



**CATOLICA**  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA·PORTO

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

**PROMOÇÃO DE HÁBITOS DE SONO SAUDÁVEIS NA CRIANÇA:  
CONTRIBUTO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA**

**PROMOTING HEALTHY SLEEP HABITS IN CHILDREN:  
SPECIALIST NURSE CONTRIBUTION**

Por Sofia de Figueiredo da Fonseca Santos Silva

Lisboa, 2019





**CATOLICA**  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

**PROMOÇÃO DE HÁBITOS DE SONO SAUDÁVEIS NA CRIANÇA:  
CONTRIBUTO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA**

**PROMOTING HEALTHY SLEEP HABITS IN CHILDREN:  
SPECIALIST NURSE CONTRIBUTION**

Por Sofia de Figueiredo da Fonseca Santos Silva

Sob orientação de Professora Doutora Margarida Lourenço

Lisboa, 2019



*“O segredo da criatividade está em dormir bem e abrir a mente para as possibilidades infinitas.”*

Albert Einstein



## **Agradecimentos**

A todas as pessoas que me apoiaram neste percurso, pela sua compreensão, carinho, incentivo e disponibilidade.

À minha Família e Amigos pelo amor, presença, apoio e paciência infindável.

Às professoras, enfermeiros orientadores e colegas pela orientação e pela partilha de conhecimentos e experiência profissional.

Às colegas de Mestrado, que tive a incrível sorte de conhecer, pelo encorajamento, companheirismo e amizade, ajudando-me a ultrapassar todos os obstáculos.

Por fim, às crianças e famílias, porque sem elas este percurso não teria sido possível.

A todos, o meu sincero Obrigada!



## **Resumo**

O presente relatório de estágio foi realizado no âmbito da Unidade Curricular Estágio Final e Relatório, inserido no Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, ministrado pelo Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa (Lisboa).

O sono tem um papel fulcral no desenvolvimento infantil, sendo fundamental promover a implementação de estratégias de higiene do sono desde o nascimento. A subvalorização da importância do sono por parte dos pais e dos profissionais de saúde conduziu a que esta temática fosse considerada como prioritária de intervenção de Enfermagem e como tal, o tema transversal durante o percurso académico.

Uma vez que um sono adequado está intimamente relacionado com o conforto bio-psico-social da criança, abordou-se a Teoria de Conforto de Kolcaba.

Pretende-se com este trabalho demonstrar o percurso realizado ao longo dos vários contextos de estágio, bem como, analisar os objetivos específicos delineados e atividades implementadas, que lhe permitiram desenvolver competências comuns de Enfermeiro Especialista e fundamentalmente, de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica no âmbito da Promoção do Sono na Criança.

Com o objetivo de mapear na literatura científica as principais estratégias para a promoção de hábitos de sono saudáveis na criança dos 0 aos 12 anos de idade realizou-se uma Scoping Review, com base nos princípios preconizados pelo Joanna Briggs Institute (2015). Foi realizada pesquisa em literatura cinzenta, no motor do Google académico, e na plataforma EBSCO, bem como, em quatro bases de dados eletrónicas – PubMed, Medline, Cinahl e na plataforma B-on.

Durante o período de estágio nos diversos contextos, foram desenvolvidas no âmbito desta temática, as seguintes atividades: Sessão de divulgação/Cartaz informativo/folhetos sobre a promoção de hábitos de sono saudáveis e elaboração de uma Orientação Técnica para a Implementação da hora da sesta no Serviço de Internamento de Pediatria.

Como conclusão, salienta-se a importância da abordagem ao sono da criança, dado que fornece uma oportunidade única, aos enfermeiros, de aprender mais sobre a mesma e

respetiva família. Desta forma, avaliam o ambiente que a rodeia e promovem a adoção de comportamentos potenciadores de saúde, no que concerne a hábitos de sono saudáveis. A intervenção precoce ao nível das perturbações de sono da criança contribui para um adequado desenvolvimento infantil, melhorando a dinâmica familiar e o exercício de papel parental.

**Palavras-Chave:** Criança; Hábitos de Sono; Enfermagem

## **Abstract**

This internship report is inserted in the Master's Course and specialization in Child and Pediatric Nursing, minister by the Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa (Lisboa).

Sleep plays an important role in child development and so that good habits are acquired, it is fundamental to promote the implementation of sleep hygiene strategies from birth. Parents and health professionals tend to undervalue the importance of sleep, which led this theme to be considered as priority of nursing intervention.

Since adequate sleep is closely related to the various contexts of comfort, as defined by Kolcaba, it becomes pertinent to approach Kolcaba's Comfort Theory.

The goal of this work is to demonstrate the course carried out throughout the various stages of the internship, as well as, to analyze the specific aims outlined and related activities, which allowed it to develop common competences of Specialized Nurse and specific of the specialization in Child and Pediatric Nursing, in the scope of the promotion of healthy sleep patterns.

A Scoping review was performed, based on the principles reported by the Joanna Briggs Institute Manual (2015), using bibliographic search in grey literature and in several databases such as: EBSCO, PubMed, Medline, Cinahl and B-on.

During the internship, various activities were carried out such as: Health education sessions/ Informative poster/ brochures promoting healthy sleep habits in children and writing of a technical guideline for the implementation of nap time in the paediatric ward.

In conclusion, the importance of the child's sleep approach is emphasized as it provides a unique opportunity for nurses to learn more about the children and their families. In this way, they evaluate the environment that surrounds them and promote the acquisition of health-enhancing behaviours. Early intervention in child sleep disorders contribute to adequate child development, improving family dynamics and parental role.

**Keywords:** Child; Sleep Habits; Nursing



## **Lista de Abreviaturas e Siglas**

ACES- Agrupamento de Centros de Saúde

APSI- Associação para a Promoção da Segurança Infantil

CIPE- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS- Direção-Geral de Saúde

DR- Diário da República

EE- Enfermeiro Especialista

EESIP- Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica

JBI- Joanna Briggs Institute

NREM- Non- rapid Eye Movement

OE- Ordem dos Enfermeiros

OT- Orientação Técnica

PALOP- Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa

PNSIJ- Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

REM- Rapid Eye Movement

SOP- Serviço de Observação Pediátrica

UCC- Unidade de Cuidados Continuados

UCSP- Unidade de Cuidados Personalizados

UCEFR- Unidade Curricular Estágio Final e Relatório

UCIN- Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UCP- Universidade Católica Portuguesa



## Índice

1. Introdução.....	17
2. Enquadramento Conceptual.....	19
3. Enquadramento Teórico.....	23
3.1. Promoção de hábitos de sono na criança dos 0 aos 12 anos: Scoping Review.....	28
3.2. Apresentação e análise de resultados.....	30
3.3. Discussão.....	32
3.4. Conclusão.....	34
4. Desenvolvimento de Competências.....	35
4.1 Cuidados de Saúde Primários.....	36
4.2 Atendimento Urgente Pediátrico.....	41
4.3 Unidade de Neonatologia.....	46
4.4 Internamento de Pediatria.....	50
5. Conclusão.....	55
6. Referências Bibliográficas.....	57
APÊNDICES.....	69
Apêndice I- Resultados de resposta à questão de Scoping review.....	71
Apêndice II- 1º Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem (Lisboa) “Intervenção especializada: o valor entre a clínica e a academia”.....	77
Apêndice III- Folheto “ Hábitos de Sono Saudáveis na Criança” (UCSP).....	81
Apêndice IV- Folheto “ Acidentes no 1º ano de vida” e Folheto “ Viajar em Segurança”.....	85

Apêndice V- Cartaz Informativo “ 10 Mandamentos do Sono para Crianças (dos 0 aos 12 anos de idade)” (UCSP).....	91
Apêndice VI- Relatório da Sessão de Divulgação” Promoção de Hábitos de Sono Saudáveis na Criança dos 0 aos 2 anos de idade”.....	95
Apêndice VII- Relatório da Sessão de Divulgação” Acidentes no primeiro ano de vida e Segurança rodoviária infantil”.....	133
Apêndice VIII- Recursos na Comunidade.....	175
Apêndice IX- Reflexão Crítica.....	185
Apêndice X- Folheto “ O Sono na Criança”.....	193
Apêndice XI- Folheto “Impacto do Ruído no Sono da Criança, em contexto de Hospitalização”(Atendimento Permanente).....	197
Apêndice XII- Relatório da Sessão de Divulgação” Promoção do Sono na Criança” (UCIN).....	201
Apêndice XIII- Folheto “ O Sono da Criança” ( UCIN).....	241
Apêndice XIV- Relatório de Sessão de divulgação ” Promoção do Sono na Criança com Doença Oncológica.....	245
Apêndice XV- Orientação Técnica.....	291

## ÍNDICE DE FIGURAS E TABELAS

Figura 1- Estrutura Taxonómica do Conforto.....	20
Figura 2- Children Comfort Daisies.....	22
Figura 3- Fluxograma de Scoping review Process.....	31
Tabela 1- Tempo de sono recomendado nas 24h.....	25
Tabela 2- Descritores e operadores booleanos.....	29



## 1. Introdução

O presente relatório de estágio foi realizado no âmbito da Unidade Curricular Estágio Final e Relatório (UCEFR), inserido no Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, ministrado pelo Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa (Lisboa). Quatro contextos de estágio estiveram na base deste relatório:

- 180h de contacto no âmbito da Unidade Curricular “A saúde da criança e família-Vigilância e Decisão Clínica”, numa Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) de um Agrupamento de Centro de Saúde (ACES) da área metropolitana de Lisboa;
- 360h de contacto na UCEFR, subdividindo-se em 115h numa Unidade de Atendimento Permanente Pediátrico, 115h numa Unidade de Neonatologia e 130h numa Unidade de Internamento de Pediatria em três hospitais da área metropolitana de Lisboa.

Pretende-se com este trabalho demonstrar o percurso realizado pela autora ao longo dos diferentes contextos de estágio, bem como, analisar, sob um olhar crítico-reflexivo, os objetivos específicos delineados e atividades implementadas, que lhe permitiram desenvolver competências comuns de Enfermeiro Especialista e fundamentalmente, de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

As competências do EESIP assentam nos cuidados centrados no binómio criança-família e no modelo de parceria de cuidados, em qualquer contexto em que este se encontre e cuja intervenção compreende o período entre o nascimento e os 18 anos de idade. Em crianças com necessidades especiais de saúde, este limite temporal pode estender-se até aos 21 anos ou mais, desde que a transição para a vida adulta seja adequada (OE, 2011). De igual forma, cabe ao EESIP promover o crescimento e desenvolvimento adequado da criança, sob orientação antecipatória à família e conseqüente responsabilização pelas escolhas em saúde; a prestação de cuidados atraumáticos e adequados ao estadió de desenvolvimento da criança; a gestão do seu bem-estar; mobilizar recursos de suporte à família, bem como, detetar e encaminhar situações de risco, contribuindo para a maximização da saúde e para o adequado exercício do papel parental (OE, 2011; Regulamento nº 422/2018, DR, 2018).

O sono tem um papel fulcral no desenvolvimento infantil, influenciando não só a dimensão física e emocional mas também a dimensão cognitiva e de aprendizagem. O impacto da problemática do sono na criança é intensificado pelo efeito na qualidade do sono dos pais, o que afeta conseqüentemente o seu desempenho parental e a dinâmica familiar. As perturbações do sono constituem as alterações comportamentais mais frequentes em Pediatria (Arriaga et.al, 2015) e a subvalorização da importância do sono por parte dos cuidadores/pais e profissionais de saúde (Arriaga et.al, 2015 e Wahyuningrum, 2018), conduziu a que esta temática fosse considerada como prioritária de intervenção de Enfermagem e como tal, o tema transversal durante o percurso académico.

Neste sentido, definiu-se como objetivo geral, transversal aos diversos contextos, desenvolver competências como Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica no âmbito da Promoção de Hábitos de Sono Saudáveis na Criança. Como tal, em cada local de estágio foi efetuado um diagnóstico de situação e conseqüentemente, delineados objetivos específicos e atividades que lhes dessem resposta, através de uma metodologia de projeto.

Uma vez que um sono adequado está intimamente relacionado com o conforto bio-psico-social da criança, torna-se pertinente abordar a Teoria de Conforto de Kolcaba. De acordo com a teórica, conforto representa um resultado imediato, positivo e holístico que permite avaliar a eficácia das intervenções de enfermagem implementadas, centradas na criança e na família, devido à estrutura taxonómica que a caracteriza (Kolcaba, 1995; Kolcaba & DiMarco, 2005).

Este relatório de estágio encontra-se dividido em capítulos. Inicia-se com o enquadramento conceptual que orientou todo o percurso e o enquadramento teórico, que engloba a apresentação de uma scoping review sobre a promoção de hábitos de sono saudáveis na criança. Posteriormente são descritos os diversos contextos de estágio, os objetivos delineados e as atividades implementadas, bem como, as competências adquiridas e desenvolvidas nos domínios de prestação de cuidados, de gestão, de formação e de investigação, tendo por base o Regulamento de Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Regulamento 422/2018, DR, 2018), os objetivos preconizados pela UCEFR e pelo Regulamento Geral do Mestrado em Enfermagem do Curso 2012 (versão 2017). De seguida, apresentam-se as respetivas conclusões deste relatório.

O modelo de referências bibliográficas utilizado foi a American Psychological Association (American Psychological Association, 2013).

## 2. Enquadramento Conceptual

O conceito de **Conforto** está intimamente associado à Enfermagem, sendo a sua origem muito similar à da arte do cuidar. (Apóstolo, 2009). As primeiras referências ao conceito surgiram com Florence Nightingale, enunciando a observação como instrumento de promoção de conforto/saúde e de igual forma, como um objetivo ou resultado de intervenções de enfermagem (Apóstolo, 2009; Kolcaba & Kolcaba, 1991).

Ao longo da história da Humanidade, o conceito assumiu diferentes significados. Pode considerar-se “ um estado ou percepção de consolo, ânimo, coragem, comodidade (...)” ou “ uma ajuda fortalecedora, assistência, socorro, suporte (...) estado ou percepção de alívio (...)” (Oliveira, 2013, p. 5).

De acordo com a Academia de Ciências de Lisboa (2001), o termo conforto tem a sua raiz etimológica no termo latino confortare, que na sua origem significa “forte em conjunto”, e “significa auxílio, apoio numa aflição, numa situação de dor, infelicidade, acto ou efeito de confortar; ajuda, consolação, consolo” (Apóstolo, 2009, p. 62).

Várias foram as teóricas que no percurso da evolução da disciplina de Enfermagem, referenciaram o conforto como um conceito relevante e um objetivo a atingir, com vista à recuperação. Orlando descreveu o conforto como fundamental para satisfazer as necessidades humanas e Peplau enunciou-o como necessidade básica. Da mesma forma, Watson considera-o uma variável controlada pelo enfermeiro, que influencia o desenvolvimento da pessoa e Morse, um termo complexo e intrinsecamente associado ao desconforto (Apóstolo, 2009; Kolcaba & Kolcaba, 1991).

Contudo, Katherine Kolcaba considerou-o como um resultado de intervenções de enfermagem. Neste sentido, desenvolveu a Teoria do Conforto, teoria de médio alcance, que define conforto como “ a condição experimentada pelas pessoas que recebem as medidas de conforto. É a experiência imediata e holística de ser fortalecido através da satisfação das necessidades dos três tipos de conforto, nos quatro contextos da experiência (...)” (Tomey e Alligood, 2002, p.484).

Importa referir, que na sua teoria, Kolcaba define os conceitos metaparadigmáticos como: **enfermagem**, apreciação das necessidades de conforto; **saúde**, funcionamento

ótimo da pessoa; **pessoa**, quem necessita e recebe os cuidados e **ambiente**, qualquer variável que pode ser manipulada pelo enfermeiro para atingir o conforto (Tomey e Alligood, 2002).

Kolcaba, ao verificar a ambiguidade do conceito “Conforto”, analisou a semântica do mesmo, de forma a clarificar a sua aplicabilidade na teoria, na prática e na investigação (Kolcaba & Kolcaba, 1991). Deste estudo, emergiram três categorias de necessidades de conforto relevantes para a enfermagem e cada uma associada a um sentido de conforto: estado, alívio e renovação.

No mesmo ano, publica um artigo onde define **três tipos de conforto**: alívio, condição experienciada pela pessoa quando uma necessidade é satisfeita; tranquilidade, estado de calma e contentamento; e transcendência, condição em que o sofrimento ou o problema é suplantado, aumentando as potencialidades da pessoa através da relação enfermeiro-pessoa (Kolcaba, 1991). Com base no conceito de holismo, definiu **quatro contextos** nos quais o conforto é experienciado: físico, que corresponde às sensações corporais e homeostáticas, como a dor, a fome, a febre e alterações da mobilidade; social, relacionado com as relações interpessoais e familiares, como a tradição cultural e familiar, manutenção de rotinas diárias, problemas financeiros e sociais; psicoespiritual, que deriva da consciência que a pessoa tem de si própria e o significado da vida, como a autoestima e a imagem corporal, a ansiedade, a esperança, o apoio religioso e a oração; e ambiental, relacionado com as condições e influências externas, como a luz, o ruído, a cor, o odor e a privacidade (Kolcaba, 1995; Kolcaba & Dimarco, 2005).

Quando aos quatro contextos se associam os três tipos de conforto, verifica-se a estrutura taxonómica que caracteriza esta teoria (Figura 1), cujo objetivo é simplificar a complexidade do conceito, facilitando a sua interpretação (Kolcaba, 1991).

Figura 1- Estrutura Taxonómica do Conforto

	RELIEF	EASE	TRANSCENDENCE
PHYSICAL			
PSYCHOSPIRITUAL			
ENVIRONMENTAL			
SOCIOCULTURAL			

\*Adaptado de Kolcaba, K. & Fisher, E. (1996)

Na teoria de Kolcaba, os enfermeiros identificam necessidades de conforto que não estão satisfeitas e estabelecem intervenções de enfermagem que darão resposta às mesmas, tendo em conta as variáveis internas e externas intervenientes no processo e a sua probabilidade de sucesso, cujo resultado imediato é o aumento do conforto. Por sua vez, este conforto melhorado está relacionado com a procura e aquisição de comportamentos promotores de saúde, por parte da criança/família, bem como, com melhores resultados institucionais (Kolcaba, 1995; Tomey & Alligood, 2002; Kolcaba & DiMarco, 2005; Khan, 2017). Segundo a Teoria do Conforto, os comportamentos promotores de saúde associados ao aumento do conforto são internos (cura ou regeneração celular/imunitária), externos (processo de recuperação ou estado funcional) e dignidade/serenidade na morte (Kolcaba, 1995; Kolcaba, 2003).

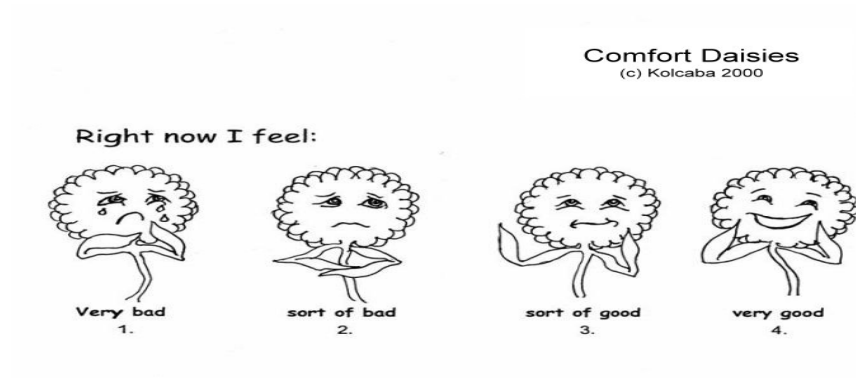
As intervenções de enfermagem promotoras de conforto, estabelecidas por Kolcaba, subdividem-se em três categorias: intervenções “padrão” que mantêm a homeostasia e o controlo da dor; intervenções de ensino, que providenciam informação, confiança, aliviam a ansiedade, promovem a esperança e assentam na escuta ativa; e por fim, as intervenções que permitem que a pessoa/família se sinta cuidada e fortalecida (Kolcaba, 2003; Kolcaba & DiMarco, 2005). Após a sua implementação, o conforto é avaliado objetivamente, através do que é percecionado e comunicado pela pessoa, ou subjetivamente, através da observação do(a) enfermeiro(a) (Kolcaba, 1995).

Em Pediatria, a prevenção do desconforto físico e/ou psicológico é essencial para a criança/família e quando tal não é possível, os mesmos podem ser auxiliados a vivenciar uma experiência parcial de transcendência, através de intervenções de enfermagem como a esperança e o suporte emocional. Quando o enfermeiro aplica os pressupostos da Teoria do Conforto, ele desempenha cuidados de enfermagem únicos, complexos e holísticos à criança no seu contexto familiar (Kolcaba & Dimarco, 2005). Para os autores, o conforto é o resultado desejável imediato que impulsiona a procura de comportamentos promotores de saúde por parte das crianças/famílias. A promoção do conforto é altruísta, prática e satisfatória para a pessoa e para a enfermagem.

São diversos os instrumentos de avaliação do conforto em crianças, devendo a sua escolha, ter em conta o estadio de desenvolvimento da criança e o contexto em que está inserida: como a observação (*Comfort Behaviours Checklist*), o questionamento direto com a utilização de uma escala numérica para a classificação do conforto, a implementação de questionários (*General Comfort Questionnaire*) e um instrumento desenvolvido por Kolcaba (1997) para os cuidados pediátricos, a Escala das Margaridas (*Children's Comfort*

*Daisies*), que consiste na classificação do conforto de acordo com quatro estados e expressões faciais (Figura 2).

Figura 2- Children's Comfort Daisies



\*Adaptado de Kolcaba & DiMarco (2005)

Tendo em conta os questionários de conforto existentes, baseados na Teoria de Conforto de Kolcaba, verificamos que em vários está incluído um item relacionado com o sono (*General Comfort Questionnaire, Radiation Therapy Comfort Questionnaire, Perioperative Comfort Questionnaire, Holistic Comfort Questionnaire*) (Kolcaba, 2003).

Uma vez que um sono adequado e tranquilo só existe quando as necessidades de conforto nos quatro contextos estão satisfeitas, o enfermeiro pode implementar intervenções de enfermagem que visem os três tipos de conforto delineados por Kolcaba (Kolcaba & DiMarco, 2005).

### 3. Enquadramento Teórico

A Ordem dos Enfermeiros (2010) alerta para o facto de que o sono é tão importante para o desenvolvimento global da criança como a alimentação.

O sono é um processo fisiológico com propriedades restaurativas e regulatórias, principalmente ao nível do sistema imunitário. Caracteriza-se pela supressão da atividade perceptiva e da motricidade voluntária, sendo composto por vários estádios e ciclos, associados a um sono mais leve ou mais profundo e a uma maior ou menor atividade elétrica cerebral (Mendes et al., 2004; Cordeiro, 2015). A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), define o sono como “ redução recorrente da atividade corporal, marcada por uma diminuição da consciência, não se manter acordado, em que a pessoa não está alerta, metabolismo diminuído, postura imóvel, atividade corporal diminuída e sensibilidade diminuída mas prontamente reversível a estímulos externos “ (International Council of Nurses, 2011, p. 76).

É importante referir que é durante o sono que a hormona do crescimento, somatotrofina, tem o seu pico, nomeadamente nas primeiras horas do sono profundo, sendo que o cortisol tem o seu pico durante a madrugada, na fase do despertar. De igual forma, é durante a noite que o cérebro faz a gestão dos estímulos recebidos durante o dia, construindo associações de ideias e relações neuronais (Cordeiro, 2015). Para a Sociedade Portuguesa de Pediatria, o sono contribui para a “ (...) renovação celular, produção de hormonas e anticorpos assim como síntese de proteínas e regulação metabólica” (Vasconcelos et al., 2017, p. 2).

Neste sentido, Ibarra-Coronado et al. (2015) referem que alterações aos padrões de sono da criança diminuem as defesas do organismo e aumentam a sua suscetibilidade a infeções (virais, bacterianas ou parasitárias). Os referidos autores, acreditam que existe uma relação bidirecional entre o sono e a imunidade, uma vez que a diminuição do sono global e do sono REM (Rapid Eye Movement) influencia vários componentes do sistema imunitário, como as citoquinas, assim como, os padrões de sono são alterados durante a resposta imunitária.

Segundo Mendes et.al (2004), o sono é composto por ciclos REM (Rapid Eye Movement) e NREM (Non Rapid Eye Movement), distribuídos por cinco fases de sono

distintas: uma fase REM e quatro NREM (numeradas de I a IV). Estas fases sucedem-se umas às outras e repetem-se várias vezes ao longo de uma só noite. Para os referidos autores e Martello (2015), o sono REM ocupa 25-50% do sono total, período em que ocorrem a maioria dos sonhos e pesadelos, diminuindo a sua durabilidade com a idade. Ao nascer, o sono da criança não é influenciado pela alternância do dia e da noite, adaptando-se progressivamente a um novo ritmo circadiano. Cerca das 3 semanas de vida, os ciclos do sono começam a organizar-se (Cordeiro, 2015).

O sono tem um papel fulcral no desenvolvimento infantil, influenciando não só a dimensão física e emocional mas também a dimensão cognitiva e de aprendizagem (Zhang et al., 2019). As perturbações do sono constituem as alterações comportamentais mais frequentes em Pediatria. Entende-se por perturbações do sono qualquer alteração aos padrões desejáveis do sono para a respetiva faixa etária, quer em quantidade quer em qualidade do mesmo (Arriaga et.al, 2015). As perturbações do sono resultam de uma interação complexa entre fatores biológicos, psicológicos, de desenvolvimento da criança, comportamentos intrafamiliares e fatores socioculturais (Lélis et al., 2014). Crispim et al. (2011) referem que as características socioeconómicas do agregado familiar parecem influenciar o sono da criança, no que concerne à hora de deitar e identificaram que as famílias menos diferenciadas são alvo preferencial de intervenção.

Segundo Mendes et al. (2004) as perturbações primárias do sono são divididas entre dissónias e parassónias, sendo estas relacionadas, respetivamente, com alterações na qualidade/quantidade de sono e com alterações comportamentais associadas ao mesmo. As dissónias dividem-se em insónias (quantidade ou qualidade de sono insuficiente), hipersónias (sonolência diurna excessiva apesar de tempo de sono adequado) e distúrbios do ritmo circadiano do sono. Relativamente às parassónias existem vários tipos, como os terrores noturnos, pesadelos, somniloquia, sonambulismo, bruxismo e enurese noturna.

Estudos demonstraram que as perturbações do sono podem influenciar a morbilidade na criança, originando alterações comportamentais, cognitivas e emocionais, que afetam o desenvolvimento da mesma e diminuem a sua qualidade de vida (Arriaga et al., 2015; Oliveira et al., 2015). Crispim et al. (2011) refere uma relação entre a privação de sono e a ocorrência de lesão acidental em crianças, bem como depressão e ideação suicida em adolescentes.

A American Academy of Sleep Medicine publicou recentemente uma declaração de consenso relativa à quantidade de sono necessária para a promoção de uma saúde ótima em crianças e adolescentes, através da análise de artigos científicos por parte de peritos. Assim

sendo, Paruthi et al. (2016) admitem que a duração de sono adequada para cada idade está associada à melhoria da atenção, comportamento, aprendizagem, memória, qualidade de vida, regulação emocional e saúde física e psíquica. Por outro lado, a duração de sono insuficiente está associada ao aumento do risco de acidentes, hipertensão, obesidade, diabetes, depressão, e nos adolescentes, risco de tentativa de suicídio.

A World Association of Sleep Medicine (2011) estabelece um tempo de sono recomendado nas 24h (incluindo sestas) para as diversas faixas etárias, sendo que este diminui com a idade, como se pode observar na seguinte tabela (Tabela 1). As sestas variam de criança para criança e em função da idade da mesma. O recém-nascido precisa de três a quatro sestas por dia, enquanto que aos 6 meses precisa apenas de duas, uma de manhã e outra à tarde. A criança de 15 meses a 30 meses, necessita apenas de uma, maioritariamente à tarde, a qual abandonará entre os 3 a 5 anos. No recém-nascido, a sesta da manhã (prevalece o sono REM) está associada à maturação cerebral, enquanto que, a sesta da tarde (prevalece o sono NREM) está associada à recuperação física e psicológica (Silva et al., 2018).

Tabela 1- Tempo de sono recomendado nas 24h

Tempo de Sono recomendado nas 24h*	
Idade	Sono Necessário
0-3 meses	20h
3-12 meses	14h-15h
1-3 anos	12h-14h
3-5 anos	11h-13h
6-12 anos	10h-11h
12-18anos	8,5h-9,5h

\* Adaptado da World Association of Sleep Medicine (2011)

Para se adquirirem bons hábitos de sono, é necessário promover a sua implementação desde o nascimento, e fundamentalmente na idade pré-escolar/escolar. Desta forma, deve ser estimulado a correta “higiene do sono”, incentivando os pais a insistir na manutenção de um horário fixo de dormir, durante a semana e fim-de-semana; promovendo rituais de calma e descontração nas horas que antecedem o dormir e mantendo um ambiente calmo junto ao quarto da criança (Amaral & Melão, 2016; Allen et al., 2015).

Bons hábitos de sono e “higiene do sono” são termos alternativos para a experiência de um sono saudável (World Sleep Medicine, 2011). Entende-se por “higiene do sono” alterações no ambiente envolvente, bem como, adoção de estratégias e rotinas que promovem uma qualidade e duração adequada do sono da criança (Halal & Nunes, 2014).

Sendo assim, a World Association of Sleep Medicine (2011) estabelece “10 Mandamentos do Sono Para Crianças (dos 0 aos 12 anos de idade):

- Garantir que a criança dorme o tempo adequado para a idade, estabelecendo uma hora regular para deitar (de preferência antes das 21h ou às 21h) e acordar;
- Manter uma hora consistente de dormir e acordar, durante a semana e aos fins-de-semana;
- Estabelecer uma rotina de sono consistente, utilizando roupas confortáveis para dormir;
- Incentivar a adormecer de forma independente;
- Evitar luzes intensas à hora de dormir e durante a noite, aumentando a exposição à luz durante o período da manhã;
- Manter todos os equipamentos eletrónicos fora do quarto (televisões, computadores) e limitar a sua utilização antes de ir dormir;
- Manter horários diários regulares, como por exemplo, o horário das refeições;
- Manter um horário de sesta apropriado à idade;
- Assegurar a prática de exercício físico e de tempo passado no exterior durante o dia;
- Eliminar alimentos e bebidas que contenham cafeína (chá, café, refrigerantes).

O impacto da problemática do sono na criança é intensificado pelo efeito na qualidade do sono dos pais, o que afeta conseqüentemente o seu desempenho parental e a dinâmica familiar (Mendes et al., 2004). Segundo França (2014, p. 6), “ um sono infantil de má qualidade pode duplamente reduzir interações positivas entre pais e filhos, através

da contribuição direta na desregulação emocional e comportamental no contexto da relação pais-filho através da privação de sono sentida pelos pais”, podendo desencadear “ (...) efeitos negativos inclusive na saúde dos pais, como por ex., fadiga durante o dia, problemas de humor e cognição, (...) ansiedade, depressão, problemas cardíacos, uso e abuso de substâncias (...) ” (França, 2014, p.9).

Torna-se relevante definir, antes de mais, o conceito de parentalidade, sendo este a “ ação de tomar conta com as características específicas de assumir as responsabilidades de ser mãe e/ou pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade, quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados (CIPE 2.0) ” (OE, 2015, p.13).

As expectativas e crenças parentais relativamente ao sono infantil são influenciadas pela personalidade e vivências dos pais, pelo meio em que estes se inserem e pela etapa de desenvolvimento da criança (França, 2014). De acordo com Sadeh (2003), a interação entre os pais e a criança na hora de adormecer está associada à qualidade do sono desta última, sendo que quanto mais ativa for a presença dos pais, maior a probabilidade de perturbações do sono.

Em Pediatria, o enfermeiro presta cuidados baseados numa prática centrada no binómio Criança-Família, promovendo tomadas de decisão assentes numa parceria de cuidados entre os pais, a criança e o próprio enfermeiro (Apolinário, 2012). Assim sendo, os cuidados centrados na família percecionam a criança como um todo, inserida numa unidade familiar, que é por si só também alvo dos cuidados, promovendo a sua participação na prestação de cuidados, pela sua capacitação e negociação, contribuindo para que sejam mantidas as rotinas familiares (Apolinário, 2012). A Ordem dos Enfermeiros (2011) define parceria de cuidados, como modelo de cuidados assente no reconhecimento e valorização das competências parentais na arte de cuidar da criança.

O Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, entende a família como “ contexto/mesossistema, sendo os pais os responsáveis pela maioria dos cuidados prestados, não excluindo a importância de pessoas significativas/prestador informal de cuidados, e/ou contextos na vida da criança/jovem (...) ” (OE, 2011, p.13). Desta forma, o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica (2018) preconiza que o EESIP “trabalhe em parceria com a criança e família/pessoa

significativa em qualquer contexto em que esta se encontre (...) para promover o mais elevado estado de saúde possível (...)” (Regulamento nº 422/2018, DR, p. 19192).

. Para Sadeh (2003) e Thoman (2005), a educação dos pais representa uma intervenção preventiva ao nível das perturbações do sono, assim como, Silva et al. (2018) refere que os profissionais de saúde desempenham um papel fundamental no apoio e ensino aos pais face à implementação e aquisição de hábitos de sono saudáveis.

A subvalorização da problemática do sono por parte dos pais e dos profissionais de saúde e, conseqüente falta de intervenção, pode levar ao prolongamento das perturbações do sono até à idade adulta (Mendes et al, 2004; Halal & Nunes, 2014; Silva et al., 2013).

Estudos recentes referem que o número de horas de sono diário identificado em crianças portuguesas, relativamente a crianças de outras nacionalidades, constitui um dado preocupante, visto que as coloca em risco de privação do sono e expostos a todas as conseqüências que essa mesma privação acarreta (Arriaga et al., 2015; Crispim et al., 2011).

Foi com base nesta reflexão que se iniciou a elaboração de uma Scoping Review com base nos princípios preconizados pelo Joanna Briggs Institute (2015), com o objetivo de mapear na literatura científica as principais estratégias para a promoção de hábitos de sono saudáveis na criança dos 0 aos 12 anos de idade. Mais especificamente, esta revisão pretende responder à seguinte questão: Quais são as principais estratégias, a adotar pelos pais, na promoção de hábitos de sono saudáveis na criança dos 0 aos 12 anos de idade?

### 3.1. Promoção de hábitos de sono na criança dos 0 aos 12 anos: Scoping Review

A variabilidade de evidência científica, de objetivos e de questões de revisão reclamam o desenvolvimento de novas abordagens para sintetizar essa mesma evidência (JBI, 2015). A Scoping Review é um desses tipos de abordagem e tem como principais objetivos: mapear a evidência existente numa determinada área; identificar lacunas na evidência existente; clarificar conceitos; examinar como a investigação é conduzida sobre uma determinada área de pesquisa e constituir um exercício preliminar à realização de uma revisão sistemática (JBI, 2015; Munn, 2018).

De acordo, com a estratégia População, Conceito e Contexto (PCC) foram incluídos na Scoping Review estudos que: quanto à população, abordem crianças dos 0 aos 12 anos de idade; quanto ao conceito, abordem a higiene do sono; quanto ao contexto, abordem diversos contextos da prestação de cuidados (cuidados saúde primários, continuados, hospitalares). Relativamente ao tipo de estudos, foram incluídos todos os estudos (primários e secundários) qualitativos, quantitativos e mistos.

A estratégia de pesquisa foi constituída pelas três etapas preconizadas pelo JBI (2015). Numa etapa inicial foi realizada pesquisa em literatura cinzenta, no motor do Google académico, e na plataforma EBSCO, de forma a ter uma visão geral do conhecimento produzido sobre o tema. Numa segunda fase, foi efetuada uma pesquisa em quatro bases de dados eletrónicas – PubMed, Medline, Cinahl e na plataforma B-on no dia 1/06/2018, com recurso aos descritores e operadores booleanos que serão posteriormente apresentados (Tabela 2), e com análise das palavras presentes nos títulos e posteriormente nos resumos dos artigos encontrados, bem como as palavras-chave associadas aos mesmos. Por fim, todas as referências bibliográficas dos estudos identificados foram analisadas para identificar estudos adicionais.

Tabela 2- Descritores e operadores booleanos

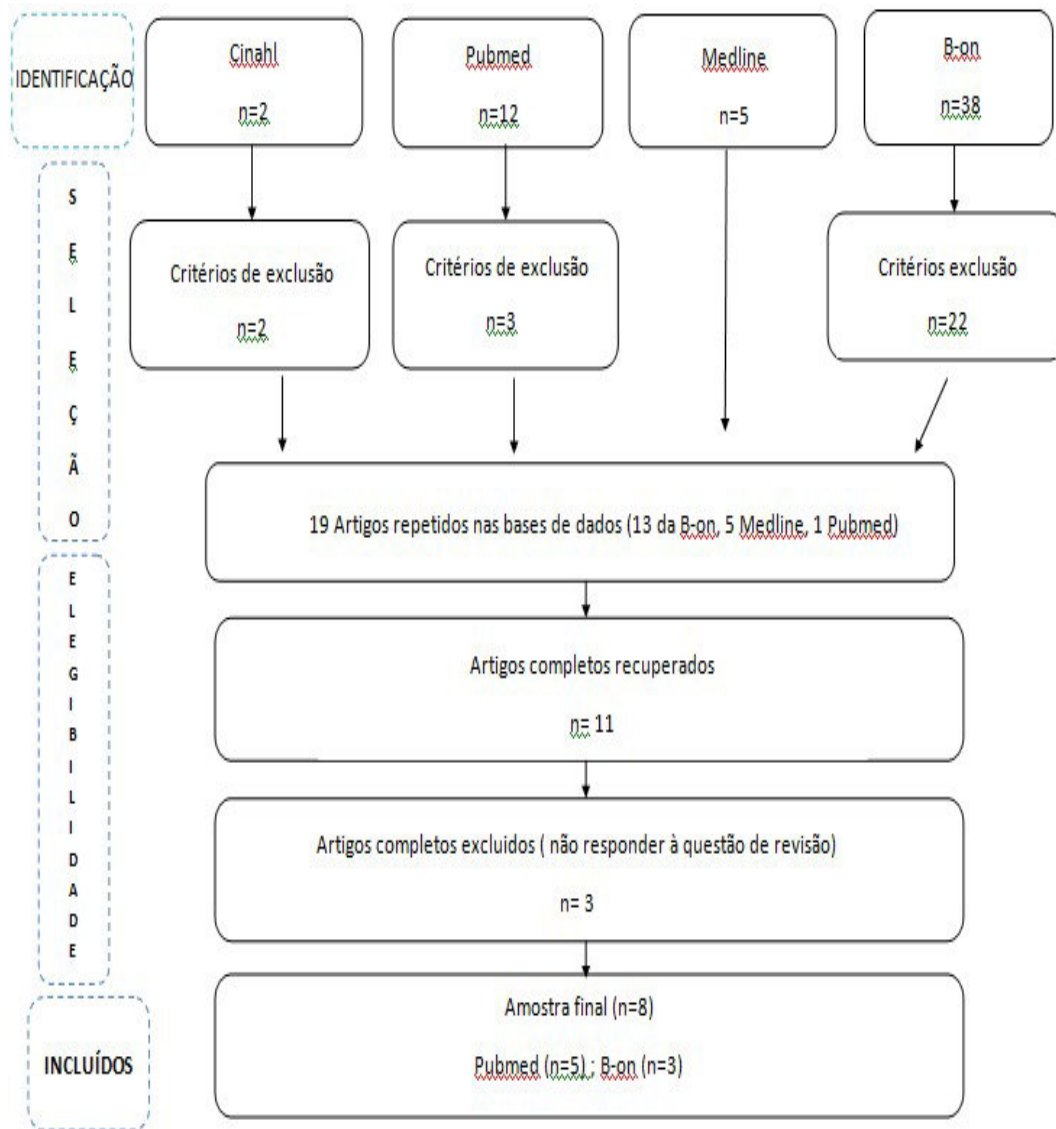
Descritores DeCS (Cinahl)	Sleep Hygiene/higiene do sono; Infant/ Lactente; Preschool/ Pré-escolar Child/ Criança
Descritores MeSH (PubMed e Medline)	Sleep Hygiene/higiene do sono; Infant/ Lactente; Preschool/ Pré-escolar Child/ Criança
Palavras- chave (B-on)	Sleep Hygiene/higiene do sono; Preschool/ Pré-escolar Child/ Criança
Operador Boleano	AND (na conjugação da quatro palavras-chave usadas).

Os estudos foram selecionados de acordo com os critérios de inclusão e exclusão supramencionados. Como critérios de inclusão, foram também utilizados o ano de publicação (2013 a 2018), todas as publicações em regime de acesso livre em *full text* e consideradas como línguas de inclusão os artigos em Português e Inglês.

### 3.2. Apresentação e análise de resultados

Com base na pesquisa realizada, dentro dos critérios pré-definidos, surgiram 12 artigos da Pubmed, 5 artigos da Medline, 2 artigos da Cinhal e 38 artigos da B-on. Na fase seguinte, os artigos encontrados, foram progressivamente excluídos por título, por resumo e por associação a patologias específicas. Após leitura do texto integral dos artigos, foram excluídos alguns por não se adequarem à problemática em estudo. Dos artigos selecionados, 3 artigos são da plataforma B-on e 5 da base de dados da Pubmed. Os 5 artigos da Medline, bem como 13 dos artigos da B-on e 1 artigo da Pubmed, estavam repetidos nas bases de dados. A análise, extração e síntese dos dados foi realizada por dois revisores. Da pesquisa realizada, foram incluídos oito artigos. Foi construído um fluxograma (Figura 3), com os 8 artigos incluídos como amostra final. Os dados relativos aos estudos analisados, nomeadamente objetivo dos mesmos e respetivos resultados, que dão resposta aos objetivos da scoping review e à questão de revisão, serão apresentados no Apêndice I.

Figura 3- Fluxograma de scoping review process \*



\*Adaptado de Moher et al., 2009

Após a análise dos vários estudos seleccionados, verifica-se que estes realçam o impacto da educação para a saúde nos pais, no âmbito da promoção de hábitos de sono saudáveis, capacitando-os de estratégias que contribuirão para desenvolvimento infantil, assim como, para o bem-estar familiar e desempenho parental.

Bathory e Tomopoulos (2017), conjuntamente com Halal e Nunes (2014), referem que uma correta higiene de sono deve ser iniciada desde o nascimento e ao longo de toda a infância, uma vez que as modificações precoces nas rotinas de sono evitam problemas

crônicos. Segundo os mesmos autores, um sono adaptado à idade da criança é essencial para um crescimento adequado.

O contexto sociocultural e económico influencia a duração, os padrões e os hábitos de sono, tendo especial relevância no processo de maturação do mesmo. Nesta ótica, Halal e Nunes (2014) comprovaram que condições socioeconómicas desfavoráveis tendem a influenciar negativamente o sono, assim como, Santos et al. (2016) referem que as crianças de países pouco desenvolvidos aparentam ter maior risco de privação de sono.

Allen et.al (2015) concluíram que horas de deitar e acordar consistentes, rotinas de sono relaxantes, evicção de meios/equipamentos eletrónicos antes de dormir ou no quarto, ambientes envolventes calmos e autonomia na hora de adormecer são práticas fundamentais para uma qualidade/quantidade de sono adequada. De igual forma, Wilson et. al (2015) concluíram que estratégias de higiene do sono consistentes estão associadas a menor resistência no deitar.

Segundo Wahyuningrum et al. (2018), a implementação de estratégias de higiene de sono aumenta a capacidade de aprendizagem nas crianças, assim como, reduz o risco de perturbações do sono. De acordo com o mesmo autor, a educação para a saúde dos pais tem um impacto significativo na promoção de hábitos de sono saudáveis na criança.

