



CATÓLICA

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

PROMOVER O CONFORTO DA CRIANÇA COM NECESSIDADES ESPECIAIS DE SAÚDE E FAMÍLIA

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

Por

Sílvia Cristina de Paiva Marques

Lisboa, 2017



CATÓLICA

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

PROMOVER O CONFORTO DA CRIANÇA COM NECESSIDADES ESPECIAIS DE SAÚDE E FAMÍLIA

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

Por

Sílvia Cristina de Paiva Marques

Sob a orientação de Professora Doutora Zaida Borges Charepe

Lisboa, 2017

"There can be no keener revelation of a society's soul than the way in which it
treats its children"

Nelson Mandela (1995)

"If I have seen further, it is by standing on the shoulders of giants"

Isaac Newton (1675)

Ao Pedro, ao Filipe, ao Rafael e ao David.

Agradecimentos

A todas as pessoas que me apoiaram com o seu amor, carinho, força, incentivo, presença, paciência, compreensão, disponibilidade, aceitação e orientação neste longo percurso.

Porque sem a Família, os Amigos, as Colegas, as Professoras, os Enfermeiros orientadores, as Crianças e as Famílias este trabalho não seria possível, a todos o meu sincero Obrigada!

Resumo

Na infância e adolescência o conforto assume um papel central na saúde e bem-estar que se repercute em toda a família. Ao nível específico do sono, dormir em quantidade e qualidade adequadas demonstrou ter variados benefícios para o crescimento e desenvolvimento saudáveis de crianças e adolescentes. Tendo por base a Teoria do Conforto de Kolcaba (2003), foi fundamental a realização de diagnósticos de Enfermagem e intervenção no conforto (físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental) das crianças/jovens e suas famílias.

Com este Relatório pretende-se analisar o modo como as diferentes atividades implementadas no estágio possibilitaram o desenvolvimento de competências comuns do Enfermeiro Especialista e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Neste percurso de especialização foi realizado estágio em três contextos: cuidados de saúde primários, internamento hospitalar e urgência pediátrica, tendo-se obtido creditação a neonatologia.

O objetivo geral definido para este percurso foi promover o conforto de crianças e adolescentes com necessidades especiais de saúde e famílias em diferentes contextos de cuidados.

No módulo de cuidados de saúde primários, das atividades realizadas destacam-se as seguintes: sessão de formação dirigida à equipa de Enfermagem sobre ansiedade parental na vacinação, sessão de informação dirigida aos pais sobre alimentação saudável, consulta de Enfermagem de saúde infantil na criança com necessidades especiais de saúde e família, aplicação de questionário de hábitos de sono e implementação de intervenções de Enfermagem promotoras do sono e da higiene do sono a crianças e adolescentes. No módulo de internamento pediátrico foram desenvolvidas como atividades: observação do ambiente do serviço de internamento pediátrico no período noturno, implementação de intervenções de Enfermagem promotoras do sono durante a hospitalização de crianças e adolescentes e estratégias promotoras de esperança dirigidas aos pais de crianças com necessidades especiais de saúde. Por último, no módulo de urgência pediátrica foram concretizadas as atividades:

observação de estratégias implementadas pelos Enfermeiros para a promoção do sono das crianças e adolescentes, realização e divulgação de uma instrução de trabalho sobre intervenções de Enfermagem promotoras do sono no contexto de urgência.

Os principais resultados, obtidos através das diferentes atividades planeadas e desenvolvidas, conferiram especial destaque à área da qualidade e do cuidar da criança com necessidades especiais de saúde e família, no âmbito da promoção do conforto e bem-estar da criança e/ou família.

Ao finalizar este Relatório, salienta-se a importância da promoção do conforto em Enfermagem de saúde infantil e pediátrica, bem como da avaliação do sono de crianças e adolescentes, pelos Enfermeiros, nos diferentes contextos, através do recurso a escalas de avaliação adequadas, com o intuito de diagnosticar precocemente problemas de sono e intervir eficazmente na sua promoção nas diferentes fases de desenvolvimento infantil e juvenil.

Palavras-chave: Adolescente, Conforto, Criança, Enfermagem, Sono.

Abstract

Throughout childhood and adolescence, comfort plays a major role in the health and well-being that reflects in the whole family. Concerning the particular case of sleep, the sleeping length and quality has been shown to have several benefits in the growth and development of children and adolescents. Based on the Theory of Comfort from Kolcaba (2003), it was essential the elaboration of Nursing diagnostics and interventions regarding the comfort (physical, psychospiritual, sociocultural and environmental) of children/teenagers and their families.

The goal of this report is to analyze how the different activities implemented during this internship allowed the development of common competences of Specialized Nurse and specific of Specialized Nurse in Children and Youth Health. In this specializing course an internship was completed in three different environments: primary health care, hospital inpatient service, pediatric urgency, and in neonatology in which was granted accreditation.

The main objective defined for this course was the promotion of the comfort in children and adolescents with special health needs and families in distinct care contexts.

In the module concerning primary health care, among other activities, the following are highlighted: a Nurses training session about parental anxiety concerning immunizations, an information session to the parents of children about healthy eating, health Nursing appointment for a child with special health needs and respective family, surveying about children's sleep habits through a questionnaire to parents, and implementation of Nursing strategies promoting healthy sleeping and sleep hygiene in children and adolescents. In the pediatric inpatient module the following activities were developed: observation of the nocturnal environment in the pediatric inpatient service, implementation of Nursing interventions that promote sleep in children and adolescents during hospital stays and strategies that promote hope in parents of children with special health needs. Lastly, in the pediatric urgency module, the activities performed were: observation of strategies implemented by Nurses for sleep promotion in children and

adolescents, development and dissemination of a work instruction on Nursing interventions that promote sleep in urgency contexts.

The main results, achieved through the different planned and developed activities, were particularly focused on the field of quality and care of children with special health needs and family, in the framework of promoting comfort and well-being of the child and/or the family.

At the final stage of this report, the importance of the comfort promotion in infant and pediatric Nursing is highlighted, as well as the evaluation of sleep in children and teenagers by the Nurses in its different contexts, through the use of adequate evaluation scales, with the purpose of early diagnosing sleep problems and intervene effectively in its promotion throughout the stages of child and youth development.

Keywords: Adolescent, Comfort, Child, Nursing, Sleep.

Lista de Acrónimos e Siglas

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

APP – Atendimento Permanente Pediátrico

CCRBT – Cochrane Collaboration Risk of Bias Tool

CCT – Controlled Clinical Trial (Ensaio Clínico Controlado)

DGS – Direção-Geral da Saúde

DVD – Digital Versatile Disc

EE – Enfermeiro Especialista

EEESCJ – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem

ELI – Equipa Local de Intervenção

EPHPP – Effective Public Health Practice Project Quality Assessment Tool

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

IT – Instrução de Trabalho/Procedimento

NES – Necessidades Especiais de Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

PC – Paralisia Cerebral

PNSIJ – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

QHSC – Questionário de Hábitos de Sono das Crianças

RCT – Randomized Controlled Trials (Ensaio Controlado e Randomizados)

RSL – Revisão Sistemática da Literatura

SNIPI – Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

UICD – Unidade de Internamento de Curta Duração

UICDP – Unidade de Internamento de Curta Duração de Pediatria

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

Índice

1. Introdução	19
2. O Conforto da Criança com Necessidades Especiais de Saúde e Família ..	21
2.1. Promoção do Sono das Crianças e Adolescentes: Revisão Sistemática da Literatura	31
2.1.1. <u>Método</u>	32
2.1.2. <u>Apresentação dos Resultados</u>	33
2.1.3. <u>Análise e Discussão dos Resultados</u>	35
2.1.4. <u>Conclusão</u>	40
3. O Percurso de Desenvolvimento de Competências	41
3.1. Cuidados de Saúde Primários	42
3.1.1. <u>Centro de Reabilitação Infantil</u>	42
3.1.2. <u>Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados</u>	46
3.2. Internamento Pediátrico	53
3.2.1. <u>Serviço de Pediatria</u>	53
3.2.2. <u>Instituição de Apoio a Famílias de Crianças com Necessidades Especiais de Saúde</u>	58
3.3. Urgência Pediátrica.....	62
4. Conclusão	67
5. Referências Bibliográficas	69
6. Apêndices	81
Apêndice I – Resumo da Pesquisa Realizada nas Bases de Dados e Diagrama de Seleção de Estudos para a Revisão Sistemática da Literatura.....	83
Apêndice II – Avaliação da Qualidade Metodológica dos Estudos da Revisão Sistemática da Literatura	87

Apêndice III – Resumo dos Estudos Seleccionados para a Revisão Sistemática da Literatura	99
Apêndice IV – Verbatim da Entrevista Realizada à Enfermeira Especialista de um Centro de Reabilitação.....	105
Apêndice V – Análise de Conteúdo da Entrevista: A Importância do Sono na Criança com Paralisia Cerebral	117
Apêndice VI – “Ansiedade Parental na Vacinação”: Relatório da Sessão de Formação aos Enfermeiros da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados	125
Apêndice VII – “Comer para Crescer com Saúde”: Relatório da Sessão de Informação a Pais da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados.....	155
Apêndice VIII – Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil a uma Criança com Necessidades Especiais de Saúde	173
Apêndice IX – Promoção do Sono das Crianças: Intervenção de Enfermagem na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados	195
Apêndice X – Promoção do Sono Durante a Hospitalização: Reflexão Crítica....	241
Apêndice XI – Promoção do Sono Durante a Hospitalização: Plano de Cuidados de Enfermagem.....	265
Apêndice XII – Promoção da Esperança em Pais de Crianças com Necessidades Especiais de Saúde.....	297
Apêndice XIII – Promoção do Sono da Criança e Adolescente na Unidade de Internamento de Curta Duração de Pediatria: Instrução de Trabalho	349

Índice de Quadros

Quadro 1 – Caracterização dos Estudos Seleccionados para a Revisão Sistemática da Literatura	33
--	----

1. Introdução

O presente Relatório de estágio foi realizado no âmbito da unidade curricular Relatório do Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. O estágio que esteve na base deste Relatório foi desenvolvido em três módulos. O módulo I foi realizado num centro de reabilitação infantil, de 26 a 29 de abril de 2016, e numa Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) de um Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) da área metropolitana de Lisboa, entre os dias 2 de maio e 17 de junho de 2016. O módulo II foi desenvolvido num serviço de pediatria de um hospital público da grande Lisboa, no período de 1 de setembro a 26 de outubro de 2016. Entre os dias 19 e 22 de outubro de 2016, o estágio do módulo II decorreu numa instituição de apoio a famílias de crianças com necessidades especiais de saúde (NES) da área de Lisboa. No módulo III, a componente de urgência pediátrica foi realizada num serviço de Atendimento Permanente Pediátrico (APP) de um hospital privado da região de Lisboa, entre os dias 27 de outubro e 23 de novembro de 2016. Ainda no módulo III, foi obtida creditação à componente de neonatologia, devido à experiência detida na área que permitiu o desenvolvimento de competências específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (EEESCJ) relacionadas com o recém-nascido e família e competências comuns de Enfermeiro Especialista (EE) no âmbito da qualidade, segurança, liderança, gestão dos cuidados e recursos.

Este Relatório de estágio teve como objetivo analisar como as diferentes atividades implementadas no estágio possibilitaram o desenvolvimento de competências comuns do EE e específicas do EEESCJ. Para a sua elaboração foi utilizado o método de projeto, com um objetivo geral de estágio e objetivos específicos para cada módulo, consoante o diagnóstico de situação efetuado, bem como o planeamento de atividades a desenvolver em cada contexto. Para cada módulo de estágio foi elaborado um portefólio reflexivo, tendo em conta os pressupostos de Sá-Chaves (2005). As sessões de Orientação Tutorial possibilitaram a apresentação e discussão dos diagnósticos de situação realizados, objetivos e atividades definidos para cada módulo de estágio, o que

promoveu a partilha e a reflexão durante este percurso. A norma bibliográfica utilizada foi a American Psychological Association (American Psychological Association, 2013).

O EE é definido como “o Enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção” (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2010a, p.2).

A temática escolhida, transversal a todo o estágio, foi a promoção do conforto da criança com NES e família. O conforto está intimamente associado à disciplina e à profissão de Enfermagem, sendo definido como uma experiência pessoal multidimensional com diferentes intensidades, mas também um resultado sensível aos cuidados de Enfermagem (Kolcaba, 1992). Promover o conforto adequa-se a crianças com NES e família, na medida em que as intervenções de Enfermagem para o conforto podem fortalecer a pessoa/família, mesmo que estes mantenham algum tipo de desconforto (Kolcaba & Kolcaba, 1991). Dada a grande abrangência do conceito de conforto, decidiu-se abordar com maior destaque o sono da criança e sua família. A importância do sono é atestada por múltiplas instituições através das suas publicações e recomendações emitidas a nível mundial (Organização Mundial da Saúde (OMS), 1999), europeu (Comité Regional para a Europa da OMS, 2004, 2009) e nacional (Direção-Geral da Saúde (DGS), 2013; Pestana, 2010). Em Portugal, os problemas de sono na infância têm uma elevada prevalência (Silva, Silva, Braga, & Neto, 2013). Os Enfermeiros detêm um papel privilegiado na intervenção junto destas crianças/famílias (Inserra, Dorigo, & Volzone, 2015), tanto ao nível da deteção precoce, como da educação e promoção de hábitos de sono saudáveis (Liu, Zhang, & Li, 2012).

Este Relatório de estágio encontra-se dividido em cinco partes. Após esta introdução, segue-se um capítulo sobre o conforto da criança com NES e família, onde é apresentada a Teoria do Conforto de Kolcaba (2003) e uma revisão sistemática da literatura (RSL) sobre a promoção do sono das crianças e adolescentes, de modo a identificar as intervenções de Enfermagem com maior evidência científica neste âmbito. Na terceira parte deste Relatório são analisadas as competências desenvolvidas nos diferentes contextos de estágio, através da descrição e análise das diversas atividades implementadas e resultados alcançados. Na quarta parte deste trabalho apresentam-se umas breves conclusões a que este Relatório conduziu. Finaliza-se este Relatório com os apêndices inerentes às atividades desenvolvidas ao longo do estágio.

2. O Conforto da Criança com Necessidades Especiais de Saúde e Família

O **conforto** é um conceito que está profundamente associado à Enfermagem, sendo a sua origem, muito provavelmente, comum à origem do cuidar. Na sua obra *Notas Sobre Enfermagem: O que é e o que não é*, Florence Nightingale (1859/2005) faz várias referências ao conforto dos doentes, nomeadamente no que se refere aos cuidados que a Enfermeira deve ter com a alimentação, a roupa da cama e a higiene. Nightingale “mencionou a observação como um instrumento importante na promoção do conforto e da saúde nos pacientes bem como o efeito confortante da Enfermagem ao nível físico, psicológico e social” (Apóstolo, 2009, p.64). Assim, desde Nightingale que o conforto é visto como um resultado importante dos cuidados de Enfermagem (Kolcaba, 1991).

As palavras conforto e confortar têm como raiz etimológica o termo latino *confortāre* (Academia das Ciências de Lisboa, 2001). Confortar significa “restituir as forças físicas, o vigor e a energia; tornar forte”, mas também “aliviar a dor de alguém, fazendo-o sentir-se menos infeliz ou preocupado; dar ânimo ou consolo” (Academia das Ciências de Lisboa, 2001, p.918). Na definição da Academia das Ciências de Lisboa (2001, p.918), o conceito conforto está associado a diferentes vertentes, tais como “auxílio, apoio numa aflição, numa situação de dor, de infelicidade”; “sensação de quem recebe apoio, ânimo, consolo numa aflição”; “o que alivia fisicamente, o que restaura, revigora, conforta”; “aquilo que proporciona comodidade e bem-estar material, contribuindo para o bem estar-físico” e “conjunto das comodidades materiais”. Os termos conforto e confortar são, portanto, polissémicos, pelo que ao abordá-los torna-se essencial definir em que contexto o fazemos. O conceito de conforto encontra na literatura científica múltiplos usos, entre eles: “acalmar, animar, proporcionar e oferecer proteção. Pode ser considerado um estado, uma condição, uma intervenção, um resultado/objetivo, um processo e um *continuum*. (...) um dos atributos fundamentais da natureza humana é a capacidade de proporcionar conforto” (Lowe & Cutcliffe, 2005, p.54).

O conceito supramencionado está na base da teoria de Enfermagem de médio alcance desenvolvida por Katharine Kolcaba, a **Teoria do Conforto** (Kolcaba, 2003).

Quando a autora começou o seu trabalho, no final da década de 1980, o conceito conforto estava presente na Enfermagem através das taxonomias de diagnósticos e das teorias de Enfermagem de Roy, Orlando, Watson, Paterson e Zderad (Kolcaba & Kolcaba, 1991). Estas teóricas, juntamente com Peplau, Leininger e Morse, contribuíram para o desenvolvimento do conceito de conforto em Enfermagem, tornando-o um dos seus principais objetivos (Apóstolo, 2009). Kolcaba (2003) considera que houve quatro grandes contributos para a edificação da sua teoria do conforto: o holismo, as necessidades humanas, a teoria das necessidades de Murray e três teorias de Enfermagem de médio alcance (Orlando, Henderson e Paterson).

