seus colaboradores, sendo uma avaliação que reúne 18 indicadores agrupados em quatro dimensões correspondentes aos principais sistemas do bebé: o sistema autónómico, o sistema motor, o sistema de organização dos estádios e o sistema da resposta social e interativa do recém-nascido. Houve oportunidade de realizar algumas avaliações neuro-comportamentais, descrevendo apenas uma em portfólio.

Ainda durante o ensino clínico, realizámos inúmeras avaliações do crescimento e desenvolvimento psicomotor de crianças, através da escala de desenvolvimento de *Mary Sheridan*, durante as consultas de saúde infantil, tendo descrito uma delas no portfólio.

Na promoção da saúde da criança, a prática clínica deve estar direcionada para o acompanhamento do desenvolvimento infantil, através de um programa estruturado e da implementação de vigilância da criança em vários momentos do seu desenvolvimento. Esta vigilância é realizada nas consultas de saúde infantil e juvenil, onde é executada uma avaliação do desenvolvimento psicomotor, realizada de uma forma estruturada e mensurada por instrumentos de avaliação, e que atuam ao nível da prevenção de potenciais problemas (Ordem dos enfermeiros, 2010).

A criança é um ser em desenvolvimento motor, cognitivo, emocional e social. A avaliação desse percurso, a deteção precoce de quaisquer perturbações, e das implicações que estas têm na qualidade de vida e no sucesso educacional e integração social da criança, constituem objetivos da vigilância de saúde infantil e juvenil nos CSP (DGS, 2013).

O desenvolvimento psicomotor é um processo dinâmico e contínuo, sendo frequente a ordem de aparecimento de diferentes funções. Contudo existe uma variabilidade de criança para criança no que diz respeito à passagem de um estágio para outro, e consequentemente o aparecimento de novas aquisições, também é diferente. A avaliação

do desenvolvimento permite identificar alguns sinais de alarme, e identificar precocemente as perturbações psicomotoras, adequando as intervenções necessárias (DGS, 2013).

A avaliação do desenvolvimento permite identificar crianças que possam estar em risco de atraso do desenvolvimento, identificar as capacidades e competências específicas de  
Este ensino clínico do núcleo temático foi muito rico em experiências profissionais, que contribuíram para uma grande aquisição de competência do EESIP.

Segundo os Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, elaborado pela Ordem dos Enfermeiros (OE) em 2010, “no que concerne à Saúde Infantil, os enfermeiros têm um papel preponderante na educação e aconselhamento aos pais. É da sua competência avaliar o estado de saúde, crescimento e nível de desenvolvimento da criança através das consultas de Enfermagem...” (p.69).

Neste âmbito, a realização de consultas de saúde infantil constitui um momento fundamental e crucial para o enfermeiro trabalhar em parceria com a criança e a família, promovendo a maximização da saúde, proporcionando educação para saúde e a prevenção da doença.

O facto desta USF ter uma grande população pediátrica, e conseqüentemente um elevado número de consultas de vigilância de saúde infantil, permitiu que fossem desenvolvidas imensas capacidades a nível da avaliação do crescimento e desenvolvimento, tendo sido muito interessante e enriquecedor avaliar as crianças em diferentes estádios de desenvolvimento e poder comparar as crianças que estavam no mesmo estádio. Para realizar esta avaliação nas consultas de vigilância, houve necessidade de um grande investimento pessoal e um estudo prévio. Foi necessário consolidar os conhecimentos já adquiridos nas aulas teóricas, mas sem dúvida que a parte prática é fundamental para esta consolidação.

Ao longo das consultas de saúde infantil e juvenil concretizadas, foram inúmeros os ensinamentos realizados. Estes foram realizados após avaliar as necessidades de educação dos pais e as suas dúvidas. Muitos deles, foram baseados na estimulação da adoção de comportamentos promotores de saúde (alimentação adequada, prática de exercício físico,

prevenção de consumos nocivos, adoção de medidas de segurança, ...); e promovendo a prevenção da doença.

É fundamental detetar as lacunas existentes nos pais e contribuir para a sua colmatação. Apercebemo-nos que, os pais aproveitam o momento das consultas de saúde infantil, para colocar imensas questões e esclarecer dúvidas. Foi notório o sentimento de confiança que os pais têm nos profissionais de saúde dos CSP, assumindo-os como uma referência.

Ainda nas consultas de saúde infantil, assistimos à deteção de sinais de alerta para eventuais patologias, assim como também situações em que existiam perturbações da audição e linguagem, perturbações do desenvolvimento estato-ponderal e psicomotor, e alterações de comportamento, que necessitaram de encaminhamento adequado.

O facto de termos participado em consultas realizadas por enfermeiras generalistas, permitiu perceber algumas diferenças entre a atuação da EESIP e as enfermeiras generalistas. Estas diferenças são ao nível da atuação, das intervenções e avaliações realizadas e até mesmo dos ensinamentos realizados. Com esta constatação, foi notória a real importância da presença de uma EESIP presente nos CSP e defendemos que todas as consultas de saúde infantil deveriam ser realizadas por um enfermeiro especialista.

Ao longo deste ensino clínico conseguimos desenvolver e atingir competências de um EESIP, nomeadamente a promoção do crescimento e desenvolvimento infantil, onde: foram demonstrados conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento infantil, transmitidas orientações antecipatórias às famílias (nas consultas de saúde infantil) para a maximização do potencial de desenvolvimento infantojuvenil, e avaliação do desenvolvimento da parentalidade.

Nas consultas de saúde infantil, incluindo na observação da mamada realizada, foi sempre promovida a amamentação.

Ainda nas competências do EESIP, existiu sempre uma comunicação com a criança e família, adequada ao estágio de desenvolvimento e à cultura, respeitando sempre as suas crenças (Regulamento nº422/ 2018).

## 1.2. NÚCLEO TEMÁTICO II

O segundo ensino clínico referente ao núcleo temático II “Gestão de cuidados de enfermagem orientados à criança e família em situação de doença”, foi realizado no serviço de ortopedia e neurocirurgia do Hospital Pediátrico de Coimbra (HPC), tendo a duração de oito semanas, perfazendo um total de 180 horas.

O objetivo geral deste ensino clínico foi a gestão de cuidados de enfermagem à criança e família em situação de doença, desenvolvendo competências no âmbito da intervenção no papel parental, com vista à recuperação da saúde e/ou adaptação à situação de doença, bem como compreender e intervir nos fenómenos de enfermagem presentes na criança com doença aguda e crónica e sua família.

### 1.2.1. Caracterização do local de estágio

O serviço de ortopedia e neurocirurgia do HPC encontra-se integrado no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, e fica localizado no 2º piso.

Estes serviços possuem equipas médicas distintas, mas a equipa de enfermagem é comum a ambas.

O serviço de ortopedia possui 15 camas (3 quartos individuais e 6 duplos) e a neurocirurgia possui 5 camas (1 quarto individual e 2 duplos). Para além destas especialidades, existem também internamentos de ambulatório referentes a intervenções de oftalmologia.

Relativamente ao ano de 2019 (ano anterior à realização do ensino clínico), os dados assistenciais foram os seguintes:

- Ortopedia: Doentes tratados - 650

Cirurgias programadas convencionais - 350

Cirurgias de ambulatório - 81

Cirurgias urgentes - 200

- Neurocirurgia: Doentes tratados - 100

Cirurgias de ambulatório - 50

Cirurgias urgentes – 50

- Oftalmologia: Doentes tratados - 388

Cirurgias programadas convencionais - 65

Cirurgias de ambulatório - 323

Cirurgias urgentes - 22

Verificou-se que a maioria das crianças assistidas eram da especialidade de ortopedia. De referir, que o ano de 2020 foi um ano atípico devido à pandemia do *SARS-COV2*, e como tal houve uma diminuição das cirurgias realizadas, o que se refletiu nos dados assistenciais.

As patologias mais frequentes no serviço de ortopedia são referentes a traumatologia, escolioses, patologias da anca e do pé, patologias da mão, patologias do joelho e tumores.

A nível da neurocirurgia são os traumatismos craneoencefálicos graves ou muito graves, uma vez que os ligeiros ficam no serviço de urgência cerca de 24h, as craneossinostoses, malformações arteriovenosas, hidrocefalias, epilepsia e tumores.

O serviço de neurocirurgia do HPC é um serviço de referência das deformidades do crânio.

No serviço de oftalmologia, as patologias mais frequentes são o estrabismo, os tumores, a obstrução do canal lacrimal e infeções.

### **1.2.2. Objetivos específicos**

No início deste ensino clínico, foram delineados alguns objetivos específicos e pessoais, que orientaram todo o ensino clínico:

- Conhecer a estrutura física, organizacional e funcional do serviço de ortopedia, bem como os recursos humanos e materiais;
- Desenvolver competências científicas, metodológicas e técnicas na prestação de cuidados e de assistência à criança e família;
- Desenvolver competências no apoio e na promoção da parentalidade;



- Desenvolver competências no âmbito do processo de hospitalização no ciclo vital da criança/família, apoiando nos processos de transição existentes ao longo do ciclo vital.

Para cada objetivo, foram definidas atividades previstas, descritas no relatório de estágio e que visam o cumprimento dos objetivos.

### **1.2.3. Descrição e análise crítica das atividades realizadas**

Para o primeiro objetivo “conhecer a estrutura física, organizacional e funcional do serviço de ortopedia, bem como os recursos humanos e materiais”, foram definidas as seguintes atividades: consultar e analisar documentos existentes no serviço (normas e protocolos, modelos teóricos utilizados); e observar a dinâmica e a metodologia de trabalho da equipa multidisciplinar.

Um dos elementos de avaliação deste ensino clínico foi a realização de um estudo de caso de uma criança, neste caso de uma jovem, submetida a uma cirurgia de correção de escoliose.

Foi realizada a caracterização desta a jovem e da família, utilizando dois modelos teóricos.

A intervenção de enfermagem na família, requer a utilização de modelos que permitam a realização de cuidados orientados para a colheita de dados e para o planeamento das intervenções (Figueiredo & Martins, 2010).

Os modelos teóricos utilizados foram o modelo de avaliação familiar de Calgary e o modelo de atividades de vida (AV) de Roper, Logan e Tierney.

Consideramos que o uso do modelo de Roper, Logan e Tierney, permitiu estruturar o nosso pensamento, tornando o nosso raciocínio lógico, organizado e intuitivo. A partir desta abordagem foi possível o desenvolvimento da nossa capacidade crítica, reflexiva e de questionamento sobre a lógica das ações e relações dos indivíduos no seio das interações pessoais.

A jovem do estudo de caso, havia sido submetida a cirurgia de correção da escoliose, que é uma cirurgia que causa grande dor no pós-operatório. A dor, segundo a DGS (2010), é “uma experiência pessoal, multidimensional, desagradável, com grande variabilidade na sua percepção e expressão”.

Neste contexto, tivemos como bases dos nossos cuidados três referenciais importantes relativamente à avaliação e controlo da dor na criança, nomeadamente as Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças” da DGS (2010), o Guia Orientador de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Ordem dos Enfermeiros (2010) e o Regulamento de Competências Específicas do EESIP (2018), que refere que uma das competências do EESIP é fazer a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas, garantindo gestão de medidas farmacológicas de combate à dor e aplicando conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor.

É importante que o enfermeiro consiga reconhecer a individualidade da dor na criança e a sua variabilidade, de forma a prestar cuidados diferenciados, ajudando a criança/ jovem a lidar com cada situação de dor, facilitando a sua expressão e planeando as intervenções individualizadas no sentido do autocontrolo. Neste sentido, torna-se importante o uso das medidas não farmacológicas, que habitualmente são de carácter psicológico, podendo atuar como complemento dos analgésicos, uma vez que aumentam o sentimento de controlo da dor. A seleção do tratamento não farmacológico a utilizar, deve ter em conta o desenvolvimento cognitivo da criança, as suas preferências, bem como o contexto envolvente e a situação específica (OE, 2013).

Ao trabalhar num serviço de pediatria médica e urgência pediátrica, o contacto com doentes cirúrgicos é escasso. Este local de ensino clínico, permitiu o contacto com crianças e jovens com patologias e submetidos a cirurgias muito variadas, o que fez com que sentíssemos a necessidade de aprofundar os conhecimentos no âmbito dos cuidados cirúrgicos à criança, bem como na pesquisa das diferentes cirurgias e patologias. Para isso, foram realizadas pesquisas bibliográficas e uma leitura dos protocolos existentes no serviço.

Consideramos ter sido um contributo muito positivo o desenvolvimento de competências de EESIP, ao nível da compreensão dos fenómenos de enfermagem presentes na criança e na família nestes serviços, que diferem do serviço onde exercemos funções.

Segundo o Regulamento nº422/ 2018, uma das competências do EESIP é “Assistir a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde”, no qual se considera a natural dependência da criança, e o binómio criança/ família como alvo dos cuidados do EESIP, e deste modo o cuidar surge como promotor da otimização da saúde, no sentido da adequação da gestão do regime e da parentalidade.

Relativamente ao objetivo “Desenvolver competências no apoio e promoção da parentalidade”, foram delineadas várias atividades:

- Criar um ambiente empático e seguro para a criança/família;
- Fomentar a vinculação entre a criança e a família;
- Incentivar os pais a prestar os cuidados à criança tornando-os autónomos e dotados de habilidades fundamentais para o desempenho das suas funções;
- Proporcionar conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença;
- Prestar apoio emocional aos pais, esclarecendo as suas dúvidas.

A hospitalização da criança envolve a saída do seu contexto habitual para um ambiente desconhecido e assustador, no qual têm de enfrentar pessoas estranhas que lhes infligem procedimentos dolorosos (Tavares, 2008). Este processo provoca um sentimento de ameaça e medo do desconhecido para a criança/adolescente e para a família constitui um momento de ansiedade, angústia e até mesmo sentimento de culpa (Aquino, Lemos, Silva & Christoffel, 2008).

A necessidade de internamento de uma criança é sempre um momento de alguma instabilidade a nível emocional. Deste modo, os pais da criança hospitalizada apresentam um conjunto de necessidades específicas, que vão desde a necessidade de informação e de apoio, à promoção da autoconfiança parental. Nesta perspetiva, procuramos desempenhar um papel preponderante no estabelecimento de relação de confiança e de capacitação dos pais para a vivência de uma parentalidade mais autónoma, tornando-os parceiros no cuidar à criança, respondendo às necessidades específicas destas famílias.

No contexto pediátrico, quando a criança é hospitalizada, o beneficiário dos cuidados não é apenas a criança, mas também a sua família, surgindo assim o binómio criança/ família. Uma vez que a criança não é um elemento independente, quer pela sua condição humana, quer pelas suas características incontornáveis, é um ser vulnerável e como tal, cabe à família a responsabilidade de promover o seu pleno desenvolvimento (Mendes & Martins, 2012).

Enquanto profissionais de saúde, compreendemos a importância da permanência da mãe ou o pai, estarem junto do filho que está hospitalizado, e isto é importante tanto para a criança, que se sentirá mais segura e amparada, como para o acompanhante que terá oportunidade de participar no processo de recuperação do filho. Para além de todas as consequências que a hospitalização poderá trazer para a criança, este evento pode ser também altamente stressante para os acompanhantes, que podem vivenciar diferentes graus de ansiedade (Siqueira, Sigaud & Rezende, 2002).

O processo de cuidar em pediatria, determina que o enfermeiro desenvolva as suas capacidades, para responder com competência à prestação de cuidados à criança em parceria com os pais. No processo de cuidar, a parentalidade é valorizada (Mendes & Martins, 2012).

Durante a hospitalização da criança, é requerido ao acompanhante uma participação ativa nos cuidados. A natureza da relação que se estabelece entre a família e equipa multidisciplinar, implica o envolvimento dos pais e a clarificação de cada interveniente no processo, dimensões essenciais para o novo modo de pensar e organizar o trabalho em parceria (Mendes & Martins, 2012).

Consideramos ser bastante importante a criação de um ambiente empático entre profissional e família, por forma a estabelecer uma relação de confiança mútua.

A necessidade de os pais participarem nos cuidados de saúde dos seus filhos tem sido reconhecida por diversos autores. Em 1988, Anne Casey desenvolveu a partir do modelo de cuidados centrados na família, o primeiro modelo de cuidados pediátricos “Modelo da Parceria de Cuidados”, em que realça a importância dos pais nos cuidados à criança hospitalizada. A autora salienta no seu modelo um princípio fundamental: reconhecer que os pais são os melhores prestadores de cuidados para os seus filhos. Na situação de doença, para preservar o crescimento e o desenvolvimento da criança, os cuidados a esta

devem ser em forma de proteção, estímulo e amor, reconhecendo-se aqui a primazia do papel da família, nomeadamente dos pais (Casey como referido por Lopes, 2012).

Neste serviço de ortopedia, a maioria das crianças internadas, foi submetida a cirurgia, pelo que possuem algum tipo de equipamento terapêutico (habitualmente gesso ou talas), que dependendo do local intervencionado, causam alterações corporais e consequentes alterações nas suas AV diárias, tais como deambulação, ato de vestir e despir, cuidados de higiene.

Tivemos oportunidade de realizar inúmeros ensino às crianças e família, sobre as estratégias a adotar no domicílio, por forma a realizar as suas AV, com a máxima independência possível.

Deste modo, consideramos que foi cumprida uma das competências do EESIP: assistir a criança/ jovem e a sua família, na maximização da sua saúde. Segundo o regulamento n.º 422/2018, o enfermeiro deve proporcionar conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença, que no exemplo acima mencionado, diz respeito precisamente ao ensino que é realizado para desenvolver competências para cumprir as suas AV diárias que estarão certamente alteradas, devido à intervenção cirúrgica.

Como tal, procuramos sempre integrar o acompanhante, nos cuidados prestados, incentivando-os a prestar cuidados à criança, de forma a torna-los autónomos e dotados de habilidades fundamentais para o desempenho das suas funções.

Neste sentido, foi estabelecida uma parceria que envolvesse uma cooperação e negociação com os pais. Foi por isso fundamental ter em conta o conteúdo da informação transmitida, criando um ambiente de confiança e apoio, fornecendo a informação necessária e utilizando uma linguagem adaptada à situação e ao seu contexto sociocultural.

No desenvolvimento de competências no âmbito do processo de hospitalização no ciclo vital da criança/ família, apoiando os processos de transição existentes ao longo do ciclo vital, foram definidas as seguintes atividades:

- Aplicar estratégias de minimização dos efeitos negativos do processo de hospitalização e maximização dos seus benefícios;
- Apoiar nos processos de transição da criança ao longo do ciclo vital;
- Analisar os fatores familiares, culturais e contextuais que intervêm no estado de saúde da criança.