### 3.3.Discussão

O sono é um processo fisiológico complexo, influenciado por fatores intrínsecos e socioculturais. Neste sentido, Santos et al. (2016), confirmam o evidenciado nos estudos de Arriaga et al. (2015) e Oliveira et al. (2015), referindo que a privação de sono tem efeitos negativos no desenvolvimento físico e mental da criança, bem como, na aprendizagem, no desenvolvimento cognitivo e comportamental.

Como consolidação do descrito por Allen et al. (2015) e Paul et al. (2016), a World Association of Sleep Medicine (2011) enuncia a importância de uma rotina de sono consistente, promovendo rituais de calma nas horas que antecedem o dormir e um horário de sesta adequado à idade. Uma correta higiene do sono reduz o risco de perturbações do mesmo e deve incluir a realização de atividades no período de vigília que favorecem e propiciam o momento do sono.

No que diz respeito à criação/manutenção de um ambiente calmo e confortável propício a um sono adequado, a presença de dispositivos eletrônicos no quarto ou a sua utilização nas horas que antecedem o deitar, provocam hiperestimulação cerebral e conseqüentemente, alterações do sono (Silva et al.,2018). Diversos estudos analisados referem a importância do ambiente envolvente para o processo de maturação do sono e que a exposição aos meios tecnológicos tem efeitos negativos no mesmo e respectivas rotinas (Halal & Nunes, 2014; Jones & Ball, 2014;Allen et al., 2015; Bathory & Tomopoulos, 2017; Santos et al., 2016).

Halal e Nunes (2014) reforçam o já relatado por Crispim et al. (2011) e Lélis et al. (2014), relativamente à importância das características socioeconômicas do agregado familiar no sono da criança. Nos vários artigos analisados, verificou-se que a duração do sono da criança é influenciada pelo contexto demográfico, ambiente familiar e sociocultural.

Segundo Jones e Ball (2014), os pais que implementam estratégias de higiene do sono, proporcionam uma sensação de segurança e felicidade aos filhos, bem como, uma sensação mútua de bem-estar, uma vez que apresentam padrões de sono adequados e partilham tempo de qualidade. No entanto, as razões parentais para a não implementação das referidas estratégias estão relacionadas com subvalorização da temática, desconhecimento, incapacidade ou inconveniência.

Para Galvão et al, (2018), o elevado conhecimento sobre sono e hábitos de sono saudáveis na criança, permite aos pais a aquisição de estratégias adequadas aos seus filhos e que favorecem comportamentos promotores de saúde. De acordo com os autores, os pais identificam se a duração do sono é adequada mas revelam incapacidade em atestar a sua qualidade. Na perspetiva de Silva et al. (2018), quando as crianças são pequenas, os pais tendem a direcionar as medidas propiciadoras do sono para o conforto e ao longo da infância, direcionam para a promoção da autonomia. No estudo de Mendonça (2014), este enuncia que cabe ao EESIP realizar educação parental relativamente às características de um sono adequado e estratégias a adotar, tendo por base o temperamento da criança. Também compete ao EESIP informar e esclarecer os pais sobre todas as implicações dessas medidas na criança e no seu sono.

### 3.4. Conclusão

Padrões de sonos apropriados podem ser atingidos e perturbações de sono evitadas, ao se promoverem hábitos de sono saudáveis através de uma correta higiene do sono. Estratégias, que vão desde um horário fixo e consistente de deitar e levantar, a um ambiente emocional apropriado e afetivo, à autonomia na hora de adormecer e à satisfação das necessidades da criança durante o dia, contribuem para um sono adequado tanto em quantidade como em qualidade.

O enfermeiro especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, pela sua visão holística do binómio criança/família, pela proximidade ao outro na sua prestação de cuidados, bem como, pelas competências que possui, tem um papel fundamental na identificação de perturbações do sono. Para tal, é necessário que conheça não só a fisiologia do mesmo e suas características, bem como, as boas práticas para um sono adequado, capacitando os pais de conhecimentos e meios de suporte para um desempenho parental eficaz.

Por fim, podemos concluir pela revisão efetuada, a importância fulcral de uma rotina de sono consistente na promoção de hábitos de sono saudáveis na criança, uma vez que, as crianças que foram alvo dessas mesmas práticas apresentaram melhores e constantes índices na qualidade de sono.

Importa referir, que com base na scoping review realizada, foi elaborado um poster e posteriormente apresentado no 1º Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem (Lisboa) “Intervenção especializada: o valor entre a clínica e a academia” (ver Apêndice II), do dia 30 Novembro 2018, dando resposta ao preconizado pelo “Guia de Estágio Final e Relatório” do Curso de Mestrado em Enfermagem da UCP Lisboa.

#### **4. Desenvolvimento de Competências**

De forma a complementar a componente teórica adquirida ao longo do Curso de Mestrado, as unidades curriculares de “A saúde da criança e família- Vigilância e Decisão Clínica” e o “Estágio final e Relatório” proporcionaram a aquisição de competências de EESIP na prática clínica em diversos contextos.

Aliado ao preconizado pelo Regulamento Geral do Curso de Mestrado de 2012 (versão 2017), pela Ordem dos Enfermeiros e pela Direção-Geral do Ensino Superior (Descritores de Dublin), o estudante deve possuir capacidade de : “ Gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial especializada e da sua experiência profissional e pessoal; Produzir um discurso fundamentado, tendo em consideração, diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde da comunidade; Comunicar os resultados da sua aprendizagem clinica e investigação aplicada; Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, numa perspetiva académica avançada e Refletir criticamente e abordar questões complexas da prática profissional, relacionados com a comunidade onde realizou o estágio “ (Guia de Estágio Final e Relatório, 2018, p.6).

Em todos os contextos de estágio foram realizados diagnósticos de situação, definidos objetivos específicos e delineadas atividades específicas que lhes dessem resposta, tendo em conta a temática transversal a todo o percurso académico. O objetivo geral delineado foi desenvolver competências como Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica no âmbito da Promoção de Hábitos de Sono Saudáveis na Criança.

#### 4.1 Cuidados de Saúde Primários

O referido estágio decorreu numa UCSP de um ACES da área metropolitana de Lisboa, no período entre 30 de Abril de 2018 e 16 de Junho de 2018. A referida unidade incorpora, no âmbito da prestação de cuidados à criança/família, as seguintes valências: Vacinação e Consulta de Enfermagem. Relativamente às restantes valências, de Saúde escolar e do Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco, a unidade articula-se com as restantes unidades do respetivo ACES.

A contínua emigração de pessoas provenientes dos PALOP, países da Europa de Leste e refugiados da Síria, faz com que a população abrangida pela UCSP seja caracterizada por uma vasta diversidade cultural/religiosa.

A diversidade socioeconómica e cultural, acima referida, associada ao crescimento demográfico da população repercute-se num número elevado de situações de pobreza e exclusão social, o que dificulta o bem-estar e a integração social das famílias e crianças.

Importa referir que, devido à escassez de recursos humanos, a população alvo da UCSP na área de Saúde Infantil e Juvenil, no que concerne à consulta de enfermagem, são apenas crianças até aos dois anos de idade (em situações de vigilância de saúde), o que gera uma importante lacuna no que diz respeito à vigilância da saúde das crianças, jovens e adolescentes a partir desta idade até à idade adulta.

A consulta de Enfermagem pode ser realizada previamente à consulta médica, por marcação a pedido do utente, por iniciativa da equipa e por marcação e/ou realização oportunista. Em situação de doença existe quase sempre uma resposta imediata, quer presencial ou não presencial (via telefónica). Existe uma forte ligação com a UCC que assegura diversos campos de intervenção, nomeadamente a Visitação Domiciliária após o nascimento, realizando o Diagnóstico Precoce entre o 3º e 6º dia de vida da criança.

Através da observação empírica das consultas de saúde infantil e pediátrica e da entrevista informal realizada à Enfermeira Coordenadora, foi concluído o **diagnóstico de situação** e identificado como área de intervenção: o Sono da Criança; a Adoção de Medidas de Segurança e a identificação de recursos na comunidade que possam contribuir para a saúde da população-alvo.

Segundo o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Regulamento 422/2018, DR), cabe a este a orientação antecipatória às famílias para a maximização do crescimento e desenvolvimento

infantil. Neste sentido, o Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (DGS, 2013) enuncia que os cuidados antecipatórios são um fator de promoção da saúde e prevenção da doença, que permitem facultar aos pais ou prestadores de cuidados, conhecimentos necessários para um desempenho adequado no que diz respeito ao exercício da parentalidade. Com vista a ganhos em saúde nesta população, o referido documento estabelece como objetivos, a escolha de comportamentos promotores de saúde, a deteção precoce de problemas que possam comprometer a vida e a sua qualidade, bem como, o apoio para o exercício adequado das responsabilidades parentais.

O elevado número de pais que desconhecem estratégias para hábitos de sono saudáveis e que referem co-sleeping (dormir junto) nas consultas de Saúde Infantil realizadas, conduziu a que a temática do sono, fosse considerada como prioritária de intervenção de Enfermagem. De acordo com Sadeh (2003), o co-sleeping pode ser uma decisão controversa, contudo, aceite por uma determinada cultura e/ou sociedade. Para o autor, a referida prática tem sido associada a um número mais elevado de despertares noturnos e perturbações do sono, assim como Galvão et al. (2018), refere que a mesma está relacionada com depressão materna e com alterações na dinâmica familiar e do casal.

A carência de conhecimentos verificada e transmitida por parte dos pais e dos enfermeiros, relativamente a medidas de promoção de um sono adequado na criança e nas diversas faixas etárias, vem ao encontro do descrito por diversos autores sobre a subvalorização da temática por parte dos pais e dos profissionais de saúde (Mendes et al, 2004; Silva et al., 2013; Halal & Nunes, 2014; Arriaga et.al, 2015 e Wahyuningrum, 2018). Nesta ótica, Arriaga et al. (2015) enunciam que a “ subvalorização das perturbações dificulta o diagnóstico, a adesão e o envolvimento terapêutico” (Arriaga et al., 2015, p. 373). Mendes et al. (2004) referem inclusivamente no seu estudo, que as perturbações do sono em criança se podem prolongar até à vida adulta, se não forem implementadas intervenções de enfermagem no âmbito da capacitação dos pais para a adoção de hábitos de sono saudáveis.

Durante a Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil verificou-se uma necessidade constante de ensinamentos relativos a medidas de segurança (domésticas e rodoviárias) para prevenção de acidentes, nomeadamente no primeiro ano de vida da criança. Foi observado quase na totalidade das consultas a colocação incorreta da criança no dispositivo de transporte bem como o afastamento, por parte dos pais/cuidadores, da criança posicionada na marquês para procura de fralda/vestuário.

O Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem refere que “ os acidentes (domésticos, viação, afogamento, quedas, asfixia...) são uma causa importante de morte e incapacidade temporária e permanente em crianças e jovens que, associados aos elevados custos pessoais, familiares, sociais e económicos, constituem um grave problema de saúde pública” (OE, 2011, p. 8). Em Portugal, correlacionado com facto de o número de pessoas que morre ser superior ao número de pessoas que nasce, o número de mortes prematuras evitáveis representa um elemento social preocupante. (APSI/DGS, 2011).

Estima-se que os traumatismos e lesões não intencionais, ou seja, acidentes, representem uma das principais causas de morte em crianças na Europa (Relatório de avaliação de segurança infantil em Portugal, 2017). Em Portugal, segundo dados da APSI (2017), entre 1992 e 2015, cerca de 6.000 crianças e jovens morreram na sequência de um traumatismo e/ou lesão não intencional. Da mesma forma, acidentes rodoviários são a principal causa de morte e incapacidade temporária ou definitiva em crianças e jovens, em Portugal (APSI, 2011; Relatório de avaliação de segurança infantil em Portugal, 2017)

O crescente número de hospitalizações na sequência de lesões ou traumatismo constitui um dado crítico em saúde, o que conduz à necessidade emergente de o profissional de saúde/ enfermeiro se antecipar à ocorrência do mesmo. (APSI, 2017)

O enfermeiro que educa para a saúde ao nível da prevenção de acidentes, contribui para a redução da morbilidade, mortalidade e incapacidade infantil (Pinheiro & Pinheiro, 2008).

Após entrevista informal aos diversos enfermeiros que exercem funções na UCSP, estes referiram existir uma lacuna de informação relativamente aos recursos na comunidade passíveis de se articular com a unidade, o que por sua vez, limitava a sua intervenção no que concerne à maximização da saúde da criança e família. É de referir, que a Rede Social do ACES tem como objetivo identificar os principais problemas das suas freguesias, procurando respostas que promovam o desenvolvimento local, potenciando os recursos da comunidade.

Tendo em conta o diagnóstico de situação realizado e o objetivo geral supramencionado, foram definidos como **objetivos específicos**: Promover hábitos de sono saudáveis na criança dos 0-2 anos de idade, sensibilizar os pais e os profissionais de saúde para a prevenção de acidentes no primeiro ano de vida da criança e por fim, realizar levantamento de recursos na comunidade para articulação com a UCSP, com vista à promoção da saúde da população pediátrica abrangida pela mesma.

Neste sentido, foram desenvolvidas as seguintes **atividades**: elaboração de um folheto para os pais sobre a temática do sono e de prevenção de acidentes domésticos e rodoviários (ver Apêndice III e IV); elaboração de um cartaz informativo sobre hábitos de sono saudáveis exposto na sala de espera pediátrica (ver Apêndice V) e realização de sessões de divulgação à equipa de enfermagem/profissionais de saúde sobre as referidas temáticas (ver Apêndice VI e VII). A avaliação das sessões de divulgação foi realizada através da validação com os pais, na consulta, sobre a pertinência do tema, bem como, a aplicação de um questionário aos profissionais de saúde após a sessão de divulgação, cujo resultado pode ser verificado nos respetivos apêndices.

Após avaliação da população abrangente da UCSP e tendo em conta a sua carência socioeconómica, bem como, a diversidade cultural existente, foi elaborado um documento (ver Apêndice VIII) que identifica os recursos na comunidade que dão resposta à problemática referida.

A diversidade socioeconómica e cultural da população abrangida pela UCSP, intrinsecamente associada ao crescimento demográfico da mesma, tem repercussão num número elevado de situações de pobreza e exclusão social, o que dificulta o bem-estar e a integração social das famílias e crianças. Assim sendo, tornou-se pertinente realizar uma reflexão crítica sobre a temática da multiculturalidade e os desafios que a mesma representa para a enfermagem (ver Apêndice IX).

A intervenção dos profissionais de saúde no aconselhamento e ensino às famílias relativamente ao transporte de crianças no automóvel, à adaptação do ambiente doméstico aos sucessivos estadios de desenvolvimento da criança e à aquisição de rotinas diárias e mandamentos para um sono adequado é fundamental para a promoção do conforto nos quatro contextos definidos por Kolcaba (Marques, 2017; Pinheiro & Pinheiro, 2008). Na elaboração e apresentação das sessões de divulgação, bem como, na elaboração dos folhetos entregues aos pais, foi necessário pesquisar evidência científica recente, adquirindo novos conhecimentos e aprofundando os pré-existentes. Neste sentido, foram mobilizadas competências no domínio da gestão de cuidados, pela competência “gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de Enfermagem e seus colaboradores e a articulação” (OE, 2010, p.7) e no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, pela competência “baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento” (OE, 2010, p.10). Relativamente às competências específicas do EESIP, pelas atividades realizadas, foram desenvolvidas competências relacionadas com o “proporcionar conhecimento e aprendizagem de habilidades

especializadas e individuais às crianças/jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências (...)” (Regulamento nº 422/2018,DR, p.19193). O diagnóstico precoce de situações de risco que possam afetar a qualidade de vida da criança, pelo déficit de informação por parte dos pais e dos enfermeiros, permitiu a aquisição de competências no que concerne ao “assistir a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde” (Regulamento nº 422/2018,DR, p.19192). Pela transmissão de orientações antecipatórias às famílias, desenvolveram-se competências relacionadas com “prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem” (Regulamento nº 422/2018,DR p.19194).

Através do olhar crítico e reflexivo sobre a população-alvo da UCSP, foi possível desenvolver competências ao nível da promoção de um ambiente terapêutico e seguro, tendo em conta a sensibilidade e a identidade cultural/espiritual da criança/família (OE,2010).

Uma vez que a experiência profissional até à data do referido ensino clínico, assentava na prestação de cuidados ao adulto e ao idoso, foi necessário adquirir e mobilizar competências comunicacionais, de forma a dar resposta às diferentes etapas do desenvolvimento infantil e à multiculturalidade característica da população-alvo, adaptando o discurso, os ensinamentos e as intervenções a essa mesma diversidade. O reconhecimento da importância do sono para o aumento do conforto, quer seja na idade adulta ou na criança, serviu de base para o desenvolvimento de conhecimentos nesta área.

A prática profissional atual, num Serviço de Pediatria, foi também beneficiada pelas competências desenvolvidas, uma vez que permitiu constatar a importância da interação com a família, indo ao encontro do enunciado por Silva et al. (2018), no que concerne ao empowerment dos pais e ao preconizado pelo modelo de cuidados centrados na família e no modelo de parceria de cuidados.

## 4.2 Atendimento Urgente Pediátrico

O referido estágio foi desenvolvido numa Unidade de Atendimento Urgente Pediátrico de um hospital da área metropolitana de Lisboa, no período entre 3 de Setembro e 5 de Outubro de 2018.

A Unidade de Atendimento Urgente Pediátrico dedica-se à prestação de cuidados médicos urgentes e emergentes a crianças e adolescentes, entre os 0 e os 18 anos de idade. É uma unidade com autonomia funcional, sendo parte integrante do Serviço de Pediatria do respetivo hospital.

Representa um Serviço de Urgência Pediátrica polivalente e funciona 24h por dia, 365 dias por ano. Encontra-se dividida em diversas valências, sendo estas:

- Triagem - A triagem de prioridades implementada utiliza o Sistema de Triagem de Manchester e é realizada por um enfermeiro certificado pelo Grupo Português de Triagem. Os clientes triados como verdes e azuis (pouco urgente e não urgente) e os clientes triados como amarelos (urgentes) são encaminhados para a sala de espera; os clientes triados como laranja ou vermelho (muito urgente e emergente) são encaminhados diretamente para gabinete médico, sala de tratamentos ou sala de reanimação, consoante os cuidados necessários.

- Sala de Tratamentos - onde são efetuadas todas as intervenções técnicas de enfermagem, podendo ser utilizada, caso necessário, como sala secundária de reanimação.

- Sala de terapêutica inalatória e/ou endovenosa - equipada com rampas de ar/oxigénio e vácuo, onde é administrada terapêutica inalatória e endovenosa a crianças em ambulatório.

- Sala de Pequena cirurgia/ Sala de Gessos/ Sala de Especialidade (oftalmologia e otorrinolaringologia).

- Sala de Emergência - para clientes trazidos de ambulância e que necessitem de reanimação inicial e por períodos não superiores a 1 hora.

- Sala de Observação Pediátrica (SOP) - com capacidade para seis clientes em simultâneo, em unidades individuais, cujo internamento é de curta duração (idealmente máximo de 8 h) e com necessidade de monitorização clínica permanente (centralização para uma bancada de monitorização contínua). Desde Abril do vigente ano, partilha

recursos com a Unidade de Cuidados Intermédios Pediátricos, possuindo três unidades cada.

- Sala de Contingência - permite que os clientes sinalizados como portadores de doença globalmente transmissível, evitem circular pelas áreas de espera comuns.

A hospitalização condiciona o equilíbrio da criança, representando um período de grande ansiedade para a própria e para os pais. A alteração das rotinas diárias, a perda de autonomia e a separação do ambiente familiar, bem como, o desconforto e a dor resultantes de lesão corporal, representam alguns dos principais fatores de stress decorrentes da mesma (Diogo et al., 2016).

Relativamente à dinâmica de cuidados intrínsecos à Unidade de Atendimento Urgente Pediátrico, foi observada uma mobilidade frequente e constante de crianças e respetivas famílias, quer pela sua transferência para o serviço de internamento, quer pela alta clínica. Neste sentido, a qualidade/quantidade de sono da criança/família é influenciada por múltiplos fatores, nomeadamente os ambientais, tornando-se difícil estabelecer um ambiente seguro e tranquilizador.

Derivado da observação empírica, discussão e reflexão com os enfermeiros do serviço e enfermeira orientadora, foi realizado o **diagnóstico de situação**, identificando como áreas de intervenção: a importância de um Sono adequado na Criança, em contexto de internamento de curta-duração, bem como, o ambiente envolvente quando internada em Sala de Observação, nomeadamente no que diz respeito ao ruído.

Um sono adequado é tão importante na criança saudável como em situação de doença, quer pelos mecanismos fisiológicos adjacentes quer pelo seu papel ao nível do sistema imunitário, sendo fundamental nos mecanismos de tolerância à dor. Estudos demonstram que as perturbações do sono podem influenciar a morbilidade na criança (Arriaga et al., 2015; Oliveira et al., 2015). De igual forma, a influência das perturbações do sono da criança na qualidade do sono dos pais, pode condicionar o seu desempenho parental, a dinâmica familiar e a sua capacidade de decisão relativa aos cuidados de saúde (Stremmler et al., 2015).

As crianças/famílias recorrem aos serviços de urgência por situação de doença aguda ou crónica agravada, aguardando estabilização do quadro clínico e clarificação de diagnóstico. Dado este contexto, o sono é muitas vezes sujeito a interrupções derivadas da observação médica, da prestação de cuidados, da sucessiva mobilidade de pessoas e, consequentemente da luminosidade e do ruído.

O ruído surge como uma das principais variáveis ambientais responsáveis pela interrupção do sono da criança/família, com consequências ao nível do bem-estar físico, psicológico e emocional dos mesmos. Ao apresentar-se como uma variável modificável, pode-se inferir que, ao ser atenuado, contribui para uma melhor adaptação da criança/pais ao contexto referido (Oliveira et al., 2015).

Relativamente às alterações do padrão do sono influenciadas por fatores externos, a NANDA-I (2015) estabelece como diagnóstico de enfermagem: Padrão de Sono Prejudicado, “Interrupções, limitadas pelo tempo, da quantidade e da qualidade do sono, decorrentes de fatores externos”, designando como um dos influenciadores a “barreira ambiental (p.ex., ruído ambiental, exposição à luz do dia/escurecimento, temperatura/humidade do ambiente, local não familiar)” (NANDA-I, 2015 p.212).

Da mesma forma, a Classificação Das Intervenções de Enfermagem (NIC) estabelece como intervenções ligadas ao diagnóstico suprarreferido: “ Determinar o padrão de sono/vigília; Aproximar o ciclo de sono/vigília no planeamento dos cuidados; Monitorizar/Registar o padrão de sono e as horas de sono; Monitorizar e observar circunstâncias físicas e psicológicas (medo, ansiedade) que interrompam o sono; Adaptar o ambiente (p.ex. iluminação, ruído, temperatura, colchão cama) para promover o sono; Encorajar a estabelecer uma rotina para a hora de dormir para facilitar a transição da vigília para o sono; Facilitar a manutenção de rotinas usuais na hora de dormir, indicadores/promotores de sono e objetos familiares (por ex. cobertor/brinquedo preferido, embalar a criança, usar a chupeta, ouvir histórias); Ajudar a eliminar fatores originadores de stress antes de dormir; Iniciar/implementar medidas de conforto (massagem, posicionamento, toque terapêutico); Ajustar o horário de administração de medicação às horas de sono/vigília; Oferecer folhetos com informações sobre técnicas para melhorar o sono.” (NIC, 2016).

Tendo em conta as intervenções de enfermagem descritas anteriormente, foi verificado que os enfermeiros promoviam a manutenção das rotinas do sono de cada criança; implementavam medidas de conforto físico relacionadas com o posicionamento e o toque terapêutico e procuravam, quando possível, minimizar os fatores interruptores do sono (ambientais, medo e ansiedade).

Para dar resposta ao diagnóstico de situação realizado e ao objetivo geral estabelecido, definiram-se os seguintes **objetivos específicos**: sensibilizar os pais para a importância do Sono na Criança, em contexto de internamento de curta-duração e

sensibilizar os profissionais de saúde para o impacto do ruído no sono da criança internada em Sala de Observação.

Assim sendo, foram realizadas as seguintes **atividades**: foi elaborado um folheto para os pais sobre o sono da criança, sua relevância para o desenvolvimento infantil e estímulos externos fundamentais para a consolidação do ritmo biológico (ver Apêndice X) e um folheto dirigido aos profissionais de saúde, sobre o impacto do ruído no sono da criança, em contexto de hospitalização e estratégias a adotar para minimização do mesmo (ver Apêndice XI). A avaliação dos folhetos informativos planeada para ser realizada através da apresentação e entrega dos folhetos aos pais, em sala de espera ou em SOP, com posterior questionário sobre a pertinência da atividade, bem como, a aplicação de um questionário à equipa de enfermagem, não foi verificada por necessidade de aprovação prévia pela Direção de Enfermagem e que não se verificou no período que compreendeu o estágio.

De acordo com Halal e Nunes (2014), informação escrita sob a forma de folheto e/ou orientações são tão eficazes como as intervenções diretamente implementadas nos diversos contextos, nomeadamente, pelo facto de poder ser consultada sempre que necessário.

França (2014) refere que apenas quando a família/pessoa significativa avalia o sono da criança como disruptivo é que procura ajuda e suporte, ou seja, o ponto decisivo na procura de cuidados de saúde está relacionado com a cognição e reconhecimento parental. Desta forma, a educação parental sobre um sono adequado permite dotar-lhes de conhecimentos que lhes permitirão identificar o padrão de sono dos filhos e adotar estratégias adequadas às crianças, promovendo comportamentos promotores do mesmo e consequentemente, de conforto (Mendonça, 2014; Galvão et al., 2018). Lopes (2016), de igual forma, enuncia no seu estudo que o enfermeiro tem a responsabilidade de minimizar alterações ao sono da criança nos diversos contextos da prestação de cuidados e do conforto, referenciados por Kolcaba, utilizando o modelo de parceria de cuidados, capacitando os pais para um adequado exercício das suas responsabilidades parentais.

Dado que o internamento em Sala de Observação é de curta duração e tendo por base a Teoria do Conforto, apenas foi considerado pertinente incidir na promoção do conforto ambiental, habilitando os enfermeiros da unidade, de competências direcionadas à minimização do ruído.

Pelas particularidades do contexto do ensino clínico mencionado, foi possível adquirir competências relacionadas com a interpretação e resolução de problemas em situações de emergência ou de instabilidade de funções vitais, aplicando conhecimentos/

evidências científicas recentes, contribuindo para uma tomada de decisão fundamentada, relacionada com a competência “ cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade” e “ assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde” (Regulamento nº 422/2018,DR, p.19193).

Pela transmissão de orientações antecipatórias aos pais, na elaboração do folheto relativo à importância do sono da criança, desenvolveram-se competências relacionadas com “presta de cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem” (Regulamento nº 422/2018,DR, p.19194).

Com a elaboração do folheto relativo ao impacto do ruído no sono da criança, promoveu-se a prática de cuidados seguros e num ambiente terapêutico, mobilizando competências no “domínio da melhoria da qualidade” (OE, 2010, p.6). Ao promover medidas apropriadas, preventivas e antecipatórias relacionadas com variáveis perturbadoras do sono, desenvolveu-se práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, ampliando conhecimentos e competências relativas ao “ domínio da responsabilidade profissional, ética e legal” (OE, 2010, p. 4).

A experiência profissional contribuiu para aprofundar competências relacionadas com a gestão de emoções e estabelecimento de prioridades na prestação de cuidados, face à instabilidade e incerteza do quadro clínico.

Na prática profissional, facilitou a integração na unidade de cuidados intermédios pela maior vigilância clínica que as crianças admitidas necessitam e conseqüentemente pelo maior grau de complexidade e necessidade de cuidados de enfermagem diferenciados.

### 4.3 Unidade de Neonatologia

O referido estágio decorreu no Serviço de Neonatologia e na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais de um hospital da área metropolitana de Lisboa, no período entre 8 de Outubro e 9 de Novembro de 2018.

O serviço de Neonatologia/ Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais é uma unidade vocacionada para prestação de cuidados a recém-nascidos em estado grave, que requeiram vigilância permanente e, por vezes, suporte tecnológico para o desempenho de funções vitais num ambiente humanizado. Os pais são incentivados a estarem presentes sempre que puderem, sendo que no período noturno, apenas um dos pais poderá permanecer junto da criança. A equipa multidisciplinar é composta por 25 enfermeiros, equipa médica, auxiliares de ação médica, fisioterapeutas, terapeuta da fala e assistente social, desempenhando funções autónomas e interdependentes, tendo por base a declaração dos direitos do recém-nascido pré-termo. É composto por 15 boxes/unidades, subdividindo-se em 5 de cuidados especiais neonatais e 10 de cuidados intermédios.

Os partos pré-termo representam cada vez mais um desafio global, uma vez que a sua incidência tem vindo a aumentar, nomeadamente nos países ocidentais, com o acréscimo dos tratamentos de fertilidade e o aumento da idade das grávidas (Santos, 2011).

Segundo a filosofia NIDCAP (Programa de Cuidados Centrados no Desenvolvimento) os recém-nascidos prematuros frequentemente não adquirem competências adequadas na função cognitiva e na adaptação social e emocional, sendo da responsabilidade dos profissionais de saúde, que asseguram a sobrevivência destas crianças, o compromisso em garantir uma qualidade de vida adequada (Santos, 2011)

Para o modelo NIDCAP, o recém-nascido é visto como elemento ativo no seu próprio cuidado, prestando-se cuidados baseados na informação (comportamentos e respostas fisiológicas) que a criança nos fornece, permitindo assim, uma relação baseada num ambiente de suporte para o recém-nascido e a família (Santos, 2011)

Com o nascimento dos filhos(as) inicia-se uma nova etapa no ciclo vital da família, em que os pais vivenciam sentimentos de ansiedade, preocupação e incerteza (Cardoso, 2016).

O parto pré-termo e conseqüente internamento numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais representa um ponto crítico na transição para a parentalidade, uma

vez que os pais, principais cuidadores dos filhos, veem essa competência limitada, bem como o exercício do papel parental (Cardoso, 2016).

No que diz respeito à Transição para a Parentalidade, é importante referir a Teoria da Transição de Meleis. De acordo com Chick & Meleis (1986, p. 239) transição é definida por “uma passagem ou movimento de um estado, condição ou lugar para outro”, que implica uma alteração do estado de saúde ou de relações e expectativas, bem como, a aquisição de novos conhecimentos (Chick & Meleis, 1986; Schumacher & Meleis, 2010).

O aumento de incidência da prematuridade torna a referida temática, segundo a OE (2015), numa das mais relevantes questões de saúde pública da sociedade atual.

No mundo nascem cerca de 15 milhões de prematuros todos os anos, ou seja, o equivalente a mais de um bebé em dez. Em Portugal, nove em cada cem crianças nasce antes das 37 semanas e 1% dos recém-nascidos tem menos de 1500g à nascença. O termo Prematuro/Pré-Termo tem origem no termo latino *praematurus*, de *prae* (antes) + *maturus* (maduro) e é definido por todo o recém-nascido cujo nascimento tenha ocorrido antes das 37 semanas de gestação (Cardoso, 2016).

O avanço tecnológico e científico nas Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) tem contribuído para o aumento da sobrevivência dos recém-nascidos pré-termo, contudo, representa uma separação quase, ou até mesmo completa, dos pais e um excesso de estímulos/manipulações, muitas vezes associados a procedimentos dolorosos e invasivos. Desta forma, a disparidade entre o esperado pelo cérebro da criança e a realidade a que é exposto, influencia o seu desenvolvimento fisiológico, psicológico, emocional e social (Santos, 2011).

O ambiente inesperado, que inclui exposição a luz intensa, ao ruído e a múltiplas intervenções, gera estímulos nocivos que se repercutem no desenvolvimento inadequado do sistema nervoso central e no padrão de sono-vigília, o que condiciona a recuperação do recém-nascido (Chora e Azougado, 2015).

De acordo com Maki et al. (2017) tanto a manipulação excessiva como a privação do sono podem prejudicar o desenvolvimento neuromotor, desencadeando um estado de hiperexcitabilidade e doenças psiquiátricas. As perturbações do sono, além de originarem desconforto ao prematuro, conduzem a alterações cognitivas, de atenção, memória, aprendizagem e influenciam a morbilidade na criança, contribuindo para a obesidade, ansiedade e depressão.

O sono é o principal estado comportamental do recém-nascido pré-termo, correspondendo a aproximadamente 70% das 24 horas diárias. No sono neonatal, as fases

do mesmo são mais diferenciadas, dividindo-se em sono ativo (Rapid Eye Movement/REM), associado a forte crescimento cerebral; em sono tranquilo (NREM- non-rapid eye movement), associado à regeneração celular e síntese proteica e em sono indeterminado, que não apresenta características de nenhum dos estágios anteriormente descritos. O ciclo de sono do prematuro é mais curto, refletindo-se num padrão de sono com pobre organização e com menor quantidade de sono tranquilo/ NREM.(Maki et al, 2017).

Segundo Brazelton e Carmer (2004), os prematuros demoram mais tempo a adormecer, com maior dificuldade na transição do sono leve para o sono profundo devido à sua incapacidade para se protegerem dos estímulos externos.

Os prematuros internados numa UCIN têm o seu sono interrompido inúmeras vezes, não conseguindo atingir o estado de sono profundo, fundamental para a maturação/crescimento cerebral, bem como, para o aumento da progressão ponderal, pela libertação da hormona do crescimento.

O ambiente das UCIN difere significativamente do ambiente in útero, expondo o recém-nascido pré-termo a uma excessiva estimulação neurosensorial. A referida hiperestimulação sensorial pode desencadear, no prematuro, episódios de bradicardia ou taquicardia, apneia, hipoxémia, aumento da pressão intracraniana, bem como, influenciar o sistema neuroendócrino e imunitário. Estas respostas ao stress aumentam o risco de efeitos adversos, como padrões de sono alterados, défice auditivo e atraso do crescimento e desenvolvimento (Santos et al., 2018). Para os autores, é fundamental o ensino aos pais relativamente a um ambiente de suporte ao neurodesenvolvimento, diminuindo os estímulos externos e incluindo a proteção dos ciclos de sono.

De igual forma, a Direção Geral de Saúde (DGS) e a OE (2013) estabelecem como estratégia para o controlo da dor nos recém-nascidos, a gestão de estímulos ambientais e utilização de medidas de conforto para redução do stress. Numa perspetiva da filosofia NIDCAP, a mesma entidade refere ser essencial gerir estímulos, reduzir a manipulação e envolver os pais nos cuidados.

De acordo com Jorge (2004), as intervenções de enfermagem ao prematuro devem-se basear na promoção da vinculação. Os pais devem ser apoiados e incentivados a prestar cuidados ao recém-nascido prematuro, estimulando o contacto direto, encorajando a permanência junto do recém-nascido, fornecendo informação sobre a dinâmica do serviço e da prestação de cuidados, favorecendo dessa forma, o processo de vinculação pais-filhos.

O **diagnóstico de situação** emergiu após entrevista informal à enfermeira orientadora e à enfermeira-chefe, consulta de documentação existente no serviço e observação da dinâmica de trabalho, tendo sido identificada como área de intervenção: a promoção do sono no recém-nascido pré-termo, associado à importância da manipulação mínima e à diminuição do ruído.

Estabeleceu-se como **objetivo específico**: sensibilizar os pais para a promoção do sono no recém-nascido pré-termo.

Nesta perspectiva, como **atividade**, foi realizada uma sessão de divulgação aos pais sobre a importância do sono no recém-nascido pré-termo (ver Apêndice XII), conjuntamente com a elaboração de um folheto que foi distribuído aos mesmos (ver Apêndice XIII). Na unidade, ficou disponível para consulta dos profissionais, o relatório da sessão de divulgação com o enquadramento teórico e a bibliografia científica consultada.

No final da sessão foi entregue aos pais, um questionário sobre a pertinência da atividade, como método de avaliação, cujo resultado pode ser verificado no Apêndice XII.

No decorrer no referido ensino clínico, foi possível observar e acompanhar tanto a Enfermeira-Chefe como a Enfermeira Responsável. A participação na gestão dos recursos humanos face à ausência de um funcionário e na verificação do stock de medicação, foi de extrema importância para a aquisição de conhecimentos e competências relacionadas com o “domínio da gestão dos cuidados” (OE, 2010, p.7).

Pela elaboração da sessão de divulgação, folheto e posterior disponibilização na unidade, foi possível mobilizar evidência científica recente para a tomada de uma decisão fundamentada, contribuído para a aprendizagem e desenvolvimento de competências em contexto de trabalho. Assim sendo, foram aprofundadas competências na ótica do “domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais” (OE, 2010, p.9).

No âmbito da prestação de cuidados ao recém-nascido prematuro, foi possível adquirir conhecimentos relacionados com a promoção da vinculação entre pais-filho; com a promoção de uma relação de parceria com os pais na prestação de cuidados; com a implementação de medidas não farmacológicas para alívio da dor quando realizados procedimentos invasivos (sacarose, sucção não nutritiva, contenção física); com o acolhimento ao recém-nascido e família na admissão e realizar ensinamentos sobre as mais diversas temáticas (por ex. banho, alimentação, manipulação do recém-nascido na incubadora) para o exercício do papel parental. Assim sendo, em síntese, considero terem sido desenvolvidos os três domínios de competências do EESIP, prestando cuidados de

grande complexidade, adequados ao desenvolvimento da criança, com vista à maximização da saúde do binómio criança-família.

Por motivos de gestão de recursos humanos, no serviço de Pediatria em que desempenho funções, coincidentemente com o período do referido ensino clínico, estiveram internadas crianças do Serviço de Neonatologia. Desta forma, foi possível transportar para a prática profissional os conhecimentos adquiridos em contexto académico, aprofundando as competências desenvolvidas.

#### 4.4 Internamento de Pediatria

O referido estágio teve lugar no Serviço de Internamento de Pediatria de um hospital da área metropolitana de Lisboa, no período entre 12 de Novembro e 19 de Dezembro de 2018.

Em termos de população-alvo, abrange todas as crianças até aos 15 anos de idade (inclusive e considerando até a véspera do dia em que se completa 16 anos) que lhe são referenciadas com suspeita de doença oncológica pelos serviços de saúde da sua área de influência e as crianças provenientes dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa. Contudo com a multiculturalidade existente no país e os movimentos migratórios existentes, admite também crianças oriundas da Europa de Leste, Europa Central e América do Sul (██████████).

De acordo com os dados disponíveis no Registo Oncológico Nacional (2005), a incidência do cancro pediátrico em Portugal é mais comum entre os 15 e os 19 anos, nomeadamente no sexo masculino, sendo que na região Sul, que inclui Lisboa e Vale do Tejo, esta seja mais prevalente entre os 0-4 anos. Relativamente aos tipos de cancro pediátrico, os mais comuns são os do Sistema Nervoso Central, Neuroblastomas, Linfomas e na sua grande maioria, Leucemias. São também comuns os tumores de Wilms, o Retinoblastoma, o Osteossarcoma e os Sarcomas (Registo Oncológico Nacional, 2005).

A criança com doença oncológica é admitida no hospital por diversos motivos, nomeadamente para controlo sintomático da dor, para realização de quimioterapia e devido aos efeitos secundários da mesma, por febre e por leucopénia/neutropénia. Numa fase

inicial de diagnóstico e tratamento, a criança necessita muitas vezes de estar hospitalizada por um longo período de tempo.

Diversos autores (Linder et al., 2013; Walker et al., 2015), referem que a hospitalização tem uma repercussão significativa no sono da criança, devido aos fatores ambientais externos que a caracterizam (luz, ruído, temperatura), ao stress/ansiedade decorrentes na mesma, bem como, a necessidade contínua de prestação de cuidados de enfermagem. Os mesmos autores referem que o sono é um pilar fulcral na qualidade de vida da criança com doença oncológica, principalmente porque vivencia elevados níveis de stress, ansiedade, dor e até mesmo, depressão. Do mesmo modo, Herbert et al. (2014) referem que o impacto emocional da hospitalização, nomeadamente, o medo e as alterações da rotina diária de sono, afetam significativamente este último.

Um sono adequado é essencial na criança em situação de doença, dor, ansiedade e stress emocional, tendo um impacto significativo na sua capacidade de perceção e de coping, nomeadamente, no que diz respeito aos desafios associados à doença oncológica e respetivo tratamento. De igual forma, a doença oncológica em si, bem como, a cirurgia, a quimioterapia e a radioterapia propiciam a ocorrência de perturbações do sono a curto e/ou a longo prazo (Walter et al. 2015)

As perturbações do sono representam uma preocupação em oncologia pediátrica, não só pela sua influência no sistema imunitário e capacidade de reabilitação, mas também pelo seu impacto negativo na adesão à terapêutica, nas atividades de vida diária, nas alterações de comportamento, na depressão e fundamentalmente, na qualidade de vida global da criança (Crabtree et al., 2015).

A doença oncológica tem um impacto negativo no sono desde o diagnóstico até à fase de remissão, uma vez que influencia o ritmo circadiano sono-vigília, bem como, o sistema cardio-respiratório, neurológico e comportamental que estão relacionados com o mesmo. Adicionalmente acentua perturbações do sono pré-existentes, sendo a mais frequente, a excessiva sonolência diurna (Walter et al., 2015).

İnce et al. (2017), no seu estudo, consideram que o sono é uma função vital, essencial à recuperação da mente e do organismo, influenciado por diversos fatores que incluem características do desenvolvimento da própria criança; condições psicossociais e socioeconómicas, étnicas e culturais; stress emocional; dor; efeitos secundários de terapêutica e eventos traumáticos anteriores.

Oliveira & Ferreira (2014) referiram que as intervenções com vista à promoção do sono da criança devem consistir em medidas não farmacológicas, nomeadamente, o definir

de uma hora de silêncio, de redução luminosa, de limitação de cuidados, a avaliação/alívio da dor e a gestão de camas que possibilite a coabitação de crianças nas mesmas faixas etárias.

Durante o ensino clínico, após observação da dinâmica do serviço, nomeadamente no período noturno, e da dinâmica de trabalho, foi realizado o **diagnóstico de situação**, tendo sido identificado como áreas de intervenção: a promoção do sono na criança com doença oncológica, bem como, os fatores disruptores (ambientais e relacionados com a prestação de cuidados) do sono quando internada no Serviço de Pediatria.

Nesta perspetiva, definiu-se o seguinte **objetivo específico**: sensibilizar os profissionais de saúde para a Promoção do Sono na Criança com Doença Oncológica e para o impacto do ambiente externo no mesmo.

Oliveira e Ferreira (2014) concluem que a criança hospitalizada é mais vulnerável a perturbações do sono, sendo fulcral reforçar a importância de uma qualidade e quantidade de sono adequado, proporcionando a adoção de estratégias não farmacológicas na promoção do mesmo. Para as autoras, o conforto é parte integrante deste processo e como tal, deve ser estimulado e promovido, de acordo com a Teoria do Conforto e respetiva estrutura taxonómica. No entanto, as mesmas referem que são os enfermeiros que adotam menor número de intervenções e comportamentos promotores do sono da criança, necessitando de ações formação sobre a temática.

De igual forma, Lopes (2016) citado por Galvão et al. (2018), sugere que os enfermeiros, na sua prestação de cuidados à criança, devem incluir no plano de cuidados intervenções que contribuam para a modificação de comportamentos e consequentemente, para a promoção de estilos de vida saudáveis. Assim sendo, é competência do EESIP implementar e transmitir à criança e à família estratégias promotoras de um sono saudável. O estudo de Galvão et al. (2018), em síntese, conclui que mesmo que haja uma subvalorização da temática por parte dos pais, cabe ao enfermeiro estar desperto para a necessidade de realizar ações de educação para a saúde, de forma a contribuir para o empowerment dos pais no que concerne à implementação de hábitos de sono saudáveis.