Apesar da importância que o conforto já possuía na Enfermagem na época, Kolcaba apercebeu-se que o conceito era complexo, não estava definido na disciplina e apresentava várias utilizações com significados distintos. Assim, a autora verificou que o termo conforto significava um fenómeno tanto físico como mental e podia ser utilizado, na língua inglesa, tanto como verbo ou como nome (Kolcaba & Kolcaba, 1991). De modo a suprir esta ambiguidade e a falta de definição do termo, no seu primeiro trabalho sobre o conforto, Kolcaba tinha como objetivo “analisar a semântica e a extensão do termo «conforto» para esclarecer seu uso na prática de Enfermagem, teoria e investigação” (Kolcaba & Kolcaba, 1991, p.1301). Deste modo, Kolcaba e Kolcaba (1991) definiram três classes de necessidades de conforto, estando cada uma associada a um sentido específico do conforto: estado, alívio e renovação.

Ainda no ano de 1991, Kolcaba publica outro artigo em que identifica, define e organiza aspetos caracterizadores do conforto, apresentando três **tipos** diferentes de conforto: alívio, tranquilidade e transcendência. Neste, o alívio é definido como “a experiência do paciente ter tido uma necessidade específica satisfeita” (Kolcaba, 1991, p.239), sendo essencial para voltar à função anterior ou ter uma morte serena (Kolcaba, 1994). A tranquilidade, por sua vez, é definida como um “estado de calma ou contentamento” (Kolcaba, 1991, p.239), essencial para um desempenho eficiente da pessoa (Kolcaba, 1994). Por último, a transcendência é definida como o “estado em que a pessoa se eleva acima dos problemas ou dor” (Kolcaba, 1991, p.239), possibilitando que as capacidades da pessoa sejam melhoradas através da relação Enfermeiro-pessoa. Estes tipos de conforto são frequentemente contínuos, sobrepostos e interdependentes (Kolcaba, 1994).

A transcendência tem como estado final o desempenho potencial ou extraordinário da pessoa, ao contrário do estado final do alívio e da tranquilidade que é

o desempenho normal (Kolcaba, 1991). Para este desempenho extraordinário (transcendência) é necessário o esforço conjunto e, simultaneamente, a ausência de preocupações como a dor, a incapacidade ou outras dificuldades (Kolcaba, 1991), sendo que as medidas de conforto instituídas podem fortalecer a pessoa mesmo que esta mantenha algum desconforto (Kolcaba & Kolcaba, 1991). Em ambiente hospitalar, por exemplo, o conforto absoluto é, em muitas situações, raro, devido à existência de desconfortos que dificilmente se conseguem aliviar ou tranquilizar (Kolcaba, 1995). Nestes casos, Kolcaba (1995) considera que os Enfermeiros devem atender à necessidade de transcendência, encorajando as pessoas a superarem as adversidades da experiência. Por outro lado, as necessidades de transcendência também podem surgir quando as pessoas não estão motivadas para participar nas terapias de reabilitação, curativas ou paliativas, ou quando o fraco apoio social ou um diagnóstico ameaçador levam a pessoa ao desespero (Kolcaba, 1995). No segundo artigo publicado sobre o conforto, Kolcaba (1991) substituiu a noção inicial de renovação por transcendência, apesar de ainda manter o termo para explicar a transcendência.

Baseando-se nos conceitos do holismo, Kolcaba definiu quatro **contextos** em que o conforto ocorre: físico (sensações do corpo), psicoespiritual (consciência interna de si próprio, traduzida como estima, sexualidade e significado da vida), social (relações interpessoais, familiares e culturais ou aspetos financeiros) e ambiental (luz, ruído, cor, temperatura e elementos naturais *versus* sintéticos) (Kolcaba, 1991, 1994).

Ao longo do tempo, estes contextos do conforto foram sendo explicitados com maior detalhe pela autora. Às sensações corporais da definição do conforto físico, Kolcaba adicionou os mecanismos homeostáticos (Kolcaba, 2013). O conforto psicoespiritual passou também a incluir a relação estabelecida com uma ordem ou ser superior (Kolcaba, 2013). À definição de conforto social a autora juntou as tradições familiares e culturais, pelo que a denominação passou a ser conforto sociocultural, incluindo também histórias familiares, tradições, idioma materno, uso de roupas e costumes (Kolcaba, 2003, 2013). O conforto ambiental, que está relacionado com o meio envolvente da experiência humana, passou também a incluir a perceção dos campos de energia implícitos no ambiente e influenciadores do bem-estar (Kolcaba, 2013).

Num estudo de investigação, onde se implementou a teoria do conforto de Kolcaba num hospital, os Enfermeiros identificaram diferentes necessidades de conforto das pessoas (adultos) nos quatro contextos do conforto (Kolcaba, Tilton, & Drouin,

2006). Assim, ao nível do conforto físico foram identificadas como necessidades de conforto a homeostasia (fluidos, eletrólitos, respiração, eliminação, circulação, metabolismo, nutrição, etc.), questões relacionadas com o diagnóstico médico, gestão da dor/conforto, outros desconfortos físicos (presentes ou potenciais) e privação sensorial (aparelhos auditivos, óculos, falar lentamente, tempo para processar) (Kolcaba et al., 2006). Quanto ao conforto psicoespiritual, foram consideradas como necessidades a ansiedade e o medo, acompanhamento espiritual, rezar, sentido da doença, revisão de vida e fontes de força (Kolcaba et al., 2006). No que respeita ao conforto sociocultural, as necessidades identificadas foram financeiras, planeamento da alta, tradições de conforto no hospital, informação e ensinos, relações importantes, preferência de visitas e continuidade de cuidados (Kolcaba et al., 2006). Por último, no conforto ambiental foram ponderadas as necessidades de um quarto individual, cadeirão para os familiares descansarem, preferências alimentares para pessoa e família, odores, ruído, luminosidade, arrumação, equipamentos e apoios ambientais (bengala, andarilho, muletas, apoio para os pés, mesa de cabeceira) (Kolcaba et al., 2006).

Num estudo de caso realizado sobre uma adolescente admitida numa unidade de cuidados intensivos pediátricos, foram identificadas como necessidades de conforto físico as náuseas, a falta de mobilidade, a cama confortável, a homeostasia, a posição de conforto e a dor (Kolcaba & Dimarco, 2005). Como necessidades de conforto psicoespirituais foram consideradas a ansiedade, a incerteza sobre o sucesso da cirurgia e o suporte espiritual (Kolcaba & Dimarco, 2005). Ao nível das necessidades de conforto socioculturais, foram identificadas a presença de tradições, os cuidados culturalmente sensíveis, a presença da família, as barreiras linguísticas, o suporte da família/amigos e a informação disponibilizada (Kolcaba & Dimarco, 2005). Por fim, as necessidades de conforto ambientais consideradas foram o ruído, a luminosidade, a temperatura, a falta de privacidade, o ambiente tranquilo e familiar (Kolcaba & Dimarco, 2005).

A teoria do conforto de Kolcaba também foi aplicada como referencial teórico de um estudo de caso realizado sobre uma criança em estágio etário pré-escolar admitida numa unidade de cuidados intensivos pediátricos em circunstâncias clínicas de pós-operatório (Chandra, Raman, & Kolcaba, 2016). Neste caso, as necessidades de conforto físico consideradas foram a dor, a sede, a febre e a desidratação (Chandra et al., 2016). Ao nível do conforto psicoespiritual, foram identificadas as necessidades de ansiedade, medo e presença dos pais; no conforto sociocultural, a ansiedade de

separação; e no conforto ambiental, o ruído e o ambiente calmo e familiar (Chandra et al., 2016).

Em suma, o **conforto físico** está relacionado com diversas sensações corporais e homeostasia, tais como a dor, náuseas, vômitos, fome, sede, obstipação, diarreia, tosse, obstrução nasal, dispneia, febre, desidratação, alterações sensoriais, posicionamento, alteração da mobilidade, cansaço e insônia. Para manter o conforto físico, as alterações nalgum mecanismo fisiológico devem ser tratadas (alívio) ou afastadas (tranquilidade) (Kolcaba, 2003). O **conforto psicoespiritual** combina as componentes mental, emocional e espiritual, uma vez que os indicadores de cada uma delas são sobreponíveis ou idênticos, pelo que Kolcaba (2003) considerou-as indissociáveis. Assim, o conforto psicoespiritual prende-se com aspetos mentais, emocionais e espirituais, tais como a ansiedade, o medo, a incerteza, a depressão, a vergonha, o estigma social, o sentido da doença e da vida, a revisão de vida, a esperança, o apoio espiritual e/ou religioso, a oração e a presença dos pais em pediatria. O **conforto sociocultural** está ligado a questões familiares, relacionais, culturais e de tradição, como por exemplo, cuidados sensíveis à cultura e às tradições, barreiras linguísticas, presença ou visita de familiares/amigos/pessoas significativas, inclusão social, manutenção das rotinas, preferências no vestuário, continuidade de cuidados, planeamento da alta, ensinamentos e informação, problemas sociais e financeiros. Ao nível do contexto sociocultural do conforto, Kolcaba afirma que pode ser importante que os profissionais de saúde promovam alguns aspetos culturais durante a hospitalização ou nos cuidados de saúde no domicílio para melhorar o conforto sociocultural (Kolcaba, 2003). Por último, o **conforto ambiental** depende de fatores como a temperatura ambiente, luminosidade, ruído, odores, privacidade, ambiente familiar e tranquilo, condições para os familiares descansarem, arrumação, disponibilização de cama e de almofadas confortáveis.

Partindo da junção dos três sentidos com os quatro contextos do conforto da pessoa, Kolcaba (1991) desenvolveu uma **estrutura taxonómica** do conforto. A estrutura taxonómica tem como vantagem tornar mais claros os aspetos complexos do conforto, facilitar a sua interpretação e organizar a informação, auxiliando a identificação das necessidades de conforto da pessoa e os resultados desejáveis das medidas de conforto (Kolcaba, 1991).

Deste modo, ao apresentar a teoria do conforto holístico para a Enfermagem (Kolcaba, 1994), o conforto foi definido como a satisfação (ativa, passiva ou cooperativa) das necessidades humanas básicas de alívio, tranquilidade ou

transcendência decorrentes de situações *stressantes* em consequência dos cuidados de saúde. Atualmente, para a autora, o conforto consiste na “experiência imediata de ser fortalecido por ter as necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência satisfeitas nos quatro contextos (físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental)” (Kolcaba, 2013, p.193).

O conforto diferencia-se do desconforto, uma vez que este estado compreende toda a pessoa, enquanto o desconforto pode afetar apenas alguns aspectos da mesma (Kolcaba & Kolcaba, 1991). O conforto não significa uma ausência completa de desconforto, pelo que é possível uma pessoa sentir-se confortável com um certo grau de desconforto (Lowe & Cutcliffe, 2005). Por outro lado, o conforto pode existir sem um estado anterior de desconforto, na medida em que os Enfermeiros podem prevenir um desconforto antes de este se ter desenvolvido (Kolcaba, 1991).

A teoria do conforto assenta em três **pressupostos**: os seres humanos têm respostas holísticas a estímulos complexos; o conforto é um resultado holístico desejável da Enfermagem; os seres humanos esforçam-se por satisfazer ou ter satisfeitas as suas necessidades básicas de conforto (Kolcaba, 1994). Mais tarde, Kolcaba (2001) acrescenta à sua teoria o pressuposto de que a integridade institucional (operacionalizada através da satisfação da pessoa, altas bem sucedidas, relação custo-benefício, entre outros resultados) tem uma componente normativa e descritiva que se baseia num sistema de valores orientados para a pessoa doente.

Na teoria de Kolcaba (2013), as **necessidades de conforto** correspondem aos desejos ou à falta de alívio/tranquilidade/transcendência da pessoa ou família nos contextos físicos, psicoespirituais, socioculturais e ambientais da experiência humana. Estas necessidades de conforto surgem de situações estimulantes que causam tensões negativas, que na saúde podem ser derivadas da situação de cuidados de saúde (efeitos adversos da doença ou do tratamento), do ambiente, de experiências sociais prejudiciais ou ameaçadoras e de emoções (medo, ansiedade, solidão) (Kolcaba, 1994). Estas tensões negativas resultam num desequilíbrio entre as forças obstrutivas (necessidades de cuidados de saúde), as forças facilitadoras (intervenções de Enfermagem) e as forças em interação (variáveis intervenientes) (Kolcaba, 2001). A intensidade das necessidades de conforto é apreendida pela autora (Kolcaba, 1992) como um *continuum*, em que o alívio se encontra numa posição mais baixa (as necessidades de conforto são urgentes e têm de ser rapidamente aliviadas), a tranquilidade situa-se no meio deste *continuum* (representando um estado de contentamento e bem-estar) e a transcendência consiste no

ponto mais alto do mesmo (a satisfação das necessidades de conforto estimulam ou inspiram um desempenho ótimo).

O **processo de conforto** inicia-se com a percepção destas necessidades, seja pela avaliação realizada pelos Enfermeiros, seja pela percepção que as pessoas têm das suas próprias necessidades de conforto (Kolcaba, 1995). Após a identificação destas necessidades são implementadas intervenções específicas para lhes dar resposta, com o intuito de alterar a tensão existente numa direção positiva (Kolcaba, 1994).

Os **cuidados de conforto** são realizados à pessoa e/ou à sua família e englobam tanto o processo das ações confortantes, como o resultado da melhoria do conforto (Kolcaba, 1995). Kolcaba (2013) definiu as intervenções de conforto como ações qualificadas dos profissionais de saúde, intencionalmente planeadas para aumentar o conforto da pessoa e/ou família. As intervenções de Enfermagem promotoras do conforto dividem-se em três categorias: intervenções normalizadas de conforto para manter a homeostasia e controlar a dor; ensinamentos para aliviar a ansiedade, proporcionar informação, promover a esperança, escutar e ajudar a planear a recuperação, a integração ou a morte de forma culturalmente sensível; e “comfort food for the soul” que consiste em fazer as pessoas e famílias sentirem-se cuidadas e fortalecidas (Kolcaba, 2003; Kolcaba & Dimarco, 2005).

Os Enfermeiros facilitam o processo de autoconforto através do seu envolvimento pessoal, implementando ações de conforto, sempre que possível, em cooperação com os indivíduos, pelo que o conforto não é um processo passivo da parte da pessoa confortada, mas um processo dinâmico em que a pessoa está ativamente empenhada em melhorar (Kolcaba, 1995). As medidas de conforto podem exibir e amplificar disposições de caráter tais como a coragem, a força interior, a persistência, entre outras, pelo que as pessoas sem esta estrutura podem ter poucos recursos a que recorrer (Kolcaba & Kolcaba, 1991). Sendo um conceito holístico, as necessidades de conforto estão inter-relacionadas, pelo que as intervenções que visam a satisfação de algumas necessidades desencadeiam uma resposta na totalidade da pessoa de maior conforto noutras componentes não visadas, o que faz com que a extensão dos efeitos diretos e indiretos no conforto seja maior do que a soma das suas partes (Kolcaba, 1994, 1995).

Kolcaba (1992) teve, desde uma fase inicial do desenvolvimento da sua teoria, uma grande preocupação com a **avaliação** das intervenções implementadas pelos Enfermeiros, sendo que a taxonomia que desenvolveu fornece uma estrutura que pode ser utilizada diretamente para medir o conforto da pessoa ou como um guia para

desenvolver instrumentos de avaliação do conforto. Dado que nem sempre é possível atingir o conforto total, Kolcaba (2003) considera que o objetivo dos cuidados de Enfermagem é aumentar o conforto em comparação com o nível inicial. Para uma correta implementação da teoria do conforto é, portanto, essencial a avaliação e o seu registo, antes e depois das intervenções de Enfermagem de conforto (Kolcaba et al., 2006).

O conforto pode ser avaliado objetivamente pelo Enfermeiro, através da observação da pessoa, e/ou subjetivamente, pelo testemunho verbalizado pela própria (Kolcaba, 1994, 1995). Quando a pessoa não é capaz de ter um pensamento consciente, como por exemplo quando em estado de coma, com demência ou nos recém-nascidos, os Enfermeiros avaliam objetivamente o conforto através da observação de sinais externos de conforto/desconforto das pessoas (Kolcaba, 1994, 1995).

Se as intervenções de Enfermagem são bem-sucedidas, o conforto é melhorado e, conseqüentemente, o comprometimento das pessoas com os comportamentos promotores de saúde também aumenta (Kolcaba, 1994, 2003). Na teoria do conforto, os comportamentos promotores da saúde, que podem melhorar o conforto, são internos, ou seja, a um nível celular ou orgânico (cura ou função imunitária), externos, relacionados com o mundo exterior (estado funcional e perceção da saúde) ou uma morte serena (Kolcaba, 2001).

Atualmente existem vários **instrumentos** desenvolvidos e validados para avaliar o conforto (Kolcaba, 2003, 2013). Como exemplo, o *Holistic Comfort Questionnaire (Family)* foi traduzido e validado para a população portuguesa por Matos (2012), com familiares de doentes em fim de vida internados ou em seguimento numa instituição hospitalar (Questionário de Conforto Holístico – Família – Portugal).