A hospitalização representa um marco considerável na história de vida de qualquer indivíduo, em especial, na criança (Martins & Silvino, 2009).

No caso da criança e do adolescente, pode traduzir-se numa experiência traumática, na medida em que os afasta da sua vida quotidiana e do ambiente familiar, colocando-os num mundo desconhecido, com novas rotinas, novos equipamentos, novos procedimentos, limitações de movimento e interações com novas pessoas. Todas estas interações são acompanhadas de diversos sentimentos, tais como, medo, inseguranças e angústias, tanto para a criança como para a sua família (Gomes, Queiroz, Bezerra & Souza, 2012).

Para as crianças e os adolescentes, a experiência da hospitalização, pode determinar alterações emocionais, difíceis de serem exteriorizados e expressados (Barus-Michel como referido por Gomes et al., 2012).

Deste modo, os profissionais necessitam não só de ter conhecimento e cuidar dos aspetos patológicos e físicos da criança e do adolescente, mas também compreender os aspetos emocionais e sociais e utilizar técnicas adequadas de comunicação e relacionamento (Gomes et al., 2012).

A OE considera um imperativo, que deverá estar inerente a todos os enfermeiros especialistas, a competência para avaliar a família e responder às suas necessidades, nomeadamente na adaptação às mudanças na saúde e dinâmica familiar (OE, 2010).

Como EESIP devemos respeitar os fatores familiares, culturais e contextuais que possam intervir no estado de saúde da criança. Segundo a Deontologia Profissional em Enfermagem, artigo 81º - Dos Valores Humanos, o enfermeiro deve observar os valores humanos pelos quais se regem o indivíduo, e os grupos a que este se integra e deve assumir o dever de, entre outros, a alínea f) “Abster-se de juízos de valor sobre o

comportamento da pessoa assistida e não lhe impor os seus próprios critérios e valores no âmbito da consciência e da filosofia de vida” (OE, 2015).

O nosso alvo do cuidar não é apenas a criança, mas também a sua família, e como tal, ao longo do exercício profissional, e neste caso, no ensino clínico, abstivemo-nos de juízos de valor do comportamento da criança e família, prestando os cuidados da melhor forma possível e personalizados a cada criança ou adolescente.

Outro artigo do código deontológico merecedor da nossa atenção, para o cumprimento deste objetivo, é o artigo 82º - Dos direitos à vida e à qualidade de vida, no qual o enfermeiro, assume o dever de: “b) Respeitar a integridade biopsicossocial, cultural e espiritual da pessoa” (OE, 2015). Não importa a idade, a raça, o sexo, a saúde física, mental ou moral, todo o ser humano é digno e como tal deve ser valorizado e respeitado.

Consideramos que ao longo de todo o ensino clínico, tivemos sempre uma atitude de respeito para com a criança, independentemente da sua idade e condição física, e com a família, respeitando sempre a sua dignidade.

Ao nível hospitalar, o impacto que a hospitalização tem na criança/adolescente e família no sono é significativa, sendo esta uma atividade de vida diária das crianças que estará afetada.

Causas físicas, psicológicas e ambientais reduzem a sua qualidade e contribuem para o desenvolvimento e exacerbação de problemas do sono em crianças e adolescentes medicamente comprometidos. O ambiente hospitalar desconhecido ou ansiedades naturais que a criança e adolescente possuem durante o internamento são incontornáveis, sendo que as rotinas e práticas dos serviços frequentemente não adaptadas ao sono das crianças e respetivas famílias, prejudicam o repouso necessário para a sua recuperação, potenciando a má qualidade do sono.

Para além da situação clínica, e do eventual stresse e preocupação da criança com a sua situação de saúde, existem também alguns fatores hospitalares que podem contribuir negativamente para a alteração desta atividade de vida: o facto de ser um ambiente desconhecido e pouco acolhedor, a quebra na rotina, o ruído existente associado a equipamentos médicos ou até mesmo relacionado com outras crianças internadas, as interrupções noturnas para administração de medicação e avaliação de sinais vitais, e a

iluminação brilhante ou inadequada podem afetar a melatonina e perturbar os ciclos circadianos normais de sono-vigília (Teixeira, 2019).

Assim, crianças e adolescentes com doenças agudas e/ou crônicas podem sofrer de distúrbios do sono, tanto primários como secundários, sequentes a processos patológicos. De acordo com Mindell e Owens (2015), esses distúrbios incluem dificuldade inicial em adormecer, resistência em ir para a cama, acordares noturnos, diminuição da eficácia do sono (tempo passado a dormir/tempo passado na cama) e sonolência diurna. Ao nível dos problemas físicos estes autores evidenciam a dor, a imobilidade e o tratamento (procedimentos cirúrgicos, quimioterapia e medicação), ao nível psicológico apontam para transtorno do humor, ansiedade e stress familiar e ao nível das variáveis ambientais a própria hospitalização e as rotinas alteradas.

Os efeitos de um sono fragmentado ou diminuído nestas crianças/adolescentes obstaculiza a sua recuperação, por impactos negativos no sistema imunitário e na capacidade de resposta do organismo ao stress (Mindell & Owens, 2015).

De acordo com Stickland et al. (2016), a má qualidade do sono (quer seja sono de duração insuficiente e/ou sono interrompido/fragmentado) prejudica as respostas do sistema imunitário e a tolerância à dor. Estas características, são fundamentais para a recuperação em situação de doença aguda em crianças hospitalizadas que podem estar expostas à dor causada pela própria doença ou pelos procedimentos invasivos de que são alvo.

Posto isto, o enfermeiro tem um papel fulcral na importância na promoção do sono na criança internada, sendo esta uma temática essencial e crítica do desenvolvimento infantil.

### 1.3. NÚCLEO TEMÁTICO III

O EESIP trabalha em parceria com a criança e a sua família, em qualquer contexto em que esta se encontre, para promover o mais elevado estado de saúde, prestando cuidados à criança saudável ou doente, proporcionando educação para a saúde. A avaliação e promoção do crescimento da criança e do jovem, são áreas de atuação particular, através da "... deteção precoce e encaminhamento de situações que possam afetar negativamente a vida ou a qualidade de vida, nomeadamente comportamentos de risco, suicídio,



violência e gravidez; a promoção da autoestima do adolescente e sua progressiva responsabilização pelas escolhas relativas à saúde.” (Regulamento nº422/ 2018).

A gestão de cuidados de enfermagem a crianças com doenças do comportamento e especialmente vulneráveis exige a formação de enfermeiros especialistas com competências para intervir de forma sistémica e multidisciplinar quer num contexto de cuidados hospitalares, quer comunitários.

Este núcleo temático III: “Gestão de cuidados de enfermagem a crianças com distúrbios do comportamento e especialmente vulneráveis”, destinou-se a proporcionar a aquisição de competências de intervenção relacionadas com situações de risco na infância e adolescência, tais como o abandono infantil, as crianças com perturbações disruptivas do comportamento, hiperatividade/défice de atenção, dificuldades de aprendizagem, perturbações da ansiedade, recusa escolar, perturbações do humor, tentativas de suicídio e comportamentos autolesivos, perturbações de expressão somática, perturbações do espectro do autismo, maus tratos em crianças e jovens e ainda a problemática dos distúrbios alimentares da criança.

O ensino clínico referente ao núcleo temático III, foi realizado na UCC Olhos de Água, e teve a duração de cinco semanas, perfazendo um total de 100 horas.

### **1.3.1. Caracterização do local de estágio**

A UCC Olhos de Água, foi um local de ensino clínico sugerido por nós, pelo facto de termos conhecimento de que esta UCC teria uma grande diversidade de projetos e serviços à comunidade, sendo por isso um local bastante rico para a realização deste núcleo temático III, permitindo o desenvolvimento de competências enquanto EESIP. Outro aspeto bastante interessante foi o facto de esta UCC pertencer à área de influência do Hospital de Torres Novas (HTN), e como tal, algumas crianças acompanhadas pela UCC, frequentam também as consultas de pediatria no nosso serviço ou já tiveram internamentos no nosso serviço, o que em algumas situações, nos permitiu ter um conhecimento mais aprofundado da sua situação clínica.

A UCC Olhos de Água está inserida no Centro de Saúde de Alcanena, pertencendo ao ACES do Médio Tejo e à Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo.

Esta UCC iniciou a sua atividade a 1 de abril de 2011, e de acordo com o decreto-lei nº 28/2008, tem como missão, contribuir para a melhoria do estado de saúde da população residente no concelho de Alcanena, através da prestação de cuidados de proximidade. Esta prestação de cuidados poderá ser realizada em casa e na comunidade (local de trabalho, escolas, instituições, entre outros), a indivíduos, famílias e grupos, de acordo com critérios de vulnerabilidade, risco e dependência.

Pretende ser uma UCC de referência, que tem como compromisso assegurar respostas integradas, articuladas, diferenciadas e de proximidade às necessidades da população do concelho de Alcanena, tendo sempre em vista a melhoria contínua dos cuidados prestados.

A UCC Olhos de Água tem como área de atuação a população residente em 10 freguesias, tendo um total de 12 569 utentes inscritos.

Encontra-se organizada em equipas de intervenção multidisciplinares, no qual se comprometem a responder aos objetivos propostos no plano de ação. De entre os várias equipas, destaca-se a equipa de intervenções em parceria, no qual estão incluídos os seguintes programas:

- Intervenção Precoce (IP);
- Núcleo de Apoio à Criança e Jovens em Risco (NACJR);
- Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ).
- Rede Social – Conselho Local de Ação Social. Estes programas são desenvolvidos em colaboração e articulação com os diversos parceiros da comunidade envolvidos nos diferentes programas.

### **1.3.2. Objetivos específicos**

Os objetivos específicos definidos para o ensino clínico foram:

- Conhecer a instituição em termos de equipamento e recursos técnicos e profissionais, parcerias e articulação com as famílias e outras estruturas sociais, de educação e de saúde da comunidade;

- Identificar o campo de ação da equipa profissional e os modelos de intervenção em uso;
- Integrar a equipa multiprofissional que assiste as crianças e adolescentes utentes da instituição, prestando cuidados aos diferentes níveis de intervenção;
- Identificar os fatores e contextos de risco e vulnerabilidade das crianças/adolescentes;
- Planear estratégias de intervenção de enfermagem especializada integradas nos planos terapêuticos e pedagógicos multidisciplinares;
- Negociar a inclusão da sua intervenção com a equipa que presta cuidados globais às crianças/adolescentes;
- Selecionar uma criança/adolescente para fazer um estudo do seu processo desenvolvimental e de saúde;
- Colher dados através de entrevista à criança/família/técnicos/consulta de processos e utilizar instrumentos específicos de avaliação;
- Identificar os fenómenos sensíveis à intervenção de enfermagem especializada em Saúde Infantil e Pediatria;
- Elaborar um plano de intervenção autónoma de enfermagem para a criança/adolescente selecionada que integre o plano global de saúde e o projeto de vida da criança/adolescente.

### **1.3.3. Descrição e análise crítica das atividades realizadas**

De forma a atingir alguns dos objetivos específicos propostos, foi realizado estudo de caso de um jovem, no qual foi realizada a sua caracterização e da sua família, a identificação dos fatores de risco, de proteção e do perigo existente, bem como do plano terapêutico instituído, do plano de intervenção e do projeto de vida.

A seleção deste jovem e família, esteve relacionada com o facto de ser um processo em fase inicial CPCJ, e por coincidência, este jovem havia estado internado há cerca de um ano no nosso serviço de pediatria do HTN, o que foi facilitador na compreensão da sua história clínica.

Era um jovem de 15 anos, sinalizado à CPCJ pela escola por mau desempenho escolar, mau comportamento, e comportamentos sugestivos de *bullying* perante outros colegas. Para além disso, era um jovem com *diabetes mellitus* tipo I, com reduzida adesão ao regime medicamentoso.

Para a realização deste estudo de caso, foram relevantes: a assistência à reunião com a CPCJ, a realização de uma visita domiciliária (VD), a entrevista com o jovem e a mãe, a leitura e análise do processo clínico, bem como a pesquisa e análise bibliográfica.

A lei nº 147/99 - Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo (LPCJP), revista em 2003, 2015, 2017 e 2018, define-se CPCJ, no artigo 12º como “instituições oficiais não judiciárias com autonomia funcional que visam promover os direitos da criança e do jovem e prevenir ou pôr termo a situações suscetíveis de afetar a sua segurança, saúde, formação, educação ou desenvolvimento integral”.

Após sinalização à CPCJ, foi realizada uma análise preliminar pela comissão restrita, e foi aberto um processo.

De referir, que a intervenção da CPCJ depende do consentimento expresso dos pais ou representantes legais, conforme comprova o artigo 9º da lei nº 147/99 da LPCJP, bem como da não oposição da criança ou do jovem com idade igual ou superior a 12 anos, de acordo com o artigo 10º desta mesma lei.

Durante a reunião da CPCJ a que assistimos, foi assinado o acordo de promoção e proteção (APP).

O APP é um compromisso escrito entre a CPCJ, os pais ou o representante legal que tenha a guarda de facto e o jovem, pelo qual se estabelece um plano contendo medidas de promoção de direitos e de proteção. Segundo o artigo 34º da lei 147/99, as medidas de promoção dos direitos e de proteção de crianças em perigo têm como objetivo:

Afastar o perigo em que estes se encontram, providenciar-lhes as condições que permitam proteger e promover a sua segurança, saúde, formação, educação, bem-estar e desenvolvimento integral, salvaguardar a recuperação física e psicológica das crianças vítimas de qualquer forma de exploração ou abuso.

Também a VD realizada, foi bastante proveitosa, tendo sido para realizar a avaliação deste jovem e da família, tendo sido para isso utilizados dois modelos teóricos: o modelo de avaliação familiar de Calgary e o modelo das AV de Roper, Logan e Tierney.

Ainda relacionado com o estudo de caso, foram identificados os fatores de risco, proteção e perigo.

O risco define-se por todas as situações que se caracterizam por um perigo potencial e que pode comprometer alguns direitos das crianças, nomeadamente: direito à segurança, saúde, formação, educação e desenvolvimento (Pádua, Silva & Contreiras, 2020).

Às crianças e jovens identificados como estando em situação de risco, é efetuado um acompanhamento minucioso, dando relevância à sua situação familiar, habitacional, ambiental, escolar, sanitária, social e cultural (Pádua et al., 2020).

Os fatores de risco, são qualquer tipo de influência que aumentam a probabilidade de um resultado negativo para uma criança ou jovem (Ribeiro & Sani, 2009).

Representam variáveis físicas, psicológicas e sociais, que no meio em que ocorrem, podem potenciar alterações impeditivas do adequado desenvolvimento e socialização das crianças e jovens. Estes fatores dizem respeito à criança/jovem, família e aos contextos de vida (DGS, 2011).

Os fatores de proteção são características individuais ou condições ambientais que ajudam as crianças e jovens a resistir ou a compensar os riscos aos quais estes estão expostos. Têm como função suprimir e neutralizar algo negativo na vida da criança, logo promovem efeitos compensatórios e amortecedores do risco e perigo (Ribeiro & Sani, 2009).

Estes fatores incluem variáveis físicas, psicológicas e sociais, que apoiam e favorecem o desenvolvimento individual e social, e podem remover ou minorar o impacto dos fatores de risco (DGS, 2011).

Quanto ao perigo, considera-se que este existe, quando se objetiva uma situação que era de risco, devido à insuficiência ou falência dos fatores protetores (DGS, 2011). A evolução negativa de um potencial risco, determina o aparecimento do perigo (Pádua et al., 2020).

Relativamente a este jovem, pôde afirmar-se que se encontrava numa situação de perigo, como mostra o art.3º, nº 2 da lei nº 147/99

Assume comportamentos ou se entrega a atividades ou consumos que afetem gravemente a sua saúde, segurança, formação, educação ou desenvolvimento sem que os pais, o representante legal ou quem tenha a guarda de facto se lhes oponham de modo adequado a remover essa situação.

Ao ser detetada uma situação de perigo, ocorrerá intervenção da CPCJ.

A intervenção da CPCJ encontra-se regulamentada pela LPCJP (lei nº147/99 de 1 de setembro com sucessivas alterações). O artigo 3º estabelece que

A intervenção para a promoção dos direitos e proteção da criança e do jovem em perigo tem lugar quando os pais, o representante legal ou quem tenha a guarda de facto, ponham em perigo a sua segurança, saúde, formação, educação ou desenvolvimento, ou quando esse perigo resulte da ação ou omissão de terceiros ou da própria criança ou do jovem a que aqueles não se oponham de modo adequado a removê-lo.

Segundo o artigo 4º desta mesma lei, a intervenção para a promoção dos direitos e proteção da criança e do jovem em perigo obedece aos seguintes princípios: interesse superior da criança, privacidade, intervenção precoce, intervenção mínima, proporcionalidade e atualidade, responsabilidade parental, prevalência da família, obrigatoriedade da informação, audição obrigatória e participação e subsidiariedade.

O plano de intervenção efetuado para este jovem do estudo de caso e sua família, pretendeu promover os direitos e proteção do jovem em perigo, através das medidas de promoção dos direitos e de proteção.

O plano de intervenção para o jovem e família baseou-se no APP, delineado para os próximos 6 meses. Este APP foi aceite pelos pais e pelo jovem, e foi assinado por estes, pela presidente da CPCJ, pela gestora de processo e pela nossa enfermeira tutora do ensino clínico.

Este plano de intervenção foi concomitante com o plano terapêutico multidisciplinar, baseado no estabelecimento de intervenções que incluíssem a mudança que comportamentos adotados pelo jovem, e que comprometiam a sua saúde.

Todos estes comportamentos foram o foco da nossa intervenção, contudo pelo facto de o plano ser bastante extenso e complexo, foi programado e planeado no tempo de forma gradual, por forma a alcançar o sucesso e eficácia. Foi fundamental estabelecer uma relação terapêutica de confiança, e o reforço positivo deverá ser uma constante com o intuito de aumentar a motivação do jovem, e conseqüente cumprir os objetivos delineados.

A equipa de saúde deverá estabelecer uma parceria com a família, com vista à promoção da autonomia do jovem, assim como a sua envolvência no processo terapêutico (Charepe, 2020).

Os enfermeiros devem considerar os pais como elementos ativos na equipa de saúde, beneficiando dos seus conhecimentos sobre o filho, capacitando-os e empoderando-os (Monteiro & Cerqueira, 2020).