De acordo com Vasconcelos et al. (2017), em Portugal, a grande maioria das crianças não completa o tempo de sono recomendado para a sua idade. Para estes autores, é tão importante a promoção de um sono noturno adequado como o garantir de um sono diurno de qualidade e em quantidade, ou seja, a sesta. “ A sesta parece promover uma alteração qualitativa na memória que envolve a abstração. A abstração, (...), é essencial no desenvolvimento cognitivo e da linguagem, permitindo grande plasticidade na

aprendizagem. Na idade pré-escolar, a sesta tem sido referida como um recurso valioso para a consolidação da memória.” (Vasconcelos et al., 2017, p.4).

A Sociedade Portuguesa de Pediatria (2016), mencionada por Galvão et. al (2018), reconhece a importância da sesta e estipula que cada criança deve ter um plano individual de sesta, acordado com a família e adequado às suas necessidades.

Para dar resposta ao diagnóstico de situação e objetivos delineados foram realizadas as seguintes **atividades**: sessão de divulgação aos profissionais de saúde que deu resposta a ambas as temáticas (ver Apêndice XIV), bem como, a elaboração de uma orientação técnica (OT) relativa à implementação da hora da sesta no serviço de internamento de pediatria (ver Apêndice XV). No final da sessão foi entregue aos profissionais de saúde, um questionário sobre a pertinência da atividade, como método de avaliação, cujo resultado pode ser verificado no Apêndice XIV.

De acordo com o supramencionado, as atividades realizadas neste estágio possibilitaram o desenvolvimento de competências no domínio da gestão de cuidados e da melhoria da qualidade (OE, 2010), pela otimização de processos de tomada de decisão. Pela elaboração da sessão de divulgação e da OT promoveu-se uma prática de cuidados segura e adaptada ao contexto em questão.

Através da elaboração da OT, como orientação para a boa prática baseada na evidência científica, adquiriram-se competências no âmbito de “desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica” (OE, 2010, p.6).

Relativamente às competências específicas de EESIP, foram desenvolvidas competências relativas ao “assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde” e “cuida da criança/jovem nas situações de especial complexidade” (Regulamento nº 422/2018,DR, p.19192) decorrentes do diagnóstico precoce e intervenção ao nível do ambiente externo, identificando-o como perturbador do sono da criança, bem como, pela promoção do bem-estar físico e psicossocial da criança/jovem, promovendo um sono adequado. Em conformidade com a competência “presta de cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem” (Regulamento nº 422/2018, DR p.19194), foram adquiridas competências relacionadas com a comunicação adaptada ao estágio de desenvolvimento da criança/jovem e com a criação de um ambiente terapêutico, facilitando a partilha de emoções e receios.

Por integrar, na prática profissional, o grupo de trabalho responsável pela promoção de um sono adequado em contexto de enfermagem e, encontrando-se este em fase de

implementação de estratégias relativas a hábitos de sono saudáveis, permitiu que houvesse mobilização de conhecimentos e competências de e para o ensino clínico.

## 5. Conclusão

O Sono é fundamental para a saúde e bem-estar da criança, dado que influencia todos os contextos do conforto, definidos por Kolcaba. Consequentemente, tal como referido anteriormente, um sono adequado na criança irá ter impacto não só no desenvolvimento global da mesma, como, no conforto e desempenho parental.

Este percurso académico, na sua globalidade, foi pautado por diversas aprendizagens teóricas e práticas, que contribuíram para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, tanto como enfermeira generalista como futura especialista, dado que o meu desempenho profissional prévio em nada estava relacionado com a área da pediatria.

O Estágio permitiu adquirir e aprofundar conhecimentos sobre o sono da criança, bem como, o conforto e estratégias para a promoção de hábitos de sono saudáveis, através de intervenções de enfermagem assentes no cuidar holístico, na parceria de cuidados e nos cuidados centrados na família. O facto de o estágio ser realizado em diferentes contextos permite uma visão mais ampla do papel do EESIP e da sua importância da prestação de cuidados de saúde seguros, diferenciados e de qualidade. Com o término deste percurso, verifico que os objetivos do mesmo foram alcançados com sucesso.

Ao longo do estágio e relatório, surgiram algumas dificuldades relacionadas com o número limitado de estudos sobre a temática, nomeadamente com a população portuguesa e em contexto de enfermagem e de urgência pediátrica, sendo que a grande maioria assenta em unidades de cuidados intensivos pediátricos.

A formação dos profissionais na temática do sono e do conforto é essencial para a prestação de melhores cuidados de enfermagem.

Neste sentido, a elaboração deste relatório possibilitou a identificação de oportunidades de investigação, no que respeita a padrões e perturbações do sono da criança hospitalizada e de avaliação das intervenções de enfermagem promotoras do sono.

A abordagem ao sono da criança fornece uma oportunidade única, aos enfermeiros, de aprender mais sobre a mesma e respetiva família, avaliando o ambiente que a rodeia e proporcionando oportunidade de educar os pais relativamente a uma boa higiene do sono, promovendo a adoção de comportamentos potenciadores de saúde.

Em suma, após concluir este documento e esta etapa da minha formação, fica a sensação que ainda fica muito por realizar no âmbito da temática analisada. A realização deste percurso permitiu o desenvolvimento e aquisição de competências comuns de EE e específicas de EESIP e como resultado final, a mudança de contexto de trabalho para a área de especialização. Nesta nova área de prática profissional foi possível iniciar um projeto, em conjunto com a equipa multidisciplinar, sobre o sono da criança, com a finalidade de adotar medidas para minimizar a interrupção do sono durante o internamento em contexto de enfermagem pediátrica.

## 6. Referências Bibliográficas

- Academia das Ciências de Lisboa (2001). Dicionário da língua portuguesa contemporânea da Academia das Ciências de Lisboa (2 vol.), Lisboa, Portugal: Autor e Editorial Verbo.
- Allen, K. (2012). Promoting and Protecting Infant Sleep. *Adv. Neonatal Care*, 12 (5), 288-291
- Allen, S.; Howlett, M.; Coulombe, J.; Corkum, P. (2015). ABCs of Sleeping: A review of the evidence behind pediatric sleep practice recommendations. *Sleep Medicine Reviews*, 29, 1-14.
- Amaral, M. & Melão, N. (2016). O perfil de saúde de crianças vigiadas em consultas de cuidados primários na cidade de Viseu, Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*,34(1), 53-60
- American Psychological Association. (2013). Publication manual of the American Psychological Association (6<sup>a</sup> ed.). Washington, DC, USA: American Psychological Association.
- Antão, C., Sousa, F., Anes, E., Fernandes, A., Magalhães, C., Veiga-Branco, M. (2016). Vigilância Infantil no 1º ano de vida: Conhecer e intervir para prevenir. *Egitania Scientia* , 18, 89-102
- Apóstolo, J. L. A. (2009). O conforto nas teorias de Enfermagem – Análise do conceito e significados teóricos. *Revista Referência*, 9, 61-67.
- Apolinário, M. (2012). Cuidados Centrados na Família: impacto da formação e de um manual de boas práticas em pediatria. *Revista de Enfermagem Referência*, 7, p.83-92

- APSI (2017). Relatório de Avaliação da Segurança Infantil em Portugal. Disponível em <http://www.apsi.org.pt/index.php/pt/publicacoes/estudos>
- Arriaga, C.; Brito, S.; Gaspar, P.; Luz, A. (2015). Hábitos e Perturbações do Sono: Características de uma Amostra Pediátrica na Comunidade. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 46 (4), 367-375
- Associação para a Promoção da Segurança Infantil. Plano de ação para a segurança infantil. Lisboa: APSI, 2011
- Associação para a Promoção da Segurança Infantil. Evitar acidentes no primeiro ano de vida. In: Vale a pena crescer em segurança. Lisboa: APSI, 2010.
- Bathory, E. & Tomopoulos, S.(2017). Sleep Regulation, Physiology and Development, Sleep Duration and Patterns, And Sleep Hygiene in Infants, Toddlers and Pre-school Age Children. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 47(2), 29-42.
- Brazelton, T. & Carmer, G. (2004). A Relação mais precoce: os pais, os bebés e a interação precoce. Lisboa: Terramar
- Brito, A., Vicente, B., Reis, A., Amendoeira, J. (2015). Intervenções de enfermagem culturalmente congruentes em imigrantes. *Revista da UPIIS*, 3 (5), 75-90
- Bulechek, G.; Burcher, H.; Dochterman J. & Wagner, C. (2016) - Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) – 6º edição: Editora: Mosby/Elsevier
- Cardoso, S. (2016). Transição para a Parentalidade na Prematuridade: Intervenções do Enfermeiro Especialista. Relatório de Estágio ( Dissertação de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica) Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, Portugal
- Cardoso, M., Lélis, A., Oliveira, N., Viana, T; Praciano, P., Oliveira,E. (2014). A Influência dos Distúrbios do Sono no Desenvolvimento Infantil. *Cogitare Enfermagem*, 19(2),368-375

- Chick, N., & Meleis, A. (1986). Transitions: A Nursing Concern. *Nursing research methodology*, p. 237-257 (Recuperado de <https://repository.upenn.edu/nrs/9>)
- Chora, M.A. & Azougado, C. (2015). Influência da Promoção do Sono no Desenvolvimento do Recém-Nascido Pré-Termo: Uma revisão narrativa. *RIASE*, 1(3),357-371
- International Council of Nurses. (2011). CIPE® Versão 2 – Classificação internacional para a prática de Enfermagem. (H. Castro, Trad.). [s.l.]: Ordem dos Enfermeiros.
- Cordeiro, M.(2015) O Grande Livro do Bebê- O primeiro ano de vida. Lisboa: Esfera dos Livros
- Crabtree, V., Rach, A., Schellinger, K., Russell, K., Hammarback, T., Mandrell, B. (2015). Changes in sleep and fatigue in newly treated pediatric oncology patients. *Support Care Cancer*, 23, 393-401
- Crispim, J., Boto, L., Melo, I., Ferreira, R. (2011). Padrão de sono e factores de risco para a privação de sono numa população pediátrica portuguesa. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 42 (3), 93-98
- Dias, C., Figueiredo, B., Pinto, T. (2018). Children’s Infant Questionnaire- Infant Version. *Jornal de Pediatria*, 92(2), 146-154
- Diogo, P; Vilelas, J; Rodrigues, L, et al. (2016). Os Medos das Crianças em Contexto de Urgência Pediátrica: Enfermeiro Enquanto Gestor Emocional. *Pensar Enfermagem*, 20 (2), 26-47
- Direcção-Geral da Saúde (2013). Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (Orientação Técnica N°12). Direcção-Geral da Saúde, 2ª Edição.
- Direcção-Geral da Saúde (2010). Transporte de Crianças em Automóvel desde a alta da Maternidade (Orientação Número 001/2010). Direcção-Geral da Saúde, 2ª Edição

- Direcção-Geral da Saúde (2012). Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias) - Orientação Técnica N°24. Direcção-Geral da Saúde
- Direcção-Geral da Saúde (2012). Orientações técnicas sobre o controlo da dor nas crianças com doença oncológica - Orientação Técnica N°23. Direcção-Geral da Saúde
- França, J. (2014). Percepção materna sobre o sono de sua criança: Um estudo Qualitativo (Dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde). ISPA, Portugal
- 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. *International Journal of Developmental and Educational Psychology: Revista de Psicologia*, 1, 337-346
- 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
- Herbert, A., Lima, J., Fitzgerald, D., Seton, C., Waters, K., Collins, J. (2014). Exploratory Study of Sleeping patterns in children admitted to hospital. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 50, 632- 638
- Ibarra-Coronado, E., Pantaleón- Martinez, A., Velázquez-Moctezuma, J., Próspero-García, O., Méndez-Díaz, M., Pérez-Tapia, M., Pavón, L., Morales-Montor, J. (2015). The Bidirectional Relationship between sleep and immunity against infections. *Journal of Immunology Research*, 1-14
- İnce, D., Demirağ, B., Karapınar, T., Oymak, Y., Ay, Y., Kaygusuz, A., Töret, E., Vergin, C. (2017). Assessment of sleep in pediatric cancer patients. *The Turkish Journal of Pediatrics*, 59, 379-386
- Jones, C. & Ball, H (2014). Sleep Hygiene Practices Bedtime Resistance in Low-Income Preschoolers: Does Temperament Matter?. *Infant Child Dev.*, 23(5), 518-531

- Jorge, A.M. (2004). Família e Hospitalização da Criança: (Re) Pensar o Cuidar em Enfermagem. Loures, Lusociência – edições técnicas e Científicas, Lda,.
- Khan, A.A. (2017). Application of Katharine Kolcaba Comfort theory to nursing care of patient. *International Journal of Scientific and Research Publications*, 7 (3), 104-107
- Kolcaba, K. Y. (1991). A taxonomic structure for the concept comfort. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 23(4), 237-240.
- Kolcaba, K. & Kolcaba, R. (1991). An analysis of the concept of comfort. *Journal of Advance Nursing*, 16, 1301-1310
- Kolcaba, K. (1995). The art of comfort care. *Journal of Nursing Scholarship*, 27(4), 287-289
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory and Practice: A vision for holistic health and care and research*. New York: Springer Publishing Company
- Kolcaba, K. & Dimarco, M. A. (2005). Comfort theory and its application to pediatric Nursing. *Pediatric Nursing*, 31(3), 187-194
- Lee, S., Narendran, G., Tomfohr-Madsen, L., Schulte, F. (2017), A systematic review of sleep in hospitalized pediatric cancer patients. *Psych-Oncology*, 26, 1059-1069
- Lélis, A., Cipriano, M., Cardoso, M., Lima, F., Araújo, T. (2014). Influência do contexto familiar sobre os transtornos do sono em crianças. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 15(2), 343-353
- Linder, L., & Christian, B. (2013). Nighttime sleep characteristics of hospitalized school-age children with cancer. *Journal for Specialists Pediatric Nursing*, 18(1), 13-24
- Linder, L., & Christian, B. (2011). Characteristics of the nighttime hospital bedside care environment (sound, light and temperature) for children with cancer. *Cancer Nursing*, 34 (3), 176-184

- Lopes, S. (2016). Estratégias para minimizar alterações do padrão de sono nas crianças dos 0 aos 3 anos (Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem). Instituto Politécnico de Santarém, Portugal
- Maki, M., Orsi, K., Tsunemi, M., Hallinan, M., Pinheiro, E., Avelar, A. (2017). O efeito na manipulação sobre o sono do recém-nascido prematuro. *Acta Paulista Enfermagem*, 30(5), 489-496
- Marques, S. (2017). Promover o Conforto da Criança com Necessidades Especiais de Saúde e Família. Relatório de Estágio (Dissertação de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica) Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, Portugal
- Martello, E. (2017). Finalmente durmo... E os meus pais também. Lisboa. Multinova-União Livreira e Cultural, S.A.
- Meltzer, L., Davis, K., Mindell, J. (2012). Patient and Parent Sleep in a Children's Hospital. *Pediatric Nursing*, 38 (2), 64-71
- Mendes, L., Fernandes, A., Garcia, F. (2004). Hábitos e Perturbações do Sono em crianças em Idade Escolar. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 35 (4), 341-347
- Mendonça, M. (2014). Determinantes individuais da qualidade do sono em crianças da idade pré-escolar (Dissertação de Mestrado em Psicologia). Universidade de Lisboa, Portugal.
- Moher, D.; Liberati, A.; Tetzlaff, J.; Altman, D. (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews And Meta- Analyses: The Prisma Statement. *Plos Medicine*, 6(7), 1-6
- Munn, Z.; Peters, M.; Stern, C.; Tufanaru, C.; McArthur, A.; Aromataris, E. (2018). Systematic review or Scoping Review? Guidance for Authors when choosing between a systematic or a scoping review approach

- NANDA Internacional (2013). Diagnósticos de Enfermagem da NANDA Internacional, Definições e classificações 2012-2014. Porto Alegre: Artmed
- Oliveira, C.S. (2013). Conforto e Bem-estar enquanto conceitos em uso em Enfermagem. *Pensar em Enfermagem*, 17 (2), 2-8
- Oliveira, L. & Ferreira, R. (2014) O Ambiente das Enfermarias Pediátricas Favorece o Sono das Crianças?. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 45, 82-89
- Oliveira, L., Gomes, C., Nicolau, L., Ferreira, L., Ferreira, R. (2015). Environment in pediatric wards: light, sound and temperature. *Sleep Medicine*, 16, 1041-1048
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2013). Guia orientador de boa prática- Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança.Série 1-Numero 6. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros (2015). Guia orientador de boa prática- Adaptação à parentalidade durante a hospitalização. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Paruthi, S., Brooks, L., D'Ambrosio, C., Hall, W., Kotagal, S., Lloyd, R., Malow, B., Maski, K., Nichols, C.,Quan, S., Rosen, C., Troester, M., Wise, M. (2016). Recommend amount of sleep for pediatric populations: a consensus statement of the American Academy of Sleep Medicine. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 12(6), 785- 786
- Paul, I.; Savage, J.; Anzman- Frasca, S. ; Marini, M.; Mindell, J.; Birch, L. Insight Responsive Parenting Intervention and Infant Sleep (2016) *Pediatrics*, 138(1),1-10

- Pereira, F., Góes, F., Fonseca, L., Scochi, C., Castral, T., Leite, A. (2013). A manipulação de prematuros em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 47 (6),1272- 1278
- Pinheiro,C. & Pinheiro, J. (2008). Educação para a saúde no séc. XXI-Teorias, Modelos e Práticas. Évora: Jorge Bonito e Universidade de Évora
- Regulamento nº 422/2018 de 12 de Julho. Diário da República Nº 133- II Série. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Regulamento Geral do Mestrado em Enfermagem, de Natureza Profissional (2012). Lisboa: Universidade Católica Portuguesa
- Reis, A., Costa, M.A.M. (2013). Cuidados de saúde a imigrantes: Para uma cultura de segurança e confiabilidade. *Revista de Segurança Comportamental, GA, Lda.*, 7, 18-20
- Reis, A. (2015). Enfermeiros em Contextos de Multiculturalidade: dos Discursos À Prática Clínica em CSP. *Revista da UPIIS*, 3 (5), 58- 74
- Sadeh, A. (2003). Desenvolvimento do sistema sono-vigília e suas relações com o desenvolvimento psicossocial da criança. Enciclopédia sobre o desenvolvimento na Primeira Infância. Tel Aviv University, Israel
- Santos, A. (2011). NIDCAP: Uma filosofia de cuidados...*Nascer e Crescer*, 20( 1), 26-31
- Santos, I., Bassani, D., Matijasevich, A., Halal, C., Del-Ponte, B., Cruz, S., Anselmi, L., Albernaz, E., Fernandes, M., Tovo-Rodrigues, L., Silveira, M., Hallal,P. (2016). Infant Sleep Hygiene counseling (sleep trial): protocol of randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 16(1), 307
- Santos, V., Silva, E., Clemente, F., Sampaio, I., Lapa, P. (2018). “O Som da Unidade de Neonatologia”. Sociedade Portuguesa de Neonatologia- Consenso Clínico. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Neonatologia da SPP

- Schumacher, K. & Meleis, A. (1994). Transitions: A central concept in Nursing. *The Journal of Nursing Scholarship*, 26, p.119-127
- Silva, F., Silva, C., Braga, L., Neto, A. (2013). Hábitos e problemas de sono dos dois aos dez anos: estudo populacional. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 44(5), 196-202
- Silva, F., Silva, C., Braga, L., Neto, A. (2014). Portuguese Children's Sleep Questionnaire-validation and cross-cultural comparison. *Jornal de Pediatria*, 90(1), 78-84
- Silva, E; Simões, P.; Macedo, M.; Duarte, J.; Silva, D. (2018). Percepção parental sobre hábitos e qualidade do sono das crianças em idade escolar. *Revista de Enfermagem Referência*, 17, p. 63-72
- Sociedade Portuguesa de Neonatologia. Transporte do recém-nascido no automóvel. Web site. Acedido Junho, 2018, em <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/10/O-transporte-em-automovel-Como-levar-o-prematuro.pdf>
- Soubra, M., Harb, Y., Hatoum, S., Yazbeck, N., Khoury, M., Mansour, E., Badr, L. (2018). Effect of quality improvement project to reduce noise in a pediatric unit. *MCN Am J Matern Child Nurs*. 43(2), 83-88
- Stickland, A., Clayton, E., Sankey, R., Hill, C. (2016). A qualitative study of sleep quality in children and their resident parents when in hospital. *Arch Dis Child*. 101(6), 546-51
- Stremmler, R., Adams, S., Dryden-Palmer, K. (2015). Nurses's views of factors affecting sleep for hospitalized children and their families: a focus group study. *Nursing & Health*, 38, 311-322
- The Joanna Briggs Institute (2015). Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: Methodology for JBI Scoping Reviews. The Joanna Briggs Intitute, 1-24.

- Thoman, E.(2005). O Sono e o seu impacto sobre o desenvolvimento psicossocial da criança. Enciclopédia sobre o desenvolvimento na Primeira Infância. University of Connecticut,EUA
- Tomey, Ann Marriner; Alligood, Martha Raile – Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem). 5ª Edição. Loures: Lusociência, 2002. ISBN 972-8383-74-6.
- Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados [REDACTED] (2016).Plano de Ação. Lisboa: ACES [REDACTED].
- Universidade Católica Portuguesa (2015). “ Guião para a organização e apresentação do Relatório de Estágio no âmbito do Mestrado em Enfermagem (natureza profissional)”. Lisboa
- Universidade Católica Portuguesa (2018). “ Guia de Estágio Final e Relatório do Curso de Mestrado em Enfermagem”. Lisboa
- Vasconcelos, A., Prior, C., Estevão, H., Loureiro, H., Ferreira, R., Paiva, T. (2017). Prática da Sesta da Criança nas Creches e Infantários, Públicos ou Privados. *SPS-Sociedade Portuguesa de Pediatria*
- Vilelas, J., Janeiro, S. (2011). Transculturalidade: o enfermeiro com competência cultural. *REME- Revista Mineira de Enfermagem*, 16 (1), 120-127
- Vincensi, B., Pearce, K., Redding, J., Brandonisio, S., Tzou, S., Meiusi, E. (2016). Sleep in the Hospitalized Patient: Nurse and Patient Perception. *Medsurg Nursing*, 25 (5), 351- 356
- Wahyuningrum, E., Rahmat, I., Hartini, S. (2018). Effect of health education of sleep hygiene on sleep problems in preschoolers. *Belitung Nursing Journal*, 41(1), 68-75
- Walter, L., Nixon, G., Davey, M., Downie, P., Horne, R. (2015). Sleep and fatigue in pediatric oncology: a review of the literature. *Sleep Medicine*, 24, 71-82

- Wilson, K., Lumeng, J., Kaciroti, N., Chen, S., LeBourgeois, M., Chervin, R., Miller A. (2015). Sleep Hygiene Practices Bedtime Resistance in Low-Income Preschoolers: Does Temperament Matter?. *Behav Sleep Med.*, 13(5), 412-423.
- Zhang, Z.; Sousa-Sá, E.; Pereira, J.; Chaput, J-P; Okely, A.; Xiaoqi, F.; Santos, R. (2019). Correlates of nocturnal sleep duration, nocturnal sleep variability, and nocturnal sleep problems in toddlers: results from GET UP! Study. *Sleep Medicine*, 53, 124-132
- <http://worldsleepsociety.org/> (World Association of Sleep Medicine)
- <https://www.thecomfortline.com/> ( base electrónica de Kolcaba's Comfort Theory)
- <https://www.pipop.info/> (Portal de informação português de oncología pediátrica :Registo nacional oncológico 2005)



## APÊNDICES



## **Apêndice I- Resultados de resposta à questão de Scoping review**



<b>Título</b>	<b>Autor</b>	<b>Ano</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Resultados</b>
<b>Effect of Health Education of Sleep Hygiene on Sleep Problems in Preschoolers</b>	Wahyuningrum, E.; Rahmat, I.; Hartini, S.	2018	- Examinar o efeito da educação para a saúde nos pais, no âmbito da higiene do sono, face a perturbações do sono em crianças em idade pré-escolar	- A implementação de estratégias de higiene de sono aumenta a capacidade de aprendizagem das crianças - Uma correta higiene do sono reduz o risco de perturbações do mesmo - A educação para a saúde nos pais tem um impacto significativo na promoção de hábitos de sono saudáveis na criança
<b>Sleep Regulation, Physiology and Development, Sleep Duration and Patterns, And Sleep Hygiene in Infants, Toddlers and Pre-school Age Children</b>	Bathory, E. & Tomopoulos, S.	2017	-Realizar um revisão de literatura sobre a psicofisiologia do sono, fatores que influenciam o sono, perturbações do sono e higiene do sono recomendada pela American Academy of Pediatrics - Promover a saúde da criança/família e prevenir perturbações do sono	- Uma correta higiene do sono deve iniciar-se desde o nascimento e ao longo de toda a infância - Um sono adaptado à idade da criança é essencial para o crescimento/desenvolvimento adequado da mesma, assim como para o bem-estar familiar - O meio cultural influencia a duração, os padrões e os hábitos de sono - A exposição aos meios tecnológicos tem efeitos negativos no sono e respetivas rotinas

<p><b>ABCs of Sleeping: A review of the evidence behind pediatric sleep practice recommendations</b></p>	<p>Allen, S.; Howlett, M.; Coulombe, J.; Corkum, P.</p>	<p>2015</p>	<p>-Analisar a evidência empírica que serve de base às práticas de sono recomendadas pelos profissionais de saúde - Analisar a eficácia das práticas recomendadas à luz da mnemónica “ABCs of Sleeping” (elaborada e adaptada a crianças entre 1 e 12 anos de idade)</p>	<p>- As práticas recomendadas baseiam-se em evidência empírica de moderada a alta qualidade, exceto no que diz respeito aos tópicos relacionados com “exercício e dieta” e “ambiente” -Horas de deitar e acordar consistentes, rotinas de sono relaxantes, evicção de meios/equipamentos eletrónicos antes de dormir, ambientes envolventes calmos e autonomia na hora de adormecer são recomendações fundamentais para uma qualidade/quantidade de sono adequada</p>
<p><b>Education in children’s sleep hygiene: which approaches are effective? A systematic review</b></p>	<p>Halal, C. &amp; Nunes, M.</p>	<p>2014</p>	<p>-Analisar, através de uma revisão sistemática da literatura, as intervenções que visam práticas de higiene de sono em crianças, sua aplicabilidade e efetividade na prática clínica, para que possam ser utilizadas na orientação dos pais e profissionais de saúde</p>	<p>- O número de estudos disponíveis na literatura sobre a temática, sem estar associado a patologias é reduzido - A maioria dos estudos engloba o primeiro ano de vida, uma vez que modificações precoces nas rotinas de sono evitam problemas crónicos - Condições socioeconómicas desfavoráveis podem influenciar negativamente o sono - As crianças que foram alvo de práticas de higiene de sono apresentaram melhores e consistentes índices na qualidade de sono - Importância do ambiente externo para o processo de maturação do sono</p>

<p><b>Insight Responsive Parenting Intervention and Infant Sleep</b></p>	<p>Paul, I.; Savage, J.; Anzman-Frasca, S. ; Marini, M.; Mindell, J.; Birch, L.</p>	<p>2016</p>	<p>-Melhorar o sono da criança através de intervenções (higiene de sono) que promovem um desempenho parental adequado</p>	<p>- As intervenções promovem rotinas de sono adequadas e estratégias associadas, melhorando o sono noturno, nomeadamente no primeiro ano de vida  - A promoção de hábitos de sono saudáveis durante a infância afeta a criança e a família, nomeadamente o seu bem-estar a curto e a longo prazo.  - A duração do sono do latente tem sido associada ao sono do toddler e a diversos resultados em saúde</p>
<p><b>Exploring Socioeconomic Differences in Bedtime Behaviours and Sleep duration in English Preschool Children</b></p>	<p>Jones, C. &amp; Ball, H.</p>	<p>2014</p>	<p>- Analisar quantitativamente a duração do sono e a implementação de estratégias de higiene do sono numa população de crianças inglesas em idade pré-escolares com diferenças socioeconómicas  - Explorar qualitativamente as razões dos pais para implementarem, ou não, estratégias de higiene do sono  - Analisar se as crianças beneficiam das estratégias implementadas</p>	<p>- Os pais implementam estratégias de higiene do sono, uma vez que fornecem uma sensação de segurança e felicidade os filhos, bem como uma sensação mútua de bem-estar por partilharem tempo de qualidade  - As razões parentais para não implementarem estratégias de higiene de sono estão relacionadas com subvalorização da temática, desconhecimento, incapacidade ou inconveniência  - Estratégias de higiene de sono são mais comuns nas famílias de elevado estatuto socioeconómico, comparativamente às de baixo nível socioeconómico  - As estratégias de higiene de sono aumentam a duração de sono noturno mas não a duração total do sono nas 24h  - A qualidade e quantidade de sono noturno insuficiente é compensada no período diurno</p>

<p><b>Infant Sleep Hygiene counseling (sleep trial): protocol of randomized controlled trial</b></p>	<p>Santos, I.; Bassani, D.; Matijasevich, A. et al.</p>	<p>2016</p>	<p>- Descrever um protocolo de intervenção comportamental, com vista à promoção de padrões/hábitos de sono adequados na criança no primeiro ano de vida</p>	<p>- A privação de sono tem efeitos negativos no desenvolvimento físico e mental da criança, bem como na aprendizagem, no desenvolvimento cognitivo e comportamental  - As crianças de países pouco desenvolvidos aparentam ter maior risco de privação de sono, comprometendo um desenvolvimento infantil adequado, sendo uma população de intervenção prioritária no que diz respeito a uma correta higiene do sono.</p>
<p><b>Sleep Hygiene Practices Bedtime Resistance in Low-Income Preschoolers: Does Temperament Matter?</b></p>	<p>Wilson, K., Lumeng, J., Kaciroti, N., Chen, S., LeBourgeois, M., Chervin, R., Miller, A.</p>	<p>2015</p>	<p>- Analisar a associação entre estratégias de higiene do sono e a resistência no deitar de crianças em idade pré-escolar, determinando se esta associação é influenciada pela personalidade da criança</p>	<p>- Estratégias de higiene do sono consistentes estão associadas a menor resistência no deitar  - As crianças com “personalidades mais difíceis “ são sujeitas a estratégias pouco regulares. Contudo, quando implementadas corretamente a resistência no deitar reduzia em larga escala</p>

**Apêndice II- 1º Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem  
(Lisboa) “Intervenção especializada: o valor entre a clínica e a academia”**





CATOLICA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

## DECLARAÇÃO

### **Iº Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem (Lisboa) “Intervenção especializada: o valor entre a clínica e a academia”**

Para os devidos efeitos se declara que **SOFIA SANTOS SILVA** e **MARGARIDA LOURENÇO** participaram com um Poster:

***“Promoção de hábitos de sono saudáveis na criança dos 0 aos 12 anos de idade: Scoping Review”***

no **Seminário** supracitado, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, no dia 30 de novembro de 2018.

Lisboa, 30 de novembro de 2018.

O Diretor  
Escola de Enfermagem (Lisboa), ICS da UCP



Sérgio Deodato, *PhD, RN*  
Professor Associado



### **Apêndice III- Folheto “ Hábitos de Sono Saudáveis na Criança” (UCSP)**



### Quando a Criança não dorme:

- Irritabilidade
- Alterações de humor
- Sonolência
- Dificuldade de concentração/aprendizagem
- Exaustão física e mental dos pais

### Riscos de dormir com a criança na cama:

- Aumenta o risco de asfixia
- No caso de os pais serem fumadores aumenta o risco de Síndrome de Morte Súbita do Lactente
- Aumenta o risco de acidentes/quedas
- Altera a relação conjugal dos pais



### 10 Mandamentos do Sono Para Crianças (dos 0 aos 12 anos de idade)\*

- Garantir que a criança dorme o tempo adequado para a idade, estabelecendo uma hora regular para deitar (de preferência antes das 21h ou às 21h) e acordar;
- Manter uma hora consistente de dormir e acordar, durante a semana e aos fins de semana;
- Estabelecer uma rotina de sono consistente, utilizando roupas confortáveis para dormir;
- Incentivar a adormecer de forma independente;
- Evitar luzes intensas à hora de dormir e durante a noite, aumentando a exposição à luz durante o período da manhã;
- Manter todos os equipamentos eletrónicos fora do quarto (televisões, computadores) e limite a sua utilização antes de ir dormir;
- Manter horários diários regulares, como o horário das refeições;
- Manter um horário de sestas apropriado à idade;
- Assegurar a prática de exercício físico e de tempo passado no exterior durante o dia;
- Eliminar alimentos e bebidas que contenham cafeína (chá, café, refrigerantes)

\*Adaptado das Recomendações da World Association of Sleep Medicine

Elaborado por: Sofia Santos Silva ( Curso de Mestrado em Enfermagem– Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica)



### Hábitos de Sono Saudáveis na Criança

O Sono é um elemento fundamental na criança. Tem um papel fulcral no desenvolvimento infantil, influenciando não só a dimensão física e emocional mas também a dimensão cognitiva e de aprendizagem.

O impacto do sono na criança é intensificado pelo efeito na qualidade do sono dos pais, o que afeta consequentemente o seu desempenho parental e a dinâmica familiar.

O sono tem vários estádios e ciclos, que passam por um sono leve e fácil de acordar para um sono profundo. No recém nascido o ciclo de sono é curto, de aproximadamente 20/30 minutos.

Cerca das 3 semanas de vida, os ciclos de sono/vigília começam a organizar-se.

Por volta de um mês surge a “agitação do fim do dia” com choro inconsolável. Deve-se consolar, podendo a criança chorar por vezes 10-15 min., ficando posteriormente mais calmo e com sono tranquilo.

Aos 4 meses, a maioria das crianças, já pode dormir 8h seguidas durante a noite sem ser alimentado, podendo ainda acordar uma ou duas vezes durante a noite.



Por volta dos 6 meses, a criança faz 2 a 3 sestas durante o dia. A partir de 1 ano de idade, a criança faz três períodos de sono, um de noite e dois de dia: de manhã e à tarde.

Entre os 15 e os 30 meses de idade suspende espontaneamente a sesta da manhã, mantendo a sesta da tarde que só abandonará entre os 3 e os 5 anos, ou mais tarde, em algumas crianças.

### Promoção de Hábitos de Sono Saudáveis na Criança:

- Estabelecer o ritmo biológico: durante o dia manter a luz diurna e o ruído diário; durante a noite, o silêncio e o ambiente escuro.
- Estabelecer gradualmente uma rotina consistente antes da hora de ir dormir.
- Estabelecer uma rotina diária relativamente à hora de dormir.
- Criar um ambiente calmo e confortável, de temperatura adequada.
- Colocar uma luz ténue de presença, para que a criança reconheça o ambiente ao acordar.
- Utilizar roupas confortáveis.
- Deitar a criança em berço ou cama de grades própria.
- Deitar a criança de costas na cama.



- Colocar uma peça de roupa com o cheiro da mãe no berço ou cama de grades.
- Colocar a criança acordada no berço e ficar junto a ela a embalar (cantar, festas, criar um ritual próprio para adormecer).
- Incentivar o uso de um objeto de transição (chucha, boneco, fralda).
- Evitar colocar a criança na cama dos pais.
- A partir dos 6 meses, alargar os períodos de vigília mantendo a criança mais tempo acordada durante o dia.
- Entre os 6-9 meses fazer a transição para o quarto da criança.
- Durante a noite, diminuir os estímulos.
- Se a criança acordar a meio da noite, deve acalmá-la mas deixar que aprenda a adormecer sozinha. Evite retirá-la da cama, tentando manter o ritual de adormecer pré-estabelecido.

Tempo de Sono recomendado nas 24h	
Idade	Sono Necessário
0-3 meses	20h
3-12 meses	14h-15h
1-3 anos	12h-14h
3-5 anos	11h-13h
6-12 anos	10h-11h
12-18 anos	8,5h-9,5h

**Apêndice IV- Folheto “ Acidentes no 1º ano de vida” e Folheto “ Viajar em Segurança” (UCSP)**



- Se tem escadas, coloque cancelas no primeiro e no último degrau.
- Proteja as divisões “mais perigosas” com cancelas, como por exemplo a cozinha.
- As janelas, portas para varandas/terraços devem ter fechos de segurança ou redes de proteção. Se necessário utilize um limitador de abertura, para que não abra mais de 10cm.
- Não coloque panos sobre lâmpadas ou candeeiros e não as tenha ao alcance da criança.
- Proteja os cantos dos móveis, com cantos de borracha.
- Fixe bem os objetos/móveis grandes ou pesados (risco de tombar).
- Atenção aos animais domésticos
- Escolha produtos com tampas de segurança.
- Medicamentos e produtos químicos devem ser bem rotulados, fechados e devem estar fora do alcance das crianças.
- Não arrumar produtos tóxicos, corrosivos ou medicamentos perto de produtos inofensivos.
- Nunca mude os produtos de embalagem. Não coloque produtos/líquidos tóxicos em embalagens de bebidas (garrafas de água ou refrigerantes).
- Em caso de intoxicação, não provoque o vômito e ligue para o centro de informação antivenenos: 808 250 143.



- Nos carrinhos de passeio mantenha os cintos sempre apertados, travando o carrinho quando este estiver parado. Não pendure sacos nas pegas do carrinho, pois pode virar para trás.
- Para passear, escolha o início da manhã (até as 11h) ou o fim da tarde (depois das 17h), evitando as horas de maior calor.
- Use sempre protetor solar de grau elevado, factor 50 (mesmo que esteja à sombra). A criança deve usar sempre chapéu.
- O ambiente fora de casa pode ser mais perigoso e difícil de controlar, por isso faça uma rápida e eficaz inspeção do local onde se encontram.

#### Em caso de Acidente

- Tenha sempre junto de si os números de emergência
- 112: Emergência médica
- 800 24 24 24 : SNS 24 (saúde 24)

*“Os acidentes com crianças podem ser evitados...  
E quem os pode evitar somos  
NÓS!”*

Elaborado por: Sofia Santos Silva (Curso de Mestrado em Enfermagem- Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica)

**Acidentes Infantis  
no  
1º ano de vida**

**Um ambiente seguro**



A maioria dos acidentes no primeiro ano de vida ocorre em casa.

### As primeiras regras Uma liberdade segura

• Deixe a criança explorar e imaginar

• Não lhe retire a liberdade

Criar um ambiente seguro e proporcionar-lhe uma segurança que lhe permita maior liberdade de movimentos.

### Regras Básicas

• Nunca deixe o bebé sozinho em cima de uma superfície (cama, sofá ou mesa). Ao utilizar o "Ovo" ou espreguiçadeira, deve coloca-los sempre no chão e com os cintos apertados.

• Deixe os irmãos pegarem-no ao colo, mas sempre acompanhados por um adulto.

• Colocar tudo o que precisa à mão antes de trocar a fralda, dar banho ou mudar de roupa.

• Antes do banho verifique a temperatura da água (com o pulso ou cotovelo). Comece sempre por deitar a água fria e só depois a quente.

• Nunca deixe o bebé sozinho na banheira (basta meio palmo de água para a criança se afogar).

• A cama deve ser estável e sólida, grades com pelo menos 60cm de altura, distância entre as barras das grades inferior a 6cm, colchão firme e bem adaptado ao tamanho da cama.



• A partir dos 12 meses, baixe o estrado da cama, para evitar que o bebé tente saltar as grades e se pendure nelas.

• Apoie a alcófia sobre uma estrutura rígida e estável.

• Deite a criança de costas, sempre de barriga para cima.

• Não durma com o bebé

• Não cubra a cabeça do bebé com a roupa da cama.

• Não coloque almofadas, fraldas, brinquedos, gorros, fitas ou laços dentro da cama.

• Não coloque cordões ou alfinetes para segurar a chupeta, pois podem sufocar ou provocar lesões.

• Antes de dar o biberão verifique a temperatura - entorne uma gota no seu punho. Se utilizar o micro-ondas lembre-se que o vidro pode estar morno, mas o leite a ferver.

• Manter os líquidos quentes sempre afastados da criança

• Passe e mexa muito bem a comida e/ou papa, sem deixar pedaços para a criança não se engasgar.

• Evite dar alimentos duros e lisos, como amendoins, tremoços ou castanhas, pois a criança pode engasgar-se ou sufocar (ter cuidado até aos 4/5 anos).

• Evite cozinhar com o bebé ao colo.

• Evite objetos perigosos em cima das bancadas da cozinha

• Atenção ao fogão, a criança pode queimar-se na porta do forno.



• Volte os cabos das frigideiras/caçarolas para dentro

• Evite utilizar toalhas de mesa ou outros atalhados com pontas pendentes (Risco de a criança se pendurar e fazer tombar objetos ou líquidos quentes).

• Quando a criança estiver numa cadeira alta, esta deve estar estável, encostada a uma parede e deve colocar sempre o cinto na criança.

• Se usar uma cadeira de encaixar na mesa, esta deve estar bem fixa, numa mesa pesada e sem tampo de vidro.

• Os brinquedos devem ser macios, sem arestas, laváveis e grandes, para que não possam ser engolidos. Retire as partes soltas/destacáveis e fios compridos.

• Atenção a brinquedos pequenos (dos irmãos, por exemplo), botões, pilhas e sacos de plástico (risco de asfixia).

• Nunca utilize andarilhos/aranhas; são perigosos e atrasam o desenvolvimento da criança.

• Se não poder transformar o chão num local seguro, opte por um parque, que obedeça às normas de segurança. Utilize-o apenas se necessário e por curtos períodos.

• Se quiser determinar os riscos existentes, dê um passeio pela casa e coloque os seus olhos ao nível dos do bebé (ponha-se de joelho, se necessário)

• Use protetores de tomadas, eliminando fios soltos e protegendo extensões/fichas triplas. Verifique regularmente se estão danificados.

• Proteja as fontes de aquecimento, como lareiras e radiadores.



### Transporte do Recém Nascido Prematuro

- Para o recém-nascido ir bem “contido” na cadeira de transporte, a “distância entre o ponto de inserção dos cintos que passam nos ombros e o assento da cadeira não deve exceder 25 cm. A distância entre a inserção do cinto que passa entre as pernas e as costas da cadeira não deve ser superior a 13.7cm”.
- Definir o plano de inclinação ideal (para a maioria dos prematuros, o ângulo de inclinação ótimo é de cerca de 45°, como acontece para os não prematuros).
- Colocar proteções na cabeça e proteções laterais em ambos os lados do bebé, ou lateralmente envolvendo também a cabeça, de forma a que o bebé fique na posição correta.
- Colocar uma ou duas fraldas de pano enroladas entre as pernas do bebé que deve passar debaixo do cinto do assento da cadeira.
- Não deve colocar almofadas nem outras proteções debaixo ou atrás da criança pois impedirão que esta fique bem retida no fundo e nas costas da cadeira.
- Colocar os cintos dos ombros no encaixe mais baixo até que o bebé cresça. Se tiver dispositivo de ligação dos cintos superiores este deve ficar colocado na parte média do tórax e não acima do abdómen ou no pescoço do bebé.



### Exceções ao código da Estrada:

O transporte das crianças deve ser efetuado no banco da retaguarda, salvo nas seguintes situações:

- a) Se a criança tiver idade inferior a 3 anos e o transporte se fizer utilizando sistema de retenção virado para a retaguarda, não podendo, neste caso, estar ativada a almofada de ar frontal no lugar do passageiro;
- b) Se a criança tiver idade igual ou superior a 3 anos e o automóvel não dispuser de cintos de segurança no banco da retaguarda, ou não dispuser deste banco.

Nos automóveis que não estejam equipados com cintos de segurança é proibido o transporte de crianças de idade inferior a 3 anos.