Em suma, os cuidados de conforto, em qualquer ambiente ou população, requerem a avaliação da totalidade das necessidades de conforto, o planeamento de intervenções para atender às necessidades de conforto que não foram satisfeitas pelos sistemas de suporte das pessoas e a avaliação da efetividade dessas intervenções (Kolcaba, 2003).

O conforto como **resultado** é mensurável, holístico, positivo, complexo, individual, dinâmico, imediato, sensível e desejável em Enfermagem porque facilita a melhoria no desempenho físico e/ou psicológico da pessoa (Kolcaba, 1994, 1995). Este conceito tem “elevado interesse e potencial para a Enfermagem (...) por ser considerado (...) como um resultado (mais) sensível à intervenção do Enfermeiro, pelo caráter mais imediato da experiência e pela conotação de valorização da ajuda fortalecedora

implícita” (Oliveira, 2013, p.6). A este nível, um estudo realizado por Kolcaba e Steiner (2000) demonstrou que o conforto, como resultado, é geralmente específico do estado, sensível a mudanças ao longo do tempo, pode ser melhorado com intervenções e o conforto total é maior do que a soma das suas partes.

A Teoria do Conforto já foi testada em diferentes populações e contextos, sendo também aplicável aos cuidados a **crianças e adolescentes e suas famílias** como demonstrado no estudo de Sharma, Kalia e Kolcaba (2016). No que se refere à experiência de se sentir fortalecido ou encorajado, esta pode ser mais importante para as crianças em idade escolar e adolescentes (Kolcaba & Dimarco, 2005). Por outro lado, as intervenções para promover a transcendência podem ser mais eficazes se forem realizadas pelos pais ou familiares, apesar dos Enfermeiros poderem encorajar e dar instruções para o uso de mensagens motivadoras (Kolcaba & Dimarco, 2005).

Em pediatria, a avaliação do conforto deve ter em consideração o desenvolvimento da criança, o contexto e o propósito, existindo várias escalas propostas, para além do questionamento direto (Kolcaba & Dimarco, 2005). Na escala das Margaridas de Conforto para Crianças, uma escala com quatro flores com diferentes expressões faciais, a criança tem de escolher um dos quatro estados, pelo que é um instrumento mais sensível que o questionamento direto (Kolcaba & Dimarco, 2005). A escala visual analógica, designada de Linha do Conforto, tem como pontuação máxima “estou o mais confortável possível” e como mínima “estou o mais desconfortável possível”, devendo a criança indicar em que posição da linha entre os dois extremos se encontra (Kolcaba & Dimarco, 2005). Na escala numérica, a criança é questionada para avaliar o seu conforto de zero a dez, sendo que dez corresponde ao maior conforto possível (Kolcaba & Dimarco, 2005).

A Lista de Comportamentos de Conforto deve ser utilizada em crianças não-verbais, em que os Enfermeiros fazem a avaliação do conforto através da observação do seu comportamento (Kolcaba & Dimarco, 2005). Esta lista também pode ser usada de forma complementar às outras escalas enumeradas, mas sempre que a criança possa responder sobre o seu conforto (mesmo que de forma simples) é preferível à aplicação da avaliação observacional (Kolcaba & Dimarco, 2005). Ao contrário de outras listas de observação do desconforto em pediatria, esta lista foi construída a partir de aspetos positivos do conforto, pelo que é mais holística e está de acordo com os pressupostos emanados pela Teoria do Conforto (Kolcaba & Dimarco, 2005). Todas estas formas de

avaliação do conforto, em crianças e adolescentes, ainda não foram testadas para as diferentes idades/estádios de desenvolvimento e contextos (Kolcaba & Dimarco, 2005).

Partindo da estrutura taxonómica desenvolvida por Kolcaba é possível perceber que o sono tem implicações nos quatro contextos do conforto (físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental) da pessoa, sendo também influenciado por qualquer alteração existente nestes contextos.

O **Sono** é definido pela *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem* (International Council of Nurses, 2011, p.76) como a “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”. Os Enfermeiros podem desenvolver intervenções de alívio, tranquilidade e transcendência de modo a promover o sono das pessoas, quer seja atuando diretamente no sono, quer seja melhorando o conforto nos seus quatro contextos e, conseqüentemente, melhorando o sono.

Tomando, por exemplo, os questionários de avaliação do conforto existentes, é possível verificar que em todos existem itens dedicados ao sono. No *General Comfort Questionnaire* (Kolcaba, 2003) existem três itens relacionados com o sono, nomeadamente sobre o ruído impedir de descansar, estar muito cansado e a cama ser confortável. No *Hospice Comfort Questionnaire* (Kolcaba, 2003) é avaliada, para além do conforto da cama, a dificuldade em descansar e conseguir dormir profundamente. No *Holistic Comfort Questionnaire (Family)*, dos quarenta e nove itens avaliados, dois estão relacionados com o sono das pessoas (Matos, 2012). Num instrumento de avaliação do conforto desenvolvido para mulheres com cancro da mama em radioterapia, *Radiation Therapy Comfort Questionnaire* (Kolcaba, 2003), consta um item sobre a capacidade de dormir bem. Também em ambiente peri-operatório (*Peri-operative Comfort Questionnaire*) o sono foi considerado um fator importante para o conforto, evidenciado por um item que questiona se a pessoa teve medo de ir dormir (Kolcaba, 2003). Deste modo, é possível compreender a importância que o sono tem no conforto das pessoas, nas mais variadas situações e ambientes de cuidados.

Na Enfermagem portuguesa já foram desenvolvidos trabalhos no âmbito do conforto, especificamente sobre a promoção do sono, tanto em adultos (Afonso, 2013; Centeio, 2015) como em crianças e adolescentes (Lopes, 2016; Loureiro, 2012).

2.1. Promoção do Sono das Crianças e Adolescentes: Revisão Sistemática da Literatura

Nas últimas décadas, a infância e a adolescência sofreram profundas alterações nos seus hábitos e comportamentos. No sono, entre meados da década de 1990 até ao fim da de 2000, verificou-se uma tendência para o aumento dos sintomas de insónia e cansaço, em todos os grupos etários e em ambos os sexos (Kronholm et al., 2015). Nos adolescentes, entre um quarto a um quinto, têm uma duração de sono insuficiente (Roberts, Roberts, & Duong, 2009). A redução da duração do sono e os problemas do sono têm efeitos muito diversos nas crianças e jovens.

Ao nível cognitivo, os sintomas de insónia e cansaço foram associados a um desempenho escolar mais baixo, especialmente em raparigas (Kronholm et al., 2015). Outro estudo mostrou que dormir menos estava associado a um desempenho e resultados académicos piores e aumentava o risco de problemas escolares (Roberts et al., 2009).

A duração do sono também tem sido relacionada com a obesidade. Lowry et al. (2012) demonstraram que, nas raparigas, o sono prolongado ou reduzido estava associado ao aumento da probabilidade de obesidade, não se verificando esta relação nos rapazes. Outro estudo concluiu que a reduzida duração do sono, a elevada variabilidade da duração do sono e ter problemas de sono estavam associados a uma dieta pobre e que promove a obesidade das crianças (Kjeldsen et al., 2014).

No que respeita a aspetos psicológicos e emocionais, Roberts e Duong (2013) demonstraram existir uma relação recíproca entre a insónia e a depressão major nos adolescentes, pelo que a quantidade insuficiente de sono aumenta o risco de depressão e, por sua vez, a depressão major também aumenta o risco de dormir menos. Também foi descrito neste grupo populacional que dormir menos nas noites de semana prediz baixa autoestima e dormir menos em todas as noites aumenta o risco de depressão, pior satisfação com a vida e pior perceção da saúde mental (Roberts et al., 2009).

Tendo em consideração as consequências que os problemas de sono podem ter na vida atual e futura das crianças/adolescentes e que a intervenção de Enfermagem deve ser baseada na evidência científica, decidiu-se realizar uma RSL para identificar quais as intervenções que promovem o sono nas idades pediátricas. Também foi importante conhecer as intervenções que já demonstraram não ser eficazes para atingir os resultados pretendidos. O desenvolvimento da RSL foi baseado na seguinte questão de revisão

(segundo a configuração PICO): quais as intervenções de Enfermagem para a promoção do sono das crianças e adolescentes?

Para a presente RSL foi definido como objetivo: identificar as intervenções de Enfermagem eficazes na promoção do sono das crianças e adolescentes.

2.1.1. Método

Para a seleção dos artigos a incluir na RSL foi necessária a elaboração de critérios de inclusão e de exclusão de estudos. Como critérios de inclusão de estudos, foi definido que seriam artigos primários, os participantes seriam crianças e/ou adolescentes saudáveis ou sem problemas graves de saúde, a investigação seria sobre uma intervenção definida ou os resultados apresentados sugeririam uma intervenção. Os critérios de exclusão foram artigos sobre síndrome de morte súbita, estudos anteriores a 2010 e estudos em idiomas que não fossem inglês, português, espanhol e francês.

A pesquisa de artigos foi realizada de dois modos: em várias bases de dados científicas e pesquisa nas referências bibliográficas dos artigos selecionados pela forma anterior. As bases de dados onde se procedeu à pesquisa de artigos científicos foram: PubMed, CINAHL, Cochrane, MedicLatina, Scielo e Medline. A pesquisa nas bases de dados foi realizada durante o mês de maio de 2016.

Os descritores utilizados na pesquisa foram: Children, Neonatal Nursing, Pediatric Nursing, Nursing Care, Health Promotion e Sleep, combinados a partir da seguinte equação de pesquisa: (((Children OR Neonatal Nursing OR Pediatric Nursing OR Nursing Care) AND Health Promotion) AND Sleep) (ver Apêndice I).

A avaliação da qualidade metodológica dos estudos selecionados para a RSL foi realizada com o Effective Public Health Practice Project Quality Assessment Tool (EPHPP) (Effective Public Health Practice Project, 2010). Um estudo que comparou a Cochrane Collaboration Risk of Bias Tool (CCRB) com a EPHPP (Armijo-Olivo, Stiles, Hagen, Biondo, & Cummings, 2012), demonstrou que a EPHPP apresentava um bom acordo entre avaliadores para domínios individuais e excelente concordância para a avaliação final, enquanto a CCRB teve um fraco acordo entre avaliadores para domínios individuais e uma boa concordância para a avaliação final. Uma vez que a CCRB apenas permite avaliar estudos experimentais randomizados, esta não poderia ser utilizada para avaliar a totalidade dos artigos selecionados. A EPHPP, por seu lado, permite a avaliação de estudos observacionais, coorte seccional ou transversal, estudos

pré e pós intervenção e experimentais randomizados (Armijo-Olivo et al., 2012). Para a aplicação da EPHPP e interpretação dos resultados obtidos recorreu-se às orientações de Thomas, Ciliska, Dobbins e Micucci (2004) e Effective Public Health Practice Project (2009). A extração e síntese dos dados foram realizadas através do resumo narrativo dos dados quantitativos mencionados nos estudos (Thomas et al., 2004). A avaliação da qualidade metodológica, extração e síntese dos dados dos estudos foram realizadas pela autora e revistas por dois peritos na área temática.

2.1.2. Apresentação dos Resultados

Dos 614 estudos resultantes da pesquisa realizada nas diferentes bases de dados, apenas 218 estavam disponíveis integralmente. Grande parte destes artigos foi eliminada pela análise do título, por não responderem à questão de revisão ou devido à aplicação dos critérios de inclusão e de exclusão definidos. Dos doze artigos que cumpriam os requisitos estabelecidos, quatro eram repetidos, pelo que foram suprimidos. A análise das referências bibliográficas destes oito artigos possibilitou a inclusão de mais seis estudos relevantes para a questão de revisão definida. Deste modo, no total, integraram a RSL catorze estudos (ver Diagrama de Seleção de Estudos para a RSL em Apêndice I).

Dos artigos selecionados, cinco são Randomized Controlled Trials (Ensaio Controlado e Randomizados) (RCT), um é descrito como Controlled Clinical Trial (Ensaio Clínico Controlado) (CCT), dois são estudos de coorte com um grupo avaliado antes e após intervenção, um é uma série temporal interrompida e cinco são estudos transversais descritivos. Dos catorze estudos analisados, dois têm uma qualidade metodológica forte, nove moderada e dois fraca (ver Apêndice II). No Quadro 1 são apresentados os catorze estudos incluídos na RSL. No Apêndice III é possível ver um quadro com o resumo mais alargado dos artigos selecionados.

Quadro 1 – Caracterização dos Estudos Selecionados para a Revisão Sistemática da Literatura

Autores do Estudo	Título do Artigo	Local do Estudo	Ano	Tipo de Estudo	Qualidade Método
Taveras, Blackburn, Gillman, Haines, McDonald, Price, Oken	First Steps for Mommy and Me: A Pilot Intervention to Improve Nutrition and Physical Activity Behaviors of Postpartum Mothers and Their Infants	Boston, EUA	2011	CCT	Moderada

Stremler, Hodnett, Kenton, Lee, Weiss, Weston, Willan	Effect of behavioural-educational intervention on sleep for primiparous women and their infants in early postpartum: multisite randomised controlled trial	Toronto, Canadá	2013	RCT	Moderada
Quach, Hiscock, Ukoumunne, Wake	A Brief Sleep Intervention Improves Outcomes in the School Entry Year: A Randomized Controlled Trial	Melbourne, Austrália	2011	RCT	Forte
Wing, Chan, Yu, Lam, Zhang, Li, Kong, Li	A School-Based Sleep Education Program for Adolescents: A Cluster Randomized Trial	Hong Kong, China	2015	RCT	Forte
Bei, Byrne, Ivens, Waloszek, Woods, Dudgeon, Murray, Nicholas, Trinder, Allen	Pilot study of a mindfulness-based, multi-component, in-school group sleep intervention in adolescent girls	-	2013	Coorte (pré-e pós-intervenção)	Moderada
Kira, Maddison, Hull, Blunden, Olds	Sleep Education Improves the Sleep Duration of Adolescents: A Randomized Controlled Pilot Study	Nova Zelândia	2014	RCT	Fraca
John, Bellipady, Bhat	Sleep Promotion Program for Improving Sleep Behaviors in Adolescents: A Randomized Controlled Pilot Study	Mangalore, Índia	2016	RCT	Forte
Chaput, Leduc, Boyer, Bélanger, LeBlanc, Borghese, Tremblay	Electronic screens in children's bedrooms and adiposity, physical activity and sleep: Do the number and type of electronic devices matter?	Ottawa, Ontário, Canadá	2014	Transversal descritivo	Fraca
Nuutinen, Ray, Roos	Do computer use, TV viewing, and the presence of the <i>media</i> in the bedroom predict school-aged children's sleep habits in a longitudinal study?	Helsinki, Finlândia	2013	Série temporal interrompida	Moderada
Garmy, Nyberg, Jakobsson	Sleep and Television and Computer Habits of Swedish School-Age Children	Suécia	2012	Transversal descritivo	Moderada
Huss, van Eijdsden, Guxens, Beekhuizen, van Strien, Kromhout, Vrijkotte, Vermeulen	Environmental Radiofrequency Electromagnetic Fields Exposure at Home, Mobile and Cordless Phone Use, and Sleep Problems in 7-Year-Old Children	Holanda	2015	Coorte (pré-e pós-intervenção)	Moderada
Chahal, Fung, Kuhle, Veugelers	Availability and night-time use of electronic entertainment and communication devices are associated with short sleep duration and obesity among Canadian children	Alberta, Canadá	2012	Transversal descritivo	Moderada
Munezawa, Kaneita, Osaki, Kanda, Minowa, Suzuki, Higuchi, Mori, Yamamoto, Ohida	The Association between Use of Mobile Phones after Lights Out and Sleep Disturbances among Japanese Adolescents: A Nationwide Cross-Sectional Survey	Japão	2011	Transversal descritivo	Moderada
Short, Gradisar, Wright, Lack, Dohnt, Carskadon	Time for Bed: Parent-Set Bedtimes Associated with Improved Sleep and Daytime Functioning in Adolescents	Sul da Austrália	2011	Transversal descritivo	Moderada

2.1.3. Análise e Discussão dos Resultados

Os estudos selecionados foram analisados em dois grupos: em primeiro lugar, os que avaliaram intervenções eficazes ou não eficazes na promoção do sono das crianças e adolescentes e, em segundo lugar, aqueles cujos resultados propõem intervenções potencialmente eficazes na promoção do sono das crianças e adolescentes.