No Modelo de Parceria de Anne Casey, os profissionais capacitam as famílias, criando oportunidades e meios, para que estas desenvolvam as habilidades e competências que já possuem, adquirindo também novas competências, por forma a satisfazer as necessidades da criança, estando deste modo a empoderar as famílias. Este modelo implica uma relação de confiança entre a criança, a família e os enfermeiros (Monteiro & Cerqueira, 2020).

Qualquer decisão relativa à saúde, deverá ter em conta, o melhor interesse do menor a quem a intervenção se destina, ou seja, o profissional de saúde quando planeia a intervenção a realizar, deve ponderar se essa intervenção corresponde ao melhor cuidado. Por melhor cuidado, entenda-se, ter por base o conhecimento científico disponível, mas também o melhor cuidado na perspetiva ético, isto é, tendo em conta o melhor interesse do menor em causa (Deodato, 2020).

Deodato (2020), refere que relativamente aos cuidados de enfermagem, compete ao enfermeiro, responsável exclusivo pelas suas intervenções, incluir o jovem, na medida da sua capacidade de compreensão da situação em apreço. A inclusão do menor é exatamente da mesma natureza da inclusão dos pais.

O papel do enfermeiro consiste em desenvolver uma relação de confiança com o jovem, apoiá-lo nos períodos de ambivalência relacionados com o corpo, promover a expressão de emoções, vigilância das alterações orgânicas no jovem e desenvolver um projeto terapêutico mantendo alguma firmeza aquando de períodos de crise. Para além disto, “a intervenção com jovens com alterações de comportamento alimentar, e a construção de

um plano terapêutico deverá ser desenvolvida em equipa multidisciplinar em conjunto com a família e o jovem” (Baptista et al., 2020).

Deste modo, desenvolveu-se uma das competências do EESIP, através das várias oportunidades para trabalhar com a família e o jovem, no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde (Regulamento nº422/ 2018).

Este acompanhamento deste jovem em contexto de VD, e CPCJ, contribuíram para o desenvolvimento das competências do EESIP, na medida em que houve intervenção nas doenças de risco e que pudessem afetar negativamente a vida ou a qualidade de vida deste jovem, assim como também na mobilização de recursos de forma oportuna, para cuidar do jovem em situação de particular exigência e complexidade, recorrendo a um largo espectro de abordagens. Para além disso, existiu também uma promoção da autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolas relativas à saúde, negociando um contrato de saúde com o jovem (Regulamento nº 422/2018).

Tendo em conta ainda, os objetivos deste ensino clínico, a nossa intervenção e atividades desenvolvidas foram dirigidas sobretudo à criança especialmente vulnerável, pelo que a nossa intervenção foi no âmbito da IP, do NACJR, CPCJ e programas de intervenção para a promoção da saúde infantil.

O decreto-lei nº281/2009 cria o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI), que consiste num conjunto organizado de entidades funcionais, com o intuito de garantir condições de desenvolvimento das crianças com funções ou estruturas do corpo que limitam o crescimento pessoal, social, e a sua participação nas atividades típicas para a idade, bem como das crianças com risco grave de atraso no desenvolvimento.

A IP na infância pode ser definida como um conjunto de medidas de apoio da área social, da educação e da saúde, para crianças entre os 0-6 anos e suas famílias, que incluem ações de natureza preventiva e reabilitativa. Destina-se a crianças que estejam em risco de atraso de desenvolvimento, apresentem alguma deficiência ou necessidades educativas especiais. Pretende-se minimizar as sequelas no desenvolvimento da criança, através da prestação de cuidados educativos, terapêuticos e sociais a estas crianças e às suas famílias, através de uma equipa multiprofissional, designada equipa local de intervenção (ELI).



A intervenção da saúde enquadra-se num contexto de responsabilidades partilhadas com as diferentes entidades da comunidade, conforme regime jurídico consagrado na lei nº 147/99, de 1 de setembro- LCJP (DGS, 2011). Esta lei consagra um modelo de proteção que defende uma participação em três níveis.

O primeiro nível atribuiu legitimidade às entidades com competência na área de infância e juventude (área da saúde, educação, formação profissional, ocupação de tempos livres), com o objetivo de promover os direitos e a proteção das crianças e jovens, e em geral, das que se encontrem em situação de risco ou perigo. As instituições de saúde, têm uma responsabilidade particular na deteção precoce de fatores de risco e de sinais de alarme, na sinalização de situações de crianças e jovens em risco, ou em evolução para perigo. Estes casos do primeiro nível são avaliados no NACJR (DGS, 2011).

No segundo nível de intervenção, quando não é possível as entidades do primeiro nível atuarem, toma lugar a CPCJ, nas quais a saúde participa. A CPCJ é uma equipa multiprofissional que envolve diversos parceiros da comunidade com o intuito de promover e proteger os direitos das crianças e jovens, que estejam em situação de risco ou perigo, de forma a garantir o seu bem-estar e o seu desenvolvimento integral (DGS, 2011).

No terceiro nível, a proteção de crianças e jovens em risco é assegurada pelas entidades judiciais, nomeadamente, os tribunais de família e menores (Pádua et al., 2020).

A enfermeira tutora deste ensino clínico, pertencia à ELI, ao NACJR e à CPCJ, o que proporcionou imensas oportunidades de aprendizagem, assim como também compreender a articulação entre as atividades de primeira, segunda e terceira linha.

Foram realizadas várias VD em contexto de ELI a crianças vulneráveis, tendo verificado que a ELI atua em transdisciplinaridade, sendo por vezes necessário o apoio direto de alguns profissionais.

O modelo transdisciplinar é definido por uma partilha de papéis, que ultrapassa as fronteiras disciplinares, desenvolvendo uma visão partilhada entre os profissionais considerando a família como elemento efetivo da equipa (Stepans et al. como referido por Augusto, Rosário, Silva, Araújo & Barbieri-Figueiredo, 2020).

Este modelo tem contribuído para a progressiva participação da família nos serviços de IP. Existe um elemento destacado para acompanhar determinada família, designado o gestor de caso. O modelo da transdisciplinaridade minimiza a interferência da equipa na família, de modo a que os pais estabeleçam contacto apenas com um profissional, de forma a evitar a repetição de informação com diferentes profissionais, simplificando a comunicação entre a equipa (Augusto et al., 2020).

Ainda no âmbito da IP, tivemos oportunidade de estar presentes numa reunião da ELI, que seria a primeira reunião com a família, e uma criança com alterações do desenvolvimento, e com suspeita de diagnóstico de perturbação do espectro do autismo (PEA).

Esta criança aguardava consulta de desenvolvimento no HTN. Foi realizada uma entrevista com base nas suas rotinas.

Depois desta entrevista, foi elaborado um plano individual de IP, que segundo o artigo 8º, do Decreto-Lei n.º 281/2009 (p.7300), “consiste na avaliação da criança no seu contexto familiar, bem como na definição das medidas e ações a desenvolver de forma a assegurar um processo adequado de transição ou de complementaridade entre serviços e instituições”.

Durante esta entrevista a esta criança, assim como em outras VD realizadas, a crianças com alguns problemas de desenvolvimento, apercebo-nos que a alimentação e o sono, são dois dos temas que causam maior preocupação nos pais. Por vezes estas crianças têm dificuldades em manter hábitos de sono saudáveis, causando algumas perturbações do sono, que devem ser um dos focos da atuação e intervenção do EESIP, com estas crianças.

As perturbações de sono na criança, podem causar algumas consequências a nível do comportamento, da aprendizagem e até mesmo perturbações de desenvolvimento como hiperatividade, défice de atenção, défice cognitivo, depressão, risco de quedas acidentais e obesidade (Rangel, Baptista, Pitta, Anjos & Leite, 2015).

Relativamente às entidades de primeiro e segundo nível, houve oportunidade de assistir a algumas situações.

Uma delas foi uma VD realizada a uma mãe adolescente, com uma filha de 4 meses, também acompanhadas pelo NACJR.

Outra situação foi uma latente de 4 meses, referenciada pela extensão do centro de saúde à UCC devido ao fraco aumento de peso, eventual fragilidade social e suspeita de existência de fatores de risco que pudessem estar a comprometer o desenvolvimento desta latente.

Foram realizadas 3 VD's a esta família, tendo sido notória a nossa intervenção, e uma evolução positiva desta família face aos problemas identificados.

Aquando das VD's realizadas às duas latentes acima mencionadas, demos a conhecer dois projetos da câmara municipal de Alcanena, destinados às famílias com bebés recém-nascidos, são eles o cabaz “Bebé Feliz” e o projeto “Infância Feliz”, providenciando com o contacto com a assistente social da câmara.

Ao estabelecer e facilitar este contacto entre as famílias e a assistente social, estamos a estabelecer e a manter a rede de recursos comunitários de suporte à criança e família, com necessidade de cuidados, desenvolvendo uma das competências do EESIP.

Ao longo do ensino clínico, surgiram algumas oportunidades de contributos a deixar na UCC. A primeira, foi a necessidade de atualizar o folheto da diversificação alimentar, e como tal, decidimos realizar em vez de um folheto, um manual, por forma a ter informação mais completa, incluindo no final deste, uma tabela intitulada “Diário Alimentar do Bebé”, onde os pais poderão registar a introdução dos alimentos introduzidos, a data e eventuais reações que possam surgir.

Posteriormente, foi solicitada a colaboração na elaboração de apresentações relacionadas com a saúde infantil, e que pudessem ser apresentadas nos televisores instalados ao longo da UCC. As apresentações elaboradas foram relacionadas com o núcleo temático e com a criança com distúrbios de comportamento ou criança vulnerável: “Direitos das Criança”, “Denunciar o *Bullying*” e “Entender Crianças com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção”.

Como trabalhamos num serviço de urgência e num internamento de pediatria médica, é frequente sermos confrontados com situações e que as crianças ou jovens se encontram

em perigo, por exemplo, vítimas de algum tipo de negligência, com distúrbios de comportamento, ou vulneráveis, que exigem uma resposta necessária, suficiente e adequada.

Por vezes, tendo em conta o tipo de situação, as crianças ou jovens ficam internados, apenas por ser um motivo social, e este estágio permitiu o desenvolvimento de competências que permitem estar alerta para eventuais fatores de risco e sinais de alerta, assim como também, compreender a importância da articulação entre o núcleo hospitalar de apoio à criança e jovem em risco e o NACJR ou CPCJ.

Para que haja uma intervenção com qualidade e sucesso em determinada família, é importante que os vários recursos que existem na comunidade sejam mobilizados da melhor forma, e os serviços se articulem entre si, de forma a colmatar as necessidades existentes naquela família. De salientar, que é importante ter presente a individualidade de cada criança e de cada família, e que as diferentes experiências de vida podem influenciar de forma positiva ou negativa, o seu desenvolvimento. Ainda assim, deve obedecer-se sempre ao interesse superior da criança ou jovem.

A intervenção do enfermeiro tem um impacto importante na melhoria das competências e na autoconfiança dos pais e família, que por sua vez têm uma influência direta no desenvolvimento da criança. Neste sentido, há que realçar que uma das principais funções dos profissionais é promover as competências dos pais, tornando-os mais capazes de cuidarem e protegerem os seus filhos.

Consideramos que este ensino clínico foi extremamente importante para aprofundar os conhecimentos sobre o enquadramento legal da criança e jovem em risco, bem como para o desenvolvimento de competências a nível da prática.

Vários foram os documentos e instrumentos legais que constituíram uma importante fonte de informação para a compreensão e estudo de determinados aspetos relativos a prática dos cuidados de enfermagem a crianças com distúrbios do comportamento e especialmente vulneráveis, tais como: a Convenção sobre os Direitos da Criança, a LPCJP e as suas alterações, as orientações da DGS (incluindo as fichas dos vários tipos de sinalização e referenciação), os decretos-lei existentes e o Regulamento de Competências Específicas do EESIP.

O conhecimento do enquadramento legal é indispensável para garantir a qualidade dos cuidados, particularmente no que diz respeito à proteção da criança e jovem.

Este ensino clínico contribuiu largamente para o desenvolvimento de competências como futura EESIP, nomeadamente o trabalho em parceria com a criança e jovem, e a sua família, bem como a deteção precoce e encaminhamento de situações que possam afetar negativamente a vida ou a qualidade de vida da criança ou jovem.

Relativamente ao artigo 4º do regulamento nº422/2018 (p.19192), alínea a) “Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde”, foram várias as oportunidades de trabalho com a família e as crianças/jovens no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde, através da realização de ensinamentos.

É especialmente importante os enfermeiros, estarem atentos às situações de risco e zelar pelo bem-estar da criança, o que requer uma combinação de conhecimentos, habilidades, atitudes e valores na prática profissional (Nunes, 2020).

Outras competências do EESIP desenvolvidas foram a identificação de fatores de risco, fatores de proteção e situações de perigo, e planeamento de intervenções adequadas de forma a dar resposta a esta identificação, bem como eliminar o perigo e o risco.

O EESIP deve ainda, trabalhar em parceria com a criança e família, em qualquer contexto em que ela se encontre (em hospitais, centros de saúde, escola, comunidade, casa), de forma a promover o mais elevado estado de saúde possível, prestar cuidados à criança saudável ou doente e proporcionar educação para a saúde, assim como identificar e mobilizar recursos de suporte à família (OE, 2018). Desta forma, é esperado que o EESIP possua conhecimentos teóricos e práticos aprofundados na temática de gestão de cuidados de enfermagem a crianças com distúrbios e especialmente vulneráveis.

Importa saber, que um dos deveres específicos dos enfermeiros, segundo o artigo 102º, alínea b) da lei nº 156/2005, é “salvaguardar os direitos das crianças, protegendo-as de qualquer forma de abuso”, salientando que a intervenção do EESIP deve incidir na prestação de cuidados de maior complexidade à criança/ jovem em risco, nas componentes científicas, técnica e relacional (Nunes, 2020).

Também neste contexto, a problemática do sono é muito significativa.

Um estudo de 2011, indicou vários impactos do sono em crianças institucionalizada e com problemas de comportamento. De seguida, evidenciam-se algumas alterações no sono, sendo que algumas dessas manifestações são raras, não deixando de ser significativas: resistência e ansiedade na hora de dormir, ir para a cama ao mesmo tempo que adulto e/ou adormecer na cama dele, precisar de cuidador no quarto para dormir, medo do escuro ou de dormir sozinho, atraso no início do sono, dificuldade em adormecer, sono curto, acordar várias vezes durante a noite, sono com respiração irregular, enurese noturna, falar durante o sono, sonambulismos, inquietude durante o sono, sonambulismo, bruxismo, acordar aos gritos, sonolência e cansaço diurno e acordar com mau humor (Abou-Khadra, 2012).

Também Salavessa e Vilariça (2009), referem que existe uma elevada comorbilidade entre perturbações psiquiátricas na infância e perturbações do sono. Os problemas do sono, são um dos sintomas de alarme para detetar uma patologia do foro emocional. Em muitas crianças com perturbação de hiperatividade e défice de atenção, existe evidência de dificuldades em adormecer, sono agitado, despertares noturnos.

Mindell, Li, Sadeh, Kwon e Goh, (2015) referem que uma criança com temperamento fácil, tem maior probabilidade de se autorregular e acalmar, sendo mais fácil de conseguir estabelecer uma rotina de dormir. Por outro lado, uma criança com hiperatividade, défice de atenção ou outro problema de comportamento, pode influenciar a capacidade dos pais em implementar rotinas na hora de dormir de forma eficaz.

#### 1.4. NÚCLEO TEMÁTICO IV

O núcleo temático IV foi referente à unidade curricular opcional do 3º semestre do Curso de Mestrado em Saúde Infantil e Pediatria. A opção escolhida foi: cuidados de suporte/paliativos pediátricos.

Este ensino clínico foi realizado no Centro de Apoio a Deficientes Profundos João Paulo II (CJPII), e teve a duração de 140 horas.

A organização mundial de saúde (OMS) em 1998, definiu cuidados paliativos pediátricos como cuidado ativo total do corpo, mente e espírito, bem como o apoio à família. Este cuidado é iniciado quando a doença crónica é diagnosticada (Valadares, Mota & Oliveira, 2013).

Apesar de em menor número do que os adultos, nas crianças também é necessária a prestação de cuidados paliativos. Os cuidados paliativos devem ser proporcionados a todas as crianças em que o tratamento médico não foi capaz de alterar significativamente ou foi mesmo ineficaz (Heleno, 2013).

#### **1.4.1 Caracterização do local de estágio**

O CJPII é um lar residencial que pertence à União das Misericórdias Portuguesas. Foi criado em 1989 e tem capacidade para acolher 192 pessoas. No momento do ensino clínico, os utentes institucionalizados tinham idades compreendidas entre os 3 e os 74 anos, sendo que 29 tinha idade pediátrica. Os diagnósticos mais presentes eram a paralisia cerebral e oligofrenia.

A missão do CJPII é cuidar de crianças, jovens e adultos portadores de multideficiência, proporcionando qualidade de vida, bem-estar e integração na comunidade.

O CJPII possui vários profissionais que trabalham em diversas áreas. A equipa multiprofissional é constituída por enfermeiros, médicos, médico dentista, higienista oral, nutricionista, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, terapeuta da fala, psicóloga, educadoras sociais, assistentes sociais, professor de educação física e auxiliares de ação médica que são chamados ajudantes de lar.

A equipa de enfermagem é composta por quatro enfermeiras, sendo que estão presentes entre as 8h e as 20h, ou seja, após este período não existe enfermeiro. Quanto à equipa médica, existem dois médicos que realizam visita médica 4 dias por semana, e um neurologista que vai uma vez por mês ao CJPII.

#### **1.4.2. Objetivos específicos**

A OE (2019), refere que os cuidados de enfermagem atualmente, assumem uma maior importância e exigência técnica e científica, e deste modo, o enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem.

No caso do EESIP, o regulamento nº422/2018, refere que o enfermeiro utiliza um modelo conceptual centrado na criança e família, encarando sempre este binómio como alvo dos

cuidados. Para isso, trabalha em parceria com a criança e família/ pessoa significativa, em qualquer contexto que esta se encontre.

O EESIP deve possuir competências para cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade e deve prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida em que a criança ou jovem se encontram.

Deve igualmente dotar-se das competências necessárias de forma a reconhecer situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados; faz a gestão diferenciada da dor, especialmente nos cuidados paliativos pediátricos; e promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade (Regulamento nº422/ 2018).

Deste modo, foram estabelecidos os seguintes objetivos pessoais:

- Analisar a metodologia de trabalho no CJPII;
- Colaborar na prestação de cuidados às crianças/adolescentes em situação de cuidados de suporte/paliativos, utilizando os modelos de referência;
- Reconhecer o papel da família das crianças/ adolescentes institucionalizados no CJPII;
- Refletir dilemas éticos associados aos cuidados paliativos no CJPII.