### Lembre-se que:

- Transportar uma criança num automóvel sem o respetivo sistema de retenção, em caso de acidente ou travagem brusca, pode ter consequências fatais.
- Andar de carro é perigoso e o lugar mais perigoso é o colo do adulto, mesmo que seja no banco de trás e por curto espaço de tempo.

Elaborado por: Sofia Santos Silva (Curso de Mestrado em Enfermagem- Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica)



## Viajar em Segurança

**Os acidentes rodoviários são a principal causa de morte e incapacidade temporária ou definitiva em crianças e jovens, em Portugal**

- A Segurança no automóvel deve começar antes dos nascimento. A grávida deve usar sempre o cinto de segurança, não permitindo que este atravesse o abdómen.
- Em caso de acidente de viação, a utilização adequada do Sistema de Retenção reduz o risco de morte ou ferimentos graves em 90 a 95% dos casos.
- 65% dos acidentes com crianças ocorrem próximo de casa
- A primeira viagem do recém-nascido em automóvel deve ser segura, motivo pelo qual é fundamental sair da maternidade já numa cadeira apropriada.
- Segundo o Código da Estrada (artigo 55º) em vigor, as crianças com menos de 12 anos e com altura inferior a 135cm, em veículos equipados com cintos de segurança, devem ser seguras por sistema de retenção homologado e adaptado à sua idade, tamanho e peso. A partir desta altura, já podem usar apenas o cinto de segurança.



Ao escolher o sistema de retenção (SR/cadeira/cadeirinha) deve-se ter presente vários critérios de decisão:

1º - Possuir a etiqueta "E". Esta dá-nos a certeza que cumpre os critérios de segurança para o transporte da criança.

O sistema de retenção para crianças (SRC) deve ser adquirido antes do nascimento e deve estar de acordo com o regulamento 44 ECE/UN, versão 03 ou 04.

2º - A cadeira deve ser experimentada no automóvel para termos a certeza que o comprimento dos cintos é adequado.

3º - A cadeira deve ser leve e de fácil instalação e transporte.



1. Mostra o teste padrão para cadeiras de segurança automóvel para crianças de acordo com o regulamento R44
2. "Universal ou Semi-Universal"- Mostra se a cadeira pode ser usada em todos os veículos (universal) ou se se excetuam alguns veículos (semi-universal)
3. O intervalo de peso da criança para o qual a cadeira foi homologada
4. Designa o país em que a homologação foi obtida
5. Número do teste

• Logo à saída da maternidade, o recém-nascido deve viajar num SRC voltado para trás. Só assim a cabeça, pescoço e a região dorsal estão protegidos em caso de acidente.

• O SRC deve ser preso ao automóvel com o cinto de segurança ou através de um sistema Isofix, num lugar sem airbag frontal ativo.

• As crianças devem viajar voltadas de costas para o sentido do trânsito até aos 3 ou 4 anos, devido à fragilidade do pescoço e ao peso da cabeça. Caso seja mesmo necessário, só a partir dos 18 meses será admissível que a criança viaje virada para a frente.

Quadro I

GRUPO	PESO	Idade	Posição da Cadeira	Lugar no automóvel
0	Até 10 kg	Até 1 ano	VT	BT ou BF*
0+	<15 kg	Até 18-24 meses	VT	BT ou BF*
I	9-18 kg		VT ou VF	
II	15-25		VF	BT
III	22-36		VF	BT
0+II	Até 18 kg		VT ou VF	BF ou BT

VT - Voltada para trás BF - Banco da frente (\* se não tiver airbag)  
VF - Voltada para a frente BT - Banco de trás

\* Sociedade Portuguesa de Neonatologia. Transporte do recém-nascido no automóvel.

• A partir do momento em que a criança passar a usar um SRC virado para a frente, deve-se verificar se os cintos internos ficam bem ajustados ao corpo da criança e se não há folgas entre a cadeira e o banco do automóvel.

• O banco elevatório, por não ter costas ou apoio lateral nem impedir a colocação incorreta do cinto se a criança adormecer, é desaconselhado antes dos 8/9 anos de idade.

• Só é aconselhável a alcofa para situações especiais e quando indicado pelos profissionais de saúde, devendo optar sempre que possível pela cadeira do grupo 0+.

**Apêndice V- Cartaz Informativo “ 10 Mandamentos do Sono para Crianças (dos 0 aos 12 anos de idade)” (UCSP)**



# 10 Mandamentos do Sono Para Crianças (dos 0 aos 12 anos de idade)\*

- Garantir que a criança dorme o tempo adequado para a idade, estabelecendo uma hora regular para deitar (de preferência antes das 21h ou às 21h) e acordar;
- Manter uma hora consistente de dormir e acordar, durante a semana e aos fins de semana;
- Estabelecer uma rotina de sono consistente, utilizando roupas confortáveis para dormir;
- Incentivar a adormecer de forma independente;
- Evitar luzes intensas à hora de dormir e durante a noite, aumentando a exposição à luz durante o período da manhã;
- Manter todos os equipamentos eletrônicos fora do quarto (televisões, computadores) e limite a sua utilização antes de ir dormir;
- Manter horários diários regulares, como o horário das refeições;
- Manter um horário de sestas apropriado à idade;
- Assegurar a prática de exercício físico e de tempo passado no exterior durante o dia;
- Eliminar alimentos e bebidas que contenham cafeína (chá, café, refrigerantes)

\*Adaptado das Recomendações da World Association of Sleep Medicine

Elaborado por: Sofia Santos Silva ( Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica)



**Apêndice VI- Relatório da Sessão de Divulgação” Promoção de Hábitos de Sono Saudáveis na Criança dos 0 aos 2 anos de idade” (UCSP)**





**UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica**  
**(Lisboa)**

**UNIDADE CURRICULAR: “ A saúde da criança e família- Vigilância e Decisão  
Clínica”**

*Relatório da Sessão de Divulgação*

*” Promoção de Hábitos de Sono Saudáveis na Criança dos 0 aos 2 anos de idade”*

**Docentes:**

Prof.<sup>a</sup> Doutora Margarida Lourenço

**Enfermeira-Orientadora:**

Enf.<sup>a</sup> M.F.M.L

**Lisboa, Junho de 2018**



## Índice

0.INTRODUÇÃO.....	4
1.FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	5
2.PLANO DE SESSÃO DE DIVULGAÇÃO.....	12
3.AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE DIVULGAÇÃO.....	15
4.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	16
APÊNDICES.....	19
Apêndice I- Diapositivos utilizados na Sessão de Divulgação.....	21
Apêndice II- Questionário de Avaliação de Sessão de Divulgação.....	35

## **0. INTRODUÇÃO**

O presente relatório encontra-se inserido no Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, ministrado pelo Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa (Lisboa).

Pretende-se com este trabalho sensibilizar os enfermeiros, que exercem funções na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados [REDACTED], para a promoção Hábitos de Sono Saudáveis na Criança, tendo em conta a população-alvo abrangida pelas consultas de enfermagem na referida unidade (0-2 anos de idade).

Os objetivos específicos definidos estão relacionados com a capacitação dos enfermeiros para: Reconhecer a importância da temática no âmbito dos cuidados antecipatórios; caracterizar os ciclos de sono da criança e a sua evolução ao longo das diversas etapas do desenvolvimento; designar a quantidade de horas de sono necessárias para cada faixa etária; identificar as perturbações do sono mais frequentes e descrever medidas que promovam e auxiliem os pais/prestadores de cuidados na adoção de hábitos de sono saudáveis na criança dos 0-2 anos de idade.

## **1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

As competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem assentam nos cuidados centrados na criança e na família, cuja intervenção compreende o período entre o nascimento e os 18 anos de idade. Em crianças com necessidades especiais de saúde, este limite temporal pode estender-se até aos 21 anos ou mais, desde que a transição para a vida adulta seja adequada (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Segundo o Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (DGS 2013), os cuidados antecipatórios são um fator de promoção da saúde e prevenção da doença, que permitem facultar aos pais ou prestadores de cuidados, conhecimentos necessários para um desempenho adequado no que diz respeito ao exercício da parentalidade. Com vista a ganhos em saúde nesta população, o referido documento, estabelece como objetivos a escolha de comportamentos promotores de saúde, a deteção precoce de problemas que possam comprometer a vida e a sua qualidade, bem como, o apoio para o exercício adequado das responsabilidades parentais.

A Ordem dos Enfermeiros (2010) refere que o sono é tao importante para o desenvolvimento global da criança como a alimentação.

O sono tem um papel fulcral no desenvolvimento infantil, influenciando não só a dimensão física e emocional mas também a dimensão cognitiva e de aprendizagem. As perturbações do sono constituem as alterações comportamentais mais frequentes em Pediatria (Arriaga et.al, 2015). Entende-se por perturbações do sono qualquer alteração aos padrões desejáveis do sono para a respetiva faixa etária, quer em quantidade quer em qualidade do mesmo. O impacto da problemática do sono na criança é intensificado pelo efeito na qualidade do sono dos pais, o que afeta consequentemente o seu desempenho parental e a dinâmica familiar. Conhecer o sono da criança é fundamental para que não se confundam fenómenos fisiológicos com distúrbios do sono.

O sono é um processo fisiológico complexo, influenciado por fatores intrínsecos e socioculturais. Caracteriza-se pela supressão da atividade perceptiva e da motricidade voluntária, sendo composto por vários estádios e ciclos, associados a um sono mais leve ou mais profundo e a uma maior ou menor atividade elétrica cerebral. É importante referir que é durante o sono que a hormona do crescimento tem o seu pico, nomeadamente nas primeiras horas do sono profundo, enquanto que o cortisol tem o seu pico durante a madrugada, na fase do despertar. De igual forma, é durante a noite que o cérebro faz a gestão dos estímulos recebidos durante o dia, construindo associações de ideias e relações neuronais.

O sono é composto por ciclos REM (Rapid Eye Movement) e NREM (Non Rapid Eye Movement), distribuídos por cinco fases de sono distintas: uma fase REM e quatro NREM (numeradas de I a IV). Estas fases sucedem-se umas às outras e repetem-se várias vezes ao longo de uma mesma noite. Segundo Mendes et.al (2004) e Martello (2015), o sono REM ocupa 25-50% do sono total, período em que ocorrem a maioria dos sonhos e pesadelos, diminuindo a sua durabilidade com a idade.

Até ao primeiro mês de vida, as fases do sono são mais diferenciadas, correspondente ao sono ativo (REM), ao sono tranquilo (NREM) e ao sono indeterminado.

Ao longo da noite, os diferentes estádios vão alternando e a sua duração varia com a idade, sendo que no final dos cinco estádios surge uma fase de latência, em que a criança pode acordar, adormecendo de novo sozinha ou chora e chama pelos pais.

Ao nascer, o sono da criança não é influenciado pela alternância do dia e da noite, adaptando-se progressivamente a um novo ritmo circadiano. Cerca das 3 semanas de vida, os ciclos do sono começam a organizar-se. No recém-nascido o ciclo do sono é curto, de aproximadamente 20-30 minutos. Contudo, a primeira fase do seu sono dura cerca de 20 minutos, o que explica o fácil despertar a estímulos desagradáveis ou intensos, diminuindo no primeiro ano de vida.

Por volta de um mês surge um período designado de “ agitação do fim do dia”. A criança fica inquieta e com choro inconsolável. Depois costuma adormecer e até parece dormir melhor. Deve ser explicado aos pais/prestadores de cuidados, que este período é transitório, tendo sempre em atenção o não estar associado a fome ou qualquer outro desconforto.

Aos 3 meses já se estabeleceu, na maioria das crianças, um padrão de sono/vigília associado, respetivamente, ao dia e à noite. No entanto, só aos 4 meses é que a criança é capaz de dormir oito horas seguidas, sem ser alimentado, podendo ainda acordar uma a

duas vezes por noite. Martello (2015) considera que uma criança de 4 a 6 meses recebe o aporte calórico necessário, durante o dia, para garantir um crescimento adequado, não tendo por isso necessidade fisiológica de ser alimentada durante a noite.

No que diz respeito às sestas, estas variam de criança para criança e em função da idade da mesma. O recém-nascido precisa de três a quatro sestas por dia, enquanto que aos 6 meses precisa apenas de duas, uma de manhã e outra à tarde. A criança de 15 meses a 30 meses, necessita apenas de uma, maioritariamente à tarde, a qual abandonará entre os 3 a 5 anos. Relativamente ao prematuro, estudos demonstram que muitas vezes a regulação dos ciclos de sono ocorre no mês seguinte à saída do hospital.

Quadro I- Tabela de Sono recomendado nas 24h

Tempo de Sono recomendado nas 24h*	
Idade	Sono Necessário
0-3 meses	20h
3-12 meses	14h-15h
1-3 anos	12h-14h
3-5 anos	11h-13h
6-12 anos	10h-11h
12-18anos	8,5h-9,5h

\* Adaptado da World Association of Sleep Medicine

Para Martello (2015) existem estímulos externos fundamentais para a consolidação do ritmo biológico, nomeadamente a alternância do dia e da noite; horários regulares das refeições, horas fixas de deitar e levantar e atividades realizadas com as crianças. Contudo, os pais/prestadores de cuidados devem estar atentos e informados relativamente aos sinais de fadiga da criança, como por exemplo, o “esfregar dos olhos” e a diminuição da vigilância mental (olhar fixo). Se deitarmos a criança logo que estes sinais surgem,

estamos a favorecer o sono. Uma criança excessivamente cansada fica agitada, comprometendo a sua capacidade de adormecer.

As perturbações do sono resultam de uma interação complexa entre fatores biológicos, psicológicos, de desenvolvimento da criança, comportamentos intrafamiliares e fatores socioculturais. Crispim et al. (2011) refere que as características socioeconómicas do agregado familiar parecem influenciar o sono da criança, no que concerne à hora de deitar e identificaram que as famílias menos diferenciadas são alvo preferencial de intervenção.

Segundo Mendes et al. (2004) as perturbações primárias do sono são divididas entre dissónias e parassónias, sendo estas relacionadas, respetivamente, com alterações na qualidade/quantidade de sono e com alterações comportamentais associadas ao mesmo. As dissónias dividem-se em insónias (quantidade ou qualidade de sono insuficiente), hipersónias (sonolência diurna excessiva apesar de tempo de sono adequado) e distúrbios do ritmo circadiano do sono. Relativamente às parassónias existem vários tipos, como os terrores noturnos, pesadelos, somniloquia, sonambulismo, bruxismo e enurese nocturna. Para Dias et al. (2018) os problemas de sono mais referidos pelos pais incluem despertares noturnos frequentes e resistência a dormir, bem como, o co-sleeping (compartilhar a cama). O Questionário de Hábitos de Sono das Crianças (CSHQ), cuja versão portuguesa (CSHQ-PT) foi validada por Silva et al. (2013), surge como um instrumento de elevada relevância epidemiológica e permite identificar problemas de sono com base na Classificação Internacional de Distúrbios do Sono e é composto por oito subescalas (resistência a ir para a cama, início do sono, duração do sono, ansiedade do sono, despertares noturnos, parassónias, distúrbios respiratórios do sono e sonolência diurna). Contudo este questionário apenas se mostrou aplicável a crianças entre os 2 e os 10 anos de idade. Neste sentido, Dias et al. (2018) propuseram uma versão adaptada a crianças com idade inferior ou igual a 12 meses, resultando em quatro escalas de avaliação: resistência em ir para a cama, ansiedade do sono, hábitos de sono positivos e sonolência diurna.

O co-sleeping é, segundo Mendes et. Al (2004), um hábito cultural controverso, estando associado ao aumento do risco de Síndrome de Morte Súbita do Lactente (sobretudo se os pais forem fumadores, consumidores de álcool ou medicamentos) e ao aumento do risco de quedas e acidentes, alterando substancialmente a relação conjugal dos pais.

Vários são os estudos que demonstram que as perturbações do sono podem influenciar a morbidade na criança, originando alterações comportamentais, cognitivas e emocionais, que afetam o desenvolvimento da mesma e diminuem a sua qualidade de vida. Padez et al. (2009), citado por Amaral e Melão (2015), constataram que crianças cuja duração de sono era insuficiente apresentavam maior risco de obesidade. Estudos recentes mostram uma relação entre a privação de sono e a ocorrência de lesão acidental em crianças, bem como depressão e ideação suicida em adolescentes.

Por sua vez, as perturbações do sono das crianças podem ter repercussão nos períodos de sono/vigília dos pais/prestadores de cuidados, afetando o seu bem-estar, as tarefas do dia-a-dia e fundamentalmente, o desempenho parental.

Para se adquirirem bons hábitos de sono, é necessário promover a sua implementação desde o nascimento, estimulando a sua correta higiene e incentivando os pais/prestadores de cuidados a insistir na manutenção de um horário fixo de dormir, durante a semana e fim-de-semana, promovendo rituais de calma e descontração nas horas que antecedem o dormir, mantendo um ambiente calmo junto ao quarto da criança.

Entende-se por “higiene do sono” alterações no ambiente envolvente, bem como, adoção de estratégias e rotinas que promovem uma qualidade e duração adequada do sono da criança.

São descritas como estratégias para a promoção de hábitos de sono saudáveis na criança:

- Estabelecer o ritmo biológico: durante o dia manter a luz diurna e o ruído diário; durante a noite o silêncio e o ambiente escuro.
- Evitar prolongar a sesta da tarde (intervalo de pelo menos 4h entre a sesta e a hora de deitar)
- Estabelecer gradualmente uma rotina consistente prévia à hora de deitar, mantida por todos os cuidadores
- Estabelecer uma rotina diária relativamente à hora de deitar.
- Dar banho à noite, se este se demonstrar um estímulo relaxante
- Criar um ambiente calmo e confortável, de temperatura adequada.
- Colocar uma luz ténue de presença, para que a criança reconheça o ambiente ao acordar.
- Utilizar roupas confortáveis.
- Deitar a criança em berço/alcofã ou cama de grades adequada.

- Deitar a criança em decúbito dorsal na cama.
- Colocar uma peça de roupa com o cheiro da mãe no berço/alcofa ou cama de grades.
- Colocar a criança acordada no berço/alcofa ou cama de grades e ficar junto a ela a embalar (cantar, festas, criar um ritual próprio para adormecer)
- Incentivar o uso de um objeto de transição (chucha, boneco, fralda de pano)
- Evitar colocar a criança na cama dos pais
- A partir dos 6 meses, alargar os períodos de vigília, mantendo a criança mais tempo acordada durante o dia.
- Entre os 6-9 meses fazer a transição para o quarto da criança.
- Durante a noite diminuir os estímulos.
- Acalmar a criança, se acordar durante a noite, permitindo que aprenda a adormecer sozinha. Evitar retirá-la da cama, tentando manter o ritual de adormecer pré-estabelecido.

Como consolidação do referido anteriormente, a World Association of Sleep Medicina estabelece “10 Mandamentos do Sono Para Crianças (dos 0 aos 12 anos de idade):

- Garantir que a criança dorme o tempo adequado para a idade, estabelecendo uma hora regular para deitar (de preferência antes das 21h ou às 21h) e acordar.
- Manter uma hora consistente de dormir e acordar, durante a semana e aos fins-de-semana.
- Estabelecer uma rotina de sono consistente, utilizando roupas confortáveis para dormir.
- Incentivar a adormecer de forma independente.
- Evitar luzes intensas à hora de dormir e durante a noite, aumentando a exposição à luz durante o período da manhã.
- Manter todos os equipamentos eletrônicos fora do quarto (televisões, computadores) e limite a sua utilização antes de ir dormir.
- Manter horários diários regulares, como o horário das refeições.
- Manter um horário de sesta apropriado à idade.

- Assegurar a prática de exercício físico e de tempo passado no exterior durante o dia.
- Eliminar alimentos e bebidas que contenham cafeína (chá, café, refrigerantes).

As excessivas atividades extracurriculares exigidas à criança durante o dia e a ausência prolongada dos pais contribuem para uma maior prevalência dos distúrbios do sono na faixa etária pediátrica.

O número de horas de sono diário identificado em crianças portuguesas face às internacionais constitui um dado preocupante, visto que as coloca em risco de privação do sono, o que conduz a todas as consequências anteriormente enunciadas dessa mesma privação.

O sono das crianças é um tema pouco abordado nas consultas de Saúde Infantil, uma vez que os pais desconhecem e subvalorizam a sua importância no desenvolvimento e na qualidade de vida da criança, bem como na da família em si. A perceção parental relativamente às perturbações do sono da criança está intimamente relacionada com número de despertares noturnos, com a resistência em adormecer inicial e após o despertar ao longo da noite. A falta de intervenção pode levar ao prolongamento das perturbações do sono até a vida adulta e ao recurso de terapêutica farmacológica desnecessária.

A abordagem dos padrões de sono fornece uma oportunidade única de aprender mais sobre a criança e a família, avaliando o ambiente que a rodeia e proporcionando a oportunidade de educar os pais/prestadores de cuidados relativamente a uma boa higiene do sono, com intuito de prevenir problemas do sono crónicos.

## 2. PLANO DE SESSÃO DE DIVULGAÇÃO

**Formador:** Sofia Santos Silva

**Data:** 8 de Junho 2018

**Local:** ██████████

**Duração:** 20-35 min.

**Público-alvo:** Enfermeiros que exercem funções na ██████████

**Tema:** Promoção de Hábitos de Sono Saudáveis na Criança dos 0 aos 2 anos de idade

**Objetivo geral:** Sensibilizar os enfermeiros que exercem funções na ██████████  
██████████ para a Promoção de Hábitos de Sono Saudáveis na Criança dos 0  
aos 2 anos de idade.

### **Objetivos específicos:**

Que os enfermeiros sejam capazes de:

- Reconhecer a importância da temática no âmbito dos cuidados antecipatórios
- Caracterizar os ciclos de sono da criança e a sua evolução ao longo das diversas etapas do desenvolvimento
- Designar a quantidade de horas de sono necessárias para cada faixa etária
- Identificar as perturbações do sono mais frequentes
- Descrever medidas que promovam e auxiliam os pais/prestadores de cuidados na adoção de hábitos de sono saudáveis na criança dos 0-2 anos de idade.

<b>FASES</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>CONTEÚDOS</b>	<b>METODOLOGIA</b>	<b>DURAÇÃO</b>
<b>Introdução</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentar: <ul style="list-style-type: none"> <li>- A formadora;</li> <li>- Os temas abordados;</li> <li>- Os objetivos da sessão.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pertinência do tema;</li> <li>• Objetivo Geral;</li> <li>• Objetivos Específicos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expositiva</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 3 minutos</li> </ul>
<b>Desenvolvimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sono;</li> <li>• Ciclos de sono e sua evolução;</li> <li>• Horas de Sono adaptadas a cada faixa etária;</li> <li>• Perturbações do Sono;</li> <li>• Estratégias para a Promoção de Hábitos de Sono Saudáveis.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informação fundamentada e atualizada acerca das temáticas abordadas, com base em evidência científica recente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expositiva e demonstrativa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 20 minutos</li> </ul>
<b>Validação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar os conhecimentos apreendidos pela população-alvo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informação abordada ao longo das etapas anteriores da sessão.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expositiva e interrogativa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 5 minutos</li> </ul>

<b>Conclusão</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esclarecer dúvidas;</li> <li>• Realçar os conceitos fundamentais</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Síntese das ideias-chave.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expositiva e interrogativa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 5 minutos</li> <li>• Entrega de um questionário de avaliação sobre a sessão.</li> </ul>
------------------	--	---	---	--

Quadro II- Plano de formação da Sessão de Divulgação sobre Promoção de Hábitos de Sono Saudáveis na Criança dos 0 aos 2 anos de idade

Relativamente aos **recursos pedagógicos** utilizados, estes incluem:

- Os folhetos informativos elaborados sobre Hábitos de Sono Saudável na Criança
- Entrega de documento escrito de suporte à sessão de divulgação

### 3. AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE DIVULGAÇÃO

A adesão à sessão de divulgação foi de praticamente 100%, estando presentes no início da mesma, doze dos treze enfermeiros que integram a Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de [REDACTED]. Um dos enfermeiros encontrava-se de férias e, no decorrer da sessão, um dos enfermeiros ausentou-se por motivos pessoais.

Aos onze enfermeiros presentes, no final da sessão, foi aplicado o questionário. Este era anónimo e foi solicitado somente a avaliação em relação à sessão de divulgação em cinco parâmetros (tendo em conta que 1 – Insuficiente; 2 – Suficiente; 3 – Bom; 4 – Muito Bom e 5 – Excelente):

- A pertinência do tema
- Os objetivos foram atingidos
- A organização dos conteúdos apresentados
- A segurança e o domínio da temática por parte da formadora
- A utilidade da sessão de divulgação no sentido de melhorar a sua prática

No que concerne à avaliação da sessão de divulgação, todos os parâmetros receberam classificação compreendida entre o Muito Bom (4) e o Excelente (5). Como se pode observar pelo Gráfico I, a pertinência do tema e terem sido atingidos os objetivos foram os itens mais valorizados. No espaço do questionário para sugestões, foi referido a pertinência de realizar a mesma sessão mas aos utentes.

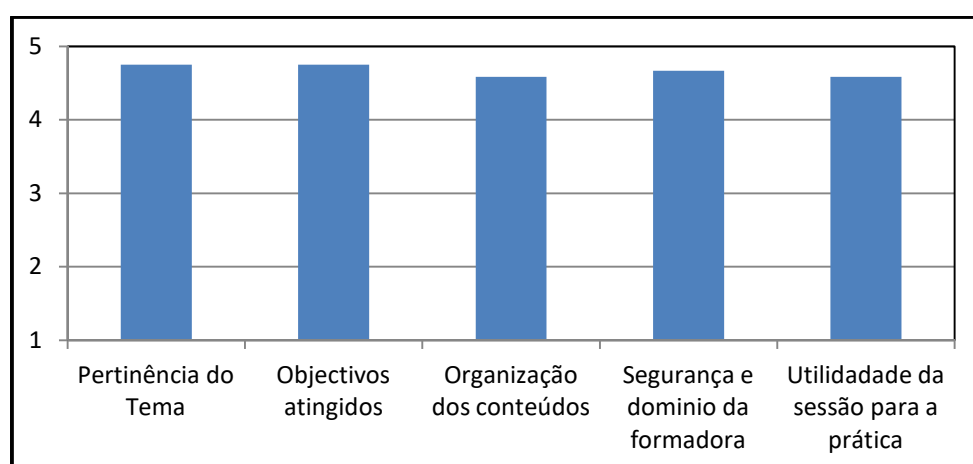


Gráfico I- Avaliação média dos resultados obtidos na sessão de divulgação

#### 4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arriaga, C.; Brito, S.; Gaspar, P.; Luz, A. (2015). Hábitos e Perturbações do Sono: Características de uma Amostra Pediátrica na Comunidade. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 46 (4), 367-375
- Amaral, M. & Melão, N. (2016). O perfil de saúde de crianças vigiadas em consultas de cuidados primários na cidade de Viseu, Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 34(1), 53-60
- Cardoso, M., Lélis, A., Oliveira, N., Viana, T., Praciano, P., Oliveira, E. (2014). A Influência dos Distúrbios do Sono no Desenvolvimento Infantil. *Cogitare Enfermagem*, 19(2), 368-375
- Cordeiro, M. (2015) *O Grande Livro do Bebê- O primeiro ano de vida*. Lisboa: Esfera dos Livros
- Crispim, J., Boto, L., Melo, I., Ferreira, R. (2011). Padrão de sono e factores de risco para a privação de sono numa população pediátrica portuguesa. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 42(3), 93-98
- Dias, C., Figueiredo, B., Pinto, T. (2018). Children's Infant Questionnaire- Infant Version. *Jornal de Pediatria*, 92(2), 146-154
- Direcção-Geral da Saúde (2013). *Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (Orientação Técnica N°12)*. Direcção-Geral da Saúde, 2ª Edição.
- 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

- Lélis, A., Cipriano, M., Cardoso, M., Lima, F., Araújo, T. (2014). Influência do contexto familiar sobre os transtornos do sono em crianças. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 15(2), 343-353
  
- Martello, E. (2017). *Finalmente durmo... E os meus pais também*. Lisboa. Multinova- União Livreira e Cultural, S.A.
  
- Mendes, L., Fernandes, A., Garcia, F. (2011). Hábitos e Perturbações do Sono em crianças em Idade Escolar. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 35 (4), 341-347
  
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
  
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
  
- Silva, F., Silva, C., Braga, L., Neto, A. (2013). Hábitos e problemas de sono dos dois aos dez anos: estudo populacional. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 44(5), 196-202
  
- Silva, F., Silva, C., Braga, L., Neto, A. (2014). Portuguese Children's Sleep Questionnaire-validation and cross-cultural comparison. *Jornal de Pediatria*, 90(1), 78-84



## APÊNDICES



## Apêndice I- Diapositivos utilizados na Sessão de Divulgação



CATOLICA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
LISBOA PORTO VISEU

**PROMOÇÃO DE HÁBITOS DE SONO SAUDÁVEIS NA CRIANÇA DOS 0 AOS 2 ANOS DE IDADE**

**Realizado por:** Sofia Santos Silva

Lisboa, 8 de Junho de 2018

Promoção de Hábitos de Sono Saudáveis na Criança dos 0 aos 2 anos de idade

### Índice

- Importância da Temática
- Sono
- Ciclos do Sono e sua evolução
- Horas de Sono adaptadas a cada faixa etária
- Perturbações do Sono
- Estratégias para a Promoção de Hábitos de Sono Saudáveis

2

## Objetivo Geral

- Sensibilizar os enfermeiros que exercem funções na  para a Promoção de Hábitos de Sono Saudáveis na Criança dos 0 aos 2 anos de idade

## Objetivos Específicos

- Que os enfermeiros sejam capazes de:
  - ❖ Reconhecer a importância da temática no âmbito dos cuidados antecipatórios
  - ❖ Caracterizar os ciclos de sono da criança e a sua evolução ao longo das diversas etapas do desenvolvimento
  - ❖ Designar a quantidade de horas de sono necessárias para cada faixa etária
  - ❖ Identificar as perturbações do sono mais frequentes
  - ❖ Descrever medidas que promovam e auxiliam os pais/prestadores de cuidados na adoção de hábitos de sono saudáveis na criança dos 0-2 anos de idade.

## Importância da Temática

- As competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem assentam nos cuidados centrados na criança e na família, cuja intervenção compreende o período entre o nascimento e os 18 anos de idade.

## Importância da Temática

- Os cuidados antecipatórios são um fator de promoção da saúde e prevenção da doença, permitindo um desempenho adequado no exercício da parentalidade

DGS(2013)

- A Ordem dos Enfermeiros (2010) refere que o sono é tao importante para o desenvolvimento global da criança como a alimentação

## Importância da Temática

- O sono tem um papel fulcral no desenvolvimento infantil, influenciando não só a dimensão física e emocional mas também a dimensão cognitiva e de aprendizagem.
- As perturbações do sono constituem as alterações comportamentais mais frequentes em Pediatria

Arriaga et al. (2016)

## Importância da Temática

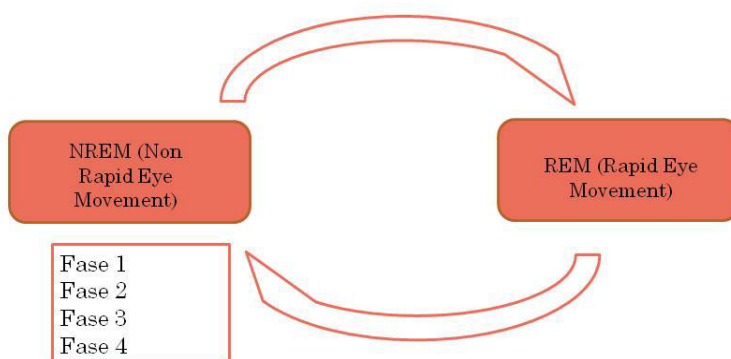
- O impacto da problemática do sono na criança é intensificado pelo efeito na qualidade do sono dos pais
- Conhecer o sono da criança é fundamental para que não se confundam fenómenos fisiológicos com distúrbios do sono

## Sono

- Processo fisiológico complexo, influenciado por fatores intrínsecos e socioculturais . É composto por vários estádios e ciclos, associados a um sono mais leve ou mais profundo e a uma maior ou menor atividade elétrica cerebral.
- Hormona de Crescimento e o Cortisol têm o seu pico
- O cérebro faz a gestão dos estímulos recebidos durante o dia, construindo associações de ideias e relações neuronais.

9

## Ciclos do Sono e sua evolução



10

## Ciclos do Sono e sua evolução

- Ao nascer, o sono da criança não é influenciado pela alternância do dia e da noite, adaptando-se progressivamente a um novo ritmo circadiano
- Cerca das 3 semanas de vida, os ciclos do sono começam a organizar-se
- No recém-nascido o ciclo do sono é curto, de aproximadamente 20-30 minutos
- Por volta de um mês surge um período designado de “ agitação do fim do dia”

## Horas de Sono adaptadas a cada faixa etária

- Aos 3 meses já se estabeleceu, na maioria das crianças, um padrão de sono/vigília associado, respetivamente, ao dia e à noite.
- Só aos 4 meses é que a criança é capaz de dormir oito horas seguidas, sem ser alimentado, podendo ainda acordar uma a duas vezes por noite.
- As sextas variam de criança para criança e em função da idade da mesma
- Relativamente ao prematuro, estudos demonstram que muitas vezes a regulação dos ciclos de sono ocorre no mês seguinte à saída do hospital.

## Horas de Sono adaptadas a cada faixa etária

Tempo de Sono recomendado nas 24h*	
Idade	Sono Necessário
0-3 meses	20h
3-12 meses	14h-15h
1-3 anos	12h-14h
3-5 anos	11h-13h
6-12 anos	10h-11h
12-18 anos	8,5h-9,5h

\* Adaptado da World Association of Sleep Medicine

## Perturbações do Sono

- Existem estímulos externos fundamentais para a consolidação do ritmo biológico.  

Martello (2015)
- Os pais/prestadores de cuidados devem estar atentos e informados relativamente aos sinais de fadiga da criança.
- Se deitarmos a criança logo que estes sinais surgem, estamos a favorecer o sono. Uma criança excessivamente cansada fica agitada, comprometendo a sua capacidade de adormecer.  

Martello (2015)

## Perturbações do Sono

- Resultam de uma interação complexa entre fatores biológicos, psicológicos, de desenvolvimento da criança, comportamentos intrafamiliares e fatores socioculturais
- As perturbações primárias do sono são divididas entre dissónias e parassónias

Mendes et al. (2004)

- Os problemas de sono mais referidos pelos pais incluem despertares noturnos frequentes e resistência a dormir, bem como, co-sleeping

Dias et al. (2018)

15

## Perturbações do Sono

- O Questionário de Hábitos de Sono das Crianças (CSHQ), cuja versão portuguesa (CSHQ-PT) foi validada por Silva et al. (2013)

Permite identificar problemas de sono  
Composto por oito subescalas

Limitações

aplicável a crianças entre os 2 e os 10 anos de idade.

versão adaptada a  
crianças com idade  
inferior ou igual a 12  
meses

Dias et al. (2018)

16

## Perturbações do Sono

Co-Sleeping

→ Hábito cultural controverso

→ Risco de Síndrome de Morte Súbita do Lactente

Risco de Quedas e Acidentes

Alteração na relação conjugal dos pais

- As perturbações do sono podem influenciar a morbidade na criança
- Repercussão nos períodos de sono/vigília dos pais/prestadores de cuidados, afetando o seu bem-estar e o desempenho parental

17

## Estratégias para a Promoção de Hábitos de Sono Saudáveis

- Estar vigilante desde o nascimento
- Estimular correta higiene do sono

alterações no ambiente envolvente, bem como, adoção de estratégias e rotinas que promovem uma qualidade e duração adequada do sono da criança.

18

## **Estratégias para a Promoção de Hábitos de Sono Saudáveis**

- Estabelecer o ritmo biológico: durante o dia manter a luz diurna e o ruído diário; durante a noite o silêncio e o ambiente escuro.
- Estabelecer gradualmente uma rotina consistente prévia à hora de deitar.
- Estabelecer uma rotina diária relativamente à hora de deitar.
- Criar um ambiente calmo e confortável, de temperatura adequada.
- Colocar uma luz ténue de presença, para que a criança reconheça o ambiente ao acordar.

## **Estratégias para a Promoção de Hábitos de Sono Saudáveis**

- Utilizar roupas confortáveis.
- Deitar a criança em berço/alcofa ou cama de grades adequada.
- Deitar a criança em decúbito dorsal na cama.
- Colocar uma peça de roupa com o cheiro da mãe no berço/alcofa ou cama de grades.

## **Estratégias para a Promoção de Hábitos de Sono Saudáveis**

- Colocar a criança acordada no berço/alcofa ou cama de grades e ficar junto a ela a embalar (cantar, festas, criar um ritual próprio para adormecer)
- Incentivar o uso de um objeto de transição (chucha, boneco, fralda de pano)
- Evitar colocar a criança na cama dos pais
- A partir dos 6 meses, alargar os períodos de vigília, mantendo a criança mais tempo acordada durante o dia.

## **Estratégias para a Promoção de Hábitos de Sono Saudáveis**

- Entre os 6-9 meses fazer a transição para o quarto da criança.
- Durante a noite diminuir os estímulos.
- Acalmar a criança, se acordar durante a noite, permitindo que aprenda a adormecer sozinha. Evitar retirá-la da cama, tentando manter o ritual de adormecer pré-estabelecido.

**10 Mandamentos do Sono Para Crianças (dos 0 aos 12 anos de idade)\***

- Garantir que a criança dorme o tempo adequado para a idade, estabelecendo uma hora regular para deitar (de preferência antes das 21h ou às 21h) e acordar;
- Manter uma hora consistente de dormir e acordar, durante a semana e aos fins de semana;
- Estabelecer uma rotina de sono consistente, utilizando roupas confortáveis para dormir;
- Incentivar a adormecer de forma independente;
- Evitar luzes intensas à hora de dormir e durante a noite, aumentando a exposição à luz durante o período da manhã;
- Manter todos os equipamentos eletrónicos fora do quarto (televisões, computadores) e limite a sua utilização antes de ir dormir;
- Manter horários diários regulares, como o horário das refeições;
- Manter um horário de sesta apropriado à idade;
- Assegurar a prática de exercício físico e de tempo passado no exterior durante o dia;
- Eliminar alimentos e bebidas que contenham cafeína (chá, café, refrigerantes)

\*Adaptado dos 10 mandamentos da World Association of Sleep Medicine  
Elaborado por Sofia Santos Silva e Curso de Mestrado em Enfermagem - Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Universidade de Coimbra (Universidade de Coimbra - Faculdade de Ciências Médicas)

## Conclusão

- O número de horas de sono identificado nas crianças portuguesas comparativamente às internacionais é um dado preocupante
- O sono das crianças é um tema pouco abordado nas consultas de Saúde Infantil, por subvalorização do mesmo e desconhecimento dos pais/prestadores de cuidados
- A falta de intervenção pode levar ao prolongamento das perturbações do sono até a vida adulta e ao recurso de terapêutica farmacológica desnecessária.
- A abordagem dos padrões de sono fornece uma oportunidade única de aprender mais sobre a criança e a família

## Referências Bibliográficas

- Arriaga, C. ; Brito, S. ; Gaspar, P. ; Luz, A. (2015). Hábitos e Perturbações do Sono: Características de uma Amostra Pediátrica na Comunidade. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 46 (4), 367-375
- Amaral, M. & Melão, N. (2016). O perfil de saúde de crianças vigiadas em consultas de cuidados primários na cidade de Viseu, Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 34(1), 53-60
- Cardoso, M., Lélis, A., Oliveira, N., Viana, T., Praciano, P., Oliveira, E. (2014). A Influência dos Distúrbios do Sono no Desenvolvimento Infantil. *Cogitare Enfermagem*, 19(2), 368-375
- Cordeiro, M. (2015) O Grande Livro do Bebê- O primeiro ano de vida. Lisboa: Esfera dos Livros
- Crispim, J., Boto, L., Melo, I., Ferreira, R. (2011). Padrão de sono e factores de risco para a privação de sono numa população pediátrica portuguesa. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 42(3), 93-98
- Dias, C., Figueiredo, B., Pinto, T. (2018). Children's Infant Questionnaire- Infant Version. *Jornal de Pediatria*, 92(2), 146-154
- Direcção-Geral da Saúde (2013). Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (Orientação Técnica N°12). Direcção-Geral da Saúde, 2ª Edição.
- 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

## Referências Bibliográficas

- Lélis, A., Cipriano, M., Cardoso, M., Lima, F., Araújo, T. (2014). Influência do contexto familiar sobre os transtornos do sono em crianças. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 15(2), 343-353
- Martello, E. (2017). Finalmente durmo... E os meus pais também. Lisboa. Multinova- União Livreira e Cultural, S.A.
- Mendes, L., Fernandes, A., Garcia, F. (2011). Hábitos e Perturbações do Sono em crianças em Idade Escolar. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 35 (4), 341-347
- Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Silva, F., Silva, C., Braga, L., Neto, A. (2013). Hábitos e problemas de sono dos dois aos dez anos: estudo populacional. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 44(5), 196-202
- Silva, F., Silva, C., Braga, L., Neto, A. (2014). Portuguese Children's Sleep Questionnaire- validation and cross-cultural comparison. *Jornal de Pediatria*, 90(1), 78-84



Apêndice II- Questionário de Avaliação de Sessão de Divulgação

**“Promoção de Hábitos de Sono Saudáveis na Criança dos 0-2 anos”**

Com o preenchimento deste questionário pretende-se saber a sua opinião sobre a sessão de formação à qual assistiu. É de carácter individual, voluntário e os seus dados são confidenciais.

Para o seu preenchimento, assinale a sua resposta com um X em cada pergunta, sendo que: 1 – Insuficiente; 2 – Suficiente; 3 – Bom; 4 – Muito Bom e 5 – Excelente.

INDICADORES	AVALIAÇÃO				
	1	2	3	4	5
1- Como classifica a pertinência do tema					
2- Considera que os objetivos foram atingidos?					
3 – Como classifica a organização dos conteúdos apresentados?					
4- Como classifica a segurança e domínio da temática por parte da formadora?					
5 – Como classifica a utilidade da sessão de divulgação no sentido de melhorar a sua prática?					

Outras considerações

---

---

---

Obrigada pela sua colaboração!  
Enfª Sofia Santos Silva

Aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização em  
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Universidade Católica Portuguesa



**Apêndice VII- Relatório da Sessão de Divulgação” Acidentes no primeiro ano de vida e Segurança rodoviária infantil”**





**UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica**  
**(Lisboa)**

**UNIDADE CURRICULAR: “ A saúde da criança e família- Vigilância e Decisão Clínica”**

*Relatório da Sessão de Divulgação*

*” Acidentes no primeiro ano de vida e Segurança rodoviária infantil”*

**Docentes:**

Prof.<sup>a</sup> Doutora Margarida Lourenço

**Enfermeira-Orientadora:**

Enf.<sup>a</sup> M.F.M.L

**Lisboa, Junho de 2018**



## Índice

0. INTRODUÇÃO.....	5
1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA .....	6
2. PLANO DE SESSÃO DE DIVULGAÇÃO.....	14
3. AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE DIVULGAÇÃO.....	17
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	18
APÊNDICES.....	19
Apêndice I- Diapositivos utilizados na Sessão de Divulgação.....	21
Apêndice II- Questionário de Avaliação de Sessão de Divulgação.....	39

## **Lista de Siglas e Abreviaturas**

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

APSI - Associação para a Promoção da Segurança Infantil

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

## **0.INTRODUÇÃO**

O presente relatório encontra-se inserido no Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, ministrado pelo Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa (Lisboa).