O estudo de Taveras et al. (2011) pretendeu promover o sono do recém-nascido/lactente através dos cuidados de saúde primários pediátricos, utilizando uma breve negociação focada, instrução individual e aconselhamento motivacional por telefone, *workshops* de treino de competências parentais em grupo e materiais educacionais abrangentes. Por outro lado, a estratégia do estudo de Stremler et al. (2013) consistiu numa sessão educativa em meio hospitalar, três contatos telefónicos e uma brochura com estratégias para promoção do sono do bebé. Relativamente aos resultados obtidos, no estudo de Taveras et al. (2011) verificou-se uma tendência para a melhoria do sono dos bebés e o estudo de Stremler et al. (2013) demonstrou ser ineficaz na melhoria do sono dos participantes. A discordância de resultados e as limitações do método de cada estudo levam a considerar a necessidade de realizar mais estudos nesta área específica da promoção do sono. No entanto, a intervenção ao nível dos cuidados de saúde primários parece ser mais eficaz do que durante o internamento hospitalar. Os telefonemas de seguimento e esclarecimento de dúvidas, bem como a disponibilização de folhetos e brochuras informativas podem constituir intervenções potencialmente eficazes (embora a sua eficácia possa depender muito do conteúdo e da forma). Os *workshops* de treino de competências parentais foram entendidos como uma potencial estratégia complementar das medidas anteriores, na medida em que constituiu uma intervenção de natureza prática.

O estudo de Quach, Hiscock, Ukoumunne e Wake (2011), em que se implementou uma intervenção comportamental do sono em crianças no primeiro ano escolar, através de uma ou duas consultas realizadas na escola sobre estratégias comportamentais do sono e uma consulta telefónica, melhorou os problemas e os hábitos de sono das crianças e, conseqüentemente, o seu funcionamento psicossocial. Nesta consulta os pais definiram objetivos para o sono das crianças, foram informados sobre quais as estratégias comportamentais adaptadas ao problema de sono da criança, ciclos de sono normais para a idade da criança, boas práticas de higiene do sono e a importância de rotinas consistentes na hora de deitar em todas as noites da semana. Segundo Quach et al. (2011), apesar deste tipo de problemas de sono ter tendência para

a recuperação, estes resolveram-se mais rapidamente no grupo em que se realizou a intervenção. Este estudo demonstrou a importância da promoção do sono numa fase específica da vida das crianças – o início da escolaridade. Os Enfermeiros devem, portanto, avaliar a qualidade do sono das crianças que se encontram nesta fase e promover cuidados antecipatórios aos pais cujos filhos vão entrar para a escola.

Dentro dos estudos dedicados à avaliação de intervenções para promoção do sono em adolescentes, no estudo de Wing et al. (2015) o programa de intervenção consistia num seminário sobre o sono, dois *workshops* em grupos pequenos, com entrega de brochuras, folhetos, informações acerca do *site* educacional sobre o sono e competição de *slogans* sobre a importância do sono. Todas as ações foram dirigidas a alunos, pais e professores, excetuando-se os *workshops* e a competição de *slogans* que se destinou apenas aos adolescentes. Este programa foi eficaz na melhoria dos conhecimentos sobre o sono nos adolescentes, com efeitos na sua saúde mental, práticas de estilo de vida e aspetos comportamentais, mas não melhorou a duração nem o padrão do sono.

O programa implementado no estudo de Bei et al. (2013), o único dedicado a raparigas que se autoavaliaram como dormindo mal, incluía seis sessões semanais de 90 minutos com uma parte educacional sobre o sono, exercícios de atenção/meditação com consciência da respiração e prática de atenção/meditação guiada. Estas intervenções demonstraram melhorar o sono objetivo e subjetivo e aliviar sintomas de ansiedade.

No estudo de Kira, Maddison, Hull, Blunden e Olds (2014) foi instituído um programa de cinco sessões de 50 minutos sobre o sono, com a possibilidade de recurso a manuais dirigidos aos estudantes, professores e pais. Este programa teve como resultados o aumento da duração do sono no fim de semana, mas não dos conhecimentos acerca do sono.

Por fim, no estudo de John, Bellipady e Bhat (2016) foi implementado um programa constituído por uma sessão de educação sobre higiene do sono (50 minutos), duas sessões de treino de visualização para redução do *stress* e relaxamento (25 minutos) e uma sessão de dicas para gestão do tempo (15 minutos). O programa em causa demonstrou melhorar os comportamentos do sono dos adolescentes.

Os programas dos estudos de Wing et al. (2015) e de Kira et al. (2014) foram assentes no plano cognitivo, enquanto os programas dos estudos de Bei et al. (2013) e John et al. (2016), para além das sessões educativas, incluíam também práticas de meditação/visualização, com o intuito de promover o relaxamento e reduzir a ansiedade. Analisando os estudos de Wing et al. (2015) e de Kira et al. (2014), estes parecem ter

chegado a resultados contraditórios. Apesar dos programas implementados serem diferentes, é preciso notar que o estudo de Wing et al. (2015) teve uma avaliação metodológica forte e o estudo de Kira et al. (2014) fraca. Por outro lado, o estudo de Wing et al. (2015) foi realizado com um número maior de participantes (3731 adolescentes entre os 12-18 anos), comparando com o estudo de Kira et al. (2014) (29 adolescentes entre os 13-16 anos).

Os estudos de Bei et al. (2013) e John et al. (2016), também dispunham de elementos educacionais do sono nos seus programas, mas não avaliaram o impacto dos mesmos nos conhecimentos sobre o sono, sendo que os benefícios demonstrados no sono podem estar ou não associados ao aumento dos conhecimentos acerca do mesmo.

Outros estudos podem ser úteis para interpretar estes resultados. Moseley e Gradisar (2009) implementaram um programa com quatro sessões cognitivo-comportamentais semanais sobre promoção e manutenção de estilos de vida saudáveis em estudantes do 11º ano, tendo concluído que os conhecimentos sobre o sono aumentaram e os comportamentos do sono alteraram-se, com uma melhoria da hora de levantar no fim de semana nos adolescentes que apresentavam maior discrepância entre o levantar nos dias de semana e no fim de semana. Apesar do efeito do aumento dos conhecimentos dos adolescentes sobre a temática nos diferentes parâmetros do sono continuar a precisar de clarificação científica, parece ficar demonstrado que as intervenções educacionais promovem uma melhoria dos conhecimentos dos adolescentes sobre o sono.

Bakotić, Radošević-Vidaček e Košćec (2009) realizaram um estudo em que distribuíram folhetos educativos com informações e recomendações sobre o sono, tendo concluído que esta intervenção aumentava os conhecimentos sobre o tema nos estudantes mais novos, em especial nas raparigas, pelo que foi considerado um método eficaz na educação pública. A avaliação individual de uma intervenção utilizada tanto no estudo de Wing et al. (2015) como no de Kira et al. (2014), a entrega de material educacional (folhetos e manuais), parece ter um efeito positivo na melhoria dos conhecimentos dos adolescentes sobre o sono. Outro aspeto importante foi a entrega de material educativo, tanto no estudo de Wing et al. (2015) como no de Kira et al. (2014), aos pais dos participantes. O facto dos pais terem acesso a informação sobre o sono dos seus filhos pode ter influências positivas na alteração de hábitos e rotinas dos mesmos.

As intervenções implementadas nos estudos de Bei et al. (2013) e John et al. (2016) abrangeram componentes cognitivas e sensitivas, pelo que não se analisou a

relação entre os resultados obtidos e a intervenção proposta. Por outro lado, com os resultados dos estudos de Bei et al. (2013) e John et al. (2016), foi possível concluir que as intervenções cognitivo-sensitivas conduziram a melhorias nos comportamentos do sono dos adolescentes e, conseqüentemente, melhoraram o seu sono objetivo e subjetivo. É provável que uma intervenção que associe aspetos sensitivos aos cognitivos apresente melhores resultados, na medida em que os comportamentos do sono não são apenas influenciados pelo conhecimento, mas por outros fatores, como psicológicos, culturais, ambientais e familiares.

Passemos agora à análise dos estudos cujos resultados propõem intervenções potencialmente eficazes na promoção do sono das crianças/adolescentes. O estudo de Chaput et al. (2014) demonstrou que a duração do sono não estava associada com o número de *écrans* existentes no quarto das crianças, mas a eficiência do sono era significativamente menor em crianças com pelo menos dois *écrans* no quarto. Os resultados apresentados levaram os autores a recomendar a remoção dos *écrans*, especialmente a televisão, do quarto das crianças, para promover a higiene do sono.

O estudo de Nuutinen, Ray e Roos (2013) revelou que o uso do computador e ver televisão prediziam uma menor duração do sono e hora de deitar mais tarde, sendo que a presença do computador no quarto predizia hora de deitar mais tarde no fim de semana e hábitos de sono mais fracos nos rapazes. Com estes resultados, os autores aconselham que a televisão e o computador não devem ser colocados no quarto das crianças.

O estudo de Garmy, Nyberg e Jakobsson (2012) demonstrou que uma menor duração do sono estava associada a ter televisão no quarto, ver televisão ou estar no computador duas ou mais horas por dia, ter dificuldade em acordar e em adormecer, sentir cansaço na escola e ter menor satisfação na escola. Os autores concluem que a promoção de estilos de vida saudáveis nas crianças deve incluir a necessidade de sono e como os hábitos de televisão e computador podem afetar o sono e a sonolência diurna.

O estudo de Huss et al. (2015) avaliou se a exposição ambiental a campos eletromagnéticos de radiofrequência de fontes interiores e exteriores de casa e o uso de telemóveis ou telefones sem fios estavam associados a problemas de sono nas crianças. Os dados obtidos indicaram que apenas níveis elevados de exposição de estações de base de telemóveis estava associado a piores resultados na duração do sono, mas com menos parassónias. Por outro lado, o estudo também apontou para que a exposição a fontes no interior de casa não estava relacionada com os resultados do sono.

Chahal, Fung, Kuhle e Veugelers (2012) demonstraram que o acesso e o uso de dispositivos eletrônicos de entretenimento e comunicação, depois de ser esperado que as crianças fossem dormir, implicava menor duração do sono, sendo aconselhável a remoção de televisão, internet, computador, Digital Versatile Disc (DVD), consolas de videojogos e telemóveis do quarto das crianças para promover o sono.

O estudo de Munezawa et al. (2011) mostrou que o uso de telemóveis, para telefonar ou enviar mensagens escritas, depois das luzes apagadas, estava associado a menor duração do sono, pior qualidade subjetiva do sono, excessiva sonolência diurna e sintomas de insónia, pelo que os autores recomendam que a educação para a higiene do sono deve advertir contra o uso de telemóveis depois das luzes apagadas.

Resumindo, são vários os estudos que evidenciam os efeitos negativos da presença de dispositivos eletrônicos nos quartos das crianças e adolescentes, pelo que na abordagem junto de crianças/adolescentes e dos seus pais deve ser mencionada a importância de não ter televisão, computador (com e sem internet), consola de videojogos, DVD, telemóvel e, mais recentemente, *tablet* nos seus quartos. O estudo de Huss et al. (2015) demonstrou o efeito negativo da proximidade das estações de base de telemóveis no sono das crianças, o que implica uma intervenção de nível mais macro, por exemplo em políticas ambientais, ordenamento do território e saúde pública.

O estudo de Short et al. (2011), partindo do facto já reconhecido que a puberdade leva a um atraso biológico na hora de adormecer e de acordar (Carskadon & Acebo, 2002), revelou que os adolescentes cujos pais regulavam a hora de deitar nas noites de semana apresentavam hora de deitar mais cedo, maior duração do sono, menor fadiga e menor dificuldade em manterem-se acordados. Deste modo, uma intervenção potencialmente benéfica na promoção do sono dos adolescentes consiste em informar os pais que a manutenção de algum controlo na hora de deitar dos seus filhos durante a adolescência pode ajudá-los a deitarem-se mais cedo e, conseqüentemente, ter efeitos positivos noutros parâmetros do sono e bem-estar. Também seria importante a implementação de medidas a nível escolar que respeitassem a necessidade do adolescente acordar mais tarde do que as crianças em idade escolar, como foi sugerido por Wolfson, Spaulding, Dandrow e Baroni (2007). Em saúde escolar, os Enfermeiros devem alertar os professores para as vantagens (a nível cognitivo e do aproveitamento escolar) da alteração da frequência do tempo letivo, ao contemplarem que as aulas dos adolescentes comecem mais tarde.

2.1.4 Conclusão

As intervenções que os Enfermeiros podem implementar para promover o sono das crianças e adolescentes são múltiplas. Ao nível da promoção do sono dos recém-nascidos/lactentes, parece ser mais eficaz o desenvolvimento de programas centrados nos cuidados de saúde primários do que ao nível hospitalar, devendo incluir estratégias como telefonemas de seguimento e esclarecimento de dúvidas, distribuição de folhetos informativos e *workshops* de treino de competências parentais.

O desenvolvimento de programas para situações específicas relacionadas com o ciclo desenvolvimental da criança, como a entrada para a escola, também mostrou ser benéfico, devendo incluir a definição de objetivos para o sono das crianças por parte dos pais, informações sobre estratégias comportamentais, higiene do sono e a importância de rotinas consistentes. Relativamente aos adolescentes, parece estar demonstrado que as intervenções educacionais promovem uma melhoria dos conhecimentos sobre o sono, devendo estas ser sustentadas com informação escrita. A associação de intervenções sensitivas às cognitivas pode ter um efeito potenciador nos resultados obtidos, uma vez que o sono é uma necessidade multifatorial.

Vários estudos sugerem intervenções potencialmente eficazes na promoção do sono das crianças e adolescentes. É recomendável que dispositivos eletrónicos, tais como televisões, computadores (com e sem internet), consolas de videojogos, DVD, telemóveis e *tablets*, não estejam presentes nos quartos das crianças e adolescentes, de modo a promover hábitos e padrões de sono saudáveis. Incentivar os pais a manter algum controlo na hora de deitar dos seus filhos pode ajudar os adolescentes a melhorarem diariamente a quantidade e a qualidade do sono.

Tanto os programas de promoção do sono nas diferentes idades pediátricas, como as intervenções propostas para promover o sono das crianças e adolescentes devem ser confirmados por estudos científicos, preferencialmente através de RCT.

A inclusão de quase tantos estudos através da análise das referências bibliográficas (seis) como da pesquisa nas bases de dados (oito), leva a questionar, enquanto limitação desta RSL, os descritores escolhidos e o modo como foram combinados, podendo a forma da pesquisa ter condicionado o acesso a artigos relevantes para a questão de revisão.

3. O Percurso de Desenvolvimento de Competências

Durante o estágio, os diagnósticos de situação realizados, os objetivos definidos e as atividades desenvolvidas tiveram por base os quatro contextos do conforto definidos por Kolcaba (1991): conforto físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental. Dentro da grande temática do conforto, decidiu-se abordar especificamente o sono, por ser uma área de grande importância para a saúde e bem-estar das crianças e adolescentes, tanto saudáveis como com NES, e ter um impacto significativo no seu conforto. Como foi referido no capítulo anterior, a qualidade e a quantidade de sono adequadas tem implicações nos diferentes contextos do conforto, ao mesmo tempo que, qualquer alteração num destes contextos, pode influenciar o sono das crianças e adolescentes.

Dormir em quantidade adequada a cada idade tem benefícios ao nível da atenção, do comportamento, da aprendizagem, da memória, da regulação emocional, da qualidade de vida, da saúde física e mental (Paruthi et al., 2016). Enquanto dormir pouco pode ter como consequências problemas de atenção, comportamento e aprendizagem, aumento do risco de acidentes, lesões, hipertensão, obesidade, diabetes e depressão, dormir em demasia também pode estar associado a hipertensão, diabetes, obesidade e problemas de saúde mental (Paruthi et al., 2016).

Dada a sua relevância para a saúde, o sono foi considerado uma área de intervenção prioritária no *Healthy People 2020*, tendo sido definido como objetivo “aumentar o conhecimento público de como o sono adequado e o tratamento adequado dos distúrbios do sono melhoram a saúde, a produtividade, o bem-estar e qualidade de vida” (Meadows-Oliver & Allen, 2012, p.103). Para as idades pediátricas, os objetivos específicos delineados relativos ao sono foram: aumentar a proporção de crianças que dorme o suficiente e, relativamente às crianças com sintomas de apneia obstrutiva do sono, que procurem cuidados de saúde, sendo a intervenção de Enfermagem importante nestas áreas em particular (Meadows-Oliver & Allen, 2012).

Em Portugal, a importância da promoção do sono na infância e adolescência está patente no *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil* (PNSIJ) (DGS, 2013) que determina que os cuidados antecipatórios devem incluir os hábitos de sono, tendo indicações específicas desde o nascimento ao primeiro ano de vida, bem como dos 4 aos

18 anos. Deste modo, um dos pilares da promoção do desenvolvimento infantil é o *Sono e Repouso*, uma vez que este assume um papel fundamental no crescimento e desenvolvimento físico, cognitivo e emocional das crianças (Pestana, 2010).

O sono também pode constituir um sinal de alarme para vários problemas na infância. Segundo o *Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção sobre Maus Tratos em Crianças e Jovens*, elaborado pela DGS (2011), as alterações relacionadas com o sono podem ser um sinal de negligência ou de maus tratos.

Os problemas de sono das crianças têm influência no funcionamento familiar, especialmente no sono e na função dos pais durante o dia (humor, *stress*, satisfação conjugal), ao mesmo tempo que são influenciados pelo funcionamento da família (*stress* parental, conflito conjugal) (Meltzer & Montgomery-Downs, 2011). Assim, ao promover o sono, os Enfermeiros podem contribuir para a melhoria da saúde (física, psicológica, emocional e social) e do conforto das crianças e adolescentes, bem como de toda a família.