### **1.4.3 Descrição e análise crítica das atividades realizadas**

A lei nº 52 de 2012 – lei base dos cuidados paliativos, define cuidados paliativos como:

cuidados ativos, coordenados e globais, prestados por unidades e equipas específicas, em internamento ou no domicílio, a doentes em situação em sofrimento decorrente de doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva, assim como às suas famílias, com o principal objetivo de promover o seu bem-estar e a sua qualidade de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, com base na identificação precoce e do tratamento rigoroso da dor e outros problemas físicos, mas também psicossociais e espirituais. (p.5119)



Segundo a OMS, os cuidados paliativos destinam-se a crianças com doenças ameaçadores de vida, e os seus princípios aplicam-se a outras doenças crónicas: cuidados ativos totais para o corpo, mente e espírito, envolvendo o suporte à família; iniciam com o diagnóstico da doença; os profissionais devem avaliar o sofrimento físico, psicológico e social da criança; necessitam de uma abordagem interdisciplinar, que inclui a família e os recursos na comunidade; e podem ser prestados em centros terciários, nos cuidados de saúde primários ou no domicílio (Grupo de trabalho do gabinete do secretário de estado adjunto do Ministro da Saúde, 2014).

Segundo Harrop e Edwards referido por Batalha (2021), as crianças com necessidades de cuidados paliativos são aquelas em que se coloca a hipótese de não sobreviverem até aos 18 anos, devido à sua situação clínica. Estas situações podem ser classificadas em quatro categorias: I – doenças que colocam a vida em risco; II – doenças em que a morte prematura é inevitável; III – doenças progressivas sem opção terapêutica curativa; e IV – doenças irreversíveis não progressivas, que são situações irreversíveis não progressivas que tornam a criança vulnerável ao desenvolvimento de outras complicações de saúde (exemplo: paralisia cerebral, malformações cerebrais, ...).

O CJPII é um lar residencial, e por isso é o domicílio de todas os utentes institucionalizados. Neste lar são prestados cuidados totais aos utentes, incluindo os cuidados para o corpo, mente e espírito. Existem diversas atividades escolares, lúdicas e recreativas que são realizadas com os utentes. Contudo, como as crianças com necessidades de cuidados paliativos pertencem ao grupo IV acima mencionado, nenhuma delas comunica verbalmente, sendo maior enfoque dos nossos cuidados, os cuidados ao corpo.

O CJPII, possui vários profissionais que intervêm nos cuidados a estas crianças. “Diversos especialistas em cuidados paliativos pediátricos, recomendam a participação de profissionais de diversas áreas na assistência às crianças com doença crónica” (Valadares et al., 2013).

A avaliação e o alívio do sofrimento, são prioridades na abordagem dos cuidados paliativos pediátricos, devendo ultrapassar o campo biológico, alcançando a esfera psíquica (Valadares et al., 2013).

Consideramos que ao cuidarmos do corpo, e dos sintomas físicos (dor, náuseas, vômitos, diarreia, obstipação, problemas respiratórios, úlceras por pressão, ...), estamos a melhorar

a qualidade da vida da criança, e a proporcionar-lhe bem-estar que para além de ser físico, é também mental.

Os cuidados paliativos pediátricos devem centrar-se no aumento da qualidade de vida da criança, assim como também dos pais/ família, diminuindo o sofrimento. Devem assentar numa intervenção interdisciplinar em que a criança e os pais/ família são geradores de decisões (Helena, 2013).

Nos cuidados paliativos, o principal objetivo do apoio à família, consiste em ajudá-las a cumprir a sua função cuidadora, com o intuito de que a participação no processo de perda que vivenciam, seja concluída da forma menos dolorosa possível (Reigada, Ribeiro, Novellas & Pereira, 2014).

Como já referido anteriormente, a família da maioria das crianças do CJPII não está presente, nem sequer possui as responsabilidades parentais, pelo que não é a família a tomar decisões no que diz respeito aos cuidados das crianças.

A lei nº 52/2012 criou a Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP), sendo o seu objetivo global “a prestação de cuidados paliativos a pessoas doentes que, independentemente da idade e patologia, estejam numa situação de sofrimento decorrente de doença grave ou incurável, com prognóstico limitado e em fase avançada e progressiva”.

Esta mesma lei evidencia três níveis de prestação de cuidados paliativos, a nível local: “a) Unidades de cuidados paliativos; b) Equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos; c) Equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos”. Estas equipas multiprofissionais, integrantes com a RNCP, articulam-se entre si.

Para além das equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos, a 6 de Março de 2018, foi publicada a Portaria nº66 (sendo a terceira alteração à Portaria nº340/2015), que evidencia a necessidade da criação de Equipas Intra-Hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos Pediátricos (EIHSCPP) e o reforço do suporte em cuidados paliativos de crianças e jovens, nos três níveis de cuidados de saúde, primários, hospitalares e cuidados integrados. O artigo 8º da presente portaria, salienta a importância de as instituições hospitalares do Serviço Nacional de Saúde, com Serviço ou Departamento de

Pediatria, constituírem uma EIHSCPP. Esta equipa deverá ser dimensionada às características e necessidades locais, de forma a poder “prestar cuidados diretos e orientação na execução do plano individual de cuidados às crianças e jovens em situação de doença crónica complexa e suas famílias, para as quais seja solicitada a sua intervenção”.

Estas equipas deverão assumir também a função de acompanhamento da criança e da família durante o internamento, bem como a articulação com as diversas equipas assistenciais primárias da criança/ jovem com doença crónica complexa, garantindo a continuidade de cuidados (Portaria nº66/2018).

Ao longo do ensino clínico, a nossa atenção e as nossas intervenções estiveram direcionadas para os utentes pediátricos desta instituição, nomeadamente, em seis crianças acompanhadas pela EIHSCPP do HPC. Existia ainda, outra criança acompanhada pela equipa, que não chegámos a conhecer, pelo facto de estar internada no Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão há já algum tempo.

As visitas da EIHSCPP eram realizadas habitualmente de 2 em 2 meses. À equipa pertencem uma pediatra, uma EESIP, uma enfermeira especialista em reabilitação e por vezes pela assistente social.

Habitualmente o elemento da EIHSCPP que assume grande parte das decisões relativas a estas crianças é a pediatra. Deste modo, e na nossa opinião, a pediatra da EIHSCPP é o elemento da equipa de saúde, considerada como sendo de referência destas crianças, pois é quem toma as decisões clínicas, quem coordena os vários recursos existentes na comunidade de forma a dar resposta às necessidades destas crianças, podendo ser considerada a gestora de caso, apesar de essa designação não estar implementada nesta dinâmica.

É a pediatra, que no caso das crianças com família, a contacta a dar informações do estado clínico, nomeadamente de algum agravamento, bem como no caso de existir limite de decisão terapêutica. Assim como também, coordena e articula-se, por exemplo, com outras especialidades onde as crianças sejam acompanhadas, avaliando se há necessidade ou não, de manterem seguimento nessas consultas.

A gestão de caso é um processo colaborativo, no qual existe uma avaliação, planeamento implementação, coordenação, monitorização e avaliação das opções de serviços necessários para atender às necessidades de cada pessoa, facilitando a obtenção do bem-estar (Commission for Case Manager Certification, s.d.)

A função de gestor de caso é desempenhada por um profissional de saúde, e requer competências clínicas e habilidades de pensamento, organização e conhecimento de recursos da comunidade (Woodward & Rice como referido por Batalha, 2021).

Batalha (2021) refere que o modelo de gestão de caso em cuidados paliativos pediátricos pressupõe cooperação e coordenação da equipa a fim de proporcionar qualidade de vida, respondendo às necessidades individuais de cada criança, bem como os recursos adequados na comunidade.

Ainda assim, pelo que nos apercebemos ao longo do ensino clínico, pareceu-nos que o modelo de gestão do caso ainda não está implementado, pelo menos de forma oficial.

À medida que as necessidades paliativas de uma doença se sobrepõem às curativas, os cuidados paliativos assumem uma dimensão cada vez maior. A intervenção é baseada numa forte relação em torno das preocupações, desejos e preferências da criança/ família (Batalha, 2021).

Nas crianças do CJPII em cuidados paliativos, não podemos considerar as preocupações e desejos das crianças, visto que não comunicam verbalmente, contudo podemos inferir algumas das suas preferências, que podem proporcionar bem-estar, tendo em conta a sua resposta a cada intervenção realizada.

Foram várias as situações em que colaborámos na prestação de cuidados às crianças e jovens em situação de cuidados paliativos, e para isso, a nossa prática foi orientada pelo modelo de AV de Roper, Logan e Tierney.

A avaliação das crianças foi baseada nas doze AV, e mediante a nossa avaliação, foram estabelecidos diagnósticos, realizadas intervenções, bem como a sua posterior avaliação.

Um dos elementos de trabalho realizados e que serviu de avaliação foi a realização de um estudo de caso de uma criança institucionalizada, indicando a sua história de vida e a sua caracterização de acordo com um modelo conceptual de enfermagem, neste caso, o modelo de Roper, Logan e Tierney.

A maioria das crianças em cuidados paliativos do CJPII tem paralisia cerebral, pertencendo à categoria IV das crianças com necessidades de cuidados paliativos: doenças irreversíveis não progressivas. Apresentando um elevado grau de dependência nas suas AV.

As intervenções realizadas foram direcionadas para a melhoria da qualidade de vida, e o foco da minha atenção foi essencialmente a nível físico, isto é, no controlo de sintomas. Os sintomas mais presentes eram a dor e a dispneia. Contudo, existia outros que também estão presentes, como os transtornos gastrointestinais (vómitos, obstipação ou diarreia), a espasticidade e as convulsões.

O controlo da dor e de outras sintomas é a principal estratégia na abordagem das crianças que necessita de cuidados paliativos (Valadares et al., 2013).

Os mesmos autores referem que antecipar os sintomas, agir oportunamente e rever com frequência o resultado da intervenção. Sabe-se que o alívio dos sintomas de forma eficaz, está diretamente relacionado com o sofrimento dos últimos dias de vida, vivenciado quer pela família, quer pela utente.

No controlo de sintomas houve necessidade de realizar uma colheita de dados, através da observação, da entrevista aos ajudantes de lar e aos profissionais de saúde que habitualmente lhes prestam cuidados, e da consulta do processo clínico. Após a recolha de dados, foram estabelecidos os diagnósticos, avaliando os vários sinais e sintomas de forma a planear os nossos cuidados.

Um dos diagnósticos de enfermagem que assume grande relevância é a dor. A dor, segundo a DGS (2010), é “uma experiência pessoal, multidimensional, desagradável, com grande variabilidade na sua perceção e expressão”, sendo que cada criança difere na forma como responde a diversos eventos dolorosos.

A sua avaliação permite identificar e reconhecer a criança com dor, uniformizando a linguagem dentro da equipa de saúde, de forma a adaptar de forma personalizada o seu controlo e gestão da dor. A avaliação da dor consiste em quantificar a sensação dolorosa através de instrumentos válidos e seguros, tendo em conta o tipo de dor, situação clínica e a idade da criança (DGS, 2010).

Para conseguir avaliar a dor destas crianças, foi necessário realizar uma colheita de dados junto da equipa de saúde, e dos ajudantes, de forma a saber a história de dor de cada criança.

A colheita de informação sobre a dor, foi baseada na orientação 14/2010 da DGS:

- Características da dor (localização, intensidade, qualidade, duração, frequência e sintomas associados);
- Fatores de alívio e de agravamento;
- Uso e efeito de medidas farmacológicas e não farmacológicas;
- Formas de comunicar /expressar a dor;
- Experiências anteriores traumatizantes e medos;
- Habilidades e estratégias para enfrentar a dor e outros problemas de saúde;
- Comportamento da criança e ambiente familiar;
- Efeitos da dor na vida diária.

A escala mais utilizada foi a de FLACC-R (*Face, Legs, Activity, Cry and Consolability – Revised*), recomendada pela DGS, para crianças com multideficiência.

A escala de FLACC-R é uma adaptação da escala de FLACC, e apresenta uma descrição mais pormenorizada dos descritores. É uma escala de hetero-avaliação e foi validada para em português, em 2013.

É utilizada em crianças com multideficiência, incapazes de se auto-avaliarem a sua dor, e que exibem uma diversidade enorme de comportamentos inespecíficos de dor (Batalha & Mendes, 2013).

O tempo de preenchimento varia entre 2 a 3 minutos, e a pontuação varia entre 0 e 10, sendo que 0 corresponde a “Sem dor” e 10 “Dor muito intensa” (Batalha, 2016).

A sua avaliação deve ser feita de forma regular e sistemática (DGS, 2010), sempre que a criança tem dor, assim como também após realizada qualquer tipo de intervenção que tenha como intuito aliviar a dor.

Caso exista dor, torna-se imperativo diminuí-la ou extingui-la. Pelo que se iniciava sempre com a implementação de medidas não farmacológicas, e posteriormente com as farmacológicas. Por vezes a mobilização de um dos membros, ou até mesmo a colocação

de uma almofada de apoio em determinado sítio, era o suficiente para aliviar a dor e/ou desconforto daquela criança, naquele momento.

Quando as medidas farmacológicas não eram eficazes, avançava-se para as medidas farmacológicas, gerindo a analgesia prescrita em SOS.

Ainda relativamente à dor, verificámos, que sempre que alguma das crianças seguidas pela EIHCSP não tinha a dor controlada, nem mesmo com as medidas farmacológicas, havia um contacto do CJPII com a pediatra da EIHCSP a fim de informá-la da situação, no sentido de realizar algum ajuste terapêutico.

A equipa de saúde do CJPII possui várias instruções de trabalho que servem de orientação para as ajudantes de lar, assim como para os profissionais. Verificámos que não existia nenhuma instrução de trabalho/ protocolo sobre a dor, pelo que foi elaborado uma instrução de trabalho para os profissionais “Norma de Controlo da Dor” e outra para as ajudantes de lar “Dor”.

Para além da dor, outro sintoma também muito presente nas crianças era a dispneia. Para aliviar este sintoma, as intervenções realizadas eram ao nível da aspiração de secreções, colocação de O<sub>2</sub> suplementar, administração de broncodilatadores conforme prescrição terapêutica em SOS, realização de fisioterapia respiratória (realizada pelo fisioterapeuta) e otimização nutricional.

Outro foco que foi também alvo da nossa atenção, foi a úlcera de pressão, pelo facto de os a maioria dos utentes ser dependente em grau elevado, e por vezes não conseguirem mobilizar nenhum membro.

Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), versão 2, a úlcera de pressão é um “dano, inflamação ou ferida na pele ou estruturas subjacentes como resultado da compressão tecidual e perfusão inadequada”.

As úlceras de pressão são um problema de saúde pública e um indicador de qualidade dos cuidados prestados. A avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão é fundamental no planeamento e implementação de medidas para a sua prevenção e tratamento (DGS, 2011).

A norma 17/2011 da DGS refere que avaliação do risco e desenvolvimento de úlcera de pressão deve ser avaliada em todos os contextos assistenciais, independentemente do

diagnóstico clínica e das necessidades em cuidados de saúde, nas primeiras seis horas após a admissão do doente. Na criança, a avaliação de risco de úlcera de pressão é realizada através da Escala de Braden Q. Na aplicação da escala, o valor atribuído a cada subescala varia entre 1 e 4, e o valor obtido através do somatório dos valores atribuídos a cada subescala varia entre 7 e 28.

Num serviço de cuidados continuados e de cuidados paliativos, o risco de desenvolvimento de úlcera de pressão deve ser avaliado de 48/48h, conforme refere a norma 17/2011 da DGS.

A maioria das crianças institucionalizadas no CJPII não tem família, ou então a família não está presente. A responsabilidade parental de grande parte destas crianças é do CJPII – sendo o seu tutor legal o Dr. Joaquim Guardado - administrador-delegado do CJPII. Deste modo, determinadas decisões que tenham que ser tomadas, são tomadas pela equipa do centro e não pelos pais.

O facto de não existir família ou esta estar ausente, inviabiliza a sua envolvimento nos cuidados, nomeadamente nos cuidados paliativos e na preparação para o luto.

Verificámos nos processos clínicos das crianças acompanhadas pela EIHSCPP, que alguns deles têm decisão de limitação terapêutica, no qual consta, a título de exemplo de um dos processos que “... em caso de agravamento clínico e evolução para paragem cardiorrespiratória não estão indicadas manobras invasivas de reanimação (entubação, ventilação invasiva, ventilação com insuflador manual, compressões cardíacas ou fármacos vasoativos).” E “devem ser mantidas as medidas e terapêutica médica de suporte e conforto (O2, aspiração, cinesiterapia de acordo com a tolerância, antibioterapia e terapêutica antiepilética, devem ser feitos de acordo com o quadro clínico e utilizando a via considerada mais apropriada, desaconselhando-se a utilização de acessos centrais)”. Nesse mesmo documento, consta que será enviada uma cópia desde documento às restantes equipas assistentes e ao tutor legal, que neste caso seria o Dr. Joaquim Guardado. No caso deste utente verifica-se que a decisão foi tomada pela EIHSCPP, e informado o tutor legal, uma vez que a família não está presente.



Este ensino clínico contribui largamente para o desenvolvimento de competências do EESIP, nomeadamente no cuidado à criança/ jovem em situações de especial complexidade. Foram aplicados “conhecimentos sobre saúde e bem-estar físico, psicossocial e espiritual da criança/ jovem”; garantida a “gestão de medidas farmacológicas de combate à dor”; aplicados “conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor”; demonstrados “conhecimentos em doenças raras e respostas de enfermagem apropriadas”; e diagnosticadas “necessidades especiais e incapacidades na criança/ jovem (Regulamento nº 422/ 2018).

Uma AV que consideramos ser de grande relevância nas crianças em cuidados paliativos, é o sono e o repouso, sendo uma área crucial e que requer intervenção do enfermeiro.

Muitas vezes, as crianças/ jovens em cuidados paliativos têm insónias ou problemas relacionados com o sono, e a as suas causas podem ser várias: excesso de luz e sono durante o dia, presença de outros sintomas (dor, vômitos, dispneia), efeitos de medicação coadjuvante (diuréticos, corticóides). Para tentar diminuir estes problemas do sono, o tratamento deverá consistir em tentar controlar outros sintomas, diminuição de estímulos durante o período noturno, promoção de ambiente confortável e tranquilo, presença junto da criança/ jovem até adormecer, podendo haver necessidade de uso de ansiolíticos ou indutores do sono (Heleno, 2013).