Pretende-se com este trabalho sensibilizar os enfermeiros, que exercem funções na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados [REDACTED], para a prevenção de acidentes no primeiro ano de vida da criança e estratégias de promoção de segurança rodoviária infantil.

Os objetivos específicos definidos estão relacionados com a capacitação dos enfermeiros para: Reconhecer a importância da temática no âmbito dos cuidados antecipatórios; descrever medidas que promovam e auxiliem os pais/prestadores de cuidados na prevenção de acidentes no primeiro ano de vida da criança e promover a uniformização dos cuidados de enfermagem no que diz respeito ao Transporte do Recém-Nascido de Termo e Pré-termo.

## **1.FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

As competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem assentam nos cuidados centrados na criança e na família, cuja intervenção compreende o período entre o nascimento e os 18 anos de idade. Em crianças com necessidades especiais de saúde, este limite temporal pode estender-se até aos 21 anos ou mais, desde que a transição para a vida adulta seja adequada (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

O Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem refere que “ os acidentes (domésticos, viação, afogamento, quedas, asfíxia...) são uma causa importante de morte e incapacidade temporária e permanente em crianças e jovens que, associados aos elevados custos pessoais, familiares, sociais e económicos, constituem um grave problema de saúde pública” (OE, 2011). Em Portugal, correlacionado com facto de o número de pessoas que morre ser superior ao número de pessoas que nasce, o número de mortes prematuras evitáveis representa um elemento social preocupante. (APSI/DGS, 2011).

Estima-se que os traumatismos e lesões não intencionais, ou seja, acidentes, representem uma das principais causas de morte em crianças na Europa (Relatório de avaliação de segurança infantil em Portugal, 2017). Em Portugal, segundo dados da APSI (2017), entre 1992 e 2015, cerca de 6.000 crianças e jovens morreram na sequência de um traumatismo e/ou lesão não intencional. O crescente número de hospitalizações na sequência de lesões ou traumatismo constitui um dado crítico em saúde, o que conduz à necessidade emergente de o profissional de saúde/ enfermeiro se antecipar à ocorrência do mesmo.

Segundo o Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (DGS 2013), os cuidados antecipatórios são um fator de promoção da saúde e prevenção da doença, que permitem facultar aos pais ou prestadores de cuidados, conhecimentos necessários para um desempenho adequado no que diz respeito ao exercício da parentalidade. Com vista a ganhos em saúde, o referido documento, estabelece como objetivos a escolha de comportamentos promotores de saúde, relacionados com a prevenção de acidentes, a

deteção precoce de problemas que possam comprometer a vida e a sua qualidade e por fim, o apoio para o exercício adequado das responsabilidades parentais.

O ganho de competências sucessivas durante o 1º ano de vida é crucial e proporcional à exposição ao risco de acidentes, sendo que a maioria dos mesmos ocorre em casa. A criança tem uma curiosidade natural sobre o meio que a envolve, é ávida de novas experiências, contudo é imatura relativamente à avaliação dos riscos. Assim sendo, não é a criança que se tem de adequar ao ambiente mas sim o oposto, permitindo-lhe crescer e desenvolver em ambientes favoráveis. O conceito de “Liberdade Segura” consiste em criar um ambiente seguro que permita à criança explorar e imaginar, proporcionando-lhe maior autonomia e liberdade de movimentos.

Neste sentido, são descritas como estratégias para a promoção de ambientes seguros e prevenção de acidentes:

- Nunca deixar o bebé sozinho em cima de uma superfície (cama, sofá ou mesa). Ao utilizar o “Ovo” ou espreguiçadeira, estes deverão ser sempre colocados no chão e com os cintos apertados.
- Deixar os irmãos pegarem-no ao colo, mas sempre acompanhados por um adulto.
- Colocar perto tudo o que é necessário para trocar a fralda, dar banho ou mudar de roupa.
- Antes do banho verificar a temperatura da água (com o pulso ou cotovelo). Começar sempre por deitar a água fria e só depois a quente.
- Nunca deixar o bebé sozinho na banheira (basta meio palmo de água para a criança de afogar).
- A cama deve ser estável e sólida, grades com pelo menos 60cm de altura, distância entre as barras das grades inferior a 6cm, colchão firme e bem adaptado ao tamanho da cama. A partir dos 12 meses, baixar o estrado da cama.
- Apoiar a alcofa sobre uma estrutura rígida e estável.
- Posição de dormir: decúbito dorsal
- Alertar para riscos do co-sleeping
- Não colocar almofadas, fraldas, brinquedos, gorros, fitas ou laços dentro da cama.
- Não colocar cordões ou alfinetes para segurar a chupeta, pois podem sufocar ou provocar lesões.

- Verificar a temperatura do biberão- entornar uma gota no punho. Ao utilizar o micro-ondas, lembrar que o vidro pode estar morno, mas o leite a ferver.
- Manter os líquidos quentes sempre afastados da criança.
- Não deixar pedaços na comida e/ou papa.
- Evitar dar alimentos duros e lisos, como amendoins, tremoços ou castanhas, pois a criança pode engasgar-se ou sufocar (ter atenção até aos 4/5 anos).
- Evitar cozinhar com o bebé ao colo.
- Evitar objetos perigosos em cima das bancadas da cozinha.
- Atenção ao fogão, a criança pode queimar-se na porta do forno.
- Voltar os cabos das frigideiras/caçarolas para dentro.
- Evitar utilizar toalhas de mesa ou outros atalhados com pontas pendentes (a criança pode pendurar-se e fazer cair sobre ela objetos e/ou líquidos quentes).
- Quando a criança estiver numa cadeira alta, esta deve estar estável, encostada à parede e colocar sempre o cinto.
- Ao usar uma cadeira de encaixar na mesa, esta deve estar bem fixa, numa mesa pesada e sem tampo de vidro.
- Os brinquedos devem ser macios, sem arestas, laváveis e grandes, para que não possam ser engolidos. Retirar as partes soltas/destacáveis e fios compridos.
- Atenção a brinquedos pequenos (dos irmãos, por exemplo), botões, pilhas e sacos de plástico (risco de asfixia).
- Nunca utilizar andarilhos/aranhas; são perigosos e atrasam o desenvolvimento motor da criança.
- Para determinar os riscos existentes, dar um passeio pela casa e colocar os olhos ao nível dos do bebé (pôr-se de joelhos, se necessário)
- Utilização de “parque” apenas se necessário e por curto período de tempo
- Usar protetores de tomadas, eliminando fios soltos e protegendo extensões/fichas triplas. Verificar regularmente se estão danificados.
- Proteger as fontes de aquecimento, como lareiras e radiadores.
- Se a casa tem escadas, colocar cancelas no primeiro e no último degrau.
- Proteger as divisões “mais perigosas” com cancelas, como por exemplo a cozinha.

- As janelas, portas para varandas/terraços devem ter fechos de segurança ou redes de proteção. Se necessário utilizar um limitador de abertura, para que não abra mais de 10cm.
- Não colocar panos sobre lâmpadas ou candeeiros e não as ter ao alcance da criança.
- Proteger os cantos dos móveis, com cantos de borracha.
- Fixar bem os objetos/móveis grandes ou pesados (risco de tombar).
- Atenção aos animais domésticos
- Escolher produtos com tampas de segurança.
- Medicamentos e produtos químicos devem ser bem rotulados, fechados e devem estar fora do alcance das crianças.
- Não arrumar produtos tóxicos, corrosivos ou medicamentos perto de produtos inofensivos.
- Nunca mudar os produtos de embalagem. Não colocar produtos/líquidos tóxicos em embalagens de bebidas (garrafas de água ou refrigerantes).
- Nos carrinhos de passeio manter os cintos sempre apertados, travando o carrinho quando este estiver parado. Não pendurar sacos nas pegadas do carrinho, pois pode virar para trás.
- Para passear, escolher o início da manhã (até às 11h) ou o fim da tarde (depois das 17h), evitando as horas de maior calor.
- Usar sempre protetor solar de grau elevado, fator 50 (mesmo que esteja à sombra). A criança deve usar sempre chapéu.
- O ambiente fora de casa pode ser mais perigoso e difícil de controlar, por isso é importante realizar uma rápida e eficaz inspeção do local onde se encontram
- Ter sempre perto os números de emergência (112 e SNS24)

De acordo com o referido anteriormente, os acidentes rodoviários são a principal causa de morte e incapacidade temporária ou definitiva em crianças e jovens, em Portugal. Desta forma, a Direção Geral de Saúde (DGS) recomenda que a segurança no automóvel comece antes do nascimento, pelo que a mulher grávida deve usar sempre o cinto de segurança, não deixando que o mesmo atravesse o abdómen.

Após o nascimento, a primeira viagem do recém-nascido deve ser segura, motivo pelo qual é fundamental sair da maternidade num dispositivo/cadeira apropriado. A literatura e os estudos recentes atestam que em caso de acidente de viação, a utilização adequada do Sistema de Retenção reduz o risco de morte ou ferimento grave em 90%-95% dos casos, bem como, 65% dos acidentes com crianças ocorrem perto de casa.

Segundo o Código da Estrada (artigo 55º) em vigor e a DGS (2010), as crianças com menos de 12 anos e com altura inferior a 135cm, em veículos equipados com cintos de segurança, devem ser seguras por sistema de retenção homologado e adaptado à sua idade, tamanho e peso. A partir desta altura, já podem usar apenas o cinto de segurança.

Contudo, existem exceções Código da Estrada, sendo estas:

- O transporte das crianças deve ser efetuado no banco da retaguarda, salvo nas seguintes situações:
  - a) Se a criança tiver idade inferior a 3 anos e o transporte se fizer utilizando sistema de retenção virado para a retaguarda, não podendo, neste caso, estar ativada a almofada de ar frontal no lugar do passageiro;
  - b) Se a criança tiver idade igual ou superior a 3 anos e o automóvel não dispuser de cintos de segurança no banco da retaguarda, ou não dispuser deste banco.
- Nos automóveis que não estejam equipados com cintos de segurança é proibido o transporte de crianças de idade inferior a 3 anos.

Na escolha do Sistema de Retenção para Crianças (SRC) os pais devem ser aconselhados a ter presente uma série de critérios para a escolha do dispositivo adequado e este deve ser preso ao automóvel com o cinto de segurança ou através de um sistema *Isofix*, num lugar sem airbag frontal ativo:

1º - Possuir a etiqueta “E”. Esta dá-nos a certeza que cumpre os critérios de segurança para o transporte da criança.

O SRC homologado deve ser adquirido antes do nascimento e deve estar de acordo com o regulamento 44 ECE/UN, versão 03 ou 04.

2º - A cadeira deve ser experimentada no automóvel para termos a certeza que o comprimento dos cintos é adequado.

3º - A cadeira deve ser leve e de fácil instalação e transporte.

No que concerne à posição do recém-nascido relativamente ao sentido do trânsito, a Sociedade Portuguesa de Neonatologia (Quadro I) recomenda que a criança deve viajar num SRC voltado para trás, pois só assim a cabeça, o pescoço e a região dorsal estão protegidos em caso de acidente. As crianças devem viajar voltadas de costas para o sentido do trânsito até aos 3 ou 4 anos, devido à fragilidade do pescoço e ao peso da cabeça. Caso seja mesmo necessário, só a partir dos 18 meses será admissível que a criança viaje virada para a frente.

A partir do momento em que a criança passe a usar um SRC virado para a frente, deve-se verificar se os cintos internos ficam bem ajustados ao corpo da mesma e se não há folgas entre a cadeira e o banco do automóvel.

O banco elevatório, por não ter costas ou apoio lateral nem impedir a colocação incorreta do cinto se a criança adormecer, é desaconselhado antes dos 8/9 anos de idade. Da mesma forma, só é aconselhável a alfofa para situações especiais e quando indicado pelos profissionais de saúde (em caso de hipotonia severa, problemas respiratórios quando em posição semi-sentada, cirurgia recente à coluna), devendo optar-se sempre que possível pela cadeira do grupo 0+.

Quadro I- Transporte do recém-nascido no automóvel

Quadro I

GRUPO	PESO	Idade	Posição da Cadeira	Lugar no automóvel
0	Até 10 kg	Até 1 ano	VT	BT ou BF*
0+	=<13 kg	Até 18-24 meses	VT	BT ou BF*
I	9-18 kg		VT ou VF	
II	15-25		VF	BT
III	22-36		VF	BT
0+/I	Até 18 kg		VT ou VF	BF ou BT
VT- Voltada para trás		BF – Banco da frente (* se não tiver <i>airbag</i> )		
VF- Voltada para a frente		BT – Banco de trás		

No entanto, a maioria dos sistemas de retenção homologados e existentes no mercado é desenhada a pensar nos recém-nascidos de termo e não está adaptada para o transporte de recém-nascidos prematuros ou abaixo de 2,5 kg. Para o recém-nascido ir bem “contido” na cadeira de transporte, a “distância entre o ponto de inserção dos cintos que passam nos ombros e o assento da cadeira não deve exceder 25 cm. A distância entre a inserção do cinto que passa entre as pernas e as costas da cadeira não deve ser superior a 13.7cm” (Sociedade Portuguesa de Neonatologia).

Os bebés prematuros têm menor tónus e controlo cefálico que os bebés nascidos a termo. Durante uma colisão frontal ou retaguarda, travagens ou mesmo durante a própria condução, a cabeça é mais facilmente projetada para a frente e lateralmente, daí resultar maior risco de lesão da coluna cervical. Quando sentados normalmente numa cadeirinha a 45° adquirirão uma posição mais fletida, o que pode causar compromisso respiratório ou agravamento de refluxo gastro-esofágico.

A Academia Americana de Pediatria aconselha que para transporte de um recém-nascido pré-termo é necessário adotar as seguintes estratégias:

- Os prematuros com respiração instável poderão necessitar de alcofa homologada, pelo menos dois 2/3 meses após alta hospitalar.
- Definir o plano de inclinação ideal (para a maioria dos prematuros, o ângulo de inclinação ótimo é de cerca de 45°, como acontece para os não prematuros). Se o assento do banco do automóvel muito inclinado pode ser necessário colocar uma toalha enrolada debaixo da cadeira.
- Colocar proteções na cabeça e proteções laterais em ambos os lados do bebé, ou lateralmente (fralda de pano ou toalhas de rosto) envolvendo também a cabeça, para que o bebé fique na posição correta.
- Colocar uma ou duas fraldas de pano enroladas entre as pernas do bebé que deve passar debaixo do cinto do assento da cadeira.
- Não deve colocar almofadas nem outras proteções debaixo ou atrás da criança pois impedirão que esta fique bem retida no fundo e nas costas da cadeira.
- Colocar os cintos dos ombros no encaixe mais baixo até que o bebé cresça. Se tiver dispositivo de ligação dos cintos superiores este deve ficar colocado na parte média do tórax e não acima do abdómen ou no pescoço do bebé.

- As viagens longas devem ser desencorajadas, enquanto o bebê não tiver bom controle do pescoço.

Em suma, a sensibilização das famílias e respetivo ensino, quanto a adoção de estratégias para a prevenção de acidentes, é fulcral para a diminuição da sua prevalência bem como, dos danos por eles causados. O enfermeiro que educa para a saúde ao nível da prevenção de acidentes, contribui para a redução da morbilidade, mortalidade e incapacidade infantil

## 2. PLANO DE SESSÃO DE DIVULGAÇÃO

**Formador:** Sofia Santos Silva

**Data:** 8 de Junho 2018

**Local:** UCSP [REDACTED]

**Duração:** 20-35 min.

**Público-alvo:** Enfermeiros que exercem funções na UCSP [REDACTED]

**Tema:** Acidentes do primeiro ano de vida e Segurança Rodoviária Infantil

**Objetivo geral:** Sensibilizar os enfermeiros que exercem funções na UCSP [REDACTED] para a prevenção de acidentes no primeiro ano de vida da criança e estratégias para a promoção da segurança rodoviária infantil.

### **Objetivos específicos:**

- Que os enfermeiros sejam capazes de:
- Reconhecer a importância da temática no âmbito dos cuidados antecipatórios;
- Descrever medidas que promovam e auxiliem os pais/prestadores de cuidados na prevenção de acidentes no primeiro ano de vida da criança;
- Promover a uniformização dos cuidados de enfermagem no Transporte ao Recém-Nascido de Termo e Pré-termo.

<b>FASES</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>CONTEÚDOS</b>	<b>METODOLOGIA</b>	<b>DURAÇÃO</b>
<b>Introdução</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentar: <ul style="list-style-type: none"> <li>- A formadora;</li> <li>- Os temas abordados;</li> <li>- Os objetivos da sessão.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pertinência do tema;</li> <li>• Objetivo Geral;</li> <li>• Objetivos Específicos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expositiva</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 3 minutos</li> </ul>
<b>Desenvolvimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Liberdade Segura</li> <li>• Regras básicas</li> <li>• Segurança Rodoviária Infantil</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informação fundamentada e atualizada acerca das temáticas abordadas, com base em evidência científica recente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expositiva e demonstrativa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 20 minutos</li> </ul>
<b>Validação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar os conhecimentos apreendidos pela população-alvo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informação abordada ao longo das etapas anteriores da sessão.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expositiva e interrogativa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 5 minutos</li> </ul>
<b>Conclusão</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esclarecer dúvidas;</li> <li>• Realçar os conceitos fundamentais</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Síntese das ideias-chave.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expositiva e interrogativa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 5 minutos</li> <li>• Entrega de um questionário de avaliação sobre a sessão.</li> </ul>

Relativamente aos **recursos pedagógicos** utilizados, estes incluem:

- Os folhetos informativos elaborados sobre Acidentes no primeiro ano de vida e Viajar em Segurança
- Entrega de documento escrito de suporte à sessão de divulgação

### 3. AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE DIVULGAÇÃO

A adesão à sessão de divulgação foi de praticamente 100%, estando presentes no início da mesma, doze dos treze enfermeiros que integram a Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados [REDACTED]. Um dos enfermeiros encontrava-se de férias e, no decorrer da sessão, um dos enfermeiros ausentou-se por motivos pessoais. Aos onze enfermeiros presentes, no final da sessão, foi aplicado o questionário. Este era anónimo e foi solicitado somente a avaliação em relação à sessão de divulgação em cinco parâmetros (tendo em conta que 1 – Insuficiente; 2 – Suficiente; 3 – Bom; 4 – Muito Bom e 5 – Excelente):

- A pertinência do tema
- Os objetivos foram atingidos
- A organização dos conteúdos apresentados
- A segurança e o domínio da temática por parte da formadora
- A utilidade da sessão de divulgação no sentido de melhorar a sua prática

No que concerne à avaliação da sessão de divulgação, todos os parâmetros receberam classificação compreendida entre o Muito Bom (4) e o Excelente (5). Como se pode observar pelo Gráfico I, a pertinência do tema, a organização do conteúdo e terem sido atingidos os objetivos foram os itens mais valorizados. No espaço do questionário para sugestões, foi referido a pertinência de realizar a mesma sessão mas aos utentes.

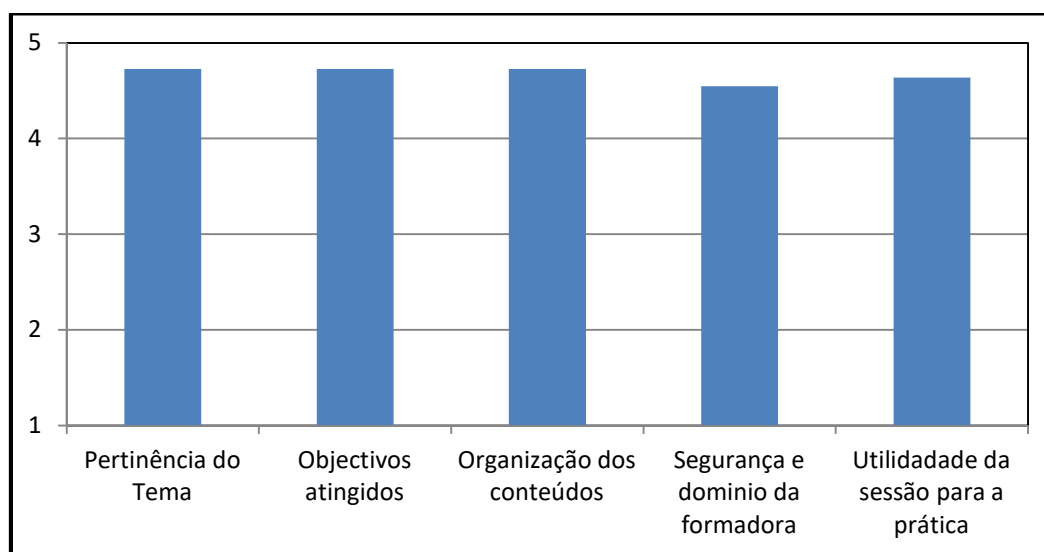


Gráfico I- Avaliação média dos resultados obtidos na sessão de divulgação

#### 4.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Antão, C., Sousa, F., Anes, E., Fernandes, A., Magalhães, C., Veiga-Branco, M. (2016). Vigilância Infantil no 1º ano de vida: Conhecer e intervir para prevenir. *Egitania Sciencia*, 18, 89-102
- APSI (2017). Relatório de Avaliação da Segurança Infantil em Portugal. Disponível em <http://www.apsi.org.pt/index.php/pt/publicacoes/estudos>
- Associação para a Promoção da Segurança Infantil. Plano de ação para a segurança infantil. Lisboa: APSI, 2011
- Associação para a Promoção da Segurança Infantil. Evitar acidentes no primeiro ano de vida. In: Vale a pena crescer em segurança. Lisboa: APSI, 2010.
- Direcção-Geral da Saúde (2013). Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (Orientação Técnica N°12). Direcção-Geral da Saúde, 2ª Edição.
- Direcção-Geral da Saúde (2010). Transporte de Crianças em Automóvel desde a alta da Maternidade (Orientação Número 001/2010). Direcção-Geral da Saúde, 2ª Edição
- Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Pinheiro, C. & Pinheiro, J. (2008). Educação para a saúde no séc. XXI-Teorias, Modelos e Práticas. Évora: Jorge Bonito e Universidade de Évora
- Sociedade Portuguesa de Neonatologia. Transporte do recém-nascido no automóvel. Web site. Acedido Junho, 2018, em <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/10/O-transporte-em-automovel-Como-levar-o-prematuro.pdf>

## APÊNDICES



## Apêndice I- Diapositivos utilizados na Sessão de Divulgação



CATOLICA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
LISBOA-PORTO-VISEU

# ACIDENTES NO 1º ANO DE VIDA E SEGURANÇA RODOVIÁRIA INFANTIL

**Realizado por:** Sofia Santos Silva

Lisboa, 8 de Junho de 2018



Acidentes no 1º ano de vida e Segurança rodoviária infantil

## Índice

- Importância da Temática
- Liberdade Segura
- Regras Básicas
  - ◆ Regras Básicas- Higiene
  - ◆ Regras Básicas- Sono/Repouso
  - ◆ Regras Básicas- Alimentação
  - ◆ Regras básicas- Brinquedos
  - ◆ Regras Básicas- Ambiente Doméstico Seguro
  - ◆ Regras Básicas- Ambiente Seguro
- Segurança Rodoviária Infantil

2

## Objetivo Geral

- Sensibilizar os enfermeiros que exercem funções na UCSP  para a prevenção de acidentes no primeiro ano de vida da criança e estratégias para a promoção da segurança rodoviária infantil

## Objetivos Específicos

- Que os enfermeiros sejam capazes de:
  - ❖ Reconhecer a importância da temática no âmbito dos cuidados antecipatórios
  - ❖ Descrever medidas que promovam e auxiliem os pais/prestadores de cuidados na prevenção de acidentes no primeiro ano de vida da criança
  - ❖ Promover a uniformização dos cuidados de enfermagem no Transporte ao Recém-Nascido de Termo e Pré-termo

## Importância da Temática

- As competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem assentam nos cuidados centrados na criança e na família, cuja intervenção compreende o período entre o nascimento e os 18 anos de idade.

## Importância da Temática

- Os cuidados antecipatórios, com vista a ganhos em saúde nesta população, estabelecem como objetivos a escolha de comportamentos promotores de saúde, relacionados com a prevenção de acidentes, a deteção precoce de problemas que possam comprometer a vida e a sua qualidade e por fim, o apoio para o exercício adequado das responsabilidades parentais.

## Importância da Temática

**PRIMEIRO ANO DE VIDA**

**CUIDADOS ANTECIPATÓRIOS**

	Primeira Consulta	1 MÊS	2 M	4 M	6 M	9 M
Alimentação	1	1	1, 12	1, 12, 14	1, 12, 14	1, 12, 14
Vitamina D*						
Saúde Oral					4	4
Higiene						
Posição de deitar	2					
Hábitos de sono		7, 8	8	13	13	13
Hábitos intestinais e cólicos		9	9			
Desenvolvimento**	3, 4	4	4	4	4	4
Acidentes e segurança	4	4	4	4	4	4
Temperatura normal e febre						
Sintomas/sinais de alerta	5			10	10	
Sinais/sintomas comuns		10				
Vacinação - vantagens e reacções						
Vida na creche/jarda/ outros atendimentos				15, 16	15, 16	15
Relação emocional	6	11	11	4	4, 17	4, 18, 19

Direcção-Geral da Saúde (2015). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Lisboa (Orientação n.º010/2013)

7

## Importância da Temática

- Estima-se que os traumatismos e lesões não intencionais, ou seja, acidentes, representem uma das principais causas de morte em crianças na Europa.

Relatório de Avaliação de Segurança Infantil em Portugal(2017)

- Em Portugal, entre 1992 e 2015, cerca de 6.000 crianças e jovens morreram na sequência de um traumatismo e lesão não intencional.

Apsi (2017)

8

## Importância da Temática

- “ os acidentes (domésticos, viação, afogamento, quedas, asfixia...) são uma causa importante de morte e incapacidade temporária e permanente em crianças e jovens que, associados aos elevados custos pessoais, familiares, sociais e económicos, constituem um grave problema de saúde pública”

OE (2011)

- O número elevado de hospitalizações na sequência de lesões ou traumatismos

Pasi (Apsi 2011)

- Em Portugal, associado ao facto de o número de pessoas que morre ser superior ao número de pessoas que nasce, o número de mortes prematuras evitáveis, representa um elemento social preocupante

Pasi (Apsi 2011)

9

## Liberdade Segura



- A maioria dos acidentes ocorre em casa
- O ganho de competências sucessivas nesta fase do desenvolvimento infantil é crucial e proporcional à exposição ao risco de acidentes
- A criança deverá ter a oportunidade de crescer e se desenvolver em ambientes favoráveis.
- Criar um ambiente seguro é permitir à criança explorar e imaginar, proporcionando-lhe uma segurança que lhe permita maior autonomia e liberdade dos movimentos

10

## Regras Básicas

- Nunca deixar o bebé sozinho em cima de uma superfície (cama, sofá ou mesa). Ao utilizar o “Ovo” ou espreguiçadeira, estes deverão ser sempre colocados no chão e com os cintos apertados.
- Deixe os irmãos pegarem-no ao colo, mas sempre acompanhados por um adulto.

## Regras Básicas- Higiene

- Colocar perto tudo o que é necessário para trocar a fralda, dar banho ou mudar de roupa.
- Antes do banho verificar a temperatura da água (com o pulso ou cotovelo). Começar sempre por deitar a água fria e só depois a quente.
- Nunca deixar o bebé sozinho na banheira (basta meio palmo de água para a criança de afogar).



## Regras Básicas – Sono/Repouso

- A cama deve ser estável e sólida, grades com pelo menos 60cm de altura, distância entre as barras das grades inferior a 6cm, colchão firme e bem adaptado ao tamanho da cama.
- Apoiar a alcofa sobre uma estrutura rígida e estável.
- Posição de dormir: decúbito dorsal
- Alertar para riscos do co-sleeping
- Não colocar almofadas, fraldas, brinquedos, gorros, fitas ou laços dentro da cama.
- Não colocar cordões ou alfinetes para segurar a chupeta, pois podem sufocar ou provocar lesões.

13

## Regras Básicas- Alimentação

- Verificar a temperatura do biberão.
- Manter os líquidos quentes sempre afastados da criança.
- Não deixar pedaços na comida e/ou papa.
- Evitar dar alimentos duros e lisos, como amendoins, tremoços ou castanhas, pois a criança pode engasgar-se ou sufocar ( ter cuidado até aos 4/5 anos).
- Evite cozinhar com o bebé ao colo.



14

## Regras Básicas- Alimentação



- Evitar objetos perigosos em cima das bancadas da cozinha.
- Atenção ao fogão, a criança pode queimar-se na porta do forno.
- Voltar os cabos das frigideiras/caçarolas para dentro.
- Evitar utilizar toalhas de mesa ou outros atoadados com pontas pendentes
- Quando a criança estiver numa cadeira alta, esta deve estar estável, encostada a uma parede e deve colocar sempre o cinto na criança.
- Se usar uma cadeira de encaixar na mesa, esta deve estar bem fixa, numa mesa pesada e sem tampo de vidro.

15

## Regras Básicas- Brinquedos

- Os brinquedos devem ser macios, sem arestas, laváveis e grandes, para que não possam ser engolidos. Retirar as partes soltas/destacáveis e fios compridos.
- Atenção a brinquedos pequenos (dos irmãos, por exemplo), botões, pilhas e sacos de plástico (risco de asfixia).
- Nunca utilizar andarilhos/aranhas; são perigosos e atrasam o desenvolvimento da criança.



16

## Regras Básicas- Ambiente Doméstico Seguro

- Para determinar os riscos existentes, dê um passeio pela casa e coloque os seus olhos ao nível dos do bebé (ponha-se de joelho, se necessário)
- Utilização de “parque” apenas se necessário e por curto período de tempo
- Usar protetores de tomadas, eliminando fios soltos e protegendo extensões/fichas triplas. Verificar regularmente se estão danificados.



## Regras Básicas- Ambiente Doméstico Seguro

- Proteger as fontes de aquecimento, como lareiras e radiadores.
- Se tem escadas, colocar cancelas no primeiro e no último degrau.
- Proteger as divisões “mais perigosas” com cancelas, como por exemplo a cozinha.
- As janelas, portas para varandas/terraços devem ter fechos de segurança ou redes de proteção. Se necessário utilizar um limitador de abertura, para que não abra mais de 10cm.
- Não colocar panos sobre lâmpadas ou candeeiros e não as ter ao alcance da criança.

## Regras Básicas- Ambiente Doméstico Seguro

- Proteger os cantos dos móveis, com cantos de borracha.
- Fixar bem os objetos/móveis grandes ou pesados (risco de tombar).
- Atenção aos animais domésticos



19

## Regras Básicas- Ambiente Doméstico Seguro

- Escolher produtos com tampas de segurança.
- Medicamentos e produtos químicos devem ser bem rotulados, fechados e devem estar fora do alcance das crianças.
- Não arrumar produtos tóxicos, corrosivos ou medicamentos perto de produtos inofensivos.
- Nunca mude os produtos de embalagem. Não coloque produtos/líquidos tóxicos em embalagens de bebidas (garrafas de água ou refrigerantes).



20

## Regras Básicas- Ambiente Seguro

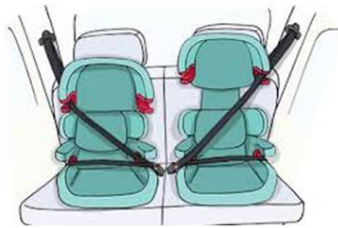
- Nos **carrinhos de passeio** manter os cintos sempre apertados, travando o carrinho quando este estiver parado. Não pendurar sacos nas pegadas do carrinho, pois pode virar para trás.
- Para passear, escolher o início da manhã (até às 11h) ou o fim da tarde (depois das 17h), evitando as horas de maior calor.
- Usar sempre protetor solar de grau elevado, fator 50 (mesmo que esteja à sombra). A criança deve usar sempre chapéu.
- O ambiente **fora de casa** pode ser mais perigoso e difícil de controlar, por isso é importante realizar uma rápida e eficaz inspeção do local onde se encontram

## Segurança Rodoviária Infantil

- Os acidentes rodoviários são a principal causa de morte e incapacidade temporária ou definitiva em crianças e jovens, em Portugal.
- A Segurança no automóvel deve começar antes dos nascimentos.
- Em caso de acidente de viação, a utilização adequada do Sistema de Retenção reduz o risco de morte ou ferimentos graves em 90 a 95% dos casos.
- 65% dos acidentes com crianças ocorrem próximo de casa
- A primeira viagem do recém-nascido em automóvel deve ser segura, motivo pelo qual é fundamental sair da maternidade já numa cadeira apropriada.

## Segurança Rodoviária Infantil

- Segundo o Código da Estrada (artigo 55º) em vigor e a DGS (2010), as crianças com menos de 12 anos e com altura inferior a 135cm, em veículos equipados com cintos de segurança, devem ser seguras por sistema de retenção homologado e adaptado à sua idade, tamanho e peso. A partir desta altura, já podem usar apenas o cinto de segurança.



23

## Segurança Rodoviária Infantil

- **Exceções ao código da Estrada:**
  - ❖ O transporte das crianças deve ser efetuado no banco da retaguarda, salvo nas seguintes situações:
    - a) Se a criança tiver idade inferior a 3 anos e o transporte se fizer utilizando sistema de retenção virado para a retaguarda, não podendo, neste caso, estar ativada a almofada de ar frontal no lugar do passageiro;
    - b) Se a criança tiver idade igual ou superior a 3 anos e o automóvel não dispuser de cintos de segurança no banco da retaguarda, ou não dispuser deste banco.
  - ❖ Nos automóveis que não estejam equipados com cintos de segurança é proibido o transporte de crianças de idade inferior a 3 anos.

24

## Segurança Rodoviária Infantil

- Ao escolher o sistema de retenção (SR/cadeira/cadeirinha) deve-se ter presente vários critérios de decisão:

1º - Possuir a etiqueta "E". Esta dá-nos a certeza que cumpre os critérios de segurança para o transporte da criança.

O sistema de retenção para crianças (SRC) deve ser adquirido antes do nascimento e deve estar de acordo com o regulamento 44 ECE/UN, versão 03 ou 04.

2º - A cadeira deve ser experimentada no automóvel para termos a certeza que o comprimento dos cintos é adequado.

3º - A cadeira deve ser leve e de fácil instalação e transporte.

25

## Segurança Rodoviária Infantil



1. Mostra o teste padrão para cadeiras de segurança automóvel para crianças de acordo com o regulamento R44
2. "Universal ou Semi-Universal" - Mostra se a cadeira pode ser usada em todos os veículos (universal) ou se se exceuam alguns veículos (semi-universal)
3. O intervalo de peso da criança para o qual a cadeira foi homologada
4. Designa o país em que a homologação foi obtida
5. Número do teste

26

## Segurança Rodoviária Infantil

- Logo à saída da maternidade, o recém-nascido deve viajar num SRC voltado para trás. Só assim a cabeça, pescoço e a região dorsal estão protegidos em caso de acidente.
- O SRC deve ser preso ao automóvel com o cinto de segurança ou através de um sistema *Isofix*, num lugar sem airbag frontal ativo.
- As crianças devem viajar voltadas de costas para o sentido do trânsito até aos 3 ou 4 anos, devido à fragilidade do pescoço e ao peso da cabeça. Caso seja mesmo necessário, só a partir dos 18 meses será admissível que a criança viaje virada para a frente.

## Segurança Rodoviária Infantil

Quadro I

GRUPO	PESO	Idade	Posição da Cadeira	Lugar no automóvel
0	Até 10 kg	Até 1 ano	VT	BT ou BF*
0+	=<13 kg	Até 18-24 meses	VT	BT ou BF*
I	9-18 kg		VT ou VF	
II	15-25		VF	BT
III	22-36		VF	BT
0+/I	Até 18 kg		VT ou VF	BF ou BT
VT- Voltada para trás		BF – Banco da frente (* se não tiver <i>airbag</i> )		
VF- Voltada para a frente		BT – Banco de trás		

\* Sociedade Portuguesa de Neonatologia. Transporte do recém-nascido no automóvel.

## Segurança Rodoviária Infantil

- A partir do momento em que a criança passar a usar um SRC virado para a frente, deve-se verificar se os cintos internos ficam bem ajustados ao corpo da criança e se não há folgas entre a cadeira e o banco do automóvel.
- O banco elevatório, por não ter costas ou apoio lateral nem impedir a colocação incorreta do cinto se a criança adormecer, é desaconselhado antes dos 8/9 anos de idade.
- Só é aconselhável a alcofa para situações especiais e quando indicado pelos profissionais de saúde, devendo optar-se sempre que possível pela cadeira do grupo 0+.

## Segurança Rodoviária Infantil

### ○ Transporte do Recém-Nascido Pré-termo

#### Limitações

Prevalência dos sistemas de retenção homologados e existentes no mercado é desenhada a pensar nos recém-nascidos de termo e não está adaptada para o transporte de recém-nascidos prematuros ou abaixo de 2,5 kg.

Os bebés prematuros têm menor tônus e controlo cefálico que os bebés nascidos a termo. A cabeça é mais facilmente projetada para a frente e lateralmente e daí resultar maior risco de lesão da coluna cervical.

Quando sentados normalmente numa cadeirinha a 45° adquirirão uma posição mais fletida o que pode causar compromisso respiratório ou agravamento de refluxo gastro-esofágico.

## Segurança Rodoviária Infantil

### o Transporte do Recém-Nascido Pré-termo

Para o recém-nascido ir bem “contido” na cadeira de transporte, a “distância entre o ponto de inserção dos cintos que passam nos ombros e o assento da cadeira não deve exceder 25 cm. A distância entre a inserção do cinto que passa entre as pernas e as costas da cadeira não deve ser superior a 13,7cm” .



31

## Segurança Rodoviária Infantil

### o Transporte do Recém-Nascido Pré-termo

❖ Definir o plano de inclinação ideal (para a maioria dos prematuros, o ângulo de inclinação ótimo é de cerca de 45°, como acontece para os não prematuros).

✦ Colocar proteções na cabeça e proteções laterais em ambos os lados do bebê, ou lateralmente envolvendo também a cabeça, de forma a que o bebê fique na posição correta.

✦ Colocar uma ou duas fraldas de pano enroladas entre as pernas do bebê que deve passar debaixo do cinto do assento da cadeira.



32

## Segurança Rodoviária Infantil

### o Transporte do Recém-Nascido Pré-termo

❖ Não deve colocar almofadas nem outras proteções debaixo ou atrás da criança pois impedirão que esta fique bem retida no fundo e nas costas da cadeira.

❖ Colocar os cintos dos ombros no encaixe mais baixo até que o bebé cresça. Se tiver dispositivo de ligação dos cintos superiores este deve ficar colocado na parte média do tórax e não acima do abdómen ou no pescoço do bebé .

*“Os acidentes com crianças podem ser evitados...  
E quem os pode evitar somos NÓS!”*

## Conclusão

- A sensibilização das famílias e respetivo ensino, quanto a adoção de estratégias para a prevenção de acidentes, é fulcral para a diminuição da sua prevalência bem como dos danos por eles causados.
- O enfermeiro que educa para a saúde ao nível da prevenção de acidentes, contribui para a redução da morbilidade, mortalidade e incapacidade infantil.

## Referências Bibliográficas

- Antão, C., Sousa, F., Anes, E., Fernandes, A., Magalhães, C., Veiga-Branco, M. (2016). Vigilância Infantil no 1º ano de vida: Conhecer e intervir para prevenir. *Egitania Sciencia*, 18, 89-102
- Associação para a Promoção da Segurança Infantil. Plano de ação para a segurança infantil. Lisboa: APSI, 2011
- Associação para a Promoção da Segurança Infantil. Evitar acidentes no primeiro ano de vida. In: Vale a pena crescer em segurança. Lisboa: APSI, 2010.
- Direcção-Geral da Saúde (2015). Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (Orientação Técnica Nº12). Direcção-Geral da Saúde, 2ª Edição.
- Direcção-Geral da Saúde (2010). Transporte de Crianças em Automóvel desde a alta da Maternidade(Orientação Número 001/2010). Direcção-Geral da Saúde, 2ª Edição
- Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Pinheiro, C. & Pinheiro, J. (2003). Educação para a saúde no séc. XXI-Teorias, Modelos e Práticas. Évora: Jorge Bonito e Universidade de Évora
- Sociedade Portuguesa de Neonatologia. Transporte do recém-nascido no automóvel. Web site. Acedido Junho, 2018, em <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/10/O-transporte-em-automovel-Como-levar-o-prematuro.pdf>
- APSI (2017). Relatório de Avaliação da Segurança Infantil em Portugal. Disponível em <http://www.apsi.org.pt/index.php/pt/publicacoes/estudos>

Apêndice II- Questionário de Avaliação de Sessão de Divulgação

**“Acidentes no Primeiro Ano de Vida da Criança e Segurança Rodoviária Infantil”**

Com o preenchimento deste questionário pretende-se saber a sua opinião sobre a sessão de formação à qual assistiu. É de carácter individual, voluntário e os seus dados são confidenciais.

Para o seu preenchimento, assinale a sua resposta com um X em cada pergunta, sendo que:  
1 – Insuficiente; 2 – Suficiente; 3 – Bom; 4 – Muito Bom e 5 – Excelente.

INDICADORES	AVALIAÇÃO				
	1	2	3	4	5
3- Como classifica a pertinência do tema					
4- Considera que os objetivos foram atingidos?					
3 – Como classifica a organização dos conteúdos apresentados?					
4- Como classifica a segurança e domínio da temática por parte da formadora?					
6 – Como classifica a utilidade da sessão de formação no sentido de melhorar a sua prática?					

Outras considerações

---

---

---

Obrigada pela sua colaboração!

Enf<sup>a</sup> Sofia Santos Silva

Aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Universidade Católica Portuguesa



## **Apêndice VIII- Recursos na Comunidade**





**UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica**  
**(Lisboa)**

**UNIDADE CURRICULAR: “ A saúde da criança e família- Vigilância e Decisão Clínica”**

*Recursos na Comunidade - Ajuda de Mãe*

**Docentes:**

Prof.<sup>a</sup> Doutora Margarida Lourenço

Prof.<sup>a</sup> Doutora E.N

Prof.<sup>a</sup> Doutora Z.C

**Enfermeira-Orientadora:**

Enf.<sup>a</sup> M.F.M.L

**Lisboa, Junho de 2018**

## **Lista de Siglas e Abreviaturas**

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

APSI - Associação para a Promoção da Segurança Infantil

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

## 1. Descrição

A Rede Social do Aces [REDACTED] tem como objetivo identificar os principais problemas das suas freguesias, procurando respostas que promovam o desenvolvimento local, potenciando os recursos da comunidade [REDACTED]

Neste sentido, após avaliação da população abrangente da UCSP [REDACTED] e tendo em conta a sua carência socioeconómica (UCSP [REDACTED], 2016), bem como, a diversidade cultural existente, foi elaborado o presente documento de forma a dar resposta às necessidades da mesma. Em entrevista/conversa informal com Enf.<sup>a</sup> Coordenadora da Unidade, a Ajuda de Mãe surgiu como um recurso muito importante para a referida comunidade. Apesar dos esforços realizados no sentido de procurar outros recursos que satisfizessem as necessidades existentes, estes, atualmente são inexistentes.

A Ajuda de Mãe é uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS), sem fins lucrativos. Nasceu em 29 de Agosto de 1991 com o objetivo de apoiar cada mãe, cada família de modo a receber a criança com qualidade e ainda ultrapassar dificuldades que originem situações de risco e exclusão.

O trabalho com as mães e as famílias é desenvolvido por uma equipa multidisciplinar, apoiado por uma equipa de voluntários presentes nos diferentes serviços promovidos pela instituição. Para a concretização do seu trabalho, tem acordos de cooperação com o Centro de Segurança Social de Lisboa e parcerias com diversas instituições, públicas e privadas.

## **2. Missão**

Apoiar cada Mãe e cada Família de modo a que o nascimento do Bebê seja um fator de melhoria da sua vida e da vida familiar.