Tendo em consideração a temática escolhida, o conforto, e a importância demonstrada pelo subtema, o sono, na vida das crianças/jovens e família, o objetivo geral definido para o desenvolvimento de competências especializadas foi: *promover o conforto de crianças e adolescentes com NES e famílias em diferentes contextos de cuidados*. Para atingir este objetivo geral, em cada módulo de estágio foram determinados objetivos específicos e atividades a desenvolver, a partir de cada diagnóstico de situação estabelecido.

3.1. Cuidados de Saúde Primários

O módulo I do estágio foi desenvolvido em dois contextos: num centro de reabilitação infantil e numa UCSP de um ACES da área metropolitana de Lisboa.

3.1.1. Centro de Reabilitação Infantil

O **centro de reabilitação infantil** promove a intervenção conjunta de várias disciplinas da saúde e da educação com a criança, nomeadamente, Enfermagem de Reabilitação, fisioterapia, terapia ocupacional, terapia da fala, ensino especial e educação de infância. Para estes profissionais, as famílias constituem um importante elemento de colaboração e parceria no trabalho desenvolvido com as crianças, tanto ao nível da definição de objetivos e do plano de intervenção, como da continuidade da

reabilitação no domicílio. A intervenção de Enfermagem no centro de reabilitação é muito ampla e diversificada, passando pela prestação de cuidados de Enfermagem durante as sessões de intervenção precoce conjunta com outros profissionais, visitação domiciliária, articulação com os vários recursos da comunidade, intervenção de Enfermagem com os pais/família em diversas áreas, como por exemplo a autonomização progressiva da criança/jovem, o planeamento do futuro das crianças e o bem-estar e saúde de toda a família.

Vários estudos têm comprovado que as crianças com paralisia cerebral (PC) apresentam maior incidência de problemas de sono (Atmawidjaja, Wong, Yang, & Ong, 2014; Ming et al., 2014; Wayte, McCaughey, Holley, Annaz, & Hill, 2012), pelo que constituem um grupo de risco para o desenvolvimento de problemas neste âmbito. Lélis, Cardoso e Hall (2016) identificaram fatores associados aos problemas do sono de crianças/jovens com PC, classificando-os em intrínsecos, por estarem associados a comorbilidades comuns da PC, e extrínsecos (variáveis ambientais e socioculturais, intervenções clínico-cirúrgicas e farmacológicas).

O período de estágio no centro de reabilitação infantil teve como **objetivos específicos:** *conhecer um recurso comunitário de apoio a crianças com NES e famílias e identificar a existência de problemas de sono em crianças com PC.* Neste contexto, foi realizada uma entrevista semidiretiva a uma Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação, perita em cuidar de crianças com PC e suas famílias (ver Apêndice IV), com o intuito de aprofundar conhecimentos para a concretização do diagnóstico de situação neste módulo de estágio, em particular. A análise do conteúdo da entrevista, que de seguida se apresenta, foi elaborada segundo o método preconizado por Bardin (2015).

Na análise de conteúdo realizada ao verbatim da entrevista à Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação foram definidas seis categorias e treze subcategorias (ver Apêndice V). As categorias determinadas foram: “a PC e o sono das crianças”, “impacto dos problemas de sono nas crianças com PC”, “atitudes relativamente aos problemas de sono das crianças com PC”, “intervenções de Enfermagem para a promoção do sono de crianças com PC”, “intervenções de Enfermagem com os pais para a promoção do sono de crianças com PC” e “necessidades dos pais de crianças com PC”.

Na primeira categoria, “a PC e o sono das crianças”, foi identificada a subcategoria “problemas associados à PC que influenciam o sono das crianças”. A

entrevistada referiu várias condicionantes/comorbilidades associadas à PC que podem prejudicar o sono das crianças, tais como epilepsia, dor, incómodo, problemas da anca, refluxo gastro-esofágico e engasgamento. Este resultado é congruente com uma revisão integrativa da literatura que identificou vários tipos de comorbilidades associadas à PC que influenciam o sono das crianças/adolescentes: déficit auditivo e/ou visual, alterações da via aérea (tónus muscular anormal), problemas pulmonares (aspiração pulmonar), músculo-esqueléticos (tipo de PC, limitações posturais, espasticidade muscular, desconforto ou dores musculares), gastrointestinais (refluxo gastro-esofágico), neurológicos (epilepsia e convulsões noturnas, disfunção do tronco cerebral, secreção anormal de melatonina, deficiência intelectual/cognitiva) e saúde mental (problemas psiquiátricos e comportamentais) (Lélis et al., 2016).

Na categoria “impacto dos problemas de sono nas crianças com PC” foram determinadas três subcategorias: “impacto na qualidade de vida”, “impacto psicológico” e “impacto na autonomia”. Os problemas de sono das crianças com PC influenciam negativamente a sua qualidade de vida, bem como dos seus pais e família. Um estudo demonstrou que a existência de problemas de sono em crianças e adolescentes com PC estava relacionada com pior qualidade de vida (Zuculo, Knap, & Pinato, 2014). Por outro lado, os problemas de sono das crianças com PC são situações complexas, envolvendo várias vertentes da criança, nomeadamente questões psicológicas. Os problemas de sono das crianças com PC podem ter implicações na sua autonomia, na medida em que dormir consiste numa das atividades mais básicas e iniciais em que as crianças desenvolvem a sua autonomia. Um estudo sobre autonomia de jovens adultos com PC demonstrou a importância da influência da família, da sociedade e dos profissionais de saúde na sua autonomia, assim como a necessidade de preparação para a autonomia (Racine, Larivière-Bastien, Bell, Majnemer, & Shevell, 2012).

A categoria “atitudes relativamente aos problemas de sono das crianças com PC” tem como subcategoria “não valorização dos problemas de sono das crianças com PC”. Nesta subcategoria foi possível perceber que os problemas de sono das crianças com PC, com frequência, não são valorizados não só pelos pais mas também pelos profissionais de saúde, apesar de haver uma maior prevalência de problemas de sono nestas crianças relacionados com as complicações da PC, fatores sociofamiliares, intervenções clínicas e farmacológicas (Lélis et al., 2016).

Na categoria “intervenções de Enfermagem para a promoção do sono de crianças com PC” foram definidas três subcategorias: “intervenção holística”, “posicionamento

noturno da criança com PC” e “utilização de ajudas técnicas”. Para promover o sono das crianças com PC, os Enfermeiros devem intervir de forma holística para conseguirem resultados positivos ao nível do sono. Duas formas concretas para o fazerem são promover o posicionamento noturno correto, da criança com PC, tendo em consideração as suas limitações e necessidades e, conseqüentemente, o acompanhamento da utilização de ajudas técnicas para o posicionamento durante a noite. Um estudo demonstrou que crianças com PC grave apresentam períodos prolongados de imobilidade durante o sono, pelo que necessitam de cuidados de posicionamento à noite (Sato, Iwasaki, Yokoyama, & Inoue, 2014).

Quanto à categoria “intervenções de Enfermagem com os pais para a promoção do sono de crianças com PC”, foram determinadas três subcategorias: “promoção da qualidade de vida da criança com PC e família”, “escutar e promover a reflexão” e “metodologia de resolução de problemas”. Para a entrevistada, a principal intervenção de Enfermagem junto dos pais de crianças com PC para a promoção do sono consiste em fazer que os pais percebam que a prioridade para a criança e a família deve ser a qualidade de vida de todos. Para isso, existem várias estratégias a implementar pelos Enfermeiros. Em primeiro lugar, é necessário escutar os pais e promover a sua reflexão sobre a situação da criança. Também é importante que os Enfermeiros ajudem os pais a desenvolver uma metodologia de resolução de problemas, ou seja, avaliar o problema inicial, definir objetivos, desenvolver estratégias, avaliar o processo e os resultados.

Ao nível das “necessidades dos pais de crianças com PC”, foram definidas duas subcategorias: “apoio domiciliário” e “apoios na gestão da doença”. Uma das principais necessidades dos pais de crianças com PC identificadas pela entrevistada foi o apoio domiciliário para o cuidador da criança com PC poder ter períodos de “respiro”, com vantagens para o cuidador principal, para a família, para a criança com PC e também para a sociedade. Vários estudos sobre as necessidades dos pais de crianças com PC identificaram esta necessidade (Buran, Sawin, Grayson, & Criss, 2009; Nitta, Taneda, Nakajima, & Surya, 2007; Palisano et al., 2009). Por outro lado, os pais de crianças com PC necessitam de apoios na gestão da doença, tais como transporte da criança com PC para a escola, ajudas técnicas adequadas (como por exemplo, nos posicionamentos para dormir) e cirurgias atempadas. Estes apoios para a gestão da doença são muito variados, mas convergem pelo facto de melhorarem a qualidade de vida da criança com PC e, conseqüentemente, de toda a família.

A análise do conteúdo da entrevista à Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação possibilitou uma sumária caracterização da realidade portuguesa relativamente aos problemas de sono em crianças com PC e às intervenções de Enfermagem que podem ser implementadas neste âmbito. Não se tendo conhecimento da existência de estudos portugueses sobre problemas de sono de crianças com PC, esta entrevista permitiu confirmar que, a nível nacional, esta problemática poderá ser semelhante aos resultados de estudos desenvolvidos noutros países.

3.1.2. Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

A UCSP onde se realizou estágio dispõe das seguintes valências de prestação de cuidados a crianças e jovens: Saúde Infantil e Juvenil, Cantinho da Amamentação, Vacinação, Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco, Saúde Escolar e Saúde Oral. Considerando o objetivo geral definido, o estágio realizou-se principalmente na consulta de Enfermagem de saúde infantil e juvenil e na vacinação. Ao nível da saúde escolar, dada a proximidade do final do ano letivo, o programa de atividades já estava definido e não incluía intervenções no âmbito do conforto ou do sono.

Na UCSP, a consulta de Enfermagem de saúde infantil e juvenil é realizada por uma EEESCJ e por uma Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação. As intervenções da equipa de Enfermagem seguem o PNSIJ definido pela DGS (2013) e visam a promoção da saúde, os cuidados antecipatórios e a deteção precoce de problemas/alterações nas crianças/jovens. A vacinação é realizada por duas Enfermeiras de Cuidados Gerais, tendo por base o *Programa Nacional de Vacinação* (DGS, 2015).

O **diagnóstico de situação** foi concluído através do estabelecimento de uma observação empírica, no decurso da consulta de Enfermagem de saúde infantil e juvenil e na vacinação. Nas consultas de Enfermagem de saúde infantil e juvenil o sono é avaliado através de entrevista terapêutica à criança/adolescente e/ou aos seus pais e é promovida a higiene do sono. Existe na sala de espera um cartaz informativo com “Os 10 Mandamentos do Sono Saudável para Crianças” (Loureiro, 2012) e na consulta folhetos sobre “Promoção de Hábitos de Sono Saudáveis na Criança” (Loureiro, 2012). No âmbito da vacinação, foi identificada a necessidade de melhoria dos cuidados de Enfermagem prestados, ao nível da promoção do conforto dos pais, aquando da vacinação das crianças.

No que respeita à vigilância de saúde de crianças com NES, são poucas as que o fazem na UCSP, mas algumas crianças inscritas na UCSP são acompanhadas pela Equipa Local de Intervenção (ELI) do Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI). A intervenção comunitária é realizada, em várias situações, em parceria com instituições locais de apoio social, segundo as necessidades identificadas em cada criança e respetiva família.

Tendo em consideração o diagnóstico de situação realizado, foram definidos como **objetivos específicos**: *promover o conforto de crianças e pais durante a vacinação; realizar uma consulta de Enfermagem a uma criança com NES e família da UCSP acompanhada pela ELI do SNIPI; desenvolver intervenções de Enfermagem promotoras do sono e da higiene do sono a crianças e adolescentes.*

Para dar resposta aos objetivos específicos determinados, foram desenvolvidas as seguintes **atividades**: realização de uma sessão de formação aos Enfermeiros da UCSP sobre ansiedade parental na vacinação; observação de reuniões mensais da ELI do SNIPI e da intervenção de técnicos da ELI a uma criança com NES da UCSP; realização de uma consulta de Enfermagem de saúde infantil a uma criança com NES e família pertencentes à UCSP acompanhada pela ELI do SNIPI; aplicação de um questionário de hábitos de sono aos pais de crianças entre os 2 e os 10 anos, para diagnóstico de problemas do sono nesta população; implementação de intervenções de Enfermagem promotoras do sono e da higiene do sono em crianças e adolescentes.

Através da atividade realização de uma sessão de formação aos Enfermeiros da UCSP sobre ansiedade parental na vacinação (ver Apêndice VI), promoveu-se a discussão sobre o tema entre os Enfermeiros da UCSP e apresentou-se as recomendações sugeridas por Luthy, Beckstrand, Asay e Hewett (2013) para promover o conforto das crianças e pais durante a vacinação. Assim, conferiu-se maior ênfase ao conforto físico e psicoespiritual das crianças e respetivos pais durante o procedimento de vacinação, na medida em que se extrapola a relação da ansiedade parental na vacinação dos filhos com a ansiedade e a dor das crianças.

Com a observação das reuniões da ELI do SNIPI foi possível conhecer os técnicos que compõem a equipa e compreender o seu modo de organização e funcionamento, a discussão dos casos em equipa, as várias formas de deteção e sinalização de casos, a realização dos encaminhamentos necessários para consultas ou centros de desenvolvimento, as diferentes intervenções desenvolvidas consoante as necessidades de cada criança e família, o seguimento das situações e o apoio conferido às famílias.

Também se compreendeu o papel do Enfermeiro nas ELI, sendo essencial para proporcionar à equipa um ponto de vista da área da saúde descentrado da doença e das terapias a realizar e que promova o conforto, a qualidade de vida e o bem-estar das crianças e famílias. Segundo a OE (2010b, p.5), é competência específica do EEESCIJ gerir “o processo de resposta à criança com necessidades de intervenção precoce”.

A observação da intervenção de técnicos da ELI dirigida a uma criança com NES foi essencial para conhecer a criança no seu ambiente habitual, bem como a forma de intervenção precoce junto da mesma. A realização de consulta de Enfermagem de saúde infantil a uma criança com NES e família pertencentes à UCSP, acompanhada pela ELI do SNIPI (ver Apêndice VIII), foi importante na medida em que permitiu intervir nos diferentes contextos do conforto (físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental) da criança e da mãe, sendo as intervenções desenvolvidas tanto ao nível do alívio e da tranquilidade, como da transcendência. Na criança a quem se realizou a consulta de Enfermagem de saúde infantil, não foram identificados os problemas de sono mais comuns citados na literatura científica (Lélis et al., 2016), pelo que a intervenção se centrou exclusivamente no posicionamento a adotar durante a noite.

O diagnóstico de problemas do sono em crianças com uma faixa etária entre os 2 e os 10 anos foi realizado com recurso à aplicação de um questionário de hábitos de sono dirigido aos pais (Silva et al., 2013), dado que se estima, por estes autores, que as crianças portuguesas correspondentes a este período etário apresentam uma elevada prevalência de problemas de sono. Contudo, em Portugal, os problemas de sono na infância parecem ser culturalmente aceites, uma vez que a proporção de pais que consideram que os filhos têm problemas de sono é baixa (Silva et al., 2013). Deste modo, a avaliação do sono nas consultas de Enfermagem de saúde infantil através de entrevista terapêutica pode não ser suficiente para identificar problemas de sono nas crianças, pelo que se decidiu aplicar o Questionário de Hábitos de Sono das Crianças (QHSC) (Owens, Spirito, & McGuinn, 2000), validado para a população portuguesa por Silva, Silva, Braga e Neto (2014). A aplicação deste questionário acrescentou à entrevista terapêutica, já preconizada na consulta de Enfermagem de saúde infantil, maior detalhe e especificação dos hábitos e comportamentos do sono da criança, na perspetiva dos pais, não tendo, por este motivo, sido necessário a aplicação de um termo de consentimento livre e esclarecido para efeitos do seu preenchimento.

Posteriormente, foi realizada uma análise global dos resultados do sono das crianças avaliadas com o QHSC (ver Apêndice IX), tendo-se verificado que os dados

obtidos são, na sua maioria, concordantes com o estudo populacional português de Silva et al. (2013). Por último, a partir dos dados obtidos e do conhecimento científico disponível, entendeu-se como pertinente realizar uma proposta de implementação de intervenções de Enfermagem promotoras do sono e da higiene do sono a crianças e adolescentes. Para este efeito, foi elaborado um Fluxograma de Avaliação e Decisão de Intervenção de Enfermagem para a Promoção do Sono das Crianças (ver Apêndice IX). A opção por esta estrutura recaiu na recomendação da OE, relativamente à importância do desenvolvimento de algoritmos (ou fluxogramas) de atuação/planeamento de cuidados, ou seja, uma “representação gráfica (...) da decisão sobre as opções clínicas a seguir, referenciando pontos-chave e apresentando a informação mais importante resumida de forma a guiar a atuação” (OE, 2007, p.7).