Os distúrbios do sono em crianças podem ser multidimensionais e incluem: dificuldades em adormecer, despertares frequentes com sono fragmentado, duração inadequada do sono e sonolência diurna. Algumas crianças, possuem vários desses problemas, que isolados ou combinados, podem representar um grande desafio para a saúde da criança e para o bem-estar geral da família. São muito comuns em crianças com condições neurológicas, compreendendo grande parte das crianças acompanhadas em CPP (Braam, Didden, Smits & Curfs, 2008; Jan & Freeman, 2004).

Na avaliação das crianças, existem muitas causas potenciais de problemas de sono, que devem ser consideradas, tais como: condições de saúde física, como obstrução as vias aéreas superiores; dor não controlada que poderá levar a um sono de baixa qualidade; e fatores ambientais. Algumas condições de saúde, como a Síndrome de Rett e

Mucopolissacaridose tipo III, são conhecidas por causar alguns distúrbios do sono, possivelmente com devido a causas neurológicas primárias (Piazza, Fisher, Kieseeweters, Bowman, & Moser, 1990).

Existem muitas causas potenciais que precisam ser consideradas na avaliação, incluindo condições de saúde física, como obstrução das vias aéreas superiores; dor subtratada levando a um sono de baixa qualidade e fatores ambientais. Algumas condições, como a síndrome de Rett e a mucopolissacaridose Tipo III, são conhecidas por causar distúrbios do sono, provavelmente de base neurológica primária (Piazza et. al.,1990; Mariotti et al, 2003; Zucconi & Bruno, 2001).

O tratamento para os problemas de sono em pessoas com doenças incapacitantes, é empírico e as evidências existentes são baseadas em relatos de casos ou pesquisas. Este tratamento consiste em tentar corrigir algumas intervenções ambientais e comportamentais, como rotinas estruturadas para dormir, quartos escuros e silenciosos, evitando os estímulos com vídeos antes de dormir. Contudo, estas intervenções deverão ser individualizadas para cada circunstância particular da criança, podendo demorar a encontrar as intervenções que funcionam melhor, constituindo por isso uma desvantagem. Há evidências, embora que escassas para o uso de melatonina (Braam et al., 2008).

Os mesmos autores afirmam que, a melatonina parece ajudar no início do sono, contudo pode torná-lo mais curto, daí ser aconselhado usar uma combinação de melatonina de ação imediata e de ação prolongada de forma a evitar esse prolema. As intervenções ambientais e a melatonina são consideradas seguras. Existem ainda outros medicamentos também usados, com efeitos sedativos: anti-histamínicos, hidrato de cloral e benzodiazepinas. O hidrato de cloral tem como indicação apenas a sedação, contudo existe preocupação sobre o seu uso prolongado e efeitos colaterais, especialmente no fígado. Os outros medicamentos, bem como uma variedade de antidepressivos e antipsicóticos, são todos sedativos, sendo que a sedação/hipnose não é sua principal indicação. Quase todos os estudos sobre problemas de sono em crianças com doenças graves ressaltam a necessidade de apoio familiar, essencialmente durante o período noturno (Braam et al., 2008).

## **2. SONO E A CRIANÇA EM IDADE PRÉ-ESCOLAR**

Durante o capítulo anterior, foi evidenciada a importância de uma temática ao longo de todos os ensinamentos clínicos – o sono.

O presente capítulo pretende contextualizar a temática do sono na infância, evidenciando algumas características do sono, nomeadamente nas crianças em idade pré-escolar.

Enquadrando conceptualmente a temática, a CIPE (2018, p.126), define o sono como um processo corporal, no qual ocorre “diminuição recorrente da atividade corporal evidenciada pela diminuição de consciência; não acordado acompanhado de; não consciente; diminuição do metabolismo; postura imóvel; atividade corporal diminuída; sensibilidade a estímulos externos.”.

Segundo Mendes, Fernandes e Garcia (2004), “o sono é um processo fisiológico complexo, influenciado por propriedades biológicas intrínsecas, temperamento, expectativas, normas culturais e condições ambientais”.

O sono pode ser definido como um estado de inconsciência reversível, caracterizado por uma diminuição da capacidade de resposta e interação (Pedrosa, Cruz & Pereira, 2004). O sono modifica-se ao longo dos anos, reduzindo de forma progressiva a sua duração (Silva, Simões, Macedo, Duarte & Silva, 2018).

O sono processa-se em ciclos que vão mudando ao longo da vida, nos lactentes o seu sono é policíclico, na criança é bicíclico, até se converter numa fase monocíclica na vida adulta (Silva, Macedo, Simões, Duarte, Silva & Ferreira, 2018).

A existência de períodos de sono, possibilita a ocorrência de inúmeras interações, que permitem um desempenho adequado nos períodos de vigília, evidenciando as várias funções do sono: proteção, manutenção da homeostasia e regulação de todas as funções do cérebro e do organismo (Silva et al., 2018).

O sono apresenta vários estádios neurológicos, que são subclassificados conforme as suas qualidades distintas, em sono REM (*Rapid Eye Movements*) e em sono NREM (*No Rapid Eye Movements*) (Gaíva, Marquesi & Rosa, 2010).

O sono REM ou estágio R, é caracterizado por movimentos rápidos dos olhos, atividade elétrica cortical dessincronizada, hipotonia muscular e atividade onírica. No sono NREM, a atividade elétrica registada no eletroencefalograma, torna-se progressivamente mais sincronizada (Silva, 2014).

O sono NREM compreende os estádios de 1 a 4, e vai desde o sono mais leve ao mais profundo (Gaíva et al., 2010).

Os estádios 1 e 2, correspondem ao sono leve. Os estádios 3 e 4 são normalmente combinados. O sono NREM é o sono mais profundo nos seres humanos e ocorre predominantemente na primeira metade da noite. Durante este estágio, as crianças dificilmente são acordadas, e caso aconteça, podem parecer confusas ou desorientadas (Salavessa & Vilariça, 2009).

O sono REM partilha características de sono profundo com características de sono leve. É mais comum na segunda metade da noite, e ocorre em ciclos de cerca de 90 minutos. Este sono corresponde à fase dos sonhos, caracterizando-se por uma intensa atividade cortical. Há também um relaxamento do tônus muscular, exceto nos recém-nascidos, em que se observam pequenos movimentos das extremidades ou da face (Salavessa & Vilariça, 2009).

Salavessa e Vilariça (2009), referem que o sono não é um estado uniforme, e como tal, existe alternância entre ciclos de sono REM e NREM. A proporção entre sono REM e NREM vai mudando com o crescimento, acompanhando a maturação do sistema nervoso central. Deste modo, o recém-nascido inicia a noite, frequentemente, em sono REM, sendo que a proporção entre sono REM e NREM vai diminuindo com o crescimento.

A alternância entre a vigília e o sono constitui um ritmo fundamental da espécie humana assumindo particular importância durante a infância (Sociedade Portuguesa de Pediatria (SPP), 2017)

O sono é uma função protetora de todos os organismos que permite a reparação e a recuperação dos tecidos após atividade. À semelhança do que acontece na maioria dos

aspectos do desenvolvimento infantil, também no sono existe uma grande variação na sua quantidade e distribuição nas diferentes idades da criança. O seu sono evolui na estrutura e duração desde o período fetal à adolescência (Gomes, 2009).

A infância caracteriza-se por um elevado número de mudanças no crescimento neuromotor. O descanso físico e a recuperação de energia assumem grande importância no crescimento e desenvolvimento infantil (Silva et al., 2018).

Salavessa e Vilariça (2009), referem que o sono é uma área do funcionamento da criança que ocupa grande parte da sua vida, constituindo um desafio para pais e crianças. O sono é essencial para o normal crescimento e desenvolvimento, quer a nível dos aspetos físicos quer a nível dos aspetos emocionais da criança.

O sono constitui a atividade primária cerebral, durante os primeiros anos de vida, ocupando uma proporção importante do dia. O sono é um fator de extrema importância para o crescimento adequado, desenvolvimento emocional, cognitivo e social (Morais, Veiga & Estevão, 2007).

Durante o sono, ocorre renovação celular, produção de hormonas e anticorpos assim como síntese de proteínas e regulação metabólica. O sono, contribui de forma importante para o crescimento corporal das crianças (SPP, 2017).

O sono é um processo fisiológico, ativo e dinâmico e representa uma atividade de vida diária importante para o adequado crescimento e desenvolvimento físico e psicomotor da criança. Os hábitos de sono podem ser influenciados por diversos fatores, nomeadamente fatores biológicos, psicológicos, estágio de desenvolvimento, familiares, socioculturais e ambientais (Lopes et al., 2016).

O sono é uma necessidade biológica e vital, fundamental ao crescimento, desenvolvimento e saúde da criança. Os hábitos de sono, modificam-se com a idade, e são influenciados por fatores internos, mas também externos, de acordo com o padrão socioeconómico e cultural (Maia & Pinto, 2008).

Logo após o nascimento, os ciclos de sono não são influenciados pela alternância do dia e da noite. O bebé dorme em média 17h, e é despertado pela fome. À medida que o tempo vai passando e após o 1º mês de vida, o sono vai-se consolidando em torno do período noturno. Por volta dos 6 meses, o latente faz entre 2 a 3 sestas durante o dia, e a partir de 1 ano de idade, o sono diminui em média para 14 a 11 horas. Entre os 15 e os 30 meses,

a criança suspende espontaneamente a sesta da manhã, mantendo a sesta da tarde, que só abandonará entre os 3 e os 5 anos (SPP, 2017).

A SPP (2017), apresenta o número total de horas diárias de sono, de acordo com as recomendações na declaração de consenso publicada pela *American Academy of Sleep Medicine* (AASM):

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

Brazelton e Sparrow (2009) referem que as necessidades médias diárias de sono variam de acordo com a idade, e as crianças são quem mais sente a privação de sono. Na infância, é o período no qual precisamos mais de dormir. Na adolescência, essa necessidade diminui para cerca de 9 horas. Estes autores apresentam as seguintes horas de sono, de acordo com a faixa etária.

- 1) Latentes desde o nascimento aos 3 meses – 20 horas (noite e dia);
- 2) Latentes de 3 a 11 meses – 14 a 15 horas (noite e dia);
- 3) Crianças de 12 a 35 meses – 12 a 14 horas;
- 4) Crianças de 3 a 6 anos – 11 a 13 horas;
- 5) Crianças de 6 a 12 anos – 10 a 11 horas;
- 6) Adolescentes com mais de 12 anos – 9 horas.

Entre os 3 e os 6 anos, as crianças dormem em média 10 a 12h por dia, com ou sem sesta. Nesta faixa etária, a principal mudança é o fim da sesta (Silva et al., 2018).

Entre os 3 e os 6 anos o sono diurno vai desaparecendo de forma progressiva, e o tempo de sono noturno profundo torna-se mais importante (Mendes, 2008).

Um sono insuficiente ou de má qualidade, numa fase precoce da vida, pode comprometer a capacidade de aprendizagem, enquanto que um sono de boa qualidade, é importante para uma saúde e desempenho adequados (Silva et al., 2018).

Os problemas de sono são com frequência subvalorizados, devido ao facto de muitas vezes os profissionais de saúde não abordarem este tema nas consultas de saúde infantil, pressupondo que os pais levantem essa questão de forma espontânea. Contudo verifica-se que o conhecimento dos pais relativamente aos padrões normais de sono ao longo da infância é insuficiente, para que possam reconhecer alguma alteração nestes (Rangel et al., 2015).

As perturbações de sono na criança, podem causar algumas consequências a nível do comportamento, da aprendizagem e até mesmo perturbações de desenvolvimento como hiperatividade, défice de atenção, défice cognitivo, depressão, risco de quedas acidentais e obesidade (Rangel et al., 2015).

Os mesmos autores referem que, além destas complicações nas crianças, estas perturbações podem também trazer consequências para os pais, nomeadamente privação de sono, fadiga, alterações de humor, frustração, podendo afetar o desempenho parental.

Um estudo realizado por Morais et al., (2007), revela algumas das alterações de comportamento como a irritabilidade, desatenção, impulsividade e hiperatividade, podem estar relacionadas com sinais sugestivos de resistência das vias aéreas superiores, nomeadamente o ressonar relacionado com a hiperatividade.

Brazelton e Sparrow (2009) referem que os problemas do sono mais frequentes são: um sono pouco reparador, pouco tranquilo e superficial; terrores noturnos; pesadelos; sonambulismo; enurese noturna; ressonar; apneia do sono; bruxismo; e falar durante o sono.

As perturbações do sono constituem as alterações comportamentais mais frequentes na população pediátrica. Estima-se que a sua prevalência na idade pré-escolar seja entre 20 a 30% (Arriaga, Brito, Gaspar & Luz, 2015). Silva et al. (2018) referem que as perturbações do sono estão presentes em 30 a 40% das crianças em idade pré-escolar.

Os problemas de sono na criança, podem causar impacto no sono dos pais, resultando em fadiga diária e perturbações do humor, que podem afetar o desempenho parental. Deste

modo, torna-se importante a abordagem deste tema, nas consultas de saúde infantil, de forma a prevenir estas perturbações (Mendes et al., 2004).

A pandemia COVID-19, trouxe implicações nas dimensões psicológicas e emocionais para as crianças e adolescentes, uma vez que enfrentaram uma realidade repleta de angústias, medos, incertezas perante as alterações abruptas nas suas rotinas escolares, sociais e familiares. As alterações na rotina de vida diária, trouxeram um aumento significativo das queixas relacionadas com o sono (Departamento Científico de Neurologia, 2020).

Um estudo realizado por Paiva et al. (2021), em que foi analisado o comportamento infantil durante distanciamento social na pandemia de COVID-19, revelou que mais de 50% das crianças do estudo, entre 6 e 12 anos, tiveram algum tipo de alteração no padrão o sono durante o período de distanciamento social.

O tipo de atividades realizadas antes de ir para a cama, pode influenciar o adormecer, assim como interferir na qualidade do sono (Morais et al., 2007).

A redução do número de horas de sono, pode ter efeitos negativos semelhantes às perturbações do sono (Rangel et al., 2015).

Um estudo realizado por Silva et al. em 2018, sobre os hábitos e qualidade do sono a crianças em idade pré-escolar, revela que as crianças que não praticam exercício físico (57%) têm má qualidade do sono. Estes dados revelam que o exercício físico é importante para a melhoria dos padrões de sono, e pode ser usado como uma intervenção não farmacológica.

Segundo a National Sleep Foundation, em 2004, uma pesquisa com pais americanos revelou que, cerca de 31% das crianças em idade pré-escolar, acordam pelo menos uma vez por noite, a chorar ou gritar, necessitando da intervenção e do envolvimento dos pais, 3% acordam duas vezes por noite e 2% acordam três vezes por noite ou mais, tornando assim, os despertares noturnos um dos problemas do sono mais prevalente entre crianças dos 2 aos 5 anos (Coulombe, 2010; Coulombe & Reid, 2011).

Os problemas de sono são frequentes em pediatria, contudo são subvalorizados, e na maioria das vezes resulta da falta de ensinamentos sobre hábitos de sono (Maia & Pinto, 2008).

A higiene do sono consiste em modificar o ambiente do sono, práticas e rotinas dos pais e da criança, favoráveis a um sono de boa qualidade e de duração suficiente. Para além



disso, inclui a prática de atividades no período de vigília, que favoreçam a chegada do momento do sono (Halal & Nunes, 2014).

A higiene do sono refere-se ao “estabelecimento e manutenção de condições adequadas a um sono saudável e efetivo”. Este processo deve ser iniciado logo nos primeiros meses de vida, e na maioria das vezes pode prevenir o desenvolvimento de distúrbios do sono (Nunes, 2002).

Uma adequada higiene do sono, engloba três aspectos essenciais: ambiente, horário e atividades realizadas antes do sono. Primeiramente, o ambiente do sono deve ser escurecido, silencioso e com temperatura adequada. Os horários de dormir e acordar devem ser consistentes e regulares, assim como os da sesta. Deve também existir uma rotina de atividades a realizar antes de dormir (como por exemplo, escovar dentes, ir à casa de banho, contar história e dormir). Poderão também ser utilizados objetos de transição e/ou segurança para a criança (por exemplo chupeta ou boneco). Para além disso, devem evitar-se a visualização de programas de televisão ou histórias que possam amedrontar a criança (Nunes, 2002).



### **3. INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO NA PROMOÇÃO DE UMA HIGIENE DO SONO NA INFÂNCIA**

O sono tem um papel determinante no desenvolvimento da criança, com impacto no seu crescimento, desenvolvimento emocional e comportamental. Para além disto, influencia ainda as funções cognitivas de atenção e aprendizagem. Deste tomo, torna-se fundamental reconhecer atempadamente estas perturbações do sono, de forma a promover a saúde na criança (Oliveira, Carvalho & Oliveira, 2021).

Os distúrbios do sono são subvalorizados pelos pais, levando a dificuldades e atrasos no diagnóstico, por parte dos profissionais de saúde (Oliveira et al., 2021).

A subvalorização das perturbações do sono, por parte dos pais, dificulta o seu diagnóstico e a adesão terapêutica. A educação e o esclarecimento dos pais, deverão ser intervenções a realizar pelos profissionais, ao nível da prevenção primária (Arriaga et al., 2015).

A falta de intervenção ao nível das perturbações do sono, pode levar ao seu prolongamento e agravamento até à idade adulta, podendo vir a existir recurso a terapêutica farmacológica desnecessária. Deste modo, ressalta a importância da abordagem deste tema, nas consultas de saúde infantil, como forma de prevenir ou atenuar estas perturbações. A avaliação dos padrões de sono da criança, é uma oportunidade para avaliar o ambiente da criança, de forma a intervir com a criança e a família, no âmbito da educação de uma boa higiene do sono (Mendes et al., 2004).

O sono é um tema pouco abordado nos CSP. Os profissionais de saúde desempenham um papel fundamental no apoio e educação aos pais, na identificação de problemas do sono das crianças assim como na sua prevenção (Silva et al., 2018), e os enfermeiros têm nas consultas de saúde infantil, a oportunidade de “informar e ajudar os pais a compreender o desenvolvimento dos seus filhos e a prepararem-se antecipadamente para os desafios próprios de cada idade” (Gomes, 2009).

Estas consultas de saúde infantil, nos CSP, devem abordar a rotina e características do sono infantil, com o intuito de informar, corrigir e instruir regras de higiene do sono (Morais et al., 2007).