De forma a promover uma maternidade plena, os objetivos da instituição são: informar, encaminhar e acolher grávidas; informar na área da gravidez, sexualidade e planeamento familiar; educar as mães para a concretização de uma maternidade plena, que contribua para um desenvolvimento infantil adequado; promover a qualificação escolar das mães (adquirir pelo menos a escolaridade obrigatória); promover a reinserção social e profissional das mães e apoiar a família.

## **3. Critérios de Inclusão e Encaminhamento**

- Estado de gravidez ou puerpério  
e/ou
- Necessidade de formação para a parentalidade  
e/ou
- Adolescentes com criança até 2 anos  
e/ou
- Mulher Jovem à procura de emprego

Relativamente às necessidades de formação para a parentalidade, apesar de solicitados, não foram fornecidos pela instituição os défices de parentalidade selecionados. O encaminhamento para a instituição, por parte dos serviços de saúde, pode ser feito diretamente pelo profissional de saúde ou através da assistente social de referência.

#### **4. Serviços Disponíveis**

- Atendimento direto: procede ao levantamento das necessidades imediatas de cada mãe e fazer o adequado acompanhamento técnico - durante e/ou após a gravidez - promovendo ainda a educação para a saúde e formação para a maternidade. A Ajuda de Mãe atribui um enxoval e apoia com produtos de puericultura as mães em acompanhamento depois de realizar uma triagem das necessidades.

- Gabinete de Psicologia: destina-se a apoiar/receber mães e famílias em situação de gravidez e/ou parentalidade recente (crianças até 1 ano de idade) e tem como principais objetivos: Minimizar eventuais desajustes emocionais decorrentes da gravidez e do pós-parto; Contribuir para um projeto de gravidez e parentalidade positivo. Realizam avaliação e acompanhamento psicológico, aconselhamento parental e terapia familiar/conjugal.

- Gabinete de Atendimento: Atendimento descentralizado em bairros com maior problemática (Bairro 6 de Maio, Loures e Oeiras). Visa um contacto mais próximo com as famílias e a sua realidade, permitindo a melhor articulação com as estruturas já existentes no local. As ações de formação e o atendimento direto e psicológico são as formas de atuação.

- SOS Grávida: Linha telefónica anónima e confidencial, para esclarecimento de dúvidas sobre gravidez, sexualidade e planeamento familiar, proporcionando um espaço de partilha de expectativas e ansiedades.

- “Vamos dar de mamar”: aconselhamento e apoio na amamentação

## **5. Residências**

- Residência Temporária para Grávidas Jovens Adultas: Acolhimento temporário para mulheres grávidas com mais de 20 anos – também acolhe filhos em idade pré-escolar que estejam a seu cargo. Tem capacidade para acolher 8 mães e seus filhos. O objetivo promover o sentido de autonomia, o desenvolvimento da auto-estima, o sentido de responsabilidade e a aquisição de competências sociais e profissionais.
- Residência Temporária para Grávidas Adolescentes: Acolhimento temporário para adolescentes grávidas. Tem capacidade para 6 adolescentes e seus filhos. Proporciona à adolescente o ambiente propício e o apoio necessário para que possa aprender a ser mãe, apostando num projeto de vida que, de acordo com a sua idade, lhe possibilite a reintegração escolar e/ou profissional.
- Casa João Paulo II: Proporciona acolhimento, vivência familiar e desenvolvimento de competências maternas a 10 mães adolescentes e aos seus bebés. Permite a estas jovens prosseguir um percurso escolar, com vista a uma autonomia futura com mais qualificações escolares e portanto uma melhor qualidade de vida juntamente com os seus filhos.

## 6. Contactos

Morada: Rua do Arco do Carvalhão - nº 282, 1350-026 Lisboa

Telefone: 21 382 78 50

SOS Grávida: 808 20 11 39/ 21 386 20 20

Vamos dar de mamar: 213 880 915/961 488 816

## 7. Referências Bibliográficas

- Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de [REDACTED] (2016).Plano de Ação. Lisboa: ACES [REDACTED].
- WebSite Ajuda de Mãe: <http://www.ajudadema.pt/>



## **Apêndice IX- Reflexão Crítica**





**UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica**  
**(Lisboa)**

**UNIDADE CURRICULAR: “ A saúde da criança e família- Vigilância e Decisão Clínica”**

*Reflexão Crítica*

**Docentes:**

Prof.<sup>a</sup> Doutora Margarida Lourenço

Prof.<sup>a</sup> Doutora E.N

Prof.<sup>a</sup> Doutora Z.C

**Enfermeira-Orientadora:**

Enf.<sup>a</sup> M.F.M.L

**Lisboa, Junho de 2018**



A presente reflexão crítica encontra-se inserida no âmbito da Unidade Curricular de “A saúde da criança e família- Vigilância e Decisão Clínica” e correspondente Ensino Clínico, que decorre na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de [REDACTED], no período entre 30 de Abril de 2018 e 16 de Junho de 2018.

A contínua emigração de pessoas provenientes dos PALOP, países da Europa de Leste e da Índia, faz com que o [REDACTED] apresente a segunda maior densidade populacional do concelho de [REDACTED]. A diversidade socioeconómica e cultural associada ao crescimento demográfico da população tem repercussão num número elevado de situações de pobreza e exclusão social, o que dificulta o bem-estar e a integração social das famílias e crianças (UCSP [REDACTED], 2016).

Os fluxos migratórios de pessoas no Mundo são hoje em dia, cada vez mais, um fenómeno global. O cuidar de pessoas oriundas de qualquer parte do Mundo é uma realidade e traz à Enfermagem diversos desafios, nomeadamente a necessidade de prestar cuidados culturalmente competentes, cujo objetivo é a maximização da saúde com respeito pela identidade de cada individuo, família e/ou comunidade.

Olhar e conhecer o outro, numa abordagem holística, significa ir ao encontro da sua singularidade, incluindo a cultural, permitindo o estabelecimento de uma relação terapêutica assente na confiança e no respeito mútuo, com ganhos em saúde para ambos os intervenientes da díade de cuidados. Citando Brito et al. “ (...) a preservação e manutenção do cuidado cultural são fundamentais, uma vez que a aceitação e o respeito pelas diferenças culturais e a sensibilidade para entender como essas diferenças afetam as relações com as pessoas, são um pré-requisito para o cuidado de enfermagem transcultural ” (Brito et al., 2015, p. 77).

Segundo a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural, de Leininger, o conceito de cultura e o conceito de cuidado devem ter foco na prática e na pesquisa de enfermagem. Para a teórica, o cuidado ao cliente é exercido através de dois sistemas: o sistema popular e o sistema de cuidado profissional. No sistema popular, referente às tradições, inclui-se a família e a comunidade, sendo que no sistema profissional de cuidado se inclui os serviços prestados pelos profissionais de saúde. A saúde, por seu lado, é entendida como um estado de bem-estar que capacita a pessoa ou grupo a efetuar atividades segundo padrões desejáveis em determinada cultura. Assim

sendo, cabe à equipa multidisciplinar, nomeadamente os enfermeiros, ter conhecimentos e capacidades para que a informação seja mobilizada com vista a um plano de cuidados adequado às reais necessidades de saúde do cliente. Para que assim seja, é necessário a clarificação de objetivos comuns e interdependentes na díade, assumindo-se os enfermeiros como promotores da segurança nos cuidados que prestam. A comunicação assume neste contexto um papel fulcral, bem como o conhecimento do contexto sociocultural em que o cliente está inserido.

A cultura é com frequência sinónimo de etnicidade, nacionalidade e linguagem. Assume um carácter flexível e dinâmico, resultado de processo contínuo de transmissão e utilização do conhecimento, o qual depende das dinâmicas existentes dentro das próprias comunidades. O enfermeiro culturalmente competente é sensível a questões relacionadas com a raça, a etnia, a nacionalidade, a linguagem, o género, a orientação sexual e a profissão, prestando cuidados centrados na pessoa e que refletem o conhecimento da identidade cultural da mesma.

O tema desta reflexão surge na tomada de consciência relativa à multiculturalidade em si e à atual falta de competência profissional específica dos enfermeiros para prestar cuidados culturalmente competentes à criança e família.

Esta realidade despertou em mim sentimentos de alguma insegurança, inquietude e impotência face aos contextos relatados pelas famílias. O facto de a minha realidade profissional ser no âmbito dos cuidados ao Adulto e Idoso e as condições socioeconómicas dos clientes tão díspares da vivenciada por esta comunidade, contribuíram para que me sentisse “vulnerável” e pouco confiante na minha prestação de cuidados e ensinios. Ao mesmo tempo senti uma necessidade emergente de conhecer e atender à sua cultura – aos seus hábitos, crenças, valores e estilos de vida – na tentativa de prestar melhores cuidados, promovendo a adoção de estratégias promotoras de saúde e o exercício adequado das responsabilidades parentais, com vista ao desenvolvimento harmonioso da criança. Realizei inicialmente uma pesquisa bibliográfica sobre a temática e sobre as particularidades das diferentes culturas, de forma a melhorar e adequar as minhas intervenções. Durante as consultas de saúde infantil realizadas, na tentativa de colmatar e ultrapassar a barreira linguística e cultural, desenvolvi competências pessoais e profissionais ao nível da comunicação (verbal e não verbal) e da relação de ajuda (escuta ativa, sensibilidade/compreensão face à postura e interesses do outro).

Os Enfermeiros de Saúde Infantil e Pediátrica fundamentam, maioritariamente, a sua prática e os seus ensinamentos em conceções teóricas, intimamente relacionadas com a sua própria cultura.

Para prestar cuidados culturalmente sensíveis é necessário adquirir competências culturais e comunicacionais, com conhecimento das diferentes práticas de saúde inerentes e que permitirão melhorar a eficácia da relação terapêutica estabelecida. Contudo, é fundamental que os enfermeiros entendam a sua própria cultura, valores e crenças, antes de apreenderem as restantes diversidades culturais. Só assim poderão identificar e refletir sobre os preconceitos existentes, evitando discriminações na sua prestação de cuidados.

O enfermeiro surge, também, como intermediário no âmbito da saúde, entre a criança/família/comunidade e a sociedade de acolhimento, podendo contribuir para facilitar a harmoniosa relação entre eles. Segundo Reis (2015), a relação com o adulto emerge frequentemente das crianças serem a primeira razão de procura de cuidados, permitindo a utilização de estratégias com resultados positivos para a continuidade de cuidados.

Por fim, a aquisição de competências culturais e a prestação de cuidados culturalmente competentes exigem do enfermeiro um esforço e um investimento contínuo na sua formação, devendo esta área, pela sua relevância, ser trabalhada desde logo cedo, na formação base destes profissionais.

## **Referências Bibliográficas**

- Brito, A., Vicente, B., Reis, A., Amendoeira, J. (2015). Intervenções de enfermagem culturalmente congruentes em imigrantes. *Revista da UPIIS*, 3 (5), 75-90
- Direcção-Geral da Saúde (2013). Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (Orientação Técnica Nº12). Direcção-Geral da Saúde, 2ª Edição.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Reis, A., Costa, M.A.M. (2013). Cuidados de saúde a imigrantes: Para uma cultura de segurança e confiabilidade. *Revista de Segurança Comportamental, GA, Lda.*, 7, 18-20
- Reis, A. (2015). Enfermeiros em Contextos de Multiculturalidade: dos Discursos À Prática Clínica em CSP. *Revista da UPIIS*, 3 (5), 58- 74
- Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Agualva (2016).Plano de Ação. Lisboa: ACES Sintra.
- Vilelas, J., Janeiro, S. (2011). Transculturalidade: o enfermeiro com competência cultural. *REME- Revista Mineira de Enfermagem*, 16 (1), 120-127

## **Apêndice X- Folheto “ O Sono na Criança” (Atendimento Permanente)**

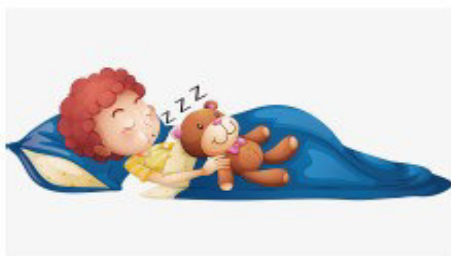


⇒ As perturbações do sono constituem as alterações comportamentais mais frequentes em Pediatria, representando qualquer alteração ao padrão de sono desejável para a respetiva faixa etária, em quantidade e/ou qualidade.

Quando a Criança não dorme, pode surgir:

- Irritabilidade;
- Diminuição do apetite;
- Alterações de humor;
- Sonolência;
- Dificuldade de concentração/aprendizagem.

⇒ O impacto do sono na criança é intensificado pelo efeito na qualidade do sono dos pais, podendo afetar o desempenho parental e a dinâmica familiar, condicionando assim, a sua capacidade de decisão relativamente aos cuidados de saúde.



### 10 Mandamentos do Sono Para Crianças (dos 0 aos 12 anos de idade)\*

- Garantir que a criança dorme o tempo adequado para a idade, estabelecendo uma hora regular para deitar (de preferência antes das 21h ou às 21h) e acordar;
- Manter uma hora consistente de dormir e acordar, durante a semana e aos fins de semana;
- Estabelecer uma rotina de sono consistente, utilizando roupas confortáveis para dormir;
- Incentivar a adormecer de forma independente;
- Evitar luzes intensas à hora de dormir e durante a noite, aumentando a exposição à luz durante o período da manhã;
- Manter todos os equipamentos eletrónicos fora do quarto (televisões, computadores) e limite a sua utilização antes de ir dormir;
- Manter horários diários regulares, como o horário das refeições;
- Manter um horário de sesta apropriado à idade;
- Assegurar a prática de exercício físico e de tempo passado no exterior durante o dia;
- Eliminar alimentos e bebidas que contenham cafeína (chá, café, refrigerantes).

\*Adequado das Recomendações da World Association of Sleep Medicine

Elaborado por: Sofia Santos Silva (Curso de Mestrado em Enfermagem- Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica- UCR Lisboa)



## O Sono na Criança

⇒ **O Sono:**

- Tem um papel fulcral no desenvolvimento infantil;
- Influencia a dimensão física, emocional, cognitiva e de aprendizagem da criança;
- É importante na criança saudável como em situação de doença, sendo fundamental nos mecanismos de tolerância à dor;
- É essencial na produção da hormona do crescimento, bem como, na produção de cortisol (hormona que contribui para o funcionamento do sistema imunitário);
- Permite que o cérebro faça a gestão dos estímulos recebidos durante o dia, construindo associações de ideias e relações neuronais, permitindo assim, a consolidação da memória a curto e a longo prazo;
- Tem vários estádios e ciclos, que passam por um sono leve e fácil de acordar para um sono profundo;
- É variável na sua fisiologia, duração, padrão e qualidade, principalmente nos primeiros cinco anos de vida.



⇒ **Padrão de Sono da Criança:**

- Cerca das 3 semanas de vida, os ciclos de sono/vigília começam a organizar-se;
- Por volta de um mês surge a “agitação do fim do dia” com choro inconsolável. Deve-se consolar, podendo a criança chorar por vezes 10-15 min., ficando posteriormente mais calmo e com sono tranquilo;
- Aos 4 meses, a maioria das crianças, já pode dormir 8h seguidas durante a noite sem ser alimentado, podendo ainda acordar uma ou duas vezes durante a mesma;
- Aos 6 meses, a criança faz 2 a 3 sestas durante o dia, suspendendo gradualmente e espontaneamente a sesta da manhã. A sesta da tarde só abandonará entre os 3 e os 5 anos.

Tempo de Sono recomendado nas 24h*	
Idade	Sono Necessário
0-3 meses	20h
3-12 meses	14h-15h
1-3 anos	12h-14h
3-5 anos	11h-13h
6-12 anos	10h-11h
12-18anos	8,5h-9,5h

\* World Association of Sleep Medicine

⇒ **Estímulos externos fundamentais para a consolidação do ritmo biológico:**

- Alternância do dia e da noite: durante o dia manter a luz diurna e o ruído diário; durante a noite, o silêncio e o ambiente escuro;
- Alargar os períodos de vigília, a partir dos 6 meses, mantendo a criança mais tempo acordada durante o dia;
- Horários regulares das refeições;
- Atividades diárias realizadas com as crianças;
- Horário fixo de dormir, durante a semana e fim-de-semana;
- Promover rituais de calma e descontração nas horas que antecedem o dormir;
- Manter um ambiente calmo junto ao quarto da criança.



**Apêndice XI- Folheto “Impacto do Ruído no Sono da Criança, em contexto de Hospitalização (Atendimento Permanente)”**



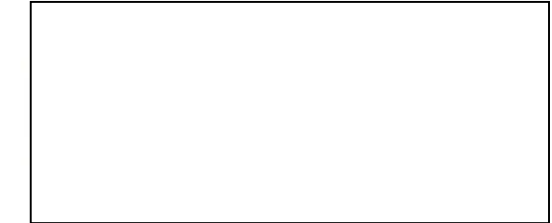
= Que estratégias adotar:

- Utilizar telefones/telemóveis em modo vibratório ou no volume mais baixo;
- Evitar conversas não clínicas perto da unidade da criança;
- Desligar os equipamentos eletrónicos nas horas que antecedem o deitar;
- Restringir o horário máximo das visitas;
- Antecipar os alarmes dos equipamentos, silenciando-os ou colocando-os no volume mais baixo;
- Centralizar os alarmes clínicos na sala de trabalho de enfermagem;
- Promover o uso de tampões/auscultadores para os ouvidos (consoante a faixa etária);
- Criar rotinas de sono consistentes (hora de deitar);
- Definir período de silêncio noturno;
- Elaborar instruções de trabalho sobre a redução do ruído.



---

Elaborado por: Sofia Santos Silva (Curso de Mestrado em Enfermagem- Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica- UCP Lisboa)



## **Impacto do Ruído no Sono da Criança, em contexto de Hospitalização**

⇒ A **Hospitalização** condiciona o equilíbrio do binómio criança/família:

- Período de grande ansiedade para a criança e para os pais;
- O foco principal é a prestação de cuidados à criança;
- Representa para a criança uma exposição a diferentes stressores: alteração à rotina diária, perda de autonomia, separação do ambiente familiar;
- Para os pais, a separação da criança e alteração do seu quotidiano, é muitas vezes acompanhada de sentimentos de medo e impotência.

⇒ O **Sono** é um processo fisiológico complexo influenciado por diversos fatores:

- Intrínsecos;
- Culturais;
- Ambientais.



⇒ A qualidade/quantidade de sono da criança e dos pais, durante a hospitalização, pode ser influenciada por fatores inerentes à própria doença, bem como por fatores ambientais, nomeadamente o **Ruído**.



“ Estímulo sonoro indesejável ou desagradável para o auditor, cuja unidade de medida é o decibel (db). “  
(OMS)

⇒ Fontes de Ruído:

- Alarmes dos equipamentos médicos (bombas e seringas infusoras, monitores);
- Conversas dos profissionais de saúde junto à unidade da criança;
- Telefones/Telemóveis;
- Localização da unidade da criança próxima de zonas comuns.



⇒ A OMS e a World Health Organization (WHO) recomendam que os valores de ruído não devem exceder os 45db durante o dia e os 30/35 db no período noturno. A conversação humana normal corresponde a um nível de ruído de 60 db.

⇒ O ruído tem maior influência do sono, nos seguintes períodos:

- Hora de deitar e acordar;
- Número de despertares noturnos;
- Quantidade de sono total.

⇒ Repercussões dos distúrbios do sono:

- Fadiga;
- Sonolência diurna;
- Alterações de Humor;
- Irritabilidade;
- Hiperatividade;
- Agressividade;
- Exaustão física e mental dos pais;
- Compromisso no desempenho do papel parental.



**Apêndice XII- Relatório da Sessão de Divulgação” Promoção do Sono na Criança” (UCIN)**





**UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica**  
**(Lisboa)**

**UNIDADE CURRICULAR: “Estágio Final e Relatório”**

*Relatório da Sessão de Divulgação*

*” Promoção do Sono na Criança ”*

**Docentes:**

Prof.<sup>a</sup> Doutora Margarida Lourenço

**Enfermeira-Orientadora:**

EESIP /Mestre C.S.

**Estudante:**

Sofia de Figueiredo de Fonseca Santos Silva, n.º 192017093

**Lisboa, Novembro de 2018**



## Índice

0.INTRODUÇÃO .....	3
1.FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA .....	4
2.PLANO DE SESSÃO DE DIVULGAÇÃO .....	11
3.AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE DIVULGAÇÃO .....	15
4.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	16
APÊNDICES .....	19
Apêndice I- Diapositivos utilizados na Sessão de Divulgação.....	21
Apêndice II- Questionário de Avaliação de Sessão de Divulgação.....	35



## **0. INTRODUÇÃO**

O presente relatório encontra-se inserido no Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, ministrado pelo Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa (Lisboa).

Pretende-se com este trabalho sensibilizar os pais das crianças internadas no Serviço de Neonatologia [REDACTED] para a promoção do sono, bem como, de hábitos de sono saudáveis na Criança.

Os objetivos específicos definidos estão relacionados com a capacitação dos pais para: Reconhecer a importância da temática no desenvolvimento da criança; identificar os ciclos de sono da criança e a sua evolução ao longo das diversas etapas do desenvolvimento; designar a quantidade de horas de sono necessárias para cada faixa etária; identificar as perturbações do sono mais frequentes e descrever medidas que promovam a adoção de hábitos de sono saudáveis.

## 1.FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Os partos pré-termo representam cada vez mais um desafio global, uma vez que a sua incidência tem vindo a aumentar, nomeadamente nos países ocidentais, com o acréscimo dos tratamentos de fertilidade e o aumento da idade das grávidas. No mundo nascem cerca de 15 milhões de prematuros todos os anos, ou seja, o equivalente a mais de um bebé em dez. Em Portugal, nove em cada cem crianças nasce antes das 37 semanas e 1% dos recém-nascidos tem menos de 1500g à nascença.

O termo Prematuro/ Pré-Termo tem origem no termo latino *praematurus*, de *prae* (antes) + *maturus* (maduro) e é definido por todo o recém-nascido cujo nascimento tenha ocorrido antes das 37 semanas de gestação.

O avanço tecnológico e científico nas Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) tem contribuído para o aumento da sobrevivência dos recém-nascidos pré-termo, contudo, representa uma separação quase, ou até mesmo completa, dos pais e um excesso de estímulos/manipulações, muitas vezes associados a procedimentos dolorosos e invasivos. Desta forma, a disparidade entre o esperado pelo cérebro da criança e a realidade a que é exposto, influencia o seu desenvolvimento fisiológico, psicológico, emocional e social.

O ambiente inesperado, que inclui exposição a luz intensa, ao ruído e a múltiplas intervenções, gera estímulos nocivos que se repercutem no desenvolvimento inadequado do sistema nervoso central e no padrão de sono-vigília, o que condiciona a recuperação do recém-nascido (Chora e Azougado, 2015).

De acordo com Maki et al. (2017) tanto a manipulação excessiva como a privação do sono podem prejudicar o desenvolvimento neuromotor, desencadeando um estado de hiperexcitabilidade e doenças psiquiátricas. As perturbações do sono, além de originarem desconforto ao prematuro, conduzem a alterações cognitivas, de atenção, memória, aprendizagem e influenciam a morbilidade na criança, contribuindo para a obesidade, ansiedade e depressão.

A Ordem dos Enfermeiros (2010) refere que o sono é tao importante para o desenvolvimento global da criança como a alimentação.

O sono tem um papel fulcral no desenvolvimento infantil, influenciando não só a dimensão física e emocional mas também a dimensão cognitiva e de aprendizagem. As perturbações do sono constituem as alterações comportamentais mais frequentes em Pediatria (Arriaga et.al, 2015). Entende-se por perturbações do sono qualquer alteração aos padrões desejáveis do sono para a respetiva faixa etária, quer em quantidade quer em qualidade do mesmo. O impacto da problemática do sono na criança é intensificado pelo efeito na qualidade do sono dos pais, o que afeta conseqüentemente o seu desempenho parental e a dinâmica familiar. Conhecer o sono da criança é fundamental para que não se confundam fenómenos fisiológicos com distúrbios do sono.

O sono é um processo fisiológico complexo, influenciado por fatores intrínsecos e socioculturais. Caracteriza-se pela supressão da atividade percetiva e da motricidade voluntária, sendo composto por vários estádios e ciclos, associados a um sono mais leve ou mais profundo e a uma maior ou menor atividade elétrica cerebral. É importante referir que é durante o sono que a hormona do crescimento tem o seu pico, nomeadamente nas primeiras horas do sono profundo, sendo que o cortisol tem o seu pico durante a madrugada, na fase do despertar. De igual forma, é durante a noite que o cérebro faz a gestão dos estímulos recebidos durante o dia, construindo associações de ideias e relações neuronais.

O sono é composto por ciclos REM (Rapid Eye Movement) e NREM (Non Rapid Eye Movement), distribuídos por cinco fases de sono distintas: uma fase REM e quatro NREM (numeradas de I a IV). Estas fases sucedem-se umas às outras e repetem-se várias vezes ao longo de uma mesma noite. Segundo Mendes et.al (2004) e Martello (2015), o sono REM ocupa 25-50% do sono total, período em que ocorrem a maioria dos sonhos e pesadelos, diminuindo a sua durabilidade com a idade.

O sono é o principal estado comportamental do recém-nascido pré-termo, correspondendo a aproximadamente 70% das 24 horas diárias. No sono neonatal, as fases do mesmo são mais diferenciadas, dividindo-se em sono ativo (REM), associado a forte crescimento cerebral; em sono tranquilo (NREM), associado à regeneração celular e síntese proteica e em sono indeterminado, que não apresenta características de nenhum dos estágios anteriormente descritos. Segundo Brazelton e Carmer (2004), os prematuros demoram mais tempo a adormecer, com maior dificuldade na transição do sono leve para o sono profundo devido à sua incapacidade para se protegerem dos estímulos externos.

Ao longo da noite, os diferentes estádios vão alternando e a sua duração varia com a idade, sendo que no final dos cinco estádios surge uma fase de latência, em que a criança pode acordar, adormecendo de novo sozinha ou chora e chama pelos pais.

Ao nascer, o sono da criança não é influenciado pela alternância do dia e da noite, adaptando-se progressivamente a um novo ritmo circadiano. Cerca das 3 semanas de vida, os ciclos do sono começam a organizar-se. No recém-nascido o ciclo do sono é curto, de aproximadamente 20-30 minutos. Contudo, a primeira fase do seu sono dura cerca de 20 minutos, o que explica o fácil despertar a estímulos desagradáveis ou intensos, diminuindo no primeiro ano de vida. O ciclo de sono do prematuro é mais curto, refletindo-se num padrão de sono com pobre organização e com menor quantidade de sono tranquilo/ NREM (non-rapid eye movement).

Por volta de um mês surge um período designado de “ agitação do fim do dia”. A criança fica inquieta e com choro inconsolável. Depois costuma adormecer e até parece dormir melhor. Deve ser explicado aos pais/prestadores de cuidados, que este período é transitório, tendo sempre em atenção o não estar associado a fome ou qualquer outro desconforto.

Aos 3 meses já se estabeleceu, na maioria das crianças, um padrão de sono/vigília associado, respetivamente, ao dia e à noite. No entanto, só aos 4 meses é que a criança é capaz de dormir oito horas seguidas, sem ser alimentado, podendo ainda acordar uma a duas vezes por noite. Martello (2015) considera que uma criança de 4 a 6 meses recebe o aporte calórico necessário, durante o dia, para garantir um crescimento adequado, não tendo por isso necessidade fisiológica de ser alimentada durante a noite.

No que diz respeito às sestas, estas variam de criança para criança e em função da idade da mesma. O recém-nascido precisa de três a quatro sestas por dia, sendo que aos 6 meses precisa apenas de duas, uma de manhã e outra à tarde. A criança de 15 meses a 30 meses, necessita apenas de uma, maioritariamente à tarde, a qual abandonará entre os 3 a 5 anos. Relativamente ao prematuro, estudos demonstram que muitas vezes a regulação dos ciclos de sono ocorre no mês seguinte à saída do hospital.

## Quadro I- Tabela de Sono recomendado nas 24h

Tempo de Sono recomendado nas 24h*	
Idade	Sono Necessário
0-3 meses	20h
3-12 meses	14h-15h
1-3 anos	12h-14h
3-5 anos	11h-13h
6-12 anos	10h-11h
12-18anos	8,5h-9,5h

\* Adaptado da World Association of Sleep Medicine

Para Martello (2015) existem estímulos externos fundamentais para a consolidação do ritmo biológico, nomeadamente a alternância do dia e da noite; horários regulares das refeições, horas fixas de deitar e levantar e atividades realizadas com as crianças. Contudo, os pais/prestadores de cuidados devem estar atentos e informados relativamente aos sinais de fadiga da criança, como por exemplo, o “esfregar dos olhos” e a diminuição da vigilância mental (olhar fixo). Se deitarmos a criança logo que estes sinais surgem, estamos a favorecer o sono. Uma criança excessivamente cansada fica agitada, comprometendo a sua capacidade de adormecer.

As perturbações do sono resultam de uma interação complexa entre fatores biológicos, psicológicos, de desenvolvimento da criança, comportamentos intrafamiliares e fatores socioculturais. Crispim et al. (2011) refere que as características socioeconómicas do agregado familiar parecem influenciar o sono da criança, no que concerne à hora de deitar e identificaram que as famílias menos diferenciadas são alvo preferencial de intervenção.

Segundo Mendes et al. (2004) as perturbações primárias do sono são divididas entre dissónias e parassónias, sendo estas relacionadas, respetivamente, com alterações

na qualidade/quantidade de sono e com alterações comportamentais associadas ao mesmo. As dissónias dividem-se em insónias (quantidade ou qualidade de sono insuficiente), hipersónias (sonolência diurna excessiva apesar de tempo de sono adequado) e distúrbios do ritmo circadiano do sono. Relativamente às parassónias existem vários tipos, como os terrores noturnos, pesadelos, somniloquia, sonambulismo, bruxismo e enurese nocturna. Para Dias et al. (2018) os problemas de sono mais referidos pelos pais incluem despertares noturnos frequentes e resistência a dormir, bem como, o co-sleeping (compartilhar a cama).

O co-sleeping é, segundo Mendes et. al (2004), um hábito cultural controverso, estando associado ao aumento do risco de Síndrome de Morte Súbita do Lactente (sobretudo se os pais forem fumadores, consumidores de álcool ou medicamentos) e ao aumento do risco de quedas e acidentes, alterando substancialmente a relação conjugal dos pais.

Estudos demonstram que as perturbações do sono podem influenciar a morbidade na criança, originando alterações comportamentais, cognitivas e emocionais, que afetam o desenvolvimento da mesma e diminuem a sua qualidade de vida (Arriaga et al., 2015; Oliveira et al., 2015). Padez et al. (2009), citado por Amaral e Melão (2015), constataram que crianças cuja duração de sono era insuficiente apresentavam maior risco de obesidade.

Por sua vez, as perturbações do sono das crianças podem ter repercussão nos períodos de sono/vigília dos pais/prestadores de cuidados, afetando o seu bem-estar, as tarefas do dia-a-dia e fundamentalmente, o desempenho parental.

Para se adquirirem bons hábitos de sono, é necessário promover a sua implementação desde o nascimento, estimulando a sua correta higiene e incentivando os pais/prestadores de cuidados a insistir na manutenção de um horário fixo de dormir, durante a semana e fim-de-semana, promovendo rituais de calma e descontração nas horas que antecedem o dormir, mantendo um ambiente calmo junto ao quarto da criança.

Entende-se por “higiene do sono” alterações no ambiente envolvente, bem como, adoção de estratégias e rotinas que promovem uma qualidade e duração adequada do sono da criança.

São descritas como estratégias para a promoção de hábitos de sono saudáveis na criança:

- Estabelecer o ritmo biológico: durante o dia manter a luz diurna e o ruído diário; durante a noite o silêncio e o ambiente escuro.
- Evitar prolongar a sesta da tarde (intervalo de pelo menos 4h entre a sesta e a hora de deitar)
- Estabelecer gradualmente uma rotina consistente prévia à hora de deitar, mantida por todos os cuidadores
- Estabelecer uma rotina diária relativamente à hora de deitar.
- Dar banho à noite, se este se demonstrar um estímulo relaxante
- Criar um ambiente calmo e confortável, de temperatura adequada.
- Colocar uma luz ténue de presença, para que a criança reconheça o ambiente ao acordar.
- Utilizar roupas confortáveis.
- Deitar a criança em berço/alcofa ou cama de grades adequada.
- Deitar a criança em decúbito dorsal na cama.
- Colocar uma peça de roupa com o cheiro da mãe no berço/alcofa ou cama de grades.
- Colocar a criança acordada no berço/alcofa ou cama de grades e ficar junto a ela a embalar (cantar, festas, criar um ritual próprio para adormecer)
- Incentivar o uso de um objeto de transição (chucha, boneco, fralda de pano)
- Evitar colocar a criança na cama dos pais
- A partir dos 6 meses, alargar os períodos de vigília, mantendo a criança mais tempo acordada durante o dia.
- Entre os 6-9 meses fazer a transição para o quarto da criança.
- Durante a noite diminuir os estímulos.
- Acalmar a criança, se acordar durante a noite, permitindo que aprenda a adormecer sozinha. Evitar retirá-la da cama, tentando manter o ritual de adormecer pré-estabelecido.

Como consolidação do referido anteriormente, a World Association of Sleep Medicina estabelece “10 Mandamentos do Sono Para Crianças (dos 0 aos 12 anos de idade):

- Garantir que a criança dorme o tempo adequado para a idade, estabelecendo uma hora regular para deitar (de preferência antes das 21h ou às 21h) e acordar.
- Manter uma hora consistente de dormir e acordar, durante a semana e aos fins-de-semana.
- Estabelecer uma rotina de sono consistente, utilizando roupas confortáveis para dormir.
- Incentivar a adormecer de forma independente.
- Evitar luzes intensas à hora de dormir e durante a noite, aumentando a exposição à luz durante o período da manhã.
- Manter todos os equipamentos eletrônicos fora do quarto (televisões, computadores) e limite a sua utilização antes de ir dormir.
- Manter horários diários regulares, como o horário das refeições.
- Manter um horário de sestas apropriado à idade.
- Assegurar a prática de exercício físico e de tempo passado no exterior durante o dia.
- Eliminar alimentos e bebidas que contenham cafeína (chá, café, refrigerantes).

O número de horas de sono diário identificado em crianças portuguesas face às internacionais constitui um dado preocupante, visto que as coloca em risco de privação do sono, o que conduz a todas as consequências anteriormente enunciadas dessa mesma privação.

Os prematuros internados numa UCIN veem o seu sono ser interrompido inúmeras vezes, não conseguindo atingir o estado de sono profundo, fundamental para a maturação/crescimento cerebral, bem como, para o aumento da progressão ponderal, pela libertação da hormona do crescimento.

O ambiente das UCIN difere significativamente do ambiente in útero, expondo o recém-nascido pré-termo a uma excessiva estimulação neurosensorial. A referida hiperestimulação sensorial pode desencadear, no prematuro, episódios de bradicardia ou taquicardia, apneia, hipoxémia, aumento da pressão intracraniana, bem como,

influenciar o sistema neuroendócrino e imunitário. Estas respostas ao stress aumentam o risco de efeitos adversos, como padrões de sono alterados, défice auditivo e atraso do crescimento e desenvolvimento. Segundo Santos et al. (2018) é fundamental o ensino aos pais relativamente a um ambiente de suporte ao neurodesenvolvimento, diminuindo os estímulos externos e incluindo a proteção dos ciclos de sono.

## **2. PLANO DE SESSÃO DE DIVULGAÇÃO**

**Formador:** Sofia Santos Silva

**Data:** 5 de Novembro 2018

**Local:** Serviço de Neonatologia do [REDACTED]

**Duração:** 20-35 min.

**Público-alvo:** Pais das crianças internados no Serviço de [REDACTED]  
[REDACTED]

**Tema:** Promoção do Sono na Criança

**Objetivo geral:** Sensibilizar os pais das crianças internadas no Serviço de Neonatologia [REDACTED] a promoção do sono, bem como, de hábitos de sono saudáveis na Criança.

### **Objetivos específicos:**

Que os pais sejam capazes de:

- Reconhecer a importância da temática no desenvolvimento da criança;
- Identificar os ciclos de sono da criança e a sua evolução ao longo das diversas etapas do desenvolvimento;
- Designar a quantidade de horas de sono necessárias para cada faixa etária;
- Identificar as perturbações do sono mais frequentes;
- Descrever medidas que promovam a adoção de hábitos de sono saudáveis.



<b>FASES</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>CONTEÚDOS</b>	<b>METODOLOGIA</b>	<b>DURAÇÃO</b>
<b>Introdução</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentar: <ul style="list-style-type: none"> <li>- A formadora;</li> <li>- Os temas abordados;</li> <li>- Os objetivos da sessão.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pertinência do tema;</li> <li>• Objetivo Geral;</li> <li>• Objetivos Específicos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expositiva</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 3 minutos</li> </ul>
<b>Desenvolvimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sono e o prematuro;</li> <li>• Ciclos de sono e sua evolução;</li> <li>• Horas de Sono adaptadas a cada faixa etária;</li> <li>• Perturbações do Sono;</li> <li>• Estratégias para a Promoção de Hábitos de Sono Saudáveis.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informação fundamentada e atualizada acerca das temáticas abordadas, com base em evidência científica recente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expositiva e demonstrativa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 20 minutos</li> </ul>
<b>Validação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar os conhecimentos apreendidos pela população-alvo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informação abordada ao longo das etapas anteriores da sessão.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expositiva e interrogativa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 5 minutos</li> </ul>

<b>Conclusão</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esclarecer dúvidas;</li> <li>• Realçar os conceitos fundamentais</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Síntese das ideias-chave.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expositiva e interrogativa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 5 minutos</li> <li>• Entrega de um questionário de avaliação sobre a sessão.</li> </ul>
------------------	--	---	---	--

Quadro II- Plano de formação da Sessão de Divulgação sobre Promoção do Sono na Criança

Relativamente aos **recursos pedagógicos** utilizados, estes incluem:

- Folheto informativo elaborado sobre Sono na Criança
- Entrega de documento escrito de suporte à sessão de divulgação no Serviço de Neonatologia, com respetivos anexos bibliográficos

### 3. AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE DIVULGAÇÃO

A adesão à sessão de divulgação foi de cinco pessoas, às quais, no final da sessão, foi aplicado um questionário. Este era anónimo e foi solicitado somente a avaliação em relação à sessão de divulgação em quatro parâmetros (tendo em conta que 1 – Insuficiente; 2 – Suficiente; 3 – Bom; 4 – Muito Bom e 5 – Excelente):

0. A pertinência do tema
1. Os objetivos foram atingidos
2. A organização dos conteúdos apresentados
3. A segurança e o domínio da temática por parte da formadora

No que concerne à avaliação da sessão de divulgação, todos os parâmetros receberam classificação compreendida entre o Muito Bom (4) e o Excelente (5). Como se pode observar pelo Gráfico I, a pertinência do tema e a organização do conteúdo foram os itens mais valorizados.

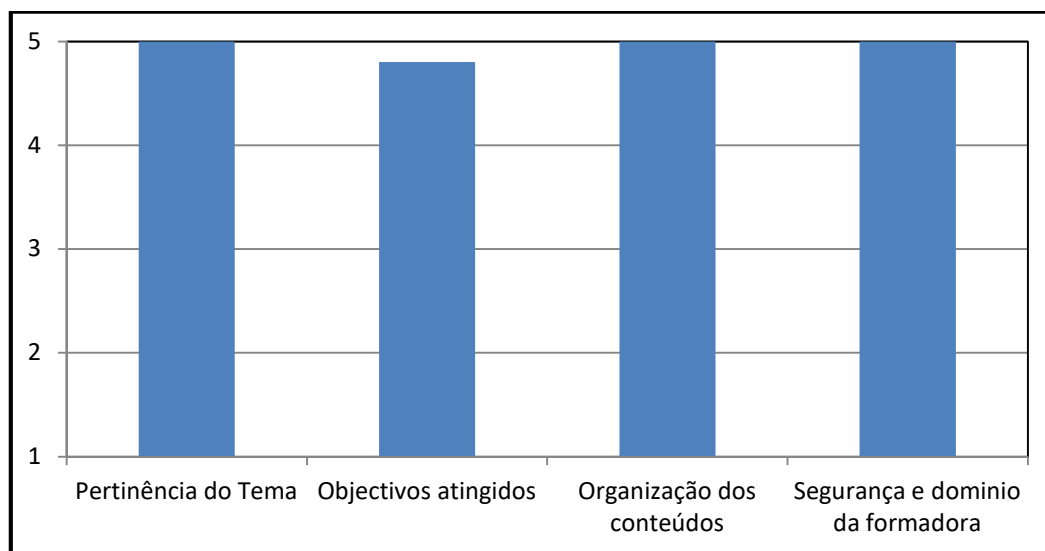


Gráfico I- Avaliação média dos resultados obtidos na sessão de divulgação

#### 4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arriaga, C.; Brito, S.; Gaspar, P.; Luz, A. (2015). Hábitos e Perturbações do Sono: Características de uma Amostra Pediátrica na Comunidade. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 46 (4), 367-375
- Amaral, M. & Melão, N. (2016). O perfil de saúde de crianças vigiadas em consultas de cuidados primários na cidade de Viseu, Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 34(1), 53-60
- Brazelton, T. & Carmer, G. (2004). A Relação mais precoce: os pais, os bebés e a interacção precoce. Lisboa: Terramar
- Cardoso, M., Lélis, A., Oliveira, N., Viana, T., Praciano, P., Oliveira, E. (2014). A Influência dos Distúrbios do Sono no Desenvolvimento Infantil. *Cogitare Enfermagem*, 19(2), 368-375
- Chora, M.A. & Azougado, C. (2015). Influência da Promoção do Sono no Desenvolvimento do Recém-Nascido Pré-Termo: Uma revisão narrativa. *RIASE*, 1(3), 357-371
- Cordeiro, M. (2015) O Grande Livro do Bebê- O primeiro ano de vida. Lisboa: Esfera dos Livros
- Crispim, J., Boto, L., Melo, I., Ferreira, R. (2011). Padrão de sono e factores de risco para a privação de sono numa população pediátrica portuguesa. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 42(3), 93-98
- Direcção-Geral da Saúde (2013). Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (Orientação Técnica N°12). Direcção-Geral da Saúde, 2ª Edição.

- Direcção-Geral da Saúde (2012). Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias) - Orientação Técnica Nº24. Direcção-Geral da Saúde
- 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
- Lélis, A., Cipriano, M., Cardoso, M., Lima, F., Araújo, T. (2014). Influência do contexto familiar sobre os transtornos do sono em crianças. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 15(2), 343-353
- Martello, E. (2017). Finalmente durmo... E os meus pais também. Lisboa. Multinova-União Livreira e Cultural, S.A.
- Maki, M., Orsi, K., Tsunemi, M., Hallinan, M., Pinheiro, E., Avelar, A. (2017). O efeito na manipulação sobre o sono do recém-nascido prematuro. *Acta Paulista Enfermagem*, 30(5), 489-496
- Mendes, L., Fernandes, A., Garcia, F. (2011). Hábitos e Perturbações do Sono em crianças em Idade Escolar. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 35 (4), 341-347
- Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Pereira, F., Góes, F., Fonseca, L., Scochi, C., Castral, T., Leite, A. (2013). A manipulação de prematuros em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 47 (6), 1272- 1278
- Santos, A. (2011). NIDCAP: Uma filosofia de cuidados... *Nascer e Crescer*, 20( 1), 26-31

- Santos, V., Silva, E., Clemente, F., Sampaio, I., Lapa, P. (2018). “O Som da Unidade de Neonatologia”. Sociedade Portuguesa de Neonatologia- Consenso Clínico. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Neonatologia da SPP
- Silva, F., Silva, C., Braga, L., Neto, A. (2013). Hábitos e problemas de sono dos dois aos dez anos: estudo populacional. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 44(5), 196-202
- Silva, F., Silva, C., Braga, L., Neto, A. (2014). Portuguese Children’s Sleep Questionnaire-validation and cross-cultural comparison. *Jornal de Pediatria*, 90(1), 78-84

## APÊNDICES



## Apêndice I- Diapositivos utilizados na Sessão de Divulgação



The slide features a background image of four sleeping baby dolls in various colored outfits (pink, blue, yellow). In the top left corner, there is a logo for 'CATOLICA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE ESCOLA ESPÍRITAS LISBOA PORTO'. The main title 'SESSÃO DE DIVULGAÇÃO' is at the top, and the subtitle '“Promoção do Sono na Criança”' is in the center. Below the subtitle, the text reads: 'Realizado por: Sofia Santos Silva (Aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica)'. At the bottom, there is a white rectangular box and the date 'Novembro, 2018'.