No âmbito das atividades planeadas pela UCSP em parceria com um centro de apoio à comunidade, foi ainda possível participar na realização de uma sessão de informação a pais de crianças sobre alimentação saudável (ver Apêndice VII). Ao definir as medidas de conforto, Kolcaba (2003) considerou os ensinamentos dos Enfermeiros promoverem o conforto das pessoas, pelo que esta atividade também dá resposta ao objetivo geral definido, mais concretamente ao nível do conforto sociocultural das crianças e famílias. Nesta atividade foi possível perceber que a maioria das mães detinha conhecimentos adequados sobre alimentação saudável, pelo que as práticas alimentares incorretas se devem a outros fatores que não a falta de informação.

Em **síntese**, de um modo geral, todos os objetivos propostos para este módulo de estágio foram atingidos, o que possibilitou o desenvolvimento de várias competências comuns de EE e específicas de EEESCJ. De seguida, estas serão analisadas tendo em consideração os resultados atingidos (ver Apêndices VI a IX).

A competência “desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção” (OE, 2010a, p.4) foi desenvolvida através da elaboração do Fluxograma de Avaliação e Decisão de Intervenção de Enfermagem para a Promoção do Sono das Crianças, dado que foi necessária a tomada de decisões éticas, baseadas no conhecimento científico atual, e que posteriormente servem de orientação para a tomada de decisão de outros Enfermeiros.

No que se refere à competência “promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (OE, 2010a, p.5), foram variadas as formas pelas quais as atividades deste módulo de estágio possibilitaram a sua aquisição. Por um lado, a confidencialidade da informação, sob a forma escrita e oral,

obtida durante o estágio foi assegurada, nomeadamente, na análise da consulta de Enfermagem de saúde infantil a uma criança com NES e família e no tratamento dos dados colhidos através do QHSC. Por outro lado, com a sessão de formação dirigida aos Enfermeiros da UCSP sobre ansiedade parental na vacinação, esta competência também foi desenvolvida, na medida em que se promoveu o respeito pelo direito dos pais das crianças vacinadas à escolha e à autodeterminação sobre o modo como participam no procedimento. Ainda no âmbito desta competência, a prevenção e a identificação de situações de risco para as crianças/jovens, conjuntamente com a adoção ou promoção da adoção de intervenções de Enfermagem adequadas, foram abordadas de diferentes formas em todas as atividades, pelo que também possibilitaram o desenvolvimento desta competência.

Quanto à competência “cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro” (OE, 2010a, p.7), esta foi alcançada sobretudo através da sessão de formação aos Enfermeiros da UCSP sobre ansiedade parental na vacinação, uma vez que se promoveu a presença dos pais junto das crianças a vacinar, mas tendo em atenção a forma desejada de participação, ou seja, de forma terapêutica e com segurança para todos.

A competência “gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de Enfermagem e seus colaboradores e a articulação” (OE, 2010a, p.7) foi desenvolvida através da sessão de formação aos Enfermeiros da UCSP sobre ansiedade parental na vacinação e do Fluxograma de Avaliação e Decisão de Intervenção de Enfermagem para a Promoção do Sono das Crianças. Com ambas as atividades, em áreas temáticas diferentes, foi otimizado “o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão” (OE, 2010a, p.8), na medida em que se melhorou a informação, os diagnósticos e as intervenções de Enfermagem a implementar sobre cada assunto.

Com estas duas atividades também foi possível alcançar a competência “baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento” (OE, 2010a, p.10), visto que para a sua realização foi necessário recorrer a conhecimentos científicos recentes e relevantes sobre a temática do sono e da ansiedade parental na vacinação de crianças. Ao mesmo tempo, com estas atividades promoveu-se a integração destes conhecimentos científicos na prática dos cuidados de Enfermagem. No caso concreto da sessão de formação aos Enfermeiros da UCSP sobre ansiedade parental na vacinação, desempenhou-se o papel de formador.

Ao nível das competências específicas de EEESCJ, as atividades implementadas em estágio permitiram o desenvolvimento de todas as competências definidas pela OE.

Relativamente à competência “assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde” (OE, 2010b, p.3), a avaliação dos conhecimentos e comportamentos de saúde das crianças/famílias, a melhoria dos conhecimentos das crianças/jovens e famílias sobre diferentes aspetos da saúde, o diagnóstico e a intervenção em diferentes situações de risco para as crianças/jovens levaram à aquisição desta competência. Através das atividades delineadas foram proporcionados conhecimentos às famílias sobre alimentação saudável, cuidados às crianças com NES e o sono das crianças, com o objetivo de promover a adoção de comportamentos saudáveis em diferentes áreas. A avaliação dos conhecimentos e comportamentos de saúde das crianças/famílias, o diagnóstico de problemas de Enfermagem e o planeamento das intervenções de Enfermagem para dar resposta aos mesmos foram realizados, mais concretamente, nas atividades da consulta de Enfermagem de saúde infantil a uma criança com NES e família e na avaliação do sono.

A competência “cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade” (OE, 2010b, p.4) foi desenvolvida neste módulo de estágio através da promoção do conforto e bem-estar das crianças, pelas atividades da consulta de Enfermagem de saúde infantil a uma criança com NES e família e na avaliação do sono das crianças, assim como pela promoção da adaptação da família à doença crónica/incapacidade da criança com NES na consulta de Enfermagem de saúde infantil.

Por último, com as atividades da sessão de informação a pais de crianças sobre alimentação saudável, da consulta de Enfermagem de saúde infantil a uma criança com NES e família, da avaliação e intervenção no sono das crianças conseguiu-se aperfeiçoar a competência “presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem” (OE, 2010b, p.5), nomeadamente, no que respeita à comunicação com as crianças e famílias de forma adequada ao seu desenvolvimento e cultura. Tendo em consideração o contexto profissional, as capacidades de comunicação com os pais de crianças já tinham sido bastante desenvolvidas, contrariamente à comunicação com crianças não lactentes, sendo fundamental a adaptação à fase de desenvolvimento em que a criança se encontra e à sua forma de comunicação quando existem alterações cognitivas e/ou expressivas. Com a realização da consulta de Enfermagem de saúde infantil a uma criança com NES e família, também foi possível alcançar esta competência através da avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança e da prestação de cuidados antecipatórios à mãe para maximizar o potencial da criança.

A experiência profissional em neonatologia contribuiu de diferentes formas para as várias atividades desenvolvidas neste contexto de estágio. Relativamente às sessões formativas/informativas realizadas, estas beneficiaram da experiência detida no planeamento e apresentação de comunicações em reuniões científicas. Por outro lado, a realização da consulta de Enfermagem de saúde infantil a criança com NES e família foi favorecida pelo conhecimento proveniente da prática de alguns hábitos, crenças e formas tradicionais de cuidar do recém-nascido, característicos do país africano de língua oficial portuguesa de onde a mãe e a criança eram oriundas. Por último, o reconhecimento da importância do sono no conforto, saúde e bem-estar dos recém-nascidos internados serviu de base para o desenvolvimento de outros conhecimentos e competências nesta área com crianças e jovens.

A intervenção desenvolvida no Cantinho da Amamentação, como a promoção da amamentação, a avaliação da pega do bebé e a realização de ensinamentos sobre a amamentação, beneficiou muito da experiência do contexto profissional. A experiência profissional em neonatologia também foi útil na vacinação de crianças mais novas e na identificação de possíveis áreas de intervenção, como por exemplo a utilização de técnicas de controlo da dor em procedimentos invasivos (vacinação e colheita de sangue para Diagnóstico Precoce Neonatal). No contexto profissional da neonatologia, a dor é avaliada com escalas próprias, sendo usual a utilização de sacarose, sucção não nutritiva e contenção durante a vacinação, tal como é recomendado pela DGS (2012) e Reis (2013). Tendo em consideração o contexto da UCSP, foi sugerida a utilização da amamentação e contenção durante a realização de procedimentos dolorosos (DGS, 2012; Reis, 2013) e proposta uma formação em serviço acerca desta temática. Contudo, a proposta não teve a receptividade esperada pelo que não foi concretizada.

A prática profissional também foi favorecida com a experiência deste estágio, na medida em que se percebeu que alguns pais têm interesse em participar na aplicação de medidas não farmacológicas de alívio da dor durante procedimentos invasivos aos seus filhos, não desejando apenas estar presentes. O desenvolvimento de competências na área da comunicação com crianças não lactentes, também beneficiou a prática profissional, uma vez que facilitou a adaptação do discurso às diferentes fases de desenvolvimento dos irmãos que visitam os recém-nascidos internados.

Com o trabalho desenvolvido neste módulo de estágio, as principais implicações para a prática de Enfermagem foram: a importância da avaliação, diagnóstico precoce e intervenção nos problemas de sono na infância, o relevo da Enfermagem nos cuidados

na comunidade a crianças com NES e auscultação dos pais sobre o modo como pretendem participar durante a realização de procedimentos às crianças. Em continuidade, sugere-se a avaliação do sono das crianças/jovens nas consultas de Enfermagem de saúde infantil e juvenil, através da utilização de escalas adequadas à idade e validadas para a população portuguesa, bem como a utilização do Fluxograma de Avaliação e Decisão de Intervenção de Enfermagem para a Promoção do Sono das Crianças. Relativamente às crianças com NES, enfatiza-se a vigilância e a promoção da sua saúde assente nos cuidados na comunidade e de proximidade.

3.2. Internamento Pediátrico

O módulo II de estágio decorreu em dois locais: num serviço de pediatria de um hospital da zona da grande Lisboa e numa instituição de apoio a famílias de crianças com NES na área de Lisboa.

3.2.1. Serviço de Pediatria

O **serviço de pediatria** é um serviço de pequenas dimensões, possuindo oito vagas distribuídas por quatro quartos, que recebe crianças de todas as idades pediátricas. A maior parte dos Enfermeiros deste serviço são EEESCJ, mas também Enfermeiros de Cuidados Gerais. No hospital existe uma Norma do Departamento de Pediatria sobre o sono que aguarda aprovação interna. O serviço de internamento pediátrico dispõe de um painel, onde está afixado um cartaz informativo sobre hábitos aconselhados e desaconselhados para a promoção do sono das crianças, assim como três folhetos para idades distintas com informações sobre o sono de lactentes/crianças/adolescentes. O hospital tem consulta pediátrica do sono, pelo que, quando necessário, algumas crianças internadas podem ser avaliadas por esta equipa.

Durante o estágio, a observação da dinâmica de trabalho e modo de articulação dos profissionais de saúde, em exercício de funções no serviço de pediatria, permitiu proceder ao **diagnóstico de situação**. As reduzidas dimensões deste serviço tornam o ambiente geralmente tranquilo, em especial durante o período noturno. No que respeita à iluminação, existem algumas limitações para a observação das crianças/jovens no período da noite, devido à falta de iluminação individual nos quartos e de iluminação de baixa ou regulável intensidade. Contudo, os Enfermeiros do serviço implementam algumas estratégias para contornar este facto. Quanto ao ruído, existem algumas normas

no serviço para a sua limitação presentes no guia de acolhimento, tal como a utilização dos telemóveis num modo silencioso e a realização de chamadas fora dos quartos das crianças/adolescentes. Para a promoção do sono das crianças/jovens internados existe a indicação no guia de acolhimento que as televisões só podem estar ligadas até às 22 horas. Existem situações em que as crianças/jovens são acordados, durante a noite ou os períodos de sesta, para a prestação de cuidados (como por exemplo, administração de medicação) ou devido à presença de sintomatologia.

Neste contexto, mediante o observado, foram determinados como **objetivos específicos**: *conhecer a influência da hospitalização no sono de crianças e adolescentes admitidos no serviço de pediatria e desenvolver intervenções de Enfermagem promotoras do sono durante a hospitalização de crianças e adolescentes no serviço de pediatria.*

De modo a atingir os objetivos específicos delineados foram desenvolvidas as seguintes **atividades**: observação do ambiente do serviço e intervenções de Enfermagem promotoras do sono no período noturno; implementação de intervenções de Enfermagem promotoras do sono durante a hospitalização de crianças e adolescentes.

Na atividade observação do ambiente do serviço no período noturno, procedeu-se à observação participante não estruturada e à reflexão crítica, com base no ciclo de Gibbs (1988/2013). Com a realização desta observação foi possível analisar o ambiente do serviço bem como as intervenções de Enfermagem que vigoram, com o intuito de promover o sono das crianças e adolescentes (ver Apêndice X). Este tipo de observação preconiza um “contato direto, frequente e prolongado (...) com os atores sociais, nos seus contextos culturais, sendo o próprio investigador instrumento de pesquisa” (Correia, 2009, p.31). A observação não estruturada é uma forma mais livre de observação, sem roteiro prévio ou guião orientador, mas com base nos objetivos definidos (Correia, 2009). Partindo destes princípios, foi possível colher dados, para posterior análise e reflexão, acerca da influência da hospitalização no sono de crianças e adolescentes admitidos neste serviço.

O conhecimento científico tem demonstrado que, de um modo geral, as crianças e jovens dormem menos e pior quando estão hospitalizados (Herbert et al., 2014; Linder & Christian, 2013; Oliveira & Ferreira, 2014; Oliveira, Gomes, Nicolau, Ferreira, & Ferreira, 2015). As principais causas de alteração do padrão de sono no hospital estão relacionadas com a luminosidade (Linder & Christian, 2011; Oliveira & Ferreira, 2014; Oliveira et al., 2015; Stremmer, Adams, & Dryden-Palmer, 2015), o ruído (Herbert et al.,

2014; Linder & Christian, 2011; Meltzer, Davis, & Mindell, 2012; Oliveira & Ferreira, 2014; Oliveira et al., 2015; Stremmler et al., 2015), a temperatura (Oliveira et al., 2015), a prestação de cuidados (Linder & Christian, 2011; Meltzer et al., 2012; Oliveira & Ferreira, 2014; Oliveira et al., 2015; Stremmler et al., 2015), a sintomatologia (Herbert et al., 2014; Meltzer et al., 2012) e a alteração da rotina diária e ambiente estranho (Linder & Christian, 2011; Oliveira et al., 2015). Estas causas identificadas na literatura foram coincidentes com os fatores observados no ambiente noturno do serviço de pediatria. Deste modo, o sono das crianças/adolescentes internados foi influenciado por alterações nos contextos de conforto físico (sintomatologia, prestação de cuidados), psicoespiritual (acompanhamento pelos pais), sociocultural (alteração da rotina, ambiente estranho) e ambiental (luminosidade, ruído, temperatura, prestação de cuidados).

Durante a hospitalização, dormir bem é fundamental. O sono pode auxiliar na melhoria da saúde das crianças/jovens, uma vez que vários estudos têm relacionado o sono com a imunidade (AlDabal e BaHammam, 2011; Gómez-González et al., 2012; Ibarra-Coronado et al., 2015). Assim, conhecer as causas que levam à perturbação do sono das crianças/jovens hospitalizados e identificar as intervenções de Enfermagem para as evitar ou minimizar, promovendo o conforto e o sono no hospital, é essencial para promover a saúde e a recuperação dos mais novos.

Como resultado da atividade implementação de intervenções de Enfermagem promotoras do sono durante a hospitalização de crianças e adolescentes, entre todas as crianças e adolescentes a quem se prestaram cuidados de Enfermagem promotores do sono com base na evidência científica recente, escolheu-se um adolescente sobre o qual se apresenta um plano de cuidados de Enfermagem individualizado no âmbito da promoção do sono durante a hospitalização e da promoção da higiene do sono (ver Apêndice XI). Conhecendo o impacto da hospitalização no sono das crianças/jovens e o facto dos problemas de sono serem frequentes em crianças/adolescentes com doença renal cónica, levando a uma diminuição da sua qualidade de vida (Davis et al., 2012), considerou-se esta atividade adequada para atingir o objetivo específico proposto.

Durante o estágio, foi solicitada uma reunião ao Enfermeiro chefe, EEESCJ, com o objetivo de apresentar as principais conclusões, fundamentadas no conhecimento científico atual, a que se tinha chegado, quer através da realização da reflexão crítica sobre o ambiente do serviço e as intervenções de Enfermagem implementadas para promover o sono das crianças/jovens, quer através do plano de cuidados de Enfermagem desenvolvido para um adolescente internado. Foram sugeridas algumas

medidas para promover o sono das crianças/adolescentes internados neste serviço e, conseqüentemente, deste modo promover a melhoria dos cuidados de Enfermagem.

Após o término do estágio, foi entregue ao serviço um portefólio com a evidência das atividades realizadas e a análise dos resultados obtidos, contemplando em complementaridade artigos científicos atuais e relevantes sobre a temática (presentes nas referências bibliográficas dos trabalhos). Pretendeu-se que este portefólio fosse um recurso orientador de boas práticas para os Enfermeiros do serviço na área da promoção do sono durante a hospitalização, visando-se a sua rápida e fácil consulta pelos profissionais de saúde, nomeadamente pela equipa de Enfermagem.

Em **síntese**, as atividades desenvolvidas durante este período de estágio permitiram atingir os objetivos propostos para o mesmo e, conseqüentemente, levaram ao desenvolvimento de várias competências comuns de EE e específicas do EEESCJ.