A DGS reconhece a importância do sono, colocando este tema no PNSIJ, a abordar nos cuidados antecipatórios das consultas de saúde infantil a partir do primeiro mês de vida, considerando a partir dos nove meses, o sono como um estilo de vida saudável. Deste modo, o sono constitui uma área de atenção e intervenção do enfermeiro nas consultas de saúde infantil (Silva et al., 2018).

Durante as consultas de saúde infantil, a abordagem dos cuidados antecipatórios que visa conceder aos pais conhecimentos necessários para um melhor desempenho da função parental, constitui uma prática essencial à manutenção e promoção da saúde e prevenção da doença, nas crianças (Azevedo, Mota & Machado, 2015) e a identificação dos problemas de sono da criança deve servir para ensinar e encorajar os pais com boas rotinas e hábitos de sono (Maia & Pinto, 2008).

A intervenção de um EESIP é fundamental, no acompanhamento do desenvolvimento da criança assim como também na intervenção junto dos pais o mais precocemente possível a fim de prevenir eventuais distúrbios do sono (Gomes, 2009).

A avaliação dos hábitos de sono deve ser realizada nas consultas de saúde infantil, essencialmente quando existe algum problema do sono detetado inicialmente pelos pais (Oliveira et al., 2021).

Alguns comportamentos que podem promover o sono são a redução de fatores estimulantes, como por exemplo alimentos e bebidas que contêm cafeína (refrigerantes, café e chá) (Semedo, 2016).

O facto dos maus hábitos de sono se manterem por muitos anos, requer a intervenção do enfermeiro nas consultas de saúde infantil, no sentido de ensinar rotinas eficazes, e através da sua inclusão nos cuidados antecipatórios, como forma de prevenir as dificuldades e os despertares noturnos frequentes (Maia & Pinto, 2008).

Nos CSP, o EESIP deverá realizar sensibilização para a implementação de estratégias, que visam capacitar os pais para hábitos de higiene das crianças.

A SPP (2017), defende que é da responsabilidade das famílias o cumprimento das regras essenciais para a higiene do sono, tais como:

- 1) promover um horário regular de deitar a criança todos os dias mantendo essa regularidade aos fins-de-semana, com uma diferença máxima de 30 minutos;

- 2) ter uma rotina de deitar estabelecida com um ritual que precede a ida para a cama sempre idêntico (por exemplo: vestir o pijama, lavar os dentes, contar história);
- 3) deitar a criança ainda acordada permitindo o uso de objeto de transição como uma fralda, chucha ou boneco;
- 4) evitar adormecer em local que não a própria cama;
- 5) evitar atividade estimulante antes de adormecer como exercício físico;
- 6) não permitir a utilização de ecrãs (televisão, telemóvel, tablet ou consola de jogos) antes de adormecer.

Ao nível da promoção de condutas de sono saudáveis, Brazelton e Sparrow (2009), defendem que as estratégias para uma higiene do sono dependem da idade da criança e da postura das famílias, mas que ainda assim, existem algumas que são universais, tais como:

- 1) Criar um ritual para marcar o momento de dormir (por exemplo: banho, vestir pijama, jantar, lavar os dentes, ler uma história, chupeta);
- 2) Proporcionar um ambiente calmo e confortável;
- 3) Manter uma luz de presença no quarto;
- 4) Deixar a porta do quarto aberta;
- 5) Permitir o uso de um objeto preferido da criança;
- 6) Manter a calma, não gritar mesmo perante a teimosia da criança;
- 7) Não ceder ao protelar da hora de dormir;
- 8) Deitar a criança sempre à mesma hora e de preferência acordada;
- 9) Alargar os períodos de vigília;
- 10) Não ceder à primeira birra ou choro;
- 11) Ensinar o filho a voltar a adormecer sozinho.



#### **4. ESTÁGIO FINAL EM AMBULATÓRIO PEDIÁTRICO**

O Estágio com Relatório Final prevê um trabalho de campo de 192 horas, atividades de observação, observação participante, entrevistas e análise de documentos existentes e em uso nos serviços. Este trabalho de campo, foi desenvolvido na consulta externa do HTN do Centro Hospitalar Médio Tejo (CHMT), e decorreu ao longo de oito semanas, de 9 de janeiro de 2023 a 28 de fevereiro de 2023.

O CHMT, integra três unidades hospitalares, localizadas em Abrantes, Tomar e Torres Novas, e tem uma área de abrangência que engloba 15 concelhos, servindo uma população de cerca de 251 mil habitantes.

O serviço de pediatria do HTN, onde exerço funções, é constituído pelo serviço de internamento de pediatria médica, serviço de urgência e serviço de ambulatório, onde consta a consulta externa de pediatria e o hospital de dia.

Este serviço de ambulatório realiza consultas de segunda a sexta-feira, das 9h até às 17h, contudo por vezes há alargamento do horário das consultas, mediante disponibilidade do pediatra. As consultas de pediatria realizadas, são: de atendimento rápido, de obesidade, de desenvolvimento, de perturbação de hiperatividade e défice de atenção e de enurese. Para além destas, existem também consultas de especialidade de cardiologia e cirurgia, pedopsiquiatria, psicologia e imunoalergologia.

Ao longo do trabalho de campo, o nosso trabalho foi desenvolvido nas consultas de enfermagem que antecediam as consultas de pediatria.

Durante as consultas de enfermagem realizadas, o nosso foco foram as crianças em idade pré-escolar, de forma a poder realizar a nossa avaliação, e abordando a temática do sono.

A temática do sono, é um dos aspetos que tem vindo a ser cada vez mais abordado na sociedade atual e a causar preocupação nos pais. O contexto pandémico vivenciado até então, e a dificuldade em manter rotinas, gerou grande preocupação nos pais, relacionada com o sono.

Enquanto enfermeira, considero que é importante conhecer os hábitos de sono das crianças e a percepção que os pais têm sobre a importância da higiene do sono, dos seus filhos, de forma a realizar uma promoção da higiene de forma adequada.

Para conhecer os hábitos de sono das crianças, decidimos restringir a faixa etária em estudo, às crianças em idade pré-escolar como já mencionado, pelo facto de ser uma fase de grandes alterações a nível do crescimento e desenvolvimento infantil. Ainda assim, reconhecemos que qualquer que fosse a faixa etária em estudo, traria grandes contributos para a nossa prática profissional.

Num estudo de Lopes et al. (2016), avaliaram-se hábitos e problemas de sono em crianças portuguesas em idade pré-escolar e escolar, e verificou-se que as crianças em idade pré-escolar apresentam mais problemas com o início do sono, a resistência na hora de ir para a cama e com os acordares noturnos, do que as crianças em idade escolar. Estas conclusões afirmam a necessidade de uma intervenção a nível de uma promoção de hábitos de sono adequados, desde uma idade muito precoce.

Das informações obtidas por entrevistas informais com pais e crianças do serviços e enfermeiros resulta que:

- Parece existir uma grande importância atribuída ao sono na infância por todos, desde pais a enfermeiros;
- São reportados pelos pais problemas de sono também em crianças que são seguidas neste tipo de serviço – ambulatório;
- Há necessidade de formação, mais ou menos implícita dos profissionais e pais;
- Justifica-se uma proposta de melhoria das práticas nesta área.

#### 4.1. CONSULTA DE ENFERMAGEM INCLUINDO INFORMAÇÃO SISTEMÁTICA SOBRE “HÁBITOS DE SONO DAS CRIANÇAS EM IDADE PRÉ-ESCOLAR”

Tendo em conta os objetivos do Relatório Final, durante este tempo de trabalho de campo procurámos concretizar dois objetivos em simultâneo:

- Intervir na consulta, colhendo dados sobre hábitos de sono de crianças em idade pré-escolar;



- Analisar o processo e propor medidas de melhoria da consulta em que o sono passe a ser uma variável crítica particularmente em crianças em idade pré-escolar.

Assim, de entre as várias consultas de enfermagem realizadas, ao longo do trabalho de campo, foram realizadas cerca de 35 consultas a crianças em idade pré-escolar.

Nestas consultas a crianças em idade pré-escolar, ao realizar avaliação e ao abordar a temática do sono, desenvolvemos questões sobre hábitos de sono em crianças plasmadas no *Inquérito dos Hábitos de Sono em Crianças Pré-Escolares (IHSCP)*.

O IHSCP foi desenvolvido por Croewell em 1987, e foi traduzido e validado para português por Batista e Nunes (2006). Este questionário avalia os hábitos de sono em crianças com idades compreendidas entre os 2 e os 6 anos, através do inquérito realizado aos pais sobre os hábitos de sono da criança na última semana. São avaliados 17 itens, e as respostas são numeradas de 1 a 4, em que 1 corresponde: facto não ocorrido esta semana; 2 – facto ocorrido 1 a 2 vezes nesta semana; 3 – facto ocorrido 3 a 5 vezes nesta semana; e 4 – facto ocorrido 6 ou mais vezes nesta semana (Anexo I). Os dados são analisados quanto à rotina na hora de ir dormir, ritmicidade e separação afetiva (Batista & Nunes, 2006).

Ao avaliar a rotina na hora de dormir, era questionado se: a criança segue uma rotina na hora de ir dormir, se é colocado na cama por um ou ambos os pais, se adormece sozinho, se adormece na própria cama, e se adormece antes de ir para a cama.

Quanto à ritmicidade, era questionado se: a criança conserva uma rotina na hora de ir para a cama, se acorda pela manhã com horário regular, se faz sesta após o almoço, se acorda durante a noite, se leva mais de 30 minutos para adormecer novamente e se dorme na própria cama toda a noite.

Por último, relativamente aos problemas de separação, era questionado se: a criança leva um objeto de segurança/ transicional para a cama, se expressa medo do escuro após ser colocado na cama, se acorda angustiado por algum sonho ou temor, se necessita da luz acesa enquanto dorme, se chama pelos pais durante a noite, e se vai para a cama dos pais durante a noite.

Para além deste inquérito, foram também colocadas algumas questões que ajudaram a compreender alguns hábitos de sono das crianças assim como a perceção que os pais têm sobre a sua importância (Apêndice I).

Foi questionado a hora de deitar e de acordar durante a semana e durante o fim de semana, com o intuito de perceber se havia uma rotina na hora de deitar ou não. Foi também questionado se a criança dorme em quarto e cama próprio ou se o partilha com alguém (irmãos, pais...), se usa fralda, se utiliza aparelhos eletrónicos antes de ir para a cama.

De forma a avaliar a perceção que os pais têm em relação ao sono dos filhos, foi-lhes questionado como consideram o sono do filho, se tranquilo e reparador ou inquieto e agitado. Para além disso, foi questionado se consideram que o filho tem alguma perturbação relacionada com o sono, e o que poderiam fazer para promover uma melhor higiene do sono.

Após as 35 consultas de enfermagem realizadas, foi possível analisar alguns dados provenientes das avaliações realizadas e descrever sumariamente as intervenções desenvolvidas em face das respostas parentais.

Das 35 consultas realizadas:

- 11 crianças tinham 3 anos;
- 12 tinham 4 anos;
- 12 tinham 5 anos.

Todas elas frequentavam o jardim de infância, à exceção de 2 crianças com 3 anos, que não frequentavam e que estavam em casa com as mães.

Relativamente às horas de sono, verificou-se que a maioria das crianças dorme entre 9 a 11 horas por noite, havendo 2 crianças a dormir menos de 9 horas e 1 criança a dormir 12h por noite. De salientar que estas 2 crianças que dormem menos de 9 horas, não fazem sesta habitualmente, dormindo um número de horas inferior ao aconselhado pela AASM.

O número de horas de sono das crianças durante a semana, é idêntico ao número de horas durante o fim-de-semana, contudo em grande parte delas, a hora de deitar e de acordar é diferente, uma vez que, segundo os pais, aos fins-de-semana têm rotinas diferentes da semana.

Um estudo realizado por Coimbra (2018), revela que as rotinas e horários de sono são diferentes de semana e ao fim de semana, verificando-se que ao fim de semana o acordar e deitar são mais tardios, talvez com o intuito de favorecer o convívio e as relações familiares que não são vivenciadas durante a semana.

Reforçámos na consulta que existe evidência científica de que dormir com qualidade e no número de horas recomendando, está associado a melhores resultados na saúde infantil, nomeadamente ao nível do comportamento e aprendizagem, memória, regulação emocional e qualidade de vida e saúde física e mental (SPP, 2017).

Quanto à sesta, os dados recolhidos das consultas revelam que 22 das crianças já não fazem sesta, 8 fazem sesta diariamente com duração entre 30 minutos a 2 horas, e as restantes 5 crianças fazem sesta apenas ao fim de semana.

Apesar de durante as consultas, a realização de sesta ou não, não ter sido um tema que causasse preocupação nos pais, chegando mesmo a desvalorizar a sua importância, reforçámos que até à idade escolar, a sesta tem um papel significativo no sono das crianças. Vários estudos revelaram a importância da sesta, no desenvolvimento neurocognitivo, nomeadamente no estabelecimento de memória a longo prazo e na capacidade de abstração e de aprendizagem (Ferreira, Dias, Fernandes & Madureira, 2018).

A SPP (2017) revela que, em Portugal, a maior parte das crianças não consegue completar o tempo de sono recomendado para a sua idade. Nas instituições educativas pré-escolares, a prática da sesta é realizada habitualmente até aos 3 anos, mas a partir dessa idade, deixa de ser facilitada ou promovida. A privação da sesta, poderá influenciar a não realização do número de horas diárias recomendadas, constituindo uma problemática da prática clínica.

Se a sesta não for promovida e incentivada nos estabelecimentos pré-escolares, as crianças poderão ficar sujeitas a uma privação de sono crónica, “com consequências para a sua saúde orgânica e mental” (SPP, 2017).

Apesar do sono insuficiente estar ligado a uma variedade de problemas comportamentais, nem todas as crianças têm as mesmas alterações devido a terem um sono mais curto, devido à variabilidade de sono individual (SPP, 2017).

Um dos temas desenvolvidos na consulta de enfermagem, que poderá influenciar o sono de cada criança, foi a utilização de aparelhos eletrônicos antes de adormecer, verificando-se que a maioria das crianças usa estes aparelhos, quer seja televisão, tablet, telemóvel, nos momentos que antecedem o sono.

Para existir uma boa noite de sono, é importante que a utilização de aparelhos eletrônicos antes de dormir seja suprimida. Este tipo de atividades, quer seja ver televisão, jogar computador, usar telemóvel ou tablet, prolonga o estado de vigília e atrasa o sono, prejudicando uma a qualidade e quantidade do sono, podendo estar relacionados com problemas de atenção e hiperatividade (Coelho & Anastácio, 2013).

A visualização de televisão poderá causar alterações na arquitetura do sono, com diminuição de ondas lentas, sono REM e eficiência do sono. A luz do ecrã da televisão, causa uma supressão da secreção de melatonina, principalmente nas crianças, devido ao facto de possuírem um maior diâmetro de pupila, interferindo no ritmo circadiano do sono (Afonso, Silva, Silva & Neto, 2019).

Vários estudos revelam que a visualização de televisão pode estar relacionada com vários problemas do sono, tais como, menor duração do sono, atraso na hora de deitar, maior resistência em ir para a cama, pior qualidade do sono e maior frequência de pesadelos e terrores noturnos (Afonso et al., 2019).

Algumas crianças, segundo os pais, precisam mesmo de dormir com a luz da televisão ligada e alguns deles apenas adormecem com o barulho da televisão.

Alguns pais demonstram ter consciência de que esta utilização é incorreta e deveria ser contida, contudo revelam falta de assertividade em fazer cumprir a sua não utilização, e alguns assumem mesmo ser um facilitismo e uma negociação com o filho, para que posteriormente adormeça.

Adormecer a ver televisão, por vezes é uma prática de facilitação parental, causada pelo facto de as crianças apresentarem resistência em ir para a cama e demorarem a adormecer. Contudo, este facilitismo por parte dos pais, resultará apenas a curto prazo, causando alguma dependência da criança a este estímulo (Afonso et al., 2019).

Quando a criança apresenta este hábito de utilização de aparelhos eletrônicos antes de adormecer, o sono deve ser avaliado de forma mais detalhada, abordando os problemas detetados e tentando corrigi-los. É importante que cada família seja avaliada de forma

individualizada, tendo em conta o seu funcionamento e as suas rotinas, de forma a selecionar as estratégias de intervenção mais eficazes (Afonso et al., 2019).

O facto de abordar sobre este hábito de utilização de aparelhos eletrónicos antes de adormecer, constitui uma forma de rastreio das perturbações do sono (Afonso et al., 2019).

Constatou-se que, os pais quando questionados sobre que hábitos poderiam modificar nos hábitos de sono dos filhos, de forma a promover uma boa higiene do sono, existe uma grande tendência que refere que deveria proibir a utilização de aparelhos eletrónicos antes de dormir, outros referem que não sabem o que poderiam mudar nos hábitos de sono dos filhos. Cerca de 2 mães referiram que gostariam de introduzir o hábito de ler uma história antes de adormecer, e 4 mães referiam que deveriam deixar de adormecer os filhos.

Existe um grande número de pais, que revelou durante as consultas, que o sono dos filhos é inquieto, agitado e que algumas crianças falam muito durante a noite, mas quando questionados se consideram que os filhos têm algum problema relacionado com o sono, respondem que “não” e alguns respondem que “não sabem”.

Os pais nem sempre valorizam as questões do sono ou reconhecem determinados comportamentos como problemáticos, uma vez que têm hábitos, padrões e expectativas próprios, de acordo com as suas normas culturais, étnicas e nível socioeconómico (Afonso et al., 2019).

Relativamente ao desenvolvimento de questões baseado no IHSCP, praticamente a totalidade das crianças, cujos pais foram inquiridos, seguem uma rotina na hora de ir dormir e conservam essa rotina.

As rotinas da hora de dormir assumem grande importância na qualidade de sono e no desenvolvimento de crianças em idade pré-escolar (Santos, 2021).

Os mesmos autores referem que estas rotinas contribuem para a construção de uma relação mais forte e positiva entre a criança e pais, uma vez que promove a sua envolvência nas mesmas atividades, de forma rotineira. A sua implementação depende não apenas das características individuais de cada uma delas, mas também das características das famílias (Santos, 2021).

A existência de rotinas diárias, proporciona ambientes previsíveis e menos stressantes para as crianças. A rotina de dormir deverá ser uma das rotinas familiares diárias, e deverá

caracterizar-se por executar as mesmas atividades, pela mesma ordem, todas as noites antes de irem dormir (Mindell, Li, Sadeh, Kwon & Goh, 2015).

Espera-se que uma rotina de dormir, semelhante a muitas outras rotinas diárias, resulte num sono melhor. Alguns estudos, revelam que a existência de rotinas antes da hora de dormir, estão associadas a menos interrupções do sono, menos despertares noturnos e maior tempo total de sono (Mindell et al., 2015).