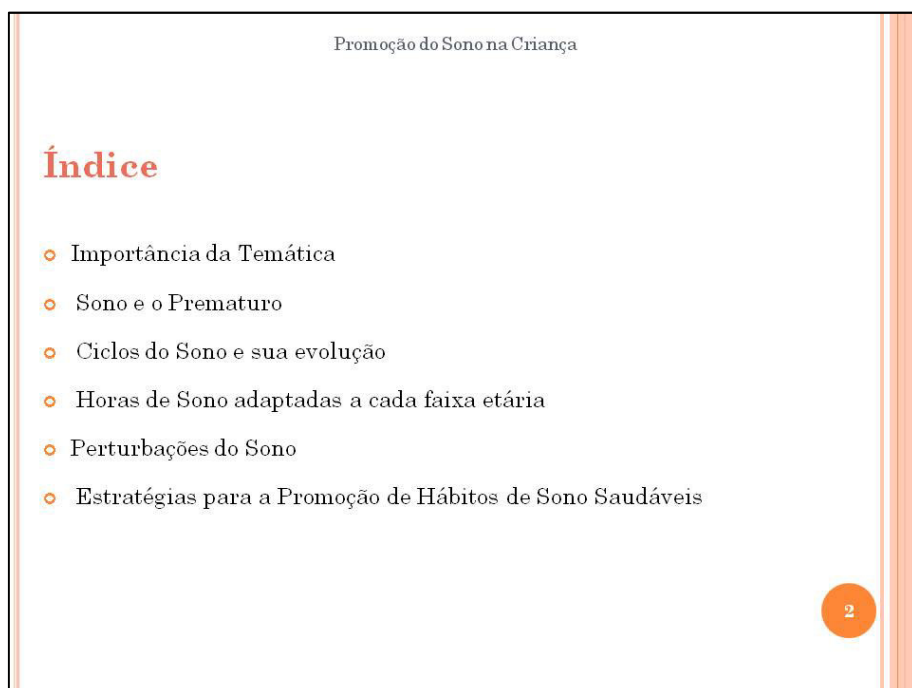
**CATOLICA**  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA ESPÍRITAS  
LISBOA PORTO

# SESSÃO DE DIVULGAÇÃO

## “Promoção do Sono na Criança”

Realizado por: Sofia Santos Silva (Aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica)

Novembro, 2018



The slide has a light orange background with a vertical orange bar on the right side. At the top, it says 'Promoção do Sono na Criança'. Below that, the word 'Índice' is written in a larger, bold, red font. A list of seven topics follows, each preceded by a small orange circle. In the bottom right corner, there is a small orange circle containing the number '2'.

Promoção do Sono na Criança

## Índice

- Importância da Temática
- Sono e o Prematuro
- Ciclos do Sono e sua evolução
- Horas de Sono adaptadas a cada faixa etária
- Perturbações do Sono
- Estratégias para a Promoção de Hábitos de Sono Saudáveis

2

## Objetivo Geral

- Sensibilizar os pais das crianças internadas no Serviço de Neonatologia do [ ] para a promoção do sono, bem como, de hábitos de sono saudáveis na Criança.

## Objetivos Específicos

- Que os pais sejam capazes de:
  - ❖ Reconhecer a importância da temática no desenvolvimento da criança;
  - ❖ Identificar os ciclos de sono da criança e a sua evolução ao longo das diversas etapas do desenvolvimento;
  - ❖ Designar a quantidade de horas de sono necessárias para cada faixa etária;
  - ❖ Identificar as perturbações do sono mais frequentes;
  - ❖ Descrever medidas que promovam a adoção de hábitos de sono saudáveis.

## Importância da Temática

- No mundo nascem cerca de 15 milhões de prematuros todos os anos, ou seja, o equivalente a mais de um bebé em dez.
- Em Portugal, nove em cada cem crianças nasce antes das 37 semanas e 1% dos recém-nascidos tem menos de 1500g à nascença.
- Prematuro/ Pré-Termo tem origem no termo latino *praematurus*, de *prae* (antes) + *maturus* (maduro) e é definido por todo o recém-nascido cujo nascimento tenha ocorrido antes das 37 semanas de gestação.

## Importância da Temática

- O sono tem um papel fulcral no desenvolvimento infantil, influenciando não só a dimensão física e emocional mas também a dimensão cognitiva e de aprendizagem.
- As perturbações do sono, além de originarem desconforto ao prematuro, conduzem a alterações cognitivas, de atenção, memória, aprendizagem.

## Importância da Temática

- As perturbações do sono constituem as alterações comportamentais mais frequentes em Pediatria

Arriaga et al. (2016)

- O impacto da problemática do sono na criança é intensificado pelo efeito na qualidade do sono dos pais

## Sono e o Prematuro

- Processo fisiológico complexo, influenciado por fatores intrínsecos e socioculturais . É composto por vários estádios e ciclos (REM (Rapid Eye Movement) e NREM (Non Rapid Eye Movement)).
- Hormona de Crescimento e o Cortisol têm o seu pico
- O cérebro faz a gestão dos estímulos recebidos durante o dia, construindo associações de ideias e relações neuronais.

## Sono e o Prematuro

- Processo fisiológico complexo, influenciado por fatores intrínsecos e socioculturais . É composto por vários estádios e ciclos (REM (Rapid Eye Movement) e NREM (Non Rapid Eye Movement)).
- Hormona de Crescimento e o Cortisol têm o seu pico
- O cérebro faz a gestão dos estímulos recebidos durante o dia, construindo associações de ideias e relações neuronais.

## Sono e o Prematuro

- O sono é o principal estado comportamental do recém-nascido pré-termo, correspondendo a aproximadamente 70% das 24 horas diárias.
- No sono neonatal, as fases do mesmo são mais diferenciadas:
  - I. sono ativo (REM), associado a forte crescimento cerebral;
  - II. sono tranquilo (NREM), associado à regeneração celular e síntese proteica
  - III. sono indeterminado

## Ciclos do Sono e sua evolução

- Os prematuros demoram mais tempo a adormecer, com maior dificuldade na transição do sono leve para o sono profundo
- O ciclo de sono do prematuro é mais curto, refletindo-se num padrão de sono com pobre organização e com menor quantidade de sono tranquilo/ NREM (non-rapid eye movement).

## Ciclos do Sono e sua evolução

- Ao nascer, o sono da criança não é influenciado pela alternância do dia e da noite, adaptando-se progressivamente a um novo ritmo circadiano
- Cerca das 3 semanas de vida, os ciclos do sono começam a organizar-se
- Por volta de um mês surge um período designado de “ agitação do fim do dia”

## Horas de Sono adaptadas a cada faixa etária

- Aos 3 meses já se estabeleceu, na maioria das crianças, um padrão de sono/vigília associado, respetivamente, ao dia e à noite.
- Só aos 4 meses é que a criança é capaz de dormir oito horas seguidas, sem ser alimentado, podendo ainda acordar uma a duas vezes por noite.
- As sextas variam de criança para criança e em função da idade da mesma
- Relativamente ao prematuro, estudos demonstram que muitas vezes a regulação dos ciclos de sono ocorre no mês seguinte à saída do hospital.

## Horas de Sono adaptadas a cada faixa etária

Tempo de Sono recomendado nas 24h*	
Idade	Sono Necessário
0-3 meses	20h
3-12 meses	14h-15h
1-3 anos	12h-14h
3-5 anos	11h-13h
6-12 anos	10h-11h
12-18 anos	8,5h-9,5h

\* Adaptado da World Association of Sleep Medicine

## Perturbações do Sono

- Existem estímulos externos fundamentais para a consolidação do ritmo biológico.

Martello (2015)

- Estar atento aos sinais de fadiga da criança.

- Se deitarmos a criança logo que estes sinais surgem, estamos a favorecer o sono. Uma criança excessivamente cansada fica agitada, comprometendo a sua capacidade de adormecer.

Martello (2015)

## Perturbações do Sono

- Resultam de uma interação complexa entre fatores biológicos, psicológicos, de desenvolvimento da criança, comportamentos intrafamiliares e fatores socioculturais

- As perturbações do sono são divididas entre alterações na qualidade/quantidade de sono (por ex. insónias) e alterações comportamentais associadas ao mesmo (por ex. terrores nocturnos)

Mendes et al. (2004)

- Os problemas de sono mais referidos pelos pais incluem despertares noturnos frequentes e resistência a dormir, bem como, co-sleeping

Dias et al. (2018)

## Perturbações do Sono

Co-Sleeping

→ Risco de Síndrome de Morte Súbita do Lactente  
Risco de Quedas e Acidentes  
Alteração na relação conjugal dos pais

- Repercussão nos períodos de sono/vigília dos pais/prestadores de cuidados, afetando o seu bem-estar e o desempenho parental

## Estratégias para a Promoção de Hábitos de Sono Saudáveis

- Estar vigilante desde o nascimento
- Estimular correta higiene do sono

alterações no ambiente envolvente, bem como, adoção de estratégias e rotinas que promovem uma qualidade e duração adequada do sono da criança.

## **Estratégias para a Promoção de Hábitos de Sono Saudáveis**

- Estabelecer o ritmo biológico: durante o dia manter a luz diurna e o ruído diário; durante a noite o silêncio e o ambiente escuro.
- Estabelecer gradualmente uma rotina consistente prévia à hora de deitar.
- Estabelecer uma rotina diária relativamente à hora de deitar.
- Criar um ambiente calmo e confortável, de temperatura adequada.
- Colocar uma luz ténue de presença, para que a criança reconheça o ambiente ao acordar.

## **Estratégias para a Promoção de Hábitos de Sono Saudáveis**

- Utilizar roupas confortáveis.
- Deitar a criança em berço/alcofa ou cama de grades adequada.
- Deitar a criança em decúbito dorsal na cama.
- Colocar uma peça de roupa com o cheiro da mãe no berço/alcofa ou cama de grades.

## **Estratégias para a Promoção de Hábitos de Sono Saudáveis**

- Colocar a criança acordada no berço/alcofa ou cama de grades e ficar junto a ela a embalar (cantar, festas, criar um ritual próprio para adormecer)
- Incentivar o uso de um objeto de transição (chucha, boneco, fralda de pano)
- Evitar colocar a criança na cama dos pais
- A partir dos 6 meses, alargar os períodos de vigília, mantendo a criança mais tempo acordada durante o dia.

## **Estratégias para a Promoção de Hábitos de Sono Saudáveis**

- Entre os 6-9 meses fazer a transição para o quarto da criança.
- Durante a noite diminuir os estímulos.
- Acalmar a criança, se acordar durante a noite, permitindo que aprenda a adormecer sozinha. Evitar retirá-la da cama, tentando manter o ritual de adormecer pré-estabelecido.

### **“10 Mandamentos do Sono Para Crianças” (dos 0 aos 12 anos de idade)**

- I. Garantir que a criança dorme o tempo adequado para a idade, estabelecendo uma hora regular para deitar (de preferência antes das 21h ou às 21h) e acordar.
- II. Manter uma hora consistente de dormir e acordar, durante a semana e aos fins-de-semana.
- III. Estabelecer uma rotina de sono consistente, utilizando roupas confortáveis para dormir.
- IV. Incentivar a adormecer de forma independente.
- V. Evitar luzes intensas à hora de dormir e durante a noite, aumentando a exposição à luz durante o período da manhã.

### **“10 Mandamentos do Sono Para Crianças” (dos 0 aos 12 anos de idade)**

- VI. Manter todos os equipamentos eletrônicos fora do quarto (televisões, computadores) e limite a sua utilização antes de ir dormir.
- VII. Manter horários diários regulares, como o horário das refeições.
- VIII. Manter um horário de sesta apropriado à idade.
- IX. Assegurar a prática de exercício físico e de tempo passado no exterior durante o dia.
- X. Eliminar alimentos e bebidas que contenham cafeína (chá, café, refrigerantes).

## Conclusão

- A exposição excessiva a estímulos externos repercute-se no desenvolvimento inadequado do sistema nervoso central e no padrão de sono-vigília, o que condiciona a recuperação do recém-nascido.
- A proteção dos ciclos de sono, nomeadamente a nível do sono profundo, é essencial para a maturação/crescimento cerebral, bem como, para o aumento da progressão ponderal, pela libertação da hormona do crescimento.

## Referências Bibliográficas

- Arriaga, C., Brito, S.; Gaspar, P., Luz, A. (2015). Hábitos e Perturbações do Sono: Características de uma Amostra Pediátrica na Comunidade. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 46 (4), 367-376
- Amaral, M. & Melão, N. (2016). O perfil de saúde de crianças vigiadas em consultas de cuidados primários na cidade de Viseu, Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 34(1), 53-60
- Brazelton, T. & Carner, G. (2004). *A Relação mais precoce: os pais, os bebés e a interação precoce*. Lisboa: Terramar
- Cardoso, M., Lélis, A., Oliveira, N., Viana, T., Praciano, P., Oliveira, E. (2014). A Influência dos Distúrbios do Sono no Desenvolvimento Infantil. *Cogitare Enfermagem*, 19(2), 368-376
- Chora, M.A. & Azougado, C. (2015). Influência da Promoção do Sono no Desenvolvimento do Recém-Nascido Pré-Termo: Uma revisão narrativa. *RIASE*, 1(3), 367-371
- Cordeiro, M. (2015) *O Grande Livro do Bebê- O primeiro ano de vida*. Lisboa: Esfera dos Livros
- Crispim, J., Boto, L., Melo, I., Ferreira, R. (2011). Padrão de sono e factores de risco para a privação de sono numa população pediátrica portuguesa. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 42(3), 93-98
- Direção-Geral da Saúde (2013). *Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (Orientação Técnica Nº12)*. Direção-Geral da Saúde, 2ª Edição.
- Halal, C. & Nunes, M. (2014). Education in children's sleep hygiene: which approaches are effective? A systematic review. *Journal de Pediatria*, 90(5), 449-456



Apêndice II- Questionário de Avaliação de Sessão de Divulgação

**“Promoção do Sono na Criança”**

Com o preenchimento deste questionário pretende-se saber a sua opinião sobre a sessão de formação à qual assistiu. É de carácter individual, voluntário e os seus dados são confidenciais.

Para o seu preenchimento, assinale a sua resposta com um X em cada pergunta, sendo que:

1 – Insuficiente; 2 – Suficiente; 3 – Bom; 4 – Muito Bom e 5 – Excelente.

INDICADORES	AVALIAÇÃO				
	1	2	3	4	5
5- Como classifica a pertinência do tema					
6- Considera que os objetivos foram atingidos?					
3 – Como classifica a organização dos conteúdos apresentados?					
4- Como classifica a segurança e domínio da temática por parte da formadora?					

Outras considerações

---

---

---

Obrigada pela sua colaboração!  
Enfª Sofia Santos Silva

Aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Universidade Católica Portuguesa



## **Apêndice XIII- Folheto “ O Sono da Criança” (UCIN)**



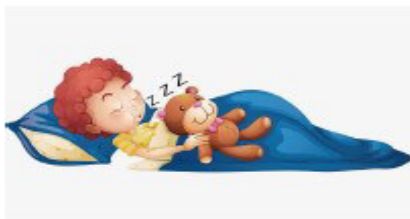
- Alargar os períodos de vigília, a partir dos 6 meses, mantendo a criança mais tempo acordada durante o dia;
- Horários regulares das refeições;
- Atividades diárias realizadas com as crianças;

⇒ As perturbações do sono constituem as alterações comportamentais mais frequentes em Pediatria, representando qualquer alteração ao padrão de sono desejável para a respetiva faixa etária, em quantidade e/ou qualidade.

⇒ As perturbações do sono, além de originarem desconforto ao prematuro, conduzem a alterações cognitivas, de atenção, memória, aprendizagem.

### Quando a Criança não dorme:

- Irritabilidade
- Alterações de humor
- Sonolência
- Dificuldade de concentração/aprendizagem
- Exaustão física e mental dos pais

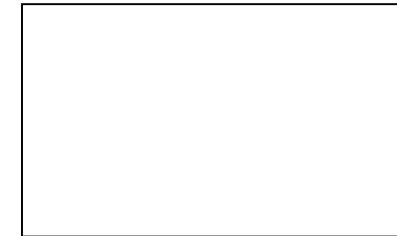


## 10 Mandamentos do Sono Para Crianças (dos 0 aos 12 anos de idade)\*

- Garantir que a criança dorme o tempo adequado para a idade, estabelecendo uma hora regular para deitar (de preferência antes das 21h ou às 21h) e acordar;
- Manter uma hora consistente de dormir e acordar, durante a semana e aos fins de semana;
- Estabelecer uma rotina de sono consistente, utilizando roupas confortáveis para dormir;
- Incentivar a adormecer de forma independente;
- Evitar luzes intensas à hora de dormir e durante a noite, aumentando a exposição à luz durante o período da manhã;
- Manter todos os equipamentos eletrónicos fora do quarto (televisões, computadores) e limite a sua utilização antes de ir dormir;
- Manter horários diários regulares, como o horário das refeições;
- Manter um horário de sesta apropriado à idade;
- Assegurar a prática de exercício físico e de tempo passado no exterior durante o dia;
- Eliminar alimentos e bebidas que contenham cafeína (chá, café, refrigerantes)

\*Adaptado das Recomendações da World Association of Sleep Medicine

Elaborado por: Sofia Santos Silva (Curso de Mestrado em Enfermagem- Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica- UCP Lisboa)



## O Sono na Criança

### ⇒ O Sono:

- Tem um papel fulcral no desenvolvimento infantil;
- Influencia a dimensão física, emocional, cognitiva e de aprendizagem da criança;
- É o principal estado comportamental do recém-nascido pré-termo, correspondendo a aproximadamente 70% das 24 horas diárias;
- O sono tem vários estádios e ciclos, que passam por um sono leve e fácil de acordar para um sono profundo.
- Os prematuros demoram mais tempo a adormecer, com maior dificuldade na transição do sono leve para o sono profundo, e logo, com ciclos de sono mais curto.
- É essencial na produção da hormona do crescimento, bem como, na produção de cortisol (hormona que contribui para o funcionamento do sistema imunitário);
- É variável na sua fisiologia, duração, padrão e qualidade, principalmente nos primeiros cinco anos de vida.
- O impacto do sono na criança é intensificado pelo efeito na qualidade do sono dos pais, o que afeta consequentemente o seu desempenho parental e a dinâmica familiar.



### ⇒ Padrão de Sono da Criança:

- Cerca das 3 semanas de vida, os ciclos de sono/vigília começam a organizar-se;
- Por volta de um mês surge a “agitação do fim do dia” com choro inconsolável. Deve-se consolar, podendo a criança chorar por vezes 10-15 min., ficando posteriormente mais calmo e com sono tranquilo;
- Aos 4 meses, a maioria das crianças, já pode dormir 8h seguidas durante a noite sem ser alimentado, podendo ainda acordar uma ou duas vezes durante a mesma;
- As sextas variam de criança para criança e em função da idade da mesma

Tempo de Sono recomendado nas 24h	
Idade	Sono Necessário
0-3 meses	20h
3-12 meses	14h-15h
1-3 anos	12h-14h
3-5 anos	11h-13h
6-12 anos	10h-11h
12-18anos	8,5h-9,5h

• World Association of Sleep Medicine

### Promoção de Hábitos de Sono Saudáveis na Criança:

- Alternância do dia e da noite: durante o dia manter a luz diurna e o ruído diário; durante a noite, o silêncio e o ambiente escuro;
- Horário fixo de dormir, durante a semana e fim-de-semana;
- Promover rituais de calma e descontração nas horas que antecedem o dormir;
- Manter um ambiente calmo junto ao quarto da criança.
- Colocar uma luz ténue de presença, para que a criança reconheça o ambiente ao acordar.
- Utilizar roupas confortáveis.
- Deitar a criança em berço ou cama de grades própria.
- Deitar a criança de costas na cama.
- Colocar uma peça de roupa com o cheiro da mãe no berço ou cama de grades.
- Colocar a criança acordada no berço e ficar junto dela a embalar (cantar, festas, criar um ritual próprio para adormecer).
- Incentivar o uso de um objeto de transição (chucha, boneco, fralda).



**Apêndice XIV- Relatório de Sessão de divulgação ” Promoção do Sono na Criança com Doença Oncológica**





**UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica**  
**(Lisboa)**

**UNIDADE CURRICULAR: “Estágio Final e Relatório”**

*Relatório da Sessão de Divulgação*

” Promoção do Sono na Criança com Doença Oncológica ”

**Docentes:**

Prof.<sup>a</sup> Doutora Margarida Lourenço

**Enfermeiros-Orientadores:**

EESIP R.O

EESIP/Mestre A.M

**Lisboa, Dezembro de 2018**



## Índice

0.INTRODUÇÃO .....	3
1.FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA .....	4
2.PLANO DE SESSÃO DE DIVULGAÇÃO .....	13
3.AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE DIVULGAÇÃO .....	17
4.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	19
APÊNDICE .....	23
Apêndice I- Diapositivos utilizados na Sessão de Divulgação.....	25
Apêndice II- Questionário de Avaliação de Sessão de Divulgação.....	41



## **0. INTRODUÇÃO**

O presente relatório encontra-se inserido no Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, ministrado pelo Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa (Lisboa).

Pretende-se com este trabalho sensibilizar os profissionais de saúde para a Promoção do Sono na Criança com Doença Oncológica, bem como, para o impacto do ambiente externo no sono da mesma.

Os objetivos específicos definidos estão relacionados com a capacitação dos profissionais de saúde para: Reconhecer a importância da temática no desenvolvimento da criança; identificar os ciclos de sono da criança e a sua evolução ao longo das diversas etapas do desenvolvimento; designar a quantidade de horas de sono necessárias para cada faixa etária; identificar as perturbações do sono mais frequentes; descrever medidas que promovam a adoção de hábitos de sono saudáveis; reconhecer o impacto dos fatores externos no sono da criança durante a hospitalização e estratégias de minimização destes últimos.

## 1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A Ordem dos Enfermeiros (2010) refere que o sono é tao importante para o desenvolvimento global da criança como a alimentação.

O sono tem um papel fulcral no desenvolvimento infantil, influenciando a dimensão física, psicológica e cognitiva da criança. Um sono adequado é tão importante na criança saudável como em situação de doença, quer pelos mecanismos fisiológicos adjacentes quer pelo seu papel ao nível do sistema imunitário, sendo fundamental nos mecanismos de tolerância à dor. Estudos demonstram que as perturbações do sono podem influenciar a morbidade na criança, originando alterações comportamentais, cognitivas e emocionais, que afetam o desenvolvimento da mesma e diminuem a sua qualidade de vida (Arriaga et al., 2015; Oliveira et al., 2015; Walter et al., 2015). Entende-se por perturbações do sono qualquer alteração aos padrões desejáveis do sono para a respetiva faixa etária, quer em quantidade quer em qualidade do mesmo. De igual forma, o impacto da problemática do sono na criança é intensificado pelo efeito na qualidade do sono dos pais, o que afeta conseqüentemente o seu desempenho parental e a dinâmica familiar, condicionando a sua capacidade de decisão relativa aos cuidados de saúde (Stremmler et al., 2015). Conhecer o sono da criança é fundamental para que não se confundam fenómenos fisiológicos com distúrbios do sono.

O sono é um processo fisiológico com propriedades restaurativas e regulatórias, principalmente ao nível do sistema imunitário. Caracteriza-se pela supressão da atividade perceptiva e da motricidade voluntária, sendo composto por vários estádios e ciclos, associados a um sono mais leve ou mais profundo e a uma maior ou menor atividade elétrica cerebral. É importante referir que é durante o sono que a hormona do crescimento tem o seu pico, nomeadamente nas primeiras horas do sono profundo, sendo que o cortisol tem o seu pico durante a madrugada, na fase do despertar. De igual forma, é durante a noite que o cérebro faz a gestão dos estímulos recebidos durante o dia, construindo associações de ideias e relações neuronais.

Neste sentido, Ibarra-Coronado et al. (2015) referem que alterações aos padrões de sono da criança diminuem as defesas do organismo e aumentam a sua suscetibilidade a infeções (virais, bacterianas ou parasitárias). Os referidos autores, acreditam que existe

uma relação bidirecional entre o sono e a imunidade, uma vez que a diminuição do sono global e do sono REM (Rapid Eye Movement) influencia vários componentes do sistema imunitário, como as citocinas, assim como, os padrões de sono são alterados durante a resposta imunitária.

Ao nascer, o sono da criança não é influenciado pela alternância do dia e da noite, adaptando-se progressivamente a um novo ritmo circadiano. Cerca das 3 semanas de vida, os ciclos do sono começam a organizar-se. No recém-nascido o ciclo do sono é curto, de aproximadamente 20-30 minutos. Contudo, a primeira fase do seu sono dura cerca de 20 minutos, o que explica o fácil despertar a estímulos desagradáveis ou intensos, diminuindo no primeiro ano de vida.

Por volta de um mês surge um período designado de “ agitação do fim do dia”. A criança fica inquieta e com choro inconsolável. Depois costuma adormecer e até parece dormir melhor. Deve ser explicado aos pais/prestadores de cuidados, que este período é transitório, tendo sempre em atenção o não estar associado a fome ou qualquer outro desconforto.

Aos 3 meses já se estabeleceu, na maioria das crianças, um padrão de sono/vigília associado, respetivamente, ao dia e à noite. No entanto, só aos 4 meses é que a criança é capaz de dormir oito horas seguidas, sem ser alimentado, podendo ainda acordar uma a duas vezes por noite. Martello (2015) considera que uma criança de 4 a 6 meses recebe o aporte calórico necessário, durante o dia, para garantir um crescimento adequado, não tendo por isso necessidade fisiológica de ser alimentada durante a noite. No que diz respeito às sesta, estas variam de criança para criança e em função da idade da mesma.

Quadro I- Tempo de Sono recomendado nas 24h

Tempo de Sono recomendado nas 24h*	
Idade	Sono Necessário
0-3 meses	20h
3-12 meses	14h-15h
1-3 anos	12h-14h
3-5 anos	11h-13h
6-12 anos	10h-11h
12-18anos	8,5h-9,5h

\* Adaptado da World Association of Sleep Medicine

A American Academy of Sleep Medicine publicou recentemente uma declaração de consenso relativa à quantidade de sono necessária para a promoção de uma saúde ótima em crianças e adolescentes, através da análise de artigos científicos por parte de peritos. Assim sendo, Paruthi et al. (2016) admitem que a duração de sono adequada para cada idade está associada à melhoria da atenção, comportamento, aprendizagem, memória, qualidade de vida, regulação emocional e saúde física e psíquica. Por seu lado, a duração de sono insuficiente está associada ao aumento do risco de acidentes, hipertensão, obesidade, diabetes, depressão, e nos adolescentes, risco de tentativa de suicídio.

De igual forma, a Sociedade Portuguesa de Pediatria reconhece o impacto da privação do sono no desenvolvimento global da criança, referindo que a mesma está relacionada com a impulsividade, que pode ser confundida com hiperatividade ou déficit de atenção.

Quadro II- Repercussões da privação do sono na Criança

REPERCUSSÕES DA PRIVAÇÃO DO SONO NA CRIANÇA	
CONSEQUÊNCIAS A CURTO PRAZO	
Distúrbios na modulação do humor e dos afetos	Irritabilidade/birras Maior reatividade emocional Humor variável Perda do controle emocional
Perturbação da função neuro-cognitiva	Falta de atenção/distração Incapacidade de concluir tarefas Diminuição da flexibilidade do pensamento Diminuição do raciocínio abstrato Perturbação da memória
Alteração do comportamento	Sonolência diurna Agressividade Impulsividade/hiperatividade
Alteração motora	Diminuição da destreza motora Aumento de lesões acidentais e quedas frequentes
CONSEQUÊNCIAS A LONGO PRAZO	
Aprendizagem	Mau rendimento escolar
Comportamento	Hiperatividade e déficit de atenção
Psicológicas	Ansiedade Depressão
Alterações orgânicas	Alteração da função endócrina Alteração da função imunológica Alteração do metabolismo do açúcar (glicose) Obesidade/excesso ponderal Hipertensão arterial
Perturbação da vida familiar	Aumento do risco de depressão materna Aumento do risco de disfunção familiar

\*Adaptado de Sociedade Portuguesa de Pediatria

As perturbações do sono resultam de uma interação complexa entre fatores biológicos, psicológicos, de desenvolvimento da criança, comportamentos intrafamiliares e fatores socioculturais. Crispim et al. (2011) refere que as características socioeconómicas do agregado familiar parecem influenciar o sono da criança, no que concerne à hora de deitar e identificaram que as famílias menos diferenciadas são alvo preferencial de intervenção.

Segundo Mendes et al. (2004) as perturbações primárias do sono são divididas entre dissónias e parassónias, sendo estas relacionadas, respetivamente, com alterações na qualidade/quantidade de sono e com alterações comportamentais associadas ao mesmo. As dissónias dividem-se em insónias (quantidade ou qualidade de sono insuficiente), hipersónias (sonolência diurna excessiva apesar de tempo de sono adequado) e distúrbios do ritmo circadiano do sono. Relativamente às parassónias existem vários tipos, como os terrores noturnos, pesadelos, somniloquia, sonambulismo, bruxismo e enurese nocturna.

Para se adquirirem bons hábitos de sono, é necessário promover a sua implementação desde o nascimento, estimulando a sua correta higiene e incentivando os pais/prestadores

de cuidados a insistir na manutenção de um horário fixo de dormir, durante a semana e fim-de-semana, promovendo rituais de calma e descontração nas horas que antecedem o dormir, mantendo um ambiente calmo junto ao quarto da criança.

Entende-se por “higiene do sono” alterações no ambiente envolvente, bem como, adoção de estratégias e rotinas que promovem uma qualidade e duração adequada do sono da criança. São descritas como estratégias para a promoção de hábitos de sono saudáveis na criança:

- Estabelecer o ritmo biológico: durante o dia manter a luz diurna e o ruído diário; durante a noite o silêncio e o ambiente escuro.
- Evitar prolongar a sesta da tarde (intervalo de pelo menos 4h entre a sesta e a hora de deitar)
- Estabelecer gradualmente uma rotina consistente prévia à hora de deitar, mantida por todos os cuidadores
- Estabelecer uma rotina diária relativamente à hora de deitar.
- Dar banho à noite, se este se demonstrar um estímulo relaxante
- Criar um ambiente calmo e confortável, de temperatura adequada.
- Colocar uma luz ténue de presença, para que a criança reconheça o ambiente ao acordar.
- Utilizar roupas confortáveis.
- Deitar a criança em cama adequada à idade
- Deitar a criança em decúbito dorsal na cama.
- Colocar a criança acordada na cama e ficar junto a ela a embalar (cantar, festas, criar um ritual próprio para adormecer)
- Incentivar o uso de um objeto de transição (chucha, boneco, fralda de pano)
- Evitar colocar a criança na cama dos pais
- A partir dos 6 meses, alargar os períodos de vigília, mantendo a criança mais tempo acordada durante o dia.
- Entre os 6-9 meses fazer a transição para o quarto da criança.
- Durante a noite diminuir os estímulos.
- Acalmar a criança, se acordar durante a noite, permitindo que aprenda a adormecer sozinha. Evitar retirá-la da cama, tentando manter o ritual de adormecer pré-estabelecido.

Como consolidação do referido anteriormente, a World Association of Sleep Medicine estabelece “10 Mandamentos do Sono Para Crianças (dos 0 aos 12 anos de idade):

- Garantir que a criança dorme o tempo adequado para a idade, estabelecendo uma hora regular para deitar (de preferência antes das 21h ou às 21h) e acordar.
- Manter uma hora consistente de dormir e acordar, durante a semana e aos fins-de-semana.
- Estabelecer uma rotina de sono consistente, utilizando roupas confortáveis para dormir.
- Incentivar a adormecer de forma independente.
- Evitar luzes intensas à hora de dormir e durante a noite, aumentando a exposição à luz durante o período da manhã.
- Manter todos os equipamentos eletrônicos fora do quarto (televisões, computadores) e limite a sua utilização antes de ir dormir.
- Manter horários diários regulares, como o horário das refeições.
- Manter um horário de sesta apropriado à idade.
- Assegurar a prática de exercício físico e de tempo passado no exterior durante o dia.
- Eliminar alimentos e bebidas que contenham cafeína (chá, café, refrigerantes).

Um sono adequado é essencial na criança em situação de doença, dor, ansiedade e stress emocional, tendo um impacto significativo na sua capacidade de perceção e de coping, nomeadamente, no que diz respeito aos desafios associados à doença oncológica e respetivo tratamento. De igual forma, a doença oncológica em si, bem como, a cirurgia, a quimioterapia e a radioterapia propiciam a ocorrência de perturbações do sono a curto e/ou a longo prazo (Walter et al. 2015).

As perturbações do sono representam uma preocupação em oncologia pediátrica, não só pela sua influência no sistema imunitário e capacidade de reabilitação, mas também pelo seu impacto negativo na adesão à terapêutica, nas atividades de vida diária, nas alterações de comportamento, na depressão e fundamentalmente, na qualidade de vida global da criança (Crabtree et al., 2015).

İnce et al. (2017), no seu estudo, consideram que o sono é uma função vital, essencial à recuperação da mente e do organismo, influenciado por diversos fatores que incluem características do desenvolvimento da própria criança; condições psicossociais e socioeconómicas, étnicas e culturais; stress emocional; dor; efeitos secundários de terapêutica e eventos traumáticos anteriores.

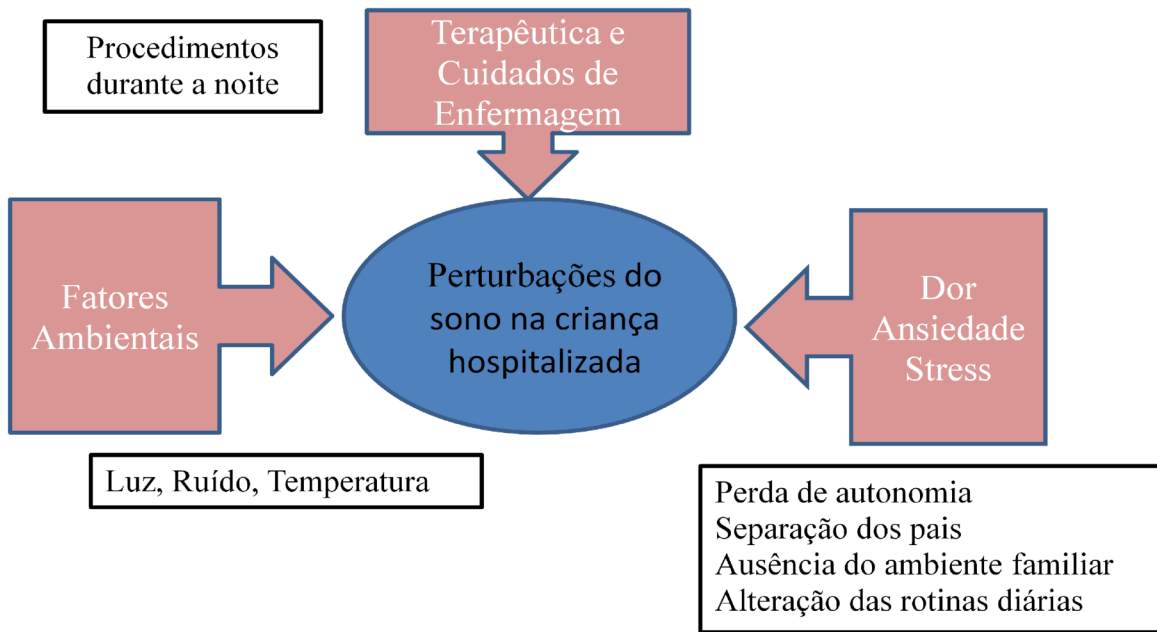
A doença oncológica tem um impacto negativo no sono desde o diagnóstico até à fase de remissão, uma vez que influencia o ritmo circadiano sono-vigília, bem como, o sistema cardio-respiratório, neurológico, endócrino e comportamental que estão relacionados com o mesmo. Adicionalmente acentua perturbações do sono pré-existentes, sendo a mais frequente, a excessiva sonolência diurna (Walter et al., 2015).

A criança com doença oncológica é admitida no hospital por diversos motivos, nomeadamente para controlo sintomático, por leucopénia febril, para realização de quimioterapia e devido aos efeitos secundários da mesma. Numa fase inicial de diagnóstico e tratamento, a criança necessita muitas vezes de estar hospitalizada por um longo período de tempo.

De referir, que a hospitalização condiciona o equilíbrio da criança, representando um período de grande ansiedade para a própria e para os pais. A alteração das rotinas diárias, a perda de autonomia e a separação do ambiente familiar, bem como, o desconforto e a dor resultantes de lesão corporal, representam alguns dos principais fatores de stress decorrentes da mesma (Diogo et al., 2016). Segundo Oliveira & Ferreira (2014) as perturbações do sono mais frequentes na criança hospitalizada dizem respeito à insónia inicial ou à consolidação do sono.

Diversos autores (Linder & Christian., 2013; Walker et al., 2015), referem que a hospitalização tem uma repercussão significativa no sono da criança, devido aos fatores ambientais externos que a caracterizam (luz, ruído, temperatura), ao stress/ansiedade decorrentes da mesma, bem como, a necessidade contínua de prestação de cuidados de enfermagem. De acordo com Oliveira et al. (2015), a Organização Mundial de Saúde e a World Health Organization (WHO) os níveis de luminosidade deverão estar entre os 5 Lux durante a noite e os 100 Lux durante o dia. Por outro lado, a temperatura do quarto deverá estar entre os 20-24°C e os valores de ruído não devem exceder os 45db durante o dia e os 30/35 db no período noturno (a conversação humana normal corresponde a um nível de ruído de 60 db).

Figura 1- Perturbações do sono na criança hospitalizada



\*Adaptado de Walter et al.(2015)

Relativamente a estratégias a adotar para minimizar os fatores ambientais e perturbadores do sono da criança hospitalizada, estas dizem respeito a:

- Utilizar telefones/telemóveis em modo vibratório ou no volume mais baixo;
- Evitar conversas não clínicas perto da unidade da criança;
- Desligar os equipamentos eletrónicos nas horas que antecedem o deitar;
- Restringir o horário máximo das visitas;
- Antecipar os alarmes dos equipamentos, silenciando-os ou colocando-os no volume mais baixo;
- Centralizar os alarmes clínicos na sala de trabalho de enfermagem;
- Promover o uso de tampões/auscultadores para os ouvidos (consoante a faixa etária)
- Criar rotinas de sono consistentes (hora de deitar);
- Definir períodos de silêncio (diurno e noturno);

- Agrupar/Centralizar os cuidados clínicos e de enfermagem
- Programar administração de quimioterapia e medicação em horário maioritariamente diurno

Para Oliveira & Ferreira (2014) as intervenções com vista à promoção do sono da criança devem consistir em medidas não farmacológicas, nomeadamente, o definir de uma hora de silêncio, de redução luminosa, de limitação de cuidados, a avaliação/alívio da dor e a gestão de camas que possibilite a coabitação de crianças nas mesmas faixas etárias.

Os mesmos autores supramencionados referem que o sono é um pilar fulcral na qualidade de vida da criança com doença oncológica, principalmente porque vivencia elevados níveis de ansiedade, dor e até mesmo, depressão. Do mesmo modo, Herbert et al. (2014) referem que o impacto emocional da hospitalização, nomeadamente, o medo e as alterações da rotina diária de sono, afetam significativamente este último.

É de realçar que o enfermeiro, pela proximidade ao outro na sua prestação de cuidados, tem um papel fundamental na minimização de fatores predisponentes de perturbação do sono, com vista a proporcionar um ambiente envolvente potenciador de saúde.

## 2. PLANO DE SESSÃO DE DIVULGAÇÃO

**Formador:** Sofia Santos Silva

**Data:** 14 de Dezembro 2018

**Local:** Serviço de Pediatria do [REDACTED]

**Duração:** 20-30 min.

**Público-alvo:** Profissionais de Saúde do Serviço de Pediatria do [REDACTED]

**Tema:** Promoção do Sono na Criança com Doença Oncológica

**Objetivo geral:** Sensibilizar os profissionais de saúde para a Promoção do Sono na Criança com Doença Oncológica, bem como, para o impacto do ambiente externo no sono da mesma.

### **Objetivos específicos:**

Que os profissionais de saúde:

- Reconhecer a importância da temática no desenvolvimento da criança;
- Identificar os ciclos de sono da criança e a sua evolução ao longo das diversas etapas do desenvolvimento;
- Designar a quantidade de horas de sono necessárias para cada faixa etária;
- Identificar as perturbações do sono mais frequentes;
- Descrever medidas que promovam a adoção de hábitos de sono saudáveis;

Reconhecer o impacto dos fatores externos no sono da criança durante a hospitalização e estratégias de minimização destes últimos



FASES	OBJETIVOS	CONTEUDOS	METODOLOGIA	DURAÇÃO
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentar:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- A formadora;</li> <li>- Os temas abordados;</li> <li>- Os objetivos da sessão.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pertinência do tema;</li> <li>• Objetivo Geral;</li> <li>• Objetivos Específicos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expositiva</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 3 minutos.</li> </ul>
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sono</li> <li>• Ciclos do Sono e sua evolução</li> <li>• Horas de Sono adaptadas a cada faixa etária</li> <li>• Perturbações do Sono</li> <li>• Estratégias para a Promoção de Hábitos de Sono Saudáveis</li> <li>• O Sono e a Criança com Doença Oncológica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informação fundamentada e atualizada acerca das temáticas abordadas, com base em evidência científica recente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expositiva e demonstrativa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 20 minutos.</li> </ul>
Validação	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar os conhecimentos apreendidos pela população-alvo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informação abordada ao longo das etapas anteriores da sessão.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expositiva e interrogativa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 5 minutos.</li> </ul>
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esclarecer dúvidas;</li> <li>• Realçar os conceitos fundamentais</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Síntese das ideias-chave.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expositiva e interrogativa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 5 minutos.</li> <li>• Entrega de um questionário de avaliação sobre a sessão.</li> </ul>

Quadro II- Plano de formação da Sessão de Divulgação sobre Promoção do Sono na Criança com Doença Oncológica

Relativamente aos **recursos pedagógicos** utilizados, estes incluem:

- Entrega de documento escrito de suporte à sessão de divulgação no Serviço de Internamento de Pediatria, com respetivos anexos bibliográficos
- Orientação Técnica sobre a implementação da hora da sesta

### 3. AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE DIVULGAÇÃO

A adesão à sessão de divulgação foi de onze pessoas (nove enfermeiros e dois médicos), às quais, no final da sessão, foi aplicado um questionário. Este era anónimo e foi solicitado somente a avaliação em relação à sessão de divulgação em quatro parâmetros (tendo em conta que 1 – Insuficiente; 2 – Suficiente; 3 – Bom; 4 – Muito Bom e 5 – Excelente):

1. A pertinência do tema
2. Os objetivos foram atingidos
3. A organização dos conteúdos apresentados
4. A segurança e o domínio da temática por parte da formadora
5. Como classifica a utilidade da sessão de divulgação no sentido de melhorar a sua prática?