Ao nível das competências comuns de EE, destacamos as seguintes: “desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção” (OE, 2010a, p.4); “promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (OE, 2010a, p.5); “cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro” (OE, 2010a, p.7), dado que se fomentou a introdução de estratégias de melhoria do ambiente do serviço de modo a facilitar e beneficiar o conforto e o sono das crianças/adolescentes durante a hospitalização. No que respeita à competência “gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de Enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional” (OE, 2010a, p.7), as atividades delineadas para este módulo de estágio possibilitaram a otimização dos cuidados de Enfermagem prestados neste contexto, no âmbito da tomada de decisão, através da melhoria da “informação para o processo de cuidar, [d]os diagnósticos, [d]a variedade de soluções eficazes a prescrever” (OE, 2010a, p.8).

A prestação de cuidados de Enfermagem promotores do sono de crianças/jovens e a análise de situações clínicas permitiram a incorporação, na prática, dos conhecimentos obtidos com a pesquisa. Deste modo, foi desenvolvida a competência “baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento” (OE, 2010a, p.10). A partilha destes conhecimentos com a equipa de Enfermagem do serviço, através do portefólio fornecido, constituiu uma forma de promover a aprendizagem em contexto de trabalho, na medida em que “favorece a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos Enfermeiros” (OE, 2010a, p.10), bem como um meio para que estes

conhecimentos sejam integrados nos cuidados prestados, conduzindo à melhoria da prática e a uma prática baseada na evidência.

Relativamente às competências específicas de EEESCJ, as atividades realizadas no estágio levaram ao desenvolvimento das competências “assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde” (OE, 2010b, p.3) e “cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade” (OE, 2010b, p.4).

Para a elaboração do plano de cuidados de Enfermagem foi essencial recorrer a formas de comunicação com o adolescente apropriadas à sua idade e estágio de desenvolvimento, com o objetivo de colher dados para realizar a avaliação inicial, mas também de modo a conseguir intervir eficazmente. Estas capacidades de comunicação, adaptadas a cada criança/jovem e sua família, permitiram alcançar a competência “presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem” (OE, 2010b, p.5). Por outro lado, esta competência também foi desenvolvida com esta atividade na medida em que, ao melhorar os conhecimentos do adolescente sobre a sua saúde, promoveu-se “a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde” (OE, 2010b, p.5).

Para o atingir os objetivos propostos para este módulo de estágio foi primordial a reflexão crítica na e sobre a prática de Enfermagem. A análise adequada dos problemas identificados sobre diferentes perspetivas requereu autonomia, capacidade de sistematização e criatividade. A aquisição de novos conhecimentos e de aptidões de reflexão e análise promoveram o desenvolvimento de um discurso pessoal fundamentado essencial a um EEESCJ.

A experiência profissional contribuiu para as atividades desenvolvidas neste módulo de estágio, dado que já possuía uma grande consciência das implicações que a hospitalização tem no sono das crianças e do papel central do sono no seu conforto, bem-estar e recuperação. Porém, com as atividades desenvolvidas também se melhorou a prática profissional no sentido em que se desenvolveu uma maior consciência sobre a importância das normas em vigor, para regular as práticas e o funcionamento dos serviços, as quais devem ser adaptadas à realidade de cada criança/jovem e família.

A situação de doença e a necessidade de prestar cuidados ou de vigilância nos períodos de sono das crianças/jovens sobrepõe-se, em muitas situações, à sua necessidade de sono e descanso. Deste modo, é importante a continuidade da implementação de estratégias promotoras do sono nos planos de cuidados de Enfermagem para as crianças/jovens internados e famílias, bem como a realização de

mais estudos sobre o sono durante a hospitalização de crianças/adolescentes em Portugal, para além dos já realizados na ótica dos fatores ambientais (Oliveira & Ferreira, 2014; Oliveira et al., 2015).

3.2.2. Instituição de Apoio a Famílias de Crianças com Necessidades Especiais de Saúde

A **instituição de apoio a famílias de crianças com NES** é uma instituição particular de solidariedade social (IPSS) que tem como principal objetivo promover o descanso dos cuidadores de crianças com NES. Esta IPSS possibilita às famílias usufruir de momentos em casal e/ou com os outros irmãos, mas mantendo a proximidade da criança com NES durante a sua estadia numa “casa de respiro” construída para o efeito. Deste modo, a instituição pretende ser um recurso comunitário de “respiro” para diminuir a sobrecarga dos cuidadores de crianças com NES. A intervenção da equipa de Enfermagem na casa divide-se em duas vertentes: cuidar das crianças com NES durante os períodos de ausência dos pais e promover a esperança nos pais de crianças com NES, durante a sua estadia.

O **diagnóstico de situação** foi elaborado antes de iniciar o estágio na IPSS, através de uma reunião preparatória, a 6 de outubro de 2016, com a diretora da instituição, a Enfermeira de referência, responsável pela gestão de casos e planeamento dos cuidados de Enfermagem, e restantes elementos da equipa de Enfermagem integrantes neste projeto. Nesta reunião foi apresentada a instituição, bem como as crianças/famílias recrutadas e que iriam usufruir de uma semana na casa. Esta semana decorreu durante o período de estágio.

Tendo em consideração o papel do Enfermeiro na IPSS, definiu-se como **objetivos específicos**: *promover o descanso dos cuidadores de crianças com NES e promover a esperança em pais de crianças com NES*. Segundo Kolcaba (1992, 2003), a esperança é um aspeto do conforto e promovê-la consiste numa medida de conforto.

Para atingir estes objetivos foram implementadas as seguintes **atividades**: prestação de cuidados de Enfermagem a crianças com NES; avaliação e promoção da esperança nos pais de crianças com NES; colaboração no planeamento e realização de uma sessão de intervenção grupal dirigida aos pais de crianças com NES.

Durante o período de estágio estiveram na casa três famílias de crianças com NES. Duas das crianças tinham irmãos que também permaneceram na casa com a

restante família. A casa dispõe de três quartos com casa de banho adaptada, tendo como zonas comuns a cozinha, lavandaria, sala de estar, sala de jantar e jardim. A casa foi planeada de modo a permitir a fácil circulação entre as valências, manter a privacidade, mas também promover a partilha entre as famílias. A decoração da casa, acolhedora e familiar, incluiu várias mensagens motivadoras e promotoras de esperança das famílias.

As atividades na casa seguiram o plano previamente estabelecido pela instituição. Nos períodos em que os pais se ausentaram da casa, os Enfermeiros prestaram cuidados às crianças com NES segundo as orientações previamente fornecidas pelas famílias. Os cuidados de Enfermagem às crianças com NES incluíram a vigilância de sinais vitais e bem-estar, alimentação (via oral, gastro-jejunal ou parentérica), manutenção da função respiratória (ventilação invasiva, oxigenioterapia, aerossóis e aspiração de secreções), higiene, posicionamento, promoção da manutenção de hábitos de sono, administração de medicação, entretenimento, distração e comunicação com as crianças. Os cuidados de Enfermagem foram prestados em articulação com a equipa de Enfermagem da casa, segundo as necessidades de cada criança e a perícia nos cuidados a prestar.

Para a avaliação da esperança parental (ver Apêndice XII) foi selecionado o momento do acolhimento dos pais na casa. Esta avaliação foi realizada através de entrevista terapêutica, tendo sido utilizada a pergunta-escala (de Shazer & Berg, 1997) adaptada à esperança e preenchido o ecomapa da esperança, de modo a avaliar os recursos de esperança comunitários de cada família. Posteriormente, foi realizado o genograma da esperança, sempre que a família, enquanto recurso comunitário, tivesse obtido no ecomapa uma pontuação superior ou igual a cinco (Charepe et al., 2011).

Por sua vez, como forma de complementar as atividades já preconizadas no programa semanal promovidas pela instituição, foi realizado um Diário de Esperança (ver Apêndice XII) de autopreenchimento na perspetiva dos pais (Charepe, 2011, 2014). Após uma explicação inicial sobre o que se pretendia com o Diário de Esperança, orientou-se os pais para a redação de frases inspiradoras, simbologia de esperança, exercício de análise de uma situação inspiradora, colagem de fotografias reveladoras de um momento “especial” experienciado na semana do programa, registo espontâneo e colagem de uma fotografia que tenha sido promotora do aumento da sua esperança e/ou momentos de esperança experienciados.

Por fim, a sessão de intervenção grupal com os pais de crianças com NES (ver Apêndice XII) teve por base a proposta de intervenção de (re)construção da esperança, “Celebrar as competências dos pais”, desenvolvida por Charepe (2014). A sessão foi

realizada na casa e participaram nela seis pais de crianças com NES. Durante o decorrer da sessão, os restantes elementos da equipa de Enfermagem cuidaram das crianças com NES, havendo em simultâneo uma atividade de culinária com os irmãos na casa.

As sugestões de narrativas para a facilitação da partilha, tanto introdutórias como de (re)construção da esperança (Charepe, 2014), foram usadas na preparação e desenvolvimento da sessão. Durante a sessão de intervenção grupal utilizou-se o instrumento de registo “A Árvore dos Talentos” e, no final da mesma, foi entregue aos pais a medalha de esperança “coragem”, no cumprimento das orientações que advêm desta proposta de intervenção. Para os registos da sessão foi utilizado o modelo de registos de participação no encontro definidos por Charepe (2014).

O modelo de intervenção de ajuda mútua promotor de esperança consiste num conjunto de propostas de intervenção, rituais, modo de preparação do ambiente, material de apoio e instrumentos de avaliação para a realização de sessões de intervenção grupal testadas e validadas em pais de crianças com NES (Charepe, 2014). O seu principal objetivo baseia-se na implementação de propostas de intervenção em contexto de funcionamento dos grupos de ajuda mútua. Estes grupos são constituídos “por pessoas que partilham um problema ou situação e se reúnem para a resolução de uma dificuldade ou satisfação de uma necessidade” (Maia, 2002, p.9)

As principais dificuldades no desenvolvimento das atividades planeadas deveram-se à inexperiência na aplicação dos instrumentos de avaliação e promoção da esperança, assim como na realização de intervenções com carácter grupal. Por outro lado, o reduzido tempo de contacto com os pais para a operacionalização das intervenções promotoras de esperança e a falta de oportunidade de continuidade das mesmas após o término da semana de intervenção, resultante da dinâmica e do modo de funcionamento da instituição, consistiram nos principais constrangimentos às atividades realizadas.

Relativamente aos **resultados** obtidos com as atividades no âmbito da promoção da esperança de pais de crianças com NES, foi possível verificar que as atividades propostas foram bem acolhidas pelos pais e pela equipa de Enfermagem, sendo os níveis de esperança parental elevados nas diferentes formas de avaliação. No que respeita à intervenção grupal, apenas um participante revelou fatores de ameaça à esperança, o que demonstra a importância deste tipo de intervenção junto dos pais nesta instituição. Através destas atividades foi possível promover o conforto psicoespiritual e, consequentemente, melhorar o conforto global de pais e crianças com NES.

Em **síntese**, os objetivos propostos foram atingidos, mas reformulados processualmente à medida que decorriam as atividades planejadas. Cada uma das atividades, à semelhança do ocorrido nos contextos de estágio descritos nos subcapítulos anteriores, permitiu o desenvolvimento das competências comuns de EE e específicas de EEESCJ. Das competências comuns de EE as principais competências desenvolvidas foram “promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (OE, 2010a, p.5) e “baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento” (OE, 2010a, p.10). Tal como mencionado anteriormente para as atividades deste módulo de estágio realizadas em contexto hospitalar, o desenvolvimento da primeira competência foi conseguido pelo assegurar da confidencialidade das informações fornecidas pelos pais das crianças com NES no decorrer das atividades programadas para a promoção da sua esperança e na sua posterior utilização para fins académicos. Relativamente à segunda competência comum de EE, todas as atividades implementadas tiveram por base o conhecimento científico recente e relevante na área da esperança, pelo que a prática foi suportada na evidência proveniente da investigação científica. Para tal, foi necessário aprofundar conhecimentos nesta área específica de intervenção de Enfermagem, pelo que esta experiência de estágio também promoveu o desenvolvimento pessoal e profissional.

Quanto às competências específicas de EEESCJ, as atividades desenvolvidas neste contexto de estágio permitiram a aquisição das três competências definidas pela OE. No que respeita à primeira, “assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde” (OE, 2010b, p.3), esta competência foi desenvolvida através da avaliação da família (estrutura e contexto) realizada no âmbito da promoção da esperança. A segunda competência específica, “cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade” (OE, 2010b, p.4), foi alcançada através das várias atividades promotoras da esperança realizadas, uma vez que constituíram formas de intervenção que permitiram demonstrar ter “na prática conhecimentos sobre estratégias promotoras de esperança” (OE, 2010b, p.4). Por último, a competência “presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem” (OE, 2010b, p.5) foi adquirida através do aprimorar de capacidades de comunicação, tanto com as famílias, como com as crianças com NES e formas específicas e adaptadas de comunicar.

Neste contexto de estágio, as intervenções desenvolvidas focaram-se especialmente nas famílias de crianças com NES, pelo que foi facilitadora a experiência

detida na intervenção junto dos pais de recém-nascidos internados numa unidade de neonatologia. Por outro lado, a prática profissional beneficiou dos conhecimentos e competências desenvolvidos na promoção da esperança, uma vez que em neonatologia, tal como em muitos outros contextos, esta temática assume uma grande importância no trabalho realizado pelos Enfermeiros com os pais de crianças/jovens com NES.

Promover a esperança em pais de crianças com NES é uma medida de conforto que, tal como afirma Kolcaba (1994, 1995), pode ter um grande impacto noutros tipos e contextos de conforto dos pais, mas também no conforto da própria criança. Os Enfermeiros que trabalham com as crianças com NES e suas famílias desenvolvem, conscientemente ou não, intervenções promotoras de esperança. A promoção da esperança é uma intervenção autónoma da Enfermagem, tendo resultados evidentes para as famílias de crianças com NES, tal como se pôde verificar com os resultados obtidos nas atividades desenvolvidas neste contexto de estágio. Deste modo, este tipo de intervenção deveria ser ampliado e operacionalizado pelos Enfermeiros, recorrendo-se à sua sensibilização através de sessões formativas e de *role-playing*.

3.3. Urgência Pediátrica

O **Atendimento Permanente** do hospital, onde se realizou o módulo III de estágio, é um serviço que se encontra dividido em duas partes: a urgência geral e a urgência pediátrica (APP). O APP, por sua vez, é composto por duas secções: a urgência (com salas de espera para a triagem e pós-triagem, zona de triagem, sala de isolamento, sala de aerossóis, gabinetes médicos, sala de cuidados e reanimação) e a Unidade de Internamento de Curta Duração de Pediatria (UICDP) (com quatro vagas, sendo uma delas o espaço destinado ao isolamento). No AAP os cuidados de Enfermagem são prestados por Enfermeiros de Cuidados Gerais e EEESCJ.

A política de qualidade do hospital tem por base a prestação de cuidados de saúde de acordo com as melhores práticas cientificamente comprovadas, assente numa cultura de melhoria contínua e com foco na segurança do cliente, da informação, dos seus colaboradores e do ambiente (██████, 2016). Os resultados da qualidade são avaliados periodicamente tendo em consideração os objetivos e metas definidos. Neste processo de gestão da qualidade é essencial a definição de normas de orientação da prática dos profissionais que são denominadas de Instrução de Trabalho/Procedimento (IT).

O **diagnóstico de situação** foi realizado através da observação no início do período de estágio e da consulta das IT existentes no serviço. No APP não existem normas, IT, folhetos, cartazes ou outro material relativo ao conforto ou ao sono das crianças e adolescentes. Tendo em atenção a temática escolhida, considerou-se ser mais adequada a intervenção ao nível da UICDP. A UICDP é um espaço amplo com ligação com a Unidade de Internamento de Curta Duração (UICD) de adultos e adjacente a espaços comuns para os profissionais de saúde, o que torna a unidade suscetível a perturbações ambientais (ruído, luz, necessidade de prestação de cuidados). No que respeita à iluminação, existem luzes gerais e individuais em cada unidade da UICDP, para além das cortinas que, além de promoverem a privacidade, também são úteis para limitar o impacto da necessidade de utilização de luzes nas unidades contíguas. Quanto ao ruído, a proximidade entre a UICDP e a UICD de adultos pode influenciar o sono e o repouso de todas as pessoas internadas, pela eventual necessidade de prestar cuidados em alguma das UICD prejudicando o espaço adjacente. Por outro lado, a existência de espaços comuns para os profissionais de saúde localizados entre as duas UICD faz com que o ruído causado pelos profissionais possa facilmente afetar o sono das pessoas internadas. Tendo em consideração o diagnóstico de situação realizado, decidiu-se intervir na UICDP ao nível da promoção do sono das crianças e adolescentes.

Partindo dos factos já conhecidos sobre a importância do sono na saúde (AlDabal & BaHammam, 2011; Gómez-González et al., 2012; Paruthi et al., 2016) e na recuperação das crianças e adolescentes (Ibarra-Coronado et al., 2015; Kudchadkar, Aljohani, & Punjabi, 2014), assim como do impacto no sono do internamento por necessidade de cuidados críticos (Kaur, Rohlik, Nemergut, & Tripathi, 2016; Kudchadkar, Beers, Ascenzi, Jastaniah, & Punjabi, 2016; Makic, Rauen, Watson, & Poteet, 2014), definiram-se os seguintes **objetivos específicos**: *conhecer o impacto da hospitalização na UICDP no sono de crianças e adolescentes e definir intervenções de Enfermagem para promover o sono de crianças e adolescentes na UICDP.*

As **atividades** desenvolvidas neste contexto foram: observação de causas de interrupção do sono das crianças e adolescentes na UICDP; identificação de estratégias implementadas pelos Enfermeiros para a promoção do sono das crianças e adolescentes na UICDP; realização e divulgação de uma IT sobre intervenções de Enfermagem promotoras do sono na UICDP.