Verifica-se que a mais de metade das crianças (24 crianças) avaliadas em consulta, é colocado na cama por um dos pais, e apenas uma pequena parte dessas crianças consegue adormecer sozinha. Os restantes necessitam de ser adormecidos por um dos progenitores. A excessiva presença e o envolvimento dos pais, no adormecimento dos filhos, dificulta o desenvolvimento da capacidade de autorregulação das crianças (Sadeh et al. (2009), como referido por Coimbra, 2018).

Relativamente ao facto de terem quarto próprio, algumas crianças partilham quarto com os irmãos, e cerca de 3 crianças não têm quarto próprio, dormindo no quarto dos pais.

A partir dos seis meses, a partilha do quarto e da cama está desaconselhada, no entanto são muito frequentes as dificuldades de separação nos pais das crianças (Maia & Pinto, 2008).

Nas consultas realizadas às crianças em idade pré-escolar, verificou-se uma grande tendência para os acordares noturnos. Na semana anterior à consulta, a grande maioria das crianças acordou durante a noite, com a frequência de pelo menos entre 1 a 2 vezes por semana.

Num estudo realizado por Coimbra (2018), os pais referem que, a maior parte das crianças que tem despertares noturnos, não consegue voltar a adormecer sem a sua presença. Duas das estratégias mais adotadas pelos pais nesta situação, são levar as crianças para o quarto dos pais ou então um deles fica a dormir no quarto da criança.

Grande parte das crianças, usa um objeto de segurança/ transicional na cama.

Maia e Pinto (2008), referem que o uso de um objeto transicional, pode ser útil e aconselhado, nas crianças que apresentem angústia da separação da figura materna durante o sono.

#### 4.2. MEDIDAS DE MELHORIA DAS PRÁTICAS

Um dos objetivos da realização deste trabalho de campo foi a concretização de uma proposta de medidas de melhoria das práticas clínicas, no serviço de ambulatório de pediatria do CHMT.

Ao serem analisados os dados recolhidos sobre o sono, nas consultas de enfermagem das crianças em idade pré-escolar, foi percebido de que existem falta de hábitos de higiene de sono nas famílias, adequadas a um sono infantil saudável. Deste modo, torna-se imperativo a realização de ensinamentos no âmbito da promoção da saúde e prevenção da doença, nomeadamente promoção de um sono saudável na infância.

Para que haja uma recomendação efetiva de uma higiene do sono, deverá ser realizada uma colheita de dados adequada dos hábitos de sono da criança e da família. A implementação de medidas de higiene do sono, são fundamentais para um sono de qualidade na infância. Estas medidas consistem na mudança de hábitos que não se limitam apenas à criança, mas que envolvem mudanças nas rotinas e hábitos da família (Halal & Nunes, 2018).

O enfermeiro deverá transmitir à criança e à família, estratégias promotoras de um sono saudável, que devem estar adaptadas ao seu estadió de desenvolvimento. Ainda assim, existem estratégias universais, que poderão ser adaptadas: deitar a criança na sua própria cama (quando ainda está acordada), ensinar e incentivar a dormir sozinha, estabelecer horários para ir dormir, manter uma rotina, promover ambiente tranquilo e diminuição do uso de equipamentos eletrónicos (Galvão, Carpenter, Castro & Almeida, 2018).

Quanto mais abrangente for o conhecimento dos pais acerca dos padrões de sono dos filhos, maior é a probabilidade de adotarem estratégias adequadas que promovam uma boa higiene do sono (Galvão et al., 2018).

Os problemas de sono em idade pediátrica são uma preocupação nas consultas de saúde infantil, e muitos são os pais que referem dificuldade no sono dos filhos. Estes problemas de sono nem sempre são valorizados, uma vez que são assumidos como fazendo parte da infância. Grande parte destes problemas, deriva da falta de ensino sobre hábitos de sono (Trindade & Ramos, 2020).

Uma revisão integrativa realizada por Trindade e Ramos (2020), concluiu que os programas de educação poderão ser uma intervenção nos hábitos de sono das crianças, devendo ser considerada como estratégia de promoção de sono saudável na criança. Para além da atuação dos enfermeiros, na comunidade e nos CSP, os hospitais deverão ser também um local privilegiado de atuação, devendo existir uma sensibilização dos enfermeiros para a aquisição de conhecimentos na área de sono, de forma a desenvolver um trabalho efetivo nas consultas de enfermagem.

Para implementar medidas de melhoria das práticas, propõem-se duas fases: uma formação aos enfermeiros e a implementação de *screening* na consulta de enfermagem no ambulatório.

**Formação aos enfermeiros sobre o sono na infância. Este programa tem como ponto de partida a necessidade manifesta de aportar as principais noções sobre sono em idade pré-escolar.**

Para que o enfermeiro consiga realizar ensinamentos no âmbito da higiene do sono, é fundamental que possua conhecimentos sobre a fisiologia do sono, as principais perturbações do sono em idade pediátrica, e sobre as medidas de higiene a adotar, para que durante a sua prática clínica, consiga identificar problemáticas do sono infantil e deste modo, adequar as suas intervenções de enfermagem e os ensinamentos a realizar.

**Quadro 1:** Formação aos profissionais do serviço de pediatria

<b>Duração</b>	16 horas em dois ou três dias
<b>Tema</b>	Promoção da higiene do sono na infância
<b>Público-alvo</b>	Enfermeiros do serviço de pediatria do CHMT



<b>Objetivo geral</b>	- Adquirir conhecimentos sobre o sono.
<b>Objetivos específicos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reconhecer aspetos essenciais sobre a neurofisiologia do sono;</li> <li>- Identificar as funções do sono;</li> <li>- Descrever aspetos críticos sobre a consolidação do sono nas crianças em idade pré-escolar;</li> <li>- Identificar estratégias de promoção da autonomia do sono</li> <li>- Analisar instrumentos de avaliação do sono por forma a uma boa aplicação;</li> <li>- Conhecer alguns distúrbios sono nas crianças em idade pré-escolar;</li> <li>- Conhecer algumas estratégias de capacitação parental nesta área.</li> </ul>
<b>Conteúdos mínimos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Neurofisiologia básica do sono;</li> <li>- Funções do sono;</li> <li>- A consolidação do sono nas crianças em idade pré-escolar;</li> <li>- A promoção da autonomia do sono;</li> <li>- Avaliação dos hábitos e qualidade do sono das crianças em idade pré-escolar;</li> <li>- Principais distúrbios do sono;</li> <li>Estratégias de capacitação parental.</li> </ul>

**Implementação e intervenção imediata na consulta de enfermagem às crianças em idade pré-escolar de um instrumento de rastreio sobre hábitos de sono.**

De posse da informação adequada, analisada e refletida na formação, considera-se que os enfermeiros poderão desenvolver intervenções adequadas a nesta área, nas consultas.

A primeira etapa iniciar-se-á com aplicação sistemática - *screening* – *IHSCP*. Esta é uma versão clínica e de investigação e simples e pouco morosa.

Nesta fase podem recolher-se, por amostragem, pais com as crianças em consulta de ambulatório, a quem será aplicado o instrumento, definindo-se um tempo para uma recolha formal de dados.

Depois desta colheita de dados realizar-se-á uma análise aos mesmos, sendo previsível que fiquemos com um perfil de *hábitos de sono das crianças* nesta faixa etária e utilizadores da consulta de ambulatório.

Posteriormente iniciam-se as consultas com esta informação capacitando os pais para decisões sobre as mudanças a realizar, se se justificar.

Por último verificar-se-ão as consequências das intervenções com um novo *screening*.

## CONCLUSÃO

O presente documento, foi realizado no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, e na unidade curricular “Estágio com Relatório Final”.

A sua elaboração refletiu o percurso formativo ao longo do desenvolvimento de competências do EESIP. Este percurso clínico e formativo, permitiu a aquisição e desenvolvimento das competências do EESIP, ao longo dos vários ensinamentos clínicos.

Todos os ensinamentos clínicos, apresentaram especificidades diferentes, constituindo por isso um desafio, quer pela sua complexidade quer pelo facto de serem ambientes desconhecidos. Cada um dos locais proporcionaram-nos experiências, reflexões e aprendizagens fundamentais ao desenvolvimento e aquisição de competências enquanto EESIP.

Ao longo deste percurso, houve uma temática que emergiu, a temática da higiene do sono na infância, como área crítica de atuação do EESIP, que sustentou a realização do Estágio Final, para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. Este estágio final foi desenvolvido no serviço de ambulatório pediátrico do CHMT.

O sono é uma necessidade biológica e vital, fundamental para o crescimento e desenvolvimento da criança. Os hábitos de sono modificam-se com idade (Maia & Pinto, 2008).

A formação específica em Saúde Infantil e Pediatria traduz a prestação de cuidados de nível avançado, com segurança e competência (Regulamento nº 422/ 2018). O enfermeiro deve atualizar os seus conhecimentos, de forma a fundamentar a sua intervenção e atuação de forma científica, traduzindo-se numa melhoria da qualidade dos cuidados. Deste modo, a sua atuação é mais consistente e válida, quanto maior a sua fundamentação em evidência científica.

Desta forma, ao longo do trabalho foi apresentada evidência científica sobre o sono infantil, suas funções e intervenção do enfermeiro na promoção de uma higiene do sono.

A realização de ensinamentos para a promoção de uma adequada higiene do sono, deverá ser tida em conta na promoção de saúde infantil e na atuação do EESIP durante a sua prática clínica.

Ao longo do trabalho de campo realizado no serviço de ambulatório de pediatria do CHMT, foram recolhidos dados das consultas de enfermagem, e confrontados com revisão bibliográfica, podendo tirar algumas relações relativas ao sono das crianças em idade pré-escolar e identificar alguns focos de atuação relativos às medidas de higiene do sono.

Grande parte das crianças em idade pré-escolar, avaliadas em consulta, possuem hábitos de sono desadequados, tendo por isso uma má higiene do sono. Impera assim, intervenção urgente do enfermeiro.

O EESIP, deve aproveitar as consultas de enfermagem realizadas, para identificar os fatores de risco existentes naquela criança/ família, de forma a promover uma qualidade de sono, detetando precocemente os hábitos de sono inadequados, e desta forma estabelecer um plano de intervenção adequando a cada família. O resultado das suas intervenções, poderá e deverá ser acompanhado de forma permanente, nas próximas consultas de enfermagem.

Estes profissionais de saúde, pela relação que estabelecem com a criança/família, devem aproveitar todos os momentos, particularmente as consultas de saúde infantil, para a identificação de fatores de risco e promoção um sono de qualidade que contribua para o projeto de saúde da criança e/ou efetuar o diagnóstico precoce dos hábitos de sono inadequados, estabelecendo um plano de ação.

O desenvolvimento de cuidados de enfermagem alicerçados na promoção de saúde da criança, utilizando essencialmente a educação para a saúde, é uma área em que o EESIP está habilitado a prestar cuidados de nível avançado com segurança e competência, uma vez que a sua atuação abrangente, intervém nos diferentes contextos onde estão as crianças e famílias, trabalhando em parceria com estes, com intuito de promover o mais elevado estado de saúde, contribuindo também para o aumento da literacia em saúde e a capacitação da família (Trindade & Ramos, 2020).

A intervenção do enfermeiro tem um papel importante na melhoria das competências e na autoconfiança da família, que por sua vez tem influência direta no desenvolvimento infantil da criança.

Por todo o trabalho desenvolvido ao longo do curso de mestrado, consideramos que os objetivos definidos inicialmente, foram atingidos.

Ao longo do percurso foram sentidas algumas limitações. A primeira limitação encontrada, foi o facto de o percurso formativo realizado para obtenção das competências do EESIP, ter sido realizado há algum tempo, o que exigiu relembrar e analisar o percurso desenvolvido, tendo por base os trabalhos realizados ao longo do ensino clínico. Deste modo, foi possível relembrar as experiências vivenciadas, analisando e refletindo o percurso com sucesso.

Para o estágio realizado no âmbito do curso de mestrado, foi escolhido o serviço de ambulatório do CHMT, por ser uma das valências do serviço onde exercemos funções, e por ser um serviço onde são realizadas inúmeras consultas de pediatria, e de várias especialidades. Este local, revelou-se muito rico em consultas realizadas, sendo um campo de estágio diferente dos que havíamos realizado durante o curso de pós-licenciatura e especialização.

O facto de este estágio possuir um elevado número de horas em contexto clínico, exigiu da nossa parte, organização, dedicação e conciliação com a vida pessoal e profissional, tendo em conta os turnos realizados em contexto profissional e os turnos realizados em contexto de trabalho de campo.

O trabalho realizado neste campo de estágio foi bastante intenso, pelo facto de ser exigido um elevado número de horas, o que em simultâneo com a produção do relatório, requereu muita organização, dedicação e conciliação com a vida pessoal e profissional.

Outra limitação encontrada foi o facto de, apesar de neste serviço serem realizadas inúmeras consultas de enfermagem diariamente, ao longo deste trabalho de campo, apenas foram concretizadas 35 a crianças em idade pré-escolar. Todas as restantes consultas realizadas, não foram incluídas na nossa avaliação sobre os hábitos de sono nem neste relatório, pelo facto de não se enquadrarem na faixa etária pretendida.

A enfermagem requer uma constante atualização de saberes e conhecimento, e cabe ao enfermeiro desenvolver atividades que promovam o desenvolvimento e aplicação das

suas competências. Ao longo deste documento evidencia-se a importância do EESIP na promoção de saúde, nomeadamente promoção de uma higiene do sono na infância.

Sugere-se a continuação de estudos e investigação na área do sono, nomeadamente neste contexto de ambulatório, avaliação das medidas de melhoria de atuação propostas e que se espera que sejam implementadas.

A procura e o investimento no conhecimento constituem importância e relevância não apenas para o desenvolvimento da profissão, mas também para aqueles que usufruem os nossos cuidados. Para os utentes, neste caso específico, criança e família, a atualização e incremento de conhecimentos por parte dos enfermeiros, resultará em cuidados de qualidade crescentes e ganhos em saúde.

Terminada a realização deste relatório de estágio, e após todo o trabalho desenvolvido e conhecimento e competências adquiridas, seguimos, aplicando-os, até porque “*A essência do conhecimento consiste em aplicá-lo, uma vez possuído.*” (Confúcio).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abou-Khadra, M. (2012). Sleep of children living in institutional care facilities. *Sleep Breath, 16*, 887–894 (2012). Doi: <https://doi.org/10.1007/s11325-011-0592-z>.
- Afonso, S., Silva, F., Silva, C., & Neto, A. (2019). Adormecer a Ver Televisão como Fator de Risco para Perturbação de Sono em Idade Escolar. *Gazeta Médica, 2* (6), 83-89. Recuperado de: <http://www.gazetamedica.com/gazetas/14/gazeta14.html#p=30>.
- Aquino, F., Lemos, M., Silva, T., & Christoffel, M. (2008). A produção científica nacional sobre os direitos das crianças hospitalizadas. *Revista Eletrônica de Enfermagem, 10* (3), 796-804. Recuperado de: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/v10n3a25.htm>.
- Arriaga, C., Brito, S., Gaspar, P., & Luz, A. (2015). Hábitos e perturbações do sono: caracterização de uma amostra pediátrica na comunidade. *Ata Pediátrica Portuguesa, 46*, 367-375. Recuperado de: <https://ojs.pjp.spp.pt/article/view/6447/5343~>.
- Augusto, C., Rosário, R., Silva, M., Araújo, B., & Barbieri-Figueiredo, M.C. (2020). Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem, *Crianças com Necessidades Especiais*, (pp.248-263). Lisboa, Portugal: Lidel.
- Azevedo, L., Mota, L., & Machado, A. (2015). Ambiente de sono seguro no primeiro ano de vida. *Nascer e Crescer, 24* (1), 18-23. DOI: <https://doi.org/10.25753/BirthGrowthMJ.v24.i1.8573>.
- Batista, B., & Nunes, M. (2006). Validação para Língua Portuguesa de Duas Escalas para Avaliação de Hábitos e Qualidade de Sono em Crianças. *Journal of Epilepsy and Clinical Neurophysiology, 12*(3), 143-148. Recuperado de: <https://www.scielo.br/j/jecn/a/gVm9F5qQKRh6Dp6RC4LPDmC/?lang=pt&format=pdf>.
- Baptista, A., Quintas, C., Baltar, P., Alves, R. Lavrador, V. & Silva, T. (2020). Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem, *O Jovem*, (pp.194-216). Lisboa, Portugal: Lidel.

- Batalha, L. (2016). Avaliação da dor (Manual de Estudo - Versão 1). Coimbra, ESEnfC  
Recuperado de:  
[file:///C:/Users/Melanie/Downloads/Manual%20de%20%20avalia%C3%A7%C3%A3%20da%20dor%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Melanie/Downloads/Manual%20de%20%20avalia%C3%A7%C3%A3%20da%20dor%20(1).pdf)
- Batalha, L. (2021). Cuidados Paliativos Pediátricos (Manual de Estudo - Versão 2). Coimbra, ESEnfC.
- Batalha, L. & Mendes, V. (2013). Adaptação cultural e validação da versão portuguesa da Escala Face, Legs, Activity, Cry, Consolability – Revised (FLACC-R). *Revista de Enfermagem Referência*, 3 (17), 7-17. Recuperado de:  
<https://www.redalyc.org/pdf/3882/388239970005.pdf>.
- Braam, W., Didden, R., Smits, M., & Curfs, L. (2008). Melatonin treatment in individuals with intellectual disability and chronic insomnia: a randomized placebo-controlled study. *Journal of Intellectual Disability Research*, 52 (3), 256-264.  
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2007.01016.x>.
- Brazelton, T., & Sparrow, J. (2009) -*A Criança e o Sono – O Método Brazelton*, (5ª Ed.), Lisboa, Editorial Presença.
- Charepe, Z. (2020). Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem, *A Criança e o Jovem com Doença Crónica ou Incapacitante*, (pp. 231-237). Lisboa, Portugal: Lidel.
- Coelho, S., & Anastácio, Z. (2013). Sono, saúde e aprendizagem em crianças do 1.º ciclo do ensino básico. *CIEC, Instituto de Educação – Universidade do Minho, Braga, Portugal*, 1-21. Recuperado de:  
<https://hdl.handle.net/1822/27772>.
- Coimbra, E. (2018). *Sono em Crianças Pré – Escolares Perceções de Pais d Educadores* (Dissertação de mestrado). Instituto Politécnico de Lisboa, Escola Superior de Educação de Lisboa, Portugal.
- Commission for Case Manager Certification, s.d. Recuperado de:  
<https://ccmcertification.org/about-ccmc>.
- Coulombe, A., 2010. *Parenting at Midnight: Measuring Parents' Thoughts and Strategies to Help Young Children Sleep Through the Night*. (Dissertation). The University of Western Ontario, Canada. Recuperado de:  
<https://ir.lib.uwo.ca/cgi/viewcontent.cgi?article=1128&context=etd>.