No que concerne à avaliação da sessão de divulgação, todos os parâmetros receberam classificação compreendida entre o Muito Bom (4) e o Excelente (5). Foi referido por um dos elementos, como comentário à sessão realizada, a importância da mesma para reflexão da nossa própria prática bem como a dos outros.

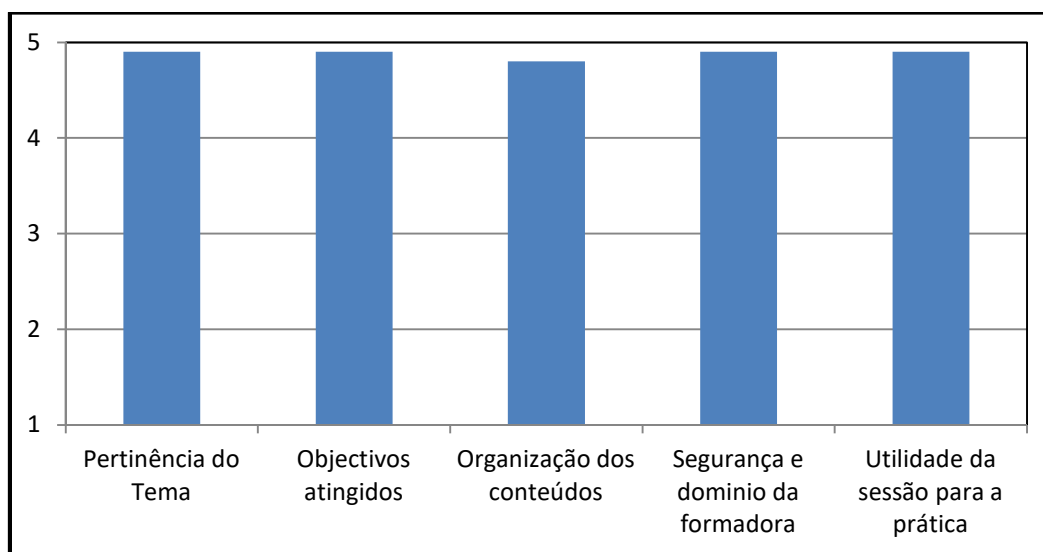


Gráfico I- Avaliação média dos resultados obtidos na sessão de divulgação

#### 4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Allen, S.; Howlett, M.; Coulombe, J.; Corkum, P. (2015). ABCs of Sleeping: A review of the evidence behind pediatric sleep practice recommendations. *Sleep Medicine Reviews*, 29, 1-14
- Allen, K. (2012). Promoting and Protecting Infant Sleep. *Adv. Neonatal Care*, 12 (5), 288-291
- Arriaga, C.; Brito, S.; Gaspar, P.; Luz, A. (2015). Hábitos e Perturbações do Sono: Características de uma Amostra Pediátrica na Comunidade. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 46 (4), 367-375
- Amaral, M. & Melão, N. (2016). O perfil de saúde de crianças vigiadas em consultas de cuidados primários na cidade de Viseu, Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 34(1), 53-60
- Bathory, E. & Tomopoulos, S. (2017). Sleep Regulation, Physiology and Development, Sleep Duration and Patterns, And Sleep Hygiene in Infants, Toddlers and Pre-school Age Children. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 47(2), 29-42.
- Cordeiro, M. (2015) *O Grande Livro do Bebê- O primeiro ano de vida*. Lisboa: Esfera dos Livros
- Crabtree, V., Rach, A., Schellinger, K., Russell, K., Hammarback, T., Mandrell, B. (2015). Changes in sleep and fatigue in newly treated pediatric oncology patients. *Support Care Cancer*, 23, 393-401

- Crispim, J., Boto, L., Melo, I., Ferreira, R. (2011). Padrão de sono e factores de risco para a privação de sono numa população pediátrica portuguesa. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 42(3), 93-98
- Direcção-Geral da Saúde (2013). Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (Orientação Técnica N°12). Direcção-Geral da Saúde, 2ª Edição.
- Direcção-Geral da Saúde (2012). Orientações técnicas sobre o controlo da dor nas crianças com doença oncológica - Orientação Técnica N°23. Direcção-Geral da Saúde
- 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
- Herbert., A., Lima, J., Fitzgerald, D., Seton, C., Waters, K., Collins, J. (2014). Exploratory study of sleeping patterns in children admitted to hospital. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 50, 632-638
- Ibarra-Coronado, E., Pantaleón- Martínez, A., Velázquez-Moctezuma, J., Próspero-García, O., Méndez-Díaz, M., Pérez-Tapia, M., Pavón, L., Morales-Montor, J. (2015). The Bidirectional Relationship between sleep and immunity against infections. *Journal of Immunology Research*, 1-14
- İnce, D., Demirağ, B., Karapınar, T., Oymak, Y., Ay, Y., Kaygusuz, A., Töret, E., Vergin, C. (2017). Assessment of sleep in pediatric cancer patients. *The Turkish Journal of Pediatrics*, 59,379-386
- Jorge, A.M. (2004). Família e Hospitalização da Criança: (Re) Pensar o Cuidar em Enfermagem. Loures, Lusociência – edições técnicas e Científicas, Lda,.
- Lee, S., Narendran, G., Tomfohr-Madsen, L., Schulte, F. (2017), A systematic review of sleep in hospitalized pediatric cancer patients. *Psych-Oncology*, 26, 1059-1069

- Linder, L., & Christian, B. (2013). Nighttime sleep characteristics of hospitalized school-age children with cancer. *Journal for Specialists Pediatric Nursing*, 18(1), 13-24
- Linder, L., & Christian, B. (2011). Characteristics of the nighttime hospital bedside care environment (sound, light and temperature) for children with cancer. *Cancer Nursing*, 34 (3), 176-184
- Martello, E. (2017). Finalmente durmo... E os meus pais também. Lisboa. Multinova- União Livreira e Cultural, S.A.
- Meltzer, L., Davis, K., Mindell, J. (2012). Patient and Parent Sleep in a Children's Hospital. *Pediatric Nursing*, 38 (2), 64-71
- Mendes, L., Fernandes, A., Garcia, F. (2011). Hábitos e Perturbações do Sono em crianças em Idade Escolar. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 35 (4), 341-347
- Oliveira, L. & Ferreira, R. (2014) O Ambiente das Enfermarias Pediátricas Favorece o Sono das Crianças?. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 45, 82-89
- Oliveira, L., Gomes, C., Nicolau, L., Ferreira, L., Ferreira, R. (2015). Environment in pediatric wards: light, sound and temperature. *Sleep Medicine*, 16, 1041-1048
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Paruthi, S., Brooks, L., D'Ambrosio, C., Hall, W., Kotagal, S., Lloyd, R., Malow, B., Maski, K., Nichols, C., Quan, S., Rosen, C., Troester, M., Wise, M. (2016). Recommend amount of sleep for pediatric populations: a consensus statement of the American Academy of Sleep Medicine. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 12(6), 785- 786

- Regulamento nº 422/2018 de 12 de Julho. Diário da República Nº 133- II Série. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Santos, I., Bassani, D., Matijasevich, A., Halal, C., Del-Ponte, B., Cruz, S., Anselmi, L., Albernaz, E., Fernandes, M., Tovo-Rodrigues, L., Silveira, M., Hallal, P. (2016). Infant Sleep Hygiene counseling (sleep trial): protocol of randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 16(1), 307.
- Soubra, M., Harb, Y., Hatoum, S., Yazbeck, N., Khoury, M., Mansour, E., Badr, L. (2018). Effect of quality improvement project to reduce noise in a pediatric unit. *MCN Am J Matern Child Nurs*. 43(2), 83-88
- Stickland, A., Clayton, E., Sankey, R., Hill, C. (2016). A qualitative study of sleep quality in children and their resident parents when in hospital. *Arch Dis Child*. 101(6), 546-51
- Stremmler, R., Adams, S., Dryden-Palmer, K. (2015). Nurses's views of factors affecting sleep for hospitalized children and their families: a focus group study. *Nursing & Health*, 38, 311-322
- Vasconcelos, A., Prior, C., Estevão, H., Loureiro, H., Ferreira, R., Paiva, T. (2017). Prática da Sesta da Criança nas Creches e Infantários, Públicos ou Privados. *SPS-Sociedade Portuguesa de Pediatria*
- Vincensi, B., Pearce, K., Redding, J., Brandonisio, S., Tzou, S., Meiusi, E. (2016). Sleep in the Hospitalized Patient: Nurse and Patient Perception. *Medsurg Nursing*, 25 (5), 351- 356
- Walter, L., Nixon, G., Davey, M., Downie, P., Horne, R. (2015). Sleep and fatigue in pediatric oncology: a review of the literature. *Sleep Medicine*, 24, 71-82



## APÊNDICES



## Apêndice I- Diapositivos utilizados na Sessão de Divulgação

**CATOLICA**  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
LISBOA PORTO

# SESSÃO DE DIVULGAÇÃO

## “Promoção do Sono na Criança com Doença Oncológica”

Realizado por: Sofia Santos Silva (Aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica)

Dezembro, 2018

Promoção do Sono na Criança com Doença Oncológica

### Índice

- Importância da Temática
- Sono
- Ciclos do Sono e sua evolução
- Horas de Sono adaptadas a cada faixa etária
- Perturbações do Sono
- Estratégias para a Promoção de Hábitos de Sono Saudáveis
- O Sono e a Criança com Doença Oncológica

2

## Objetivo Geral

- Sensibilizar os profissionais de saúde para a Promoção do Sono na Criança com Doença Oncológica, bem como, para o impacto do ambiente externo no sono da mesma.

## Objetivos Específicos

- Que os profissionais de saúde sejam capazes de:
  - ❖ Reconhecer a importância da temática no desenvolvimento da criança;
  - ❖ Identificar os ciclos de sono da criança e a sua evolução ao longo das diversas etapas do desenvolvimento;
  - ❖ Designar a quantidade de horas de sono necessárias para cada faixa etária;

## Objetivos Específicos

- Que os profissionais de saúde sejam capazes de:
  - ❖ Identificar as perturbações do sono mais frequentes;
  - ❖ Descrever medidas que promovam a adoção de hábitos de sono saudáveis;
  - ❖ Reconhecer o impacto dos fatores externos no sono da criança durante a hospitalização e estratégias de minimização.

## Importância da Temática

- A Ordem dos Enfermeiros (2010) refere que o sono é tao importante para o desenvolvimento global da criança como a alimentação.
- O sono tem um papel fulcral no desenvolvimento infantil, influenciando a dimensão física, psicológica e cognitiva da criança.
- Um sono adequado é tão importante na criança saudável como em situação de doença.

## Importância da Temática

- As perturbações do sono podem influenciar a morbilidade na criança, originando alterações comportamentais, cognitivas e emocionais, que afetam o desenvolvimento da mesma e diminuem a sua qualidade de vida.
- O impacto da problemática do sono na criança é intensificado pelo efeito na qualidade do sono dos pais.
- Conhecer o sono da criança é fundamental para que não se confundam fenómenos fisiológicos com distúrbios do sono.

## Sono

- Processo fisiológico com propriedades restaurativas e regulatórias, principalmente ao nível do sistema imunitário.
- Hormona do Crescimento e o Cortisol têm o seu pico.
- O cérebro faz a gestão dos estímulos recebidos durante o dia, construindo associações de ideias e relações neuronais.
- Relação bidirecional entre o sono e a imunidade.

Ibarra-Coronado et al.(2015)

## Ciclos do Sono e sua evolução

- Ao nascer, o sono da criança não é influenciado pela alternância do dia e da noite adaptando-se progressivamente a um novo ritmo circadiano.
- Cerca das 3 semanas de vida, os ciclos do sono começam a organizar-se.
- No recém-nascido o ciclo do sono é curto, de aproximadamente 20-30 minutos.
- Por volta de um mês surge um período designado de " agitação do fim do dia".

## Horas de Sono adaptadas a cada faixa etária

- Aos 3 meses já se estabeleceu, na maioria das crianças, um padrão de sono/vigília associado, respetivamente, ao dia e à noite.
- Só aos 4 meses é que a criança é capaz de dormir oito horas seguidas, sem ser alimentado, podendo ainda acordar uma a duas vezes por noite.
- As sextas variam de criança para criança e em função da idade da mesma.

## Horas de Sono adaptadas a cada faixa etária

Tempo de Sono recomendado nas 24h*	
Idade	Sono Necessário
0-3 meses	20h
3-12 meses	14h-15h
1-3 anos	12h-14h
3-5 anos	11h-13h
6-12 anos	10h-11h
12-18 anos	8,5h-9,5h

\* Adaptado da World Association of Sleep Medicine

## Perturbações do Sono

- Resultam de uma interação complexa entre fatores biológicos, psicológicos, de desenvolvimento da criança, comportamentos intrafamiliares e fatores socioculturais.
- As perturbações do sono são divididas entre alterações na qualidade/quantidade de sono (por ex. insónias) e alterações comportamentais associadas ao mesmo (por ex. terrores nocturnos).

Mendes et al. (2004)

## Perturbações do Sono

- A duração de sono adequada para cada idade está associada à melhoria da atenção, comportamento, aprendizagem, memória, qualidade de vida, regulação emocional e saúde física e psíquica.

Paruthi et al.(2016)

- A duração de sono insuficiente está associada ao aumento do risco de acidentes, hipertensão, obesidade, diabetes, depressão, e nos adolescentes, risco de tentativa de suicídio.

Paruthi et al.(2016)

13

## Perturbações do Sono

REPERCUSSÕES DA PRIVAÇÃO DO SONO NA CRIANÇA	
<b>CONSEQUÊNCIAS A CURTO PRAZO</b>	
Distúrbios na modulação do humor e dos afetos	Irritabilidade/birras Maior reatividade emocional Humor variável Perda do controle emocional
Perturbação da função neuro-cognitiva	Falta de atenção/distração Incapacidade de concluir tarefas Diminuição da flexibilidade do pensamento Diminuição do raciocínio abstrato Perturbação da memória
Alteração do comportamento	Sonolência diurna Agressividade Impulsividade/hiperatividade
Alteração motora	Diminuição da destreza motora Aumento de lesões acidentais e quedas frequentes
<b>CONSEQUÊNCIAS A LONGO PRAZO</b>	
Aprendizagem	Mau rendimento escolar
Comportamento	Hiperatividade e déficit de atenção
Psicológicas	Ansiedade Depressão
Alterações orgânicas	Alteração da função endócrina Alteração da função imunológica Alteração do metabolismo do açúcar (glicose) Obesidade/excesso ponderal Hipertensão arterial
Perturbação da vida familiar	Aumento do risco de depressão materna Aumento do risco de disfunção familiar

\*Adaptado de Sociedade Portuguesa de Pediatria

14

## Estratégias para a Promoção de Hábitos de Sono Saudáveis

- Estar vigilante desde o nascimento
- Estimular correta higiene do sono

alterações no ambiente envolvente, bem como, adoção de estratégias e rotinas que promovem uma qualidade e duração adequada do sono da criança.

## Estratégias para a Promoção de Hábitos de Sono Saudáveis

- Estabelecer o ritmo biológico: durante o dia manter a luz diurna e o ruído diário; durante a noite o silêncio e o ambiente escuro.
- Garantir que a criança dorme o tempo adequado para a idade, estabelecendo uma hora regular para deitar (de preferência antes das 21h ou às 21h) e acordar.
- Manter uma hora consistente de dormir e acordar.
- Criar um ambiente calmo e confortável, de temperatura adequada.
- Estabelecer uma rotina de sono consistente, utilizando roupas confortáveis para dormir.

## Estratégias para a Promoção de Hábitos de Sono Saudáveis

- Colocar uma luz ténue de presença, para que a criança reconheça o ambiente ao acordar.
- Deitar a criança em cama adequada à idade.
- Deitar a criança em decúbito dorsal na cama.
- Incentivar a adormecer de forma independente.
- Incentivar o uso de um objeto de transição (chucha, boneco, fralda de pano).

## Estratégias para a Promoção de Hábitos de Sono Saudáveis

- Evitar colocar a criança na cama dos pais.
- Manter todos os equipamentos eletrónicos fora do quarto (televisões, computadores) e limite a sua utilização antes de ir dormir.
- Manter horários diários regulares, como o horário das refeições.
- Manter um horário de sesta apropriado à idade.
- Eliminar alimentos e bebidas que contenham cafeína (chá, café, refrigerantes).

## Sono e a criança com doença oncológica

- Um sono adequado tem um impacto significativo na capacidade de percepção e de coping da criança, nomeadamente, no que diz respeito aos desafios associados à doença oncológica e respetivo tratamento.
- O sono é influenciado por diversos fatores que incluem características do desenvolvimento da própria criança; condições psicossociais e socioeconómicas, étnicas e culturais; stress emocional; dor; efeitos secundários de terapêutica e eventos traumáticos anteriores.

Ínce et al.(2017)

## Sono e a criança com doença oncológica

- As perturbações do sono representam uma preocupação em oncologia pediátrica, pela sua influência no sistema imunitário, capacidade de reabilitação, pelo seu impacto negativo na adesão à terapêutica, nas atividades de vida diária, nas alterações de comportamento, na depressão e fundamentalmente, na qualidade de vida global da criança.

Crabtree et al.(2015)

- A doença oncológica em si, bem como, a cirurgia, a quimioterapia e a radioterapia propiciam a ocorrência de perturbações do sono a curto e/ou a longo prazo.

Walber et al.(2015)

## Sono e a criança com doença oncológica

- A doença oncológica tem um impacto negativo no sono desde o diagnóstico até à fase de remissão, acentuando perturbações do sono pré-existentes, sendo a mais frequente, a excessiva sonolência diurna.

Walter et al (2015)

- A criança com doença oncológica é hospitalizada por diversos motivos, nomeadamente para controlo sintomático, por leucopénia febril, para realização de quimioterapia e devido aos efeitos secundários da mesma.

- A hospitalização condiciona o equilíbrio da criança, representando um período de grande ansiedade para a própria e para os pais.

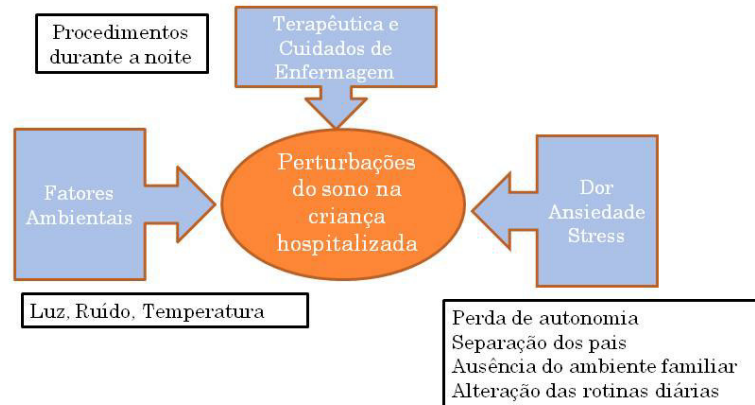
Diogo et al (2016)

## Sono e a criança com doença oncológica

- A hospitalização tem uma repercussão significativa no sono da criança, devido aos fatores ambientais externos que a caracterizam (luz, ruído, temperatura), ao stress/ansiedade decorrentes da mesma, bem como, a necessidade contínua de prestação de cuidados de enfermagem.

Linder & Christian, 2013; Walker et al, 2015

## Sono e a criança com doença oncológica



\*Adaptado de Walter et al (2015)

23

## Sono e a criança com doença oncológica

Estratégias para minimizar os fatores ambientais e perturbadores do sono da criança hospitalizada:

- Utilizar telefones/telemóveis em modo vibratório ou no volume mais baixo;
- Evitar conversas não clínicas perto da unidade da criança;
- Desligar os equipamentos eletrónicos nas horas que antecedem o deitar;
- Restringir o horário máximo das visitas;

24

## Sono e a criança com doença oncológica

Estratégias para minimizar os fatores ambientais e perturbadores do sono da criança hospitalizada:

- Antecipar os alarmes dos equipamentos, silenciando-os ou colocando-os no volume mais baixo;
- Centralizar os alarmes clínicos na sala de trabalho de enfermagem;
- Promover o uso de tampões/auscultadores para os ouvidos (consoante a faixa etária);

## Sono e a criança com doença oncológica

Estratégias para minimizar os fatores ambientais e perturbadores do sono da criança hospitalizada:

- Criar rotinas de sono consistentes (hora de deitar);
- Definir períodos de silêncio (diurno e noturno);
- Agrupar/Centralizar os cuidados clínicos e de enfermagem;
- Programar administração de quimioterapia e medicação em horário maioritariamente diurno.

## Conclusão

- As intervenções com vista à promoção do sono da criança devem consistir em medidas não farmacológicas, nomeadamente, o definir de uma hora de silêncio, de redução luminosa, de limitação de cuidados, a avaliação/alívio da dor e a gestão de camas que possibilite a coabitação de crianças nas mesmas faixas etárias.
- O sono é um pilar fulcral na qualidade de vida da criança com doença oncológica, principalmente porque vivencia elevados níveis de ansiedade, dor e até mesmo, depressão.
- O enfermeiro, pela proximidade ao outro na sua prestação de cuidados, tem um papel fundamental na minimização de fatores predisponentes de perturbação do sono, com vista a proporcionar um ambiente envolvente potenciador de saúde.

## Referências Bibliográficas

- Allen, S.; Howlett, M.; Coulombe, J.; Corkum, P. (2015). ABCs of Sleeping: A review of the evidence behind pediatric sleep practice recommendations. *Sleep Medicine Reviews*, 29, 1-14
- Allen, K. (2012). Promoting and Protecting Infant Sleep. *Adv. Neonatal Care*, 12 (5), 268-291
- Arriaga, C.; Brito, S.; Gaspar, P.; Luz, A. (2015). Hábitos e Perturbações do Sono: Características de uma Amostra Pediátrica na Comunidade. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 46 (4), 367-375
- Amaral, M. & Melão, N. (2016). O perfil de saúde de crianças vigiadas em consultas de cuidados primários na cidade de Viseu, Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 34(1), 53-60
- Eathory, E. & Tomopoulos, S. (2017). Sleep Regulation, Physiology and Development, Sleep Duration and Patterns, And Sleep Hygiene in Infants, Toddlers and Pre-school Age Children. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 47(2), 29-42.
- Cordeiro, M. (2015) *O Grande Livro do Bebê- O primeiro ano de vida*. Lisboa: Esfera dos Livros
- Crabtree, V., Rach, A., Schellinger, K., Russell, K., Hammarback, T., Mandrell, E. (2015). Changes in sleep and fatigue in newly treated pediatric oncology patients. *Support Care Cancer*, 23, 393-401

## Referências Bibliográficas

- Crispim, J., Boto, L., Melo, I., Ferreira, R. (2011) Padrão de sono e factores de risco para a privação de sono numa população pediátrica portuguesa. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 42(3), 93-98
- Direcção-Geral da Saúde (2013). Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (Orientação Técnica Nº12). Direcção-Geral da Saúde, 2ª Edição.
- Direcção-Geral da Saúde (2012). Orientações técnicas sobre o controlo da dor nas crianças com doença oncológica. -Orientação Técnica Nº23. Direcção-Geral da Saúde
- 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
- Herbert, A., Lima, J., Fitzgerald, D., Seton, C., Waters, K., Collins, J. (2014) Exploratory study of sleeping patterns in children admitted to hospital. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 50, 632-638
- Ibarra-Coronado, E., Pantaleón-Martinez, A., Velázquez-Moctezuma, J., Prospéro-García, O., Méndez-Díaz, M., Pérez-Tapia, M., Pavón, L., Morales-Montor, J. (2015). The Bidirectional Relationship between sleep and immunity against infections. *Journal of Immunology Research*, 1-14

## Referências Bibliográficas

- Ince, D., Demirağ, B., Karapinar, T., Oymak, Y., Ay, Y., Kaygusuz, A., Töret, E., Vergin, C. (2017). Assessment of sleep in pediatric cancer patients. *The Turkish Journal of Pediatrics*, 59, 379-386
- Jorge, A.M. (2004). Família e Hospitalização da Criança: (Re) Pensar o Cuidar em Enfermagem. Loures, Lusociência – edições técnicas e Científicas, Lda.
- Lee, S., Narendran, G., Tomfohr-Madsen, L., Schulte, F. (2017). A systematic review of sleep in hospitalized pediatric cancer patients. *Psych-Oncology*, 26, 1059-1069
- Linder, L., & Christian, B. (2013). Nighttime sleep characteristics of hospitalized school-age children with cancer. *Journal for Specialists Pediatric Nursing*, 18(1), 13-24
- Linder, L., & Christian, B. (2011). Characteristics of the nighttime hospital bedside care environment (sound, light and temperature) for children with cancer. *Cancer Nursing*, 34 (3), 176-184
- Martello, E. (2017). Finalmente durmo... E os meus pais também. Lisboa. Multinova- União Livreira e Cultural, S.A.
- Meltzer, L., Davis, K., Mindell, J. (2012). Patient and Parent Sleep in a Children's Hospital. *Pediatric Nursing*, 38 (2), 64-71



Apêndice II- Questionário de Avaliação de Sessão de Divulgação

**“Promoção do Sono na Criança com Doença Oncológica”**

Com o preenchimento deste questionário pretende-se saber a sua opinião sobre a sessão de formação à qual assistiu. É de carácter individual, voluntário e os seus dados são confidenciais.

Para o seu preenchimento, assinale a sua resposta com um X em cada pergunta, sendo que:

1 – Insuficiente; 2 – Suficiente; 3 – Bom; 4 – Muito Bom e 5 – Excelente.

INDICADORES	AVALIAÇÃO				
	1	2	3	4	5
7- Como classifica a pertinência do tema					
8- Considera que os objetivos foram atingidos?					
3 – Como classifica a organização dos conteúdos apresentados?					
4- Como classifica a segurança e domínio da temática por parte da formadora?					
5 – Como classifica a utilidade da sessão de divulgação no sentido de melhorar a sua prática?					

Outras considerações

---

---

---

Obrigada pela sua colaboração!

Enf<sup>a</sup> Sofia Santos Silva

Aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Universidade Católica Portuguesa



## **Apêndice XV- Orientação Técnica**





**UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica**  
**(Lisboa)**

**UNIDADE CURRICULAR: “Estágio Final e Relatório”**

**Orientação Técnica**

” Implementação da hora da sesta no Serviço de Pediatria [REDACTED] ”

**Docentes:**

Prof.<sup>a</sup> Doutora Margarida Lourenço

**Enfermeiros-Orientadores:**

ESSIP R.O

EESIP/Mestre A.M

**Lisboa, Dezembro de 2018**



<b>Data Elaboração da Versão Atual</b>	15-12-2018
<b>Âmbito</b>	Sensibilizar a equipa multidisciplinar para a Promoção do Sono na Criança, contribuindo para a melhoria da prática na prestação de cuidados de enfermagem à criança com doença oncológica

## **1. Justificação da Orientação Técnica**

O sono tem um papel fulcral no desenvolvimento infantil, influenciando a dimensão física, psicológica e cognitiva da criança. Um sono adequado é tão importante na criança saudável como em situação de doença, quer pelos mecanismos fisiológicos adjacentes quer pelo seu papel ao nível do sistema imunitário, sendo fundamental nos mecanismos de tolerância à dor. Estudos demonstram que as perturbações do sono podem influenciar a morbidade na criança, originando alterações comportamentais, cognitivas e emocionais, que afetam o desenvolvimento da mesma e diminuem a sua qualidade de vida (Arriaga et al., 2015; Oliveira et al., 2015; Walter et al., 2015).

O impacto da problemática do sono na criança é intensificado pelo efeito na qualidade do sono dos pais, o que afeta consequentemente o seu desempenho parental e a dinâmica familiar, condicionando a sua capacidade de decisão relativa aos cuidados de saúde (Stremmer et al., 2015). Conhecer o sono da criança é fundamental para que não se confundam fenómenos fisiológicos com distúrbios do sono.

É importante referir que é durante o sono que a hormona do crescimento tem o seu pico, nomeadamente nas primeiras horas do sono profundo, sendo que o cortisol tem o seu pico durante a madrugada, na fase do despertar. De igual forma, é durante a noite que o cérebro faz a gestão dos estímulos recebidos durante o dia, construindo associações de ideias e relações neuronais. Neste sentido, Ibarra-Coronado et al. (2015) referem que alterações aos padrões de sono da criança diminuem as defesas do organismo e aumentam a sua suscetibilidade a infeções (virais, bacterianas ou parasitárias). De igual forma,

Vasconcelos et al. (2017), referem que é durante o sono que ocorre processos de reparação celular, produção de hormonas e anticorpos, síntese proteica e regulação metabólica.

O sono é composto por ciclos REM (Rapid Eye Movement) e NREM (Non Rapid Eye Movement), distribuídos por cinco fases de sono distintas: uma fase REM e quatro NREM (numeradas de I a IV). Estas fases sucedem-se umas às outras e repetem-se várias vezes ao longo de uma mesma noite. Segundo Mendes et.al (2004) e Martello (2015), o sono REM ocupa 25-50% do sono total, período em que ocorrem a maioria dos sonhos e pesadelos, diminuindo a sua durabilidade com a idade. Ao longo da noite, os diferentes estádios vão alternando e a sua duração varia com a idade, sendo que no final dos cinco estádios surge uma fase de latência, em que a criança pode acordar, adormecendo de novo sozinha ou chora e chama pelos pais.

Ao nascer, o sono da criança não é influenciado pela alternância do dia e da noite, adaptando-se progressivamente a um novo ritmo circadiano. Cerca das 3 semanas de vida, os ciclos do sono começam a organizar-se. No recém-nascido o ciclo do sono é curto, de aproximadamente 20-30 minutos. Contudo, a primeira fase do seu sono dura cerca de 20 minutos, o que explica o fácil despertar a estímulos desagradáveis ou intensos, diminuindo no primeiro ano de vida.

Aos 3 meses já se estabeleceu, na maioria das crianças, um padrão de sono/vigília associado, respetivamente, ao dia e à noite. No entanto, só aos 4 meses é que a criança é capaz de dormir oito horas seguidas, sem ser alimentado, podendo ainda acordar uma a duas vezes por noite.

No que diz respeito às sesta, estas variam de criança para criança e em função da idade da mesma. O recém-nascido precisa de três a quatro sesta por dia, enquanto que aos 6 meses precisa apenas de duas, uma de manhã e outra à tarde. A criança de 15 meses a 30 meses, necessita apenas de uma, maioritariamente à tarde, a qual abandonará entre os 3 a 5 anos, ou mais tarde, variando consoante a criança.

A American Academy of Sleep Medicine publicou recentemente uma declaração de consenso relativa à quantidade de sono necessária para a promoção de uma saúde ótima em crianças e adolescentes (Quadro 1), através da análise de artigos científicos por parte de peritos. Assim sendo, Paruthi et al. (2016) admitem que a duração de sono adequada para cada idade está associada à melhoria da atenção, comportamento, aprendizagem, memória, qualidade de vida, regulação emocional e saúde física e psíquica. Por seu lado, a duração de sono insuficiente está associada ao aumento do risco de acidentes, hipertensão, obesidade, diabetes, depressão, e nos adolescentes, risco de tentativa de suicídio.

De igual forma, a Sociedade Portuguesa de Pediatria reconhece o impacto da privação do sono no desenvolvimento global da criança, referindo que a mesma está relacionada com a impulsividade, que pode ser confundida com hiperatividade ou défice de atenção.

Quadro I- Tempo de Sono recomendado nas 24h

Tempo de Sono recomendado nas 24h*	
Idade	Sono Necessário
Lactentes dos 4-12meses	12h- 14h (incluindo sesta)
Crianças de 1- 2anos	11h-14h (incluindo sesta)
Crianças de 3- 5 anos	10h-13h (incluindo sesta)
Crianças de 6- 12anos	9h-12h sono noturno
Adolescentes de 13-18anos	8h-10h sono noturno

\* Adaptado da American Academy of Sleep Medicine (Paruthi et al., 2016)

Um sono adequado é essencial na criança em situação de doença, dor, ansiedade e stress emocional, tendo um impacto significativo na sua capacidade de perceção e de coping, nomeadamente, no que diz respeito aos desafios associados à doença oncológica e respetivo tratamento.

As perturbações do sono representam uma preocupação em oncologia pediátrica, não só pela sua influência no sistema imunitário e capacidade de reabilitação, mas também pelo seu impacto negativo na adesão à terapêutica, nas atividades de vida diária, nas alterações de comportamento, na depressão e fundamentalmente, na qualidade de vida global da criança (Crabtree et al., 2015).

Bathory e Tomopoulos(2017), conjuntamente com Halal e Nune(2014), referem que uma correta higiene de sono deve ser iniciada desde o nascimento e ao longo de toda a infância, uma vez que as modificações precoces nas rotinas de sono evitam problemas

crônicos. Segundo os mesmos autores, um sono adaptado à idade da criança é essencial para um crescimento adequado.

Segundo a World Association of Sleep Medicine(2016), para se adquirirem bons hábitos de sono, é necessário incentivar os pais/prestadores de cuidados a garantir que a criança dorme o tempo adequado para a idade, estabelecendo uma hora regular para deitar (de preferência antes das 21h ou às 21h) e acordar; a manter uma hora consistente de dormir e acordar, durante a semana e aos fins-de-semana; a estabelecer uma rotina de sono consistente; a incentivar a adormecer de forma independente, permitindo o uso de um objeto de transição (boneco, chucha, fralda); a evitar adormecer em local que não a própria cama; a evitar luzes intensas à hora de dormir e durante a noite; a evitar a atividade estimulante antes de adormecer, como o exercício físico; a manter todos os equipamentos eletrônicos fora do quarto (televisões, computadores), limitando a sua utilização antes de ir dormir; a manter horários diários regulares, como o horário das refeições e a manter um horário de sestas apropriado à idade.

De acordo com Vasconcelos et al. (2017), em Portugal, a grande maioria das crianças não completa o tempo de sono recomendado para a sua idade. Para os meus autores, é tão importante a promoção de um sono noturno adequado como o garantir de um sono diurno de qualidade e em quantidade, ou seja, a sesta.

“ A sesta parece promover uma alteração qualitativa na memória que envolve a abstração. A abstração, (...), é essencial no desenvolvimento cognitivo e da linguagem, permitindo grande plasticidade na aprendizagem. Na idade pré-escolar, a sesta tem sido referida com um recurso valioso para a consolidação da memória.” (Vasconcelos et al., 2017).

Contudo, é de referir que existem indicadores que a criança está apta para um único ciclo de sono diário, nomeadamente: resistência acentuada na hora de adormecer à noite; ocorrência de despertares noturnos frequentes; incapacidade em adormecer no período inicial da sesta; preservação do humor, atenção e atividade com ausência de sono diurno (Vasconcelos et al., 2017).

## **2. Definição de Conceitos**

**Sono-** O sono é um processo fisiológico com propriedades restaurativas e regulatórias, principalmente ao nível do sistema imunitário. Caracteriza-se pela supressão da atividade perceptiva e da motricidade voluntária, sendo composto por vários estádios e ciclos, associados a um sono mais leve ou mais profundo e a uma maior ou menor atividade elétrica cerebral.

**Perturbação do Sono-** Qualquer alteração aos padrões desejáveis do sono para a respetiva faixa etária, quer em quantidade quer em qualidade do mesmo.

**Higiene do Sono-** Alterações no ambiente envolvente, bem como, adoção de estratégias e rotinas que promovem uma qualidade e duração adequada do sono da criança.

## **3. Objetivos**

- Sensibilizar para a importância da temática no desenvolvimento da criança;
- Uniformizar e promover a sesta da criança com doença oncológica, em contexto de internamento hospitalar.

## **4. Orientação Técnica**

- 4.1. Conhecer os hábitos de sono da criança, junto da mesma e da família, aquando do acolhimento ao serviço;
- 4.2. Conhecer as estratégias de higiene do sono adotadas no domicílio e principais dificuldades associadas;
- 4.3. Dar a conhecer, à criança e família, as normas do serviço com vista à promoção do sono;
- 4.4. Definir período (s) de silêncio diurno, em acordo com a equipa multidisciplinar
  - 4.4.1. Agrupar/Centralizar os cuidados clínicos e de enfermagem;
  - 4.4.2. Avaliar a dor e adotar medidas farmacológicas/ não farmacológicas de alívio da mesma;
  - 4.4.3. Reduzir a luminosidade do serviço;
  - 4.4.4. Promover uma temperatura adequada no serviço (20-24°C);
  - 4.4.5. Utilizar telefones/telemóveis em modo vibratório ou no volume mais baixo;
  - 4.4.6. Evitar conversas não clínicas perto da unidade da criança;
  - 4.4.7. Desligar os equipamentos eletrónicos;
  - 4.4.8. Restringir o horário das visitas;
  - 4.4.9. Antecipar os alarmes dos equipamentos, silenciando-os ou colocando-os no volume mais baixo;
  - 4.4.10. Promover o uso de tampões/auscultadores para os ouvidos (consoante a faixa etária)
  - 4.4.11. Programar administração de quimioterapia e medicação em horário próprio, respeitando a hora da sesta.

## 5. Referências Bibliográficas

- Allen, S.; Howlett, M.; Coulombe, J.; Corkum, P. (2015). ABCs of Sleeping: A review of the evidence behind pediatric sleep practice recommendations. *Sleep Medicine Reviews*, 29, 1-14
- Allen, K. (2012). Promoting and Protecting Infant Sleep. *Adv. Neonatal Care*, 12 (5), 288-291
- Arriaga, C.; Brito, S.; Gaspar, P.; Luz, A. (2015). Hábitos e Perturbações do Sono: Características de uma Amostra Pediátrica na Comunidade. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 46 (4), 367-375
- Amaral, M. & Melão, N. (2016). O perfil de saúde de crianças vigiadas em consultas de cuidados primários na cidade de Viseu, Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 34(1), 53-60
- Bathory, E. & Tomopoulos, S. (2017). Sleep Regulation, Physiology and Development, Sleep Duration and Patterns, And Sleep Hygiene in Infants, Toddlers and Pre-school Age Children. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 47(2), 29-42.
- Cordeiro, M. (2015) O Grande Livro do Bebê- O primeiro ano de vida. Lisboa: Esfera dos Livros
- Crabtree, V., Rach, A., Schellinger, K., Russell, K., Hammarback, T., Mandrell, B. (2015). Changes in sleep and fatigue in newly treated pediatric oncology patients. *Support Care Cancer*, 23, 393-401
- Crispim, J., Boto, L., Melo, I., Ferreira, R. (2011). Padrão de sono e factores de risco para a privação de sono numa população pediátrica portuguesa. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 42(3), 93-98

- Direcção-Geral da Saúde (2013). Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (Orientação Técnica N°12). Direcção-Geral da Saúde, 2ª Edição.
- Direcção-Geral da Saúde (2012). Orientações técnicas sobre o controlo da dor nas crianças com doença oncológica - Orientação Técnica N°23. Direcção-Geral da Saúde
- 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
- Herbert., A., Lima, J., Fitzgerald, D., Seton, C., Waters, K., Collins, J. (2014). Exploratory study of sleeping patterns in children admitted to hospital. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 50, 632-638
- Ibarra-Coronado, E., Pantaleón- Martínez, A., Velázquez-Moctezuma, J., Próspero-García, O., Méndez-Díaz, M., Pérez-Tapia, M., Pavón, L., Morales-Montor, J. (2015). The Bidirectional Relationship between sleep and immunity against infections. *Journal of Immunology Research*, 1-14
- İnce, D., Demirağ, B., Karapınar, T., Oymak, Y., Ay, Y., Kaygusuz, A., Tóret, E., Vergin, C. (2017). Assessment of sleep in pediatric cancer patients. *The Turkish Journal of Pediatrics*, 59,379-386
- Jorge, A.M. (2004). Família e Hospitalização da Criança: (Re) Pensar o Cuidar em Enfermagem. Loures, Lusociência – edições técnicas e Científicas, Lda,.
- Lee, S., Narendran, G., Tomfohr-Madsen, L., Schulte, F. (2017), A systematic review of sleep in hospitalized pediatric cancer patients. *Psych-Oncology*, 26, 1059-1069
- Linder, L., & Christian, B. (2013). Nighttime sleep characteristics of hospitalized school-age children with cancer. *Journal for Specialists Pediatric Nursing*, 18(1), 13-24
- Linder, L., & Christian, B. (2011). Characteristics of the nighttime hospital bedside care environment (sound, light and temperature) for children with cancer. *Cancer Nursing*, 34 (3), 176-184

- Martello, E. (2017). Finalmente durmo... E os meus pais também. Lisboa. Multinova-União Livreira e Cultural, S.A.
- Meltzer, L., Davis, K., Mindell, J. (2012). Patient and Parent Sleep in a Children's Hospital. *Pediatric Nursing*, 38 (2), 64-71
- Mendes, L., Fernandes, A., Garcia, F. (2011). Hábitos e Perturbações do Sono em crianças em Idade Escolar. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 35 (4), 341-347
- Oliveira, L. & Ferreira, R. (2014) O Ambiente das Enfermarias Pediátricas Favorece o Sono das Crianças?. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 45, 82-89
- Oliveira, L., Gomes, C., Nicolau, L., Ferreira, L., Ferreira, R. (2015). Environment in pediatric wards: light, sound and temperature. *Sleep Medicine*, 16, 1041-1048
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Paruthi, S., Brooks, L., D'Ambrosio, C., Hall, W., Kotagal, S., Lloyd, R., Malow, B., Maski, K., Nichols, C., Quan, S., Rosen, C., Troester, M., Wise, M. (2016). Recommend amount of sleep for pediatric populations: a consensus statement of the American Academy of Sleep Medicine. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 12(6), 785- 786
- Regulamento nº 422/2018 de 12 de Julho. Diário da República Nº 133- II Série. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Santos, I., Bassani, D., Matijasevich, A., Halal, C., Del-Ponte, B., Cruz, S., Anselmi, L., Albernaz, E., Fernandes, M., Tovo-Rodrigues, L., Silveira, M., Hallal, P. (2016). Infant Sleep Hygiene counseling (sleep trial): protocol of randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 16(1), 307.

- Soubra, M., Harb, Y., Hatoum, S., Yazbeck, N., Khoury, M., Mansour, E., Badr, L. (2018). Effect of quality improvement project to reduce noise in a pediatric unit. *MCN Am J Matern Child Nurs.* 43(2), 83-88
- Stickland, A., Clayton, E., Sankey, R., Hill, C. (2016). A qualitative study of sleep quality in children and their resident parents when in hospital. *Arch Dis Child.* 101(6), 546-51
- Stremler, R., Adams, S., Dryden-Palmer, K. (2015). Nurses's views of factors affecting sleep for hospitalized children and their families: a focus group study. *Nursing & Health,* 38, 311-322
- Vasconcelos, A., Prior, C., Estevão, H., Loureiro, H., Ferreira, R., Paiva, T. (2017). Prática da Sesta da Criança nas Creches e Infantários, Públicos ou Privados. *SPS-Sociedade Portuguesa de Pediatria*
- Vincensi, B., Pearce, K., Redding, J., Brandonisio, S., Tzou, S., Meiusi, E. (2016). Sleep in the Hospitalized Patient: Nurse and Patient Perception. *Medsurg Nursing,* 25 (5), 351- 356
- Walter, L., Nixon, G., Davey, M., Downie, P., Horne, R. (2015). Sleep and fatigue in pediatric oncology: a review of the literature. *Sleep Medicine,* 24, 71-82

## **APROVAÇÃO E REVISÃO**

Esta Orientação Técnica foi aprovada em \_\_\_\_\_ e será revisto de três em três anos ou sempre que se justificarem alterações.