- Coulombe, J., & Reid, G. (2011). Agreement With Night-Waking Strategies Among Community Mothers of Preschool-Aged Children. *Journal of Pediatric Psychology*, 37(3), 319–328. Doi:10.1093/jpepsy/jsr099.
- Decreto-Lei n° 298/2007 de 22 de agosto. *Diário da República n°161/ 2007 – I Série*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.
- Decreto-Lei n°28/2008 de 22 de fevereiro. *Diário da República n°38/2008 – I Série*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.
- Decreto-Lei n°281/2009 de 6 de outubro. *Diário da República n°193/2008 – I Série*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.
- Decreto-Lei n.º 118/2014 de 5 de agosto. *Diário da República n.º 149/2014 I Série*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.
- Decreto-Lei n.º 73/2017 de 21 de junho. *Diário da República n.º 118/ 2017 – I Série*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.
- Departamento Científico de Neurologia (2020). A Assistência Neuropediátrica em Tempos de Pandemia. *Sociedade Brasileira de Pediatria*, 2, 1-10. Recuperado de: [https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/22801cDCAssist\\_Neurpediatria\\_em\\_tempos\\_de\\_pandemia.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/22801cDCAssist_Neurpediatria_em_tempos_de_pandemia.pdf).
- Deodato, S. (2020). Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem, *O Direito Aplicado no Cuidado à Criança, Jovem e Família*, (pp.58-64). Lisboa, Portugal: Lidel.
- Direção Geral da Saúde (2010). *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças*. Norma 14/2010. Lisboa, Portugal.
- Direção Geral da Saúde (2011). *Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q)*. Norma 17/2011. Lisboa, Portugal.
- Direção Geral da Saúde (2011). *Maus Tratos em Crianças e Jovens – Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção*. Lisboa, Portugal. Recuperado de: [https://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/ficheiros-externos/doc-guia\\_maus-tratos\\_2-marco-2011-12h-pdf.aspx](https://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/ficheiros-externos/doc-guia_maus-tratos_2-marco-2011-12h-pdf.aspx).
- Direção Geral da Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil de Juvenil*. Lisboa, Portugal. Disponível em: <https://www.dgs.pt/pns-e-programas/programas-de-saude/saude-infantil-e-juvenil.aspx>.

- Ferreira, M., Dias, I., Fernandes, L., & Madureira, N. (2018). Sesta em idade pré-escolar – realidade em infantários da região Centro de Portugal. *Nascer e Crescer*, 27 (2), 88-92. Doi: <https://doi.org/10.25753/BirthGrowthMJ.v27.i2.10389>.
- Figueiredo, M., & Martins, M. (2010). Avaliação Familiar: Do Modelo Calgary de Avaliação da Família aos Focos da Prática de Enfermagem. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 9 (3), 552 – 559. Doi: 10.4025/ciencucuidsaude.v9i3.12559.
- Gaíva, M., Marquesi, M., & Rosa, M. (2010). O sono do recém-nascido internado em unidade de terapia intensiva: cuidados de enfermagem. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 9 (3), 602-609. Doi: 10.4025/ciencucuidsaude.v9i3.12561.
- Galvão, D., Carpenter, A., Castro, P., & Almeida, T. (2018). Promoção do Papel Parental nos Comportamentos de Sono de Crianças até aos Cinco Anos de Idade. *Revista de Psicologia INFAD*, 1 (2), 337-346. Doi: <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2018.n1.v2.1238>.
- Gomes, C. (2009). Cuidar do Sono do Bebê. *Revista de Enfermagem Referência*, 2 (9), 69-77. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388239956008>.
- Gomes, I., Queiroz, M., Bezerra, L., & Souza, N. (2012). A hospitalização no olhar de crianças e adolescentes: sentimentos e experiências vivenciadas. *Cogitare Enfermagem*, 17 (4), 703 – 709. Doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v17i4.30378>.
- Grupo de trabalho do gabinete do secretário de estado adjunto do Ministro da Saúde (2014). *Cuidados Paliativos Pediátricos*. Recuperado de: [https://www.spp.pt/UserFiles/file/Comissoes\\_SPP/RelatOrio%20do%20GdT%20de%20CPP.pdf](https://www.spp.pt/UserFiles/file/Comissoes_SPP/RelatOrio%20do%20GdT%20de%20CPP.pdf).
- Halal, C., & Nunes, M. (2014). Education in children's sleep hygiene: which approaches are effective? A systematic review. *Jornal de Pediatria*, 90 (5), 449 – 456. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.jped.2014.05.001>.
- Halal, C., & Nunes, M. (2018). Organização e higiene do sono na infância e adolescência, *Residência Pediátrica*, 8 (1), 45-48. Doi: 10.25060/residpediatr-2018.v8s1-08.
- Heleno, S. (2013). Cuidados Paliativos em Pediatria. *Revista Evidências*, 41-49. Recuperado de: <http://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/10233/2/7..pdf>.

- Internacional Council of Nurses. (2018). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Cipe*. Lisboa, Portugal. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: [https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/icnp-Portuguese\\_translation.pdf](https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/icnp-Portuguese_translation.pdf).
- Jan, J., & Freeman, R. (2004). Melatonin therapy for circadian rhythm sleep disorders in children with multiple disabilities: what have we learned in the last decade?. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 46 (11), 776-782. Doi: <https://doi.org/10.1017/S0012162204001331>.
- Lei n.º 147/1999 de 1 de setembro. *Diário da República n.º 204/ 1999. I Série*. Ministério Público. Lisboa, Portugal.
- Lei n.º 52/2012 de 5 de setembro. *Diário da República n.º 172/ 2012. I Série*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.
- Lopes, A., 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. *Revista de Pediatria de Centro Hospitalar do Porto: NASCER E CRESCER*, 25(4), 211-216. Recuperado de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/nas/v25n4/v25n4a03.pdf>.
- Lopes, N. (2012). *Parceria nos cuidados à criança nos serviços de Pediatria: perspetiva dos enfermeiros* (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal.
- Maia, I. & Pinto, F. (2008). Hábitos de Sono. *Revista do Hospital de Crianças Maria Pia: NASCER E CRESCER*. 17 (1). 9-12 Disponível em: [http://repositorio.chporto.pt/bitstream/10400.16/1132/1/HabitosDeSono\\_NeC\\_17-1\\_WEB.pdf](http://repositorio.chporto.pt/bitstream/10400.16/1132/1/HabitosDeSono_NeC_17-1_WEB.pdf).
- Mariotti, P., Marca, G., Iuvone, L., Vernacotola, S., Ricci, R., Mennunl, G., Mazza, S. (2003). Sleep disorders in Sanfilippo syndrome: A polygraphic study. *Clinical EEG and Neuroscience, Electroencephalogr.* 34 (1), 18–22. <https://doi.org/10.1177/15500594030340010>
- Martins, T., & Silvino, Z. (2009). Falhas infusionais no uso do cateter venoso periférico em pediatria: revisão integrativa. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 8(1). Recuperado <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.16764285.2009.1953/4>

- Mendes, L., Fernandes, A., & Garcia, F. (2004). Hábitos e perturbações do sono em crianças em idade escolar. *Ata Pediátrica Portuguesa*, 35, 314 – 347. Recuperado de: <http://cptul.orgfree.com/SonoA.pdf>
- Mendes, R. (2008). A Criança, o sono e a escola. *Revista de Enfermagem Referência*, 2 (7), 7-19. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388239954001>.
- Mendes, M., & Martins, M. (2012). Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, 3 (6), 113-121. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388239965015>.
- Mindell, J., Li, A., Sadeh, A., Kwon, R., & Goh, D. (2015). Bedtime Routines for Young Children: A Dose-Dependent Association with Sleep Outcomes. *Sleep*, 38 (5), 771-722. Doi: <https://doi.org/10.5665/sleep.4662>.
- Mindell, J., & Owens, J. (2015). *A clinical guide to pediatric sleep: Diagnosis and management of sleep problems* (3ª ed.). Filadélfia, PA: Wolters Kluwer.
- Monteiro, A. & Cerqueira, C. (2020). Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem, *Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey* (pp.33-38). Lisboa, Portugal: Lidel.
- Morais, S., Veiga, Z., & Estevão, H. (2007). Hábitos e perturbações do sono numa população pediátrica de Coimbra. *Saúde Infantil*. 29 (1), 15-22.
- Nunes, M. (2002). Distúrbios do sono. *Jornal de Pediatria*, 78 (1), 63-72. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0021-75572002000700010>.
- Nunes, L. (2020). Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem, *Ética no Cuidado à Criança, Jovem e Família*, (pp.66-79). Lisboa, Portugal: Lidel.
- Oliveira, D., Carvalho, C., & Oliveira, S. (2021). Hábitos e Perturbações do Sono numa População Pediátrica. *Gazeta Médica*, 2 (8), 87-93. Doi: <https://doi.org/10.29315/gm.v8i2.432>.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Guias orientadores de boa prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Lisboa, Portugal.
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guia orientador de boa prática - estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Cadernos OE. Lisboa, Portugal. Ordem dos Enfermeiros.

- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Lisboa, Portugal.
- Pádua, A., Silva, J. & Contreiras, S. (2020). Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem, *A Criança e o Jovem Vítimas de Maus-tratos*, (pp.273-281). Lisboa, Portugal: Lidel.
- Paiva, E., Silva, L., Machado, M., Aguiar, R., Garcia, K., & Acioly, P. (2021). Comportamento infantil durante o distanciamento social na pandemia de COVID-19. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74 (1). Doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0762>.
- Pedrosa, C., Cruz, G., & Pereira, S. (2004). Hábitos e Perturbações do Sono de uma População Infantil de Vila Nova de Gaia. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 4 (35), 323-328.
- Pereira, M., Levy, L., Matos, M., & Calheiros, J. (2008). Influência da correção da pega no sucesso do Aleitamento Materno: resultados de um estudo experimental. *Revista de Enfermagem Referência*, 2 (6), 27-38. <https://www.indexf.com/referencia/2008pdf/062738.pdf>.
- Piazza, C. C., Fisher, W., Kieseewetters, K., Bowman, L., & Moser, H. (1990). Aberrant sleep patterns in children with the rett syndrome. *Brain and Development*, 12 (5), 488-493. [https://doi.org/10.1016/S0387-7604\(12\)80213-0](https://doi.org/10.1016/S0387-7604(12)80213-0).
- Portaria nº66/2018 de 6 de Março. *Diário da República nº42/2008 – I Série*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.
- Rangel, M., Baptista, C., Pitta, M., Anjos, S., & Leite, A. (2015). Qualidade do sono e prevalência das perturbações do sono em crianças saudáveis em Gaia: um estudo transversal. *Revista Portuguesa de Medicina Geral Familiar*. 31, 256-264. Doi:<https://doi.org/10.32385/rpmgf.v31i4.11553>.
- Regulamento n.º 422/2018 de 12 de julho. Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Diário da República nº 133/2018 – I Série*. Ordem dos Enfermeiros, Lisboa, Portugal.
- Regulamento nº 140/ 2019, de 6 de fevereiro. *Diário da República nº 26/ 2019 – II Série*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.

- Reigada, C., Ribeiro, J., Novellas, A., & Pereira, J. (2014). O Suporte à Família em Cuidados Paliativos. *Textos e Contextos*, 13 (1), 159-169. Recuperado de: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/index.php/fass/article/view/16478/11761>.
- Ribeiro, M., & Sani, A. (2009). Risco, proteção e resiliência em situações de violência. *Revista da Faculdade de Ciências Sociais do Porto*, 400-407. Recuperado de: <https://bdigital.ufp.pt/handle/10284/1294>.
- Salavessa, M., & Vilarica, P. (2009). Problemas de Sono em Idade Pediátrica. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 25 (5), 584-591. Doi: <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v25i5.10676>.
- Santos, A. (2021). *Rotinas da hora de dormir de crianças em idade pré-escolar: Estudo exploratório de validação da versão portuguesa do Bedtime Routines Questionnaire*. (Dissertação de mestrado). Universidade da Beira Interior, Portugal.
- Semedo, E. (2016). *10 Mandamentos para a Criança: Do nascimento aos 12 anos de idade*. Recuperado de: <https://worldsleepday.org/wp-content/uploads/2015/09/WSD-2016-Resources-10-Commandments-for-Children-PT.pdf>.
- Silva, F. (2014). *Hábitos e problemas do sono das crianças dos 2 aos 10 anos* (Tese de doutoramento). Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa, Portugal.
- Silva, E., Simões, P., Macedo, M., Duarte, J., & Silva, D. (2018). Perceção parental sobre hábitos e qualidade do sono das crianças em idade pré-escolar. *Revista de Enfermagem Referência*. 4 (17), 63-72. Doi: <https://doi.org/10.12707/RIV17103>.
- Silva, E., Macedo, M., Simões, P., Duarte, J., Silva, D., & Ferreira, M. (2018). Perspetiva dos pais sobre as perturbações do sono das crianças em idade pré-escolar. *Revista Portuguesa de Saúde Mental*, 6, 39-45. Doi: <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0211>.
- Siqueira, L., Sigaud, C., & Rezende, M. (2002). Fatores que apoiam e não apoiam a permanência de mães acompanhantes em unidade de pediatria hospitalar. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 36(3), 270 – 275. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420020003000090>.
- Sociedade Portuguesa de Pediatria (2017) - Recomendações SPS-SPP: Prática da Sesta da Criança. Recuperado de: [http://www.spp.pt/UserFiles/file/Noticias\\_2017/VERSAO%20PROFISSIONAIS%2](http://www.spp.pt/UserFiles/file/Noticias_2017/VERSAO%20PROFISSIONAIS%2)

ODE%20SAUDE\_RECOMENDACOES%20SPS-  
SPP%20SESTA%20NA%20CRIANCA.pdf.

- Stickland, A., Clayton, E., Sankey, R., & Hill, C. (2016). A qualitative study of sleep quality in children and their resident parents when in hospital. *Archives of Disease in Childhood*, 101, 1-6. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/archdischild-2015-309458>.
- Tavares, P. (2008). *Acolher brincando: a brincadeira terapêutica no acolhimento de enfermagem à criança hospitalizada* (Dissertação de mestrado). Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Portugal.
- Teixeira, M. (2019). *Qualidade do sono das crianças e adolescentes internados em unidades pediátricas* (Dissertação de mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal.
- Trindade, C., & Ramos, L. (2020). Influência dos programas de educação sobre o sono de crianças e adolescentes: revisão integrativa. *Acta Paulista de Enfermagem*, 33, 1-9. Doi: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2020AR01936>.
- Valadares, M., Mota, J., & Oliveira, B. (2013). Cuidados paliativos em pediatria: uma revisão. *Revista Bioética*, 21 (3), 486-493. Recuperado de: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/Q7SWqdcBqpDDkWLfrpstP7C/?lang=pt&format=pdf>.
- Zucconi, M., & Bruni, O. (2001). Sleep disorders in children with neurologic diseases. *Seminars in Pediatric Neurology*, 8 (4), 258-275. <https://doi.org/10.1053/spen.2001.29477>.





## **ANEXOS**



## ANEXO I

### Inventário dos Hábitos de Sono para Crianças Pré-escolares

Para cada um dos 17 itens seguintes marque, com uma cruz, num dos quadrados, numerados de 1 a 4, de acordo com a legenda abaixo. Responda a todas as afirmações o melhor que puder. Não existem respostas certas ou erradas. O questionário avalia os hábitos de sono da criança na última semana e deve ser respondido por um dos pais da criança, que coabite com a criança.

- 1 - Facto não ocorrido nesta semana
- 2 - Facto ocorrido 1 a 2 vezes por semana
- 3 - Facto ocorrido 3 a 5 vezes por semana
- 4 - Facto ocorrido 6 ou mais vezes por semana

	1	2	3	4
<b>Rotina na hora de dormir</b>				
• Segue uma rotina na hora de ir dormir				
• É colocado na cama por um ou ambos os pais				
• Adormece sozinho				
• Adormece na sua própria cama				
• Adormece antes de ser colocado na cama				
<b>Ritmicidade</b>				
• Conserva uma rotina na hora de ir para a cama				
• Acorda pela manhã em horário regular				
• Faz sesta após o almoço				
• Acorda durante a noite				
• Leva mais de 30 minutos para dormir novamente				
• Dorme na própria cama toda a noite				
<b>Problemas de separação</b>				
• Traz um objeto de segurança/ transicional para a cama				
• Expressa medo do escuro após ser colocado na cama				
• Acorda angustiado por sonho ou temor				
• Necessita de luz acesa enquanto dorme				
• Chama pelos pais durante a noite				
• Vai para a cama dos pais durante a noite				



## APÊNDICES



## APÊNDICE I

### Questões complementares ao Inventário dos Hábitos de Sono

#### **“Perceção dos pais sobre importância da higiene do sono na primeira infância”**

##### **Informação sobre a criança**

Data de nascimento da criança: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Sexo: Fem.  Masc.

Frequenta o jardim de infância? \_\_\_\_\_

Responda às seguintes questões relativos ao sono do(a) seu(sua) filho(a).

1. Qual a hora habitual de deitar, durante a **semana**? \_\_\_\_\_

E de acordar? \_\_\_\_\_

2. Qual a hora habitual de deitar, durante o **fim-de-semana**? \_\_\_\_\_

E de acordar? \_\_\_\_\_

3. Faz a sesta? Qual a duração? \_\_\_\_\_

4. Dorme sozinho(a), em quarto e cama próprio? \_\_\_\_\_

5. A criança usa fralda durante o sono? \_\_\_\_\_

6. Utiliza aparelhos eletrónicos (tablet, telemóvel) antes de adormecer? Se sim, quais?

\_\_\_\_\_

7. Considera que o(a) seu(sua) filho(a) tem um sono tranquilo e reparador? Ou um sono inquieto e/ou agitado?

\_\_\_\_\_

8. Considera que o(a) seu(sua) filho(a) tem algum problema relacionado com o sono? Se sim, qual?

\_\_\_\_\_

9. O que acha que pode modificar nos hábitos de sono do(a) seu(sua) filho(a), para promover uma melhor higiene do sono?

---

---

10. Considera que o sono é algo importante para a saúde do(a) seu(sua) filho(a)?

---