A atividade observação de causas de interrupção do sono das crianças e adolescentes na UICDP está relacionada com a necessidade de conhecer o

funcionamento da UICDP, nomeadamente os motivos que levam à interrupção do sono das crianças e jovens quando estão internados neste contexto, por forma a conseguir adequar as intervenções à singularidade desta unidade. De forma similar, a atividade observação de estratégias implementadas pelos Enfermeiros para a promoção do sono das crianças e adolescentes na UICDP prendeu-se com a importância de conhecer as intervenções que já são implementadas pelos Enfermeiros da UICDP, com o intuito de promover o sono das crianças/jovens.

A atividade realização de uma IT sobre intervenções de Enfermagem promotoras do sono na UICDP surgiu do diagnóstico de situação realizado e da necessidade demonstrada pelo serviço, no âmbito do programa de qualidade, da realização de uma IT para uniformização das intervenções e avaliação das mesmas, visto não existir nenhum trabalho desenvolvido relativamente ao sono no hospital. Deste modo, a estrutura e a formatação da IT tiveram por base o modelo preconizado pela instituição. A IT (ver Apêndice XIII) foi desenvolvida através da revisão da literatura, tendo por base estudos científicos recentes e relevantes sobre a temática. Pretendia-se com a IT criar um documento assente no conhecimento científico atualizado, não muito longo e denso, mas de fácil leitura e consulta pelos profissionais de saúde.

Por último, a atividade divulgação da IT sobre intervenções de Enfermagem promotoras do sono na UICDP, teve como finalidade dar a conhecer esta instrução e promover a sua implementação pela equipa de Enfermagem. Para este propósito, a IT foi divulgada através do correio eletrónico dos profissionais de saúde, uma vez que, na instituição, esta é uma forma habitual e preferencial de comunicação. Por outro lado, foi criada uma apresentação dinâmica com recurso ao programa *Microsoft Power Point*, com opções para quem pretendia aprofundar alguns assuntos subordinados a esta temática (ver Apêndice XIII). Não foi realizada uma sessão de formação presencial, devido ao facto dos turnos terem uma duração de 12 horas e serem muito imprevisíveis em volume de trabalho, não existindo disponibilidade da equipa de Enfermagem para o agendamento de uma sessão em período não laboral.

Os **resultados** das atividades desenvolvidas neste módulo de estágio foram a IT e a apresentação da mesma. Deste modo, foi possível promover o sono através da melhoria do conforto físico (prestação de cuidados), psicoespiritual (acompanhamento pelos pais), sociocultural (manutenção de rotinas e hábitos) e ambiental (ruído, luminosidade, temperatura, privacidade, prestação de cuidados) durante o internamento na UICDP. Foi delineada uma avaliação destes dois resultados pelos profissionais de

saúde a que se destinava a IT, mas devido a contingências institucionais não foi possível obter resultados a curto prazo. Contudo, é possível afirmar que os objetivos propostos foram devidamente alcançados, não exigindo qualquer reformulação.

Em **síntese**, as atividades realizadas neste módulo de estágio possibilitaram o desenvolvimento de várias competências comuns de EE e específicas de EEESCJ. Com as atividades implementadas foi possível atingir as competências “gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de Enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional” (OE, 2010a, p.7) e “desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção” (OE, 2010a, p.4), na medida em que, perante o problema identificado (alteração do sono durante o internamento na UICDP), facilitou-se a tomada de decisão da equipa através da partilha do conhecimento presente na IT. Também a competência “promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (OE, 2010a, p.5) foi desenvolvida, pois promoveu-se uma prática de cuidados mais segura para as crianças e adolescentes, adaptada ao contexto da UICDP.

Ao nível da competência “desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica” (OE, 2010a, p.6), a realização de uma IT possibilitou a colaboração no projeto da qualidade da instituição através da realização de uma norma de atuação. Consequentemente, a competência “concebe, gere e colabora em programa de melhoria contínua da qualidade” (OE, 2010a, p.6) também foi desenvolvida, dado que para realizar a IT foi identificada uma necessidade de melhoria, mas também se promoveu a melhoria dos cuidados de Enfermagem, pela identificação de intervenções a implementar e orientações para a boa prática baseadas na evidência científica.

No que se refere às competências específicas de EEESCJ, as atividades deste módulo de estágio permitiram atingir as competências: “assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde” (OE, 2010b, p.3) e “cuida da criança/jovem nas situações de especial complexidade” (OE, 2010b, p.4). Relativamente à primeira, esta foi desenvolvida uma vez que a elaboração da IT permitiu identificar e intervir numa situação concreta de risco para a criança/jovem que pode afetar a sua qualidade de vida durante a permanência na UICDP. Quanto à segunda competência, ao realizar-se a IT possibilitou-se a melhoria do bem-estar físico e psicossocial das crianças/jovens na UICDP, através da promoção do seu sono.

Através destas atividades desenvolveu-se também capacidades de comunicação (de forma escrita) de aspetos complexos de âmbito profissional e académico, resultantes da prática e da investigação desenvolvida para a realização da IT. Tendo em consideração que nas atividades implementadas neste módulo de estágio foram trabalhadas principalmente as áreas da qualidade e da formação em serviço, foi importante para o desempenho a experiência profissional e as competências já desenvolvidas com a elaboração de normas de procedimentos e a participação como formadora em diferentes situações.

Da análise da literatura científica disponível, depreendeu-se que o sono das crianças e adolescentes em serviços de urgência tem sido uma temática muito pouco desenvolvida. Devido a este facto, para realizar a IT foi necessário utilizar estudos desenvolvidos em unidades de cuidados intensivos pediátricos, pela similitude em aspetos como a gravidade da situação clínica e a necessidade de monitorização e vigilância contínuas, bem como de estudos que testaram a eficácia de intervenções específicas de controlo de fatores ambientais para promover o sono em adultos. Se por um lado estes factos consistem em limitações da IT desenvolvida, por outro, proporcionam a identificação de uma potencial lacuna no conhecimento científico. Portanto, torna-se evidente a importância de, à semelhança dos outros contextos de estágio, desenvolver investigação sobre intervenções eficazes na promoção do sono de crianças/jovens em contexto de urgência.

Tendo obtido creditação no módulo III à componente de **neonatologia**, torna-se importante salientar que, além das competências desenvolvidas em contexto profissional que já foram referidas ao longo do Relatório, a unidade de competência relacionada com a vinculação (OE, 2010b) foi particularmente alcançada com a experiência profissional, como por exemplo através do incentivo à participação dos pais nos cuidados ao recém-nascido, da realização do método canguru e do apoio à amamentação. No que respeita às competências comuns de EE, a experiência como chefe da equipa de Enfermagem do serviço de neonatologia permitiu o desenvolvimento das competências “adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados” e “desenvolve o autoconhecimento e a assertividade” (OE, 2010a, p.9).

Perante o apresentado, as diferentes experiências de estágio foram muito profícuas no desenvolvimento de competências de EEESCJ.

4. Conclusão

O conforto, definido na teoria de Enfermagem de Kolcaba, é fundamental na vida das crianças e jovens, influenciando também o próprio conforto das suas famílias. O sono em quantidade e qualidade adequadas tem várias implicações nos diferentes tipos e contextos do conforto, sendo essencial para a qualidade de vida, bem-estar e saúde de toda a família. A evidência científica recente identificou várias formas de promover o sono das crianças e adolescentes, pelo que os EEESCJ possuem um alargado leque de intervenções possíveis para promover o sono nos variados contextos da sua atuação.

O estágio, realizado neste percurso de especialização em diferentes contextos da saúde, permitiu aprofundar conhecimentos sobre o conforto e o sono das crianças/jovens e desenvolver intervenções de Enfermagem para promovê-los, melhorando o seu bem-estar e saúde. Com o finalizar deste Relatório foi possível verificar que os objetivos propostos foram atingidos com sucesso. Através das atividades planeadas e implementadas em cada módulo de estágio, foram desenvolvidas competências comuns de EE e específicas de EEESCJ definidas pela OE, entre as quais se destacam as competências específicas de EEESCJ relativas às crianças com NES e famílias e as comuns do EE relacionadas com a qualidade dos cuidados.

Os principais contributos deste Relatório para a melhoria da prestação de cuidados consistiram na identificação de problemas de sono em crianças/jovens e de intervenções de Enfermagem para promover o sono em qualidade e quantidade necessárias. No módulo I de estágio este contributo foi alcançado especialmente através do Fluxograma de Avaliação e Decisão de Intervenção de Enfermagem para a Promoção do Sono das Crianças, enquanto no módulo II foi através da reflexão crítica dedicada ao ambiente do serviço de pediatria e as intervenções de Enfermagem para promover o sono das crianças/jovens a nível hospitalar e, por último, no módulo III, através da IT sobre intervenções de Enfermagem promotoras do sono em contexto de urgência.

Os Enfermeiros, através da avaliação do sono da criança/adolescente, em cada contexto profissional, podem identificar precocemente problemas de sono e implementar intervenções para a sua promoção e higiene. Assim, sugere-se a inclusão no PNSIJ de cuidados antecipatórios sobre o sono entre os 12 meses e os 3 anos, de

modo a que os hábitos de sono abranjam todas as idades pediátricas. Por outro lado, considera-se importante que, sempre que possível, a avaliação do sono em crianças e adolescentes seja realizada através de instrumentos próprios, uma vez que se sabe que em Portugal os problemas de sono das crianças têm uma grande aceitação por parte dos pais. Por fim, aconselha-se a utilização do fluxograma elaborado para a avaliação e intervenção de Enfermagem para a promoção do sono das crianças.

As dificuldades deste percurso prenderam-se com dois fatores: a escassez de estudos científicos sobre algumas temáticas, como estratégias de redução da ansiedade parental na vacinação de crianças e intervenções de Enfermagem para a promoção do sono em serviços de urgência, e a inexperiência em algumas técnicas de investigação, como a análise de conteúdo e a elaboração de fluxogramas.

Sendo o conforto o tema central deste Relatório, este ficou limitado pelo facto de não existirem escalas de avaliação do conforto para crianças/jovens validadas e traduzidas para a cultura portuguesa, o que inviabilizou a sua utilização e, consequentemente, a avaliação adequada do conforto.

Neste sentido, este Relatório permitiu a identificação de diferentes oportunidades de investigação relevantes para a melhoria dos cuidados de Enfermagem a crianças/adolescentes e famílias, tais como a realização de estudos de validação e tradução de escalas pediátricas do conforto, avaliação da eficácia de intervenções de Enfermagem recomendadas para promover o sono das crianças/jovens hospitalizados, mas também investigação sobre as intervenções de Enfermagem para a promoção do sono em serviços de urgência e a redução da ansiedade parental na vacinação no contexto português.

Ao nível da formação, o presente Relatório demonstrou a importância da formação dos Enfermeiros, tanto ao nível da formação inicial como avançada, em áreas como o conforto, o sono e a esperança, de modo a proporcionar às crianças/jovens e famílias melhores cuidados de Enfermagem.

Em conclusão, este Relatório espelha um conjunto de oportunidades de aprendizagem. A conjugação de conhecimentos éticos, legais, teóricos e científicos com a experiência profissional e o estágio proporcionou o desenvolvimento pessoal e profissional, esperando-se também ter contribuído para a melhoria da prática de Enfermagem.

5. 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.
- Afonso, S. I. P. (2013). *O conforto e o cuidar em Enfermagem: Relatório de estágio* (Dissertação de Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica). Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, Portugal.
- AlDabal, L. & BaHammam, A. S. (2011). Metabolic, endocrine, and immune consequences of sleep deprivation. *The Open Respiratory Medicine Journal*, 5, 31-43.
- American Psychological Association. (2013). *Publication manual of the American Psychological Association* (6^a ed.). Washington, DC, USA: American Psychological Association.
- Apóstolo, J. L. A. (2009). O conforto nas teorias de Enfermagem – Análise do conceito e significados teóricos. *Revista Referência*, 9, 61-67.
- Armijo-Olivo, S., Stiles, C. R., Hagen, N. A., Biondo, P. D., & Cummings, G. G. (2012). Assessment of study quality for systematic reviews: A comparison of the Cochrane collaboration risk of bias tool and the effective public health practice project quality assessment tool: Methodological research. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 18(1), 12-18.
- Atmawidjaja, R. W., Wong, S. W., Yang, W. W., & Ong, L. C. (2014). Sleep disturbances in Malaysian children with cerebral palsy. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 56, 681-685.
- Bakotić, M., Radošević-Vidaček, B., & Košćec, A. (2009). Educating adolescents about healthy sleep: Experimental study of effectiveness of educational leaflet. *Croatian Medical Journal*, 50, 174-181.
- Bardin, L. (2015). *Análise de conteúdo* (4^a ed., L. A. Reto & A. Pinheiro, Trads.), Lisboa, Portugal: Edições 70.

- Bei, B., Byrne, M. L., Ivens, C., Waloszek, J., Woods, M. J., Dudgeon, P.,... Allen, N. B. (2013). Pilot study of a mindfulness-based, multi-component, in-school group sleep intervention in adolescent girls. *Early intervention in psychiatry*, 7, 213-220.
- Buran, C. F., Sawin, K., Grayson, P., & Criss, S. (2009). Family needs assessment in cerebral palsy clinic. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 14(2), 86-93.
- Carskadon, M. A. & Acebo, C. (2002). Regulation of sleepiness in adolescents: Update, insights, and speculation. *Sleep*, 25(6), 606-614.
- Centeio, D. A. M. (2015). *Sono e repouso do cliente na unidade de cuidados intensivos* (Dissertação de Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica). Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, Portugal.
- Chahal, H., Fung, C., Kuhle, S., & Veugelers, P. J. (2012). Availability and night-time use of electronic entertainment and communication devices are associated with short sleep duration and obesity among Canadian children. *Pediatric Obesity*, 8, 42-51.
- Chandra, S. M., Raman, K., & Kolcaba, K. (2016). Application of Katharine Kolcaba comfort theory in post operative child: Delivering integrative comfort care intervention by using – Theory of Comfort – A case study of a 5 year old child admitted in PICU with laprotomy experiencing post operative discomfort. *International Journal of Science and Research*, 5(6), 1714-1720.
- Chaput, J., Leduc, G., Boyer, C., Bélanger, P., LeBlanc, A. G., Borghese, M. M., & Tremblay, M. S. (2014). Electronic screens in children's bedrooms and adiposity, physical activity and sleep: Do the number and type of electronic devices matter?. *Canadian Journal of Public Health*, 105(4), 273-279.
- Charepe, Z. B. (Coord.). (2011). Promoção da esperança nos pais de crianças com doença crónica. In Ordem dos Enfermeiros – Comissão de Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, *Guias orientadores de boa prática em Enfermagem de saúde infantil e pediátrica – Volume III* (pp. 7-57). Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CadernosOE_GuiasOrientadoresBoaPraticaCEESIP_Vol_III.pdf
- Charepe, Z. B. (2014). *Promover a esperança em pais de crianças com doença crónica: Modelo de intervenção em ajuda mútua*. Lisboa, Portugal: Universidade Católica Editora.

- Charepe, Z. B., Figueiredo, M. H. J. S., Vieira, M. M. S., & Neto, L. M. V. A. (2011). (Re) Descoberta da esperança na família da criança com doença crónica através do genograma e do ecomapa. *Texto & Contexto Enfermagem*, 20(2), 349-358.
- Comité Regional para a Europa da Organização Mundial da Saúde. (2004). *WHO Technical meeting on sleep and health*, Copenhagen, Danmark: Organização Mundial da Saúde. Disponível em http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_118388.pdf
- Comité Regional para a Europa da Organização Mundial da Saúde. (2009). *Night noise guidelines for Europe*, Copenhagen, Danmark: Organização Mundial da Saúde. Disponível em http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0017/43316/E92845.pdf
- Correia, M. C. B. (2009). A observação participante enquanto técnica de investigação. *Pensar Enfermagem*, 13(2), 30-36.
- ██████████, (2016, 14 de novembro). *Política de Qualidade*. Disponível em <https://www.██████████.pt/██████████/qualidade/politica-de-qualidade>
- Davis, I. D., Greenbaum, L. A, Gipson, D., Wu, L. L., Sinha, R., Matsuda-Abedini, M.,... Rosen, C. L. (2012). Prevalence of sleep disturbances in children and adolescents with chronic kidney disease. *Pediatric Nephrology*, 27, 451-459.
- de Shazer, S. & Berg, I. K. (1997). “What works?” Remarks on research aspects of solution-focused brief therapy. *Journal of Family Therapy*, 19, 121-124.
- Direção-Geral da Saúde. (2012). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos)* (Nº 022/2012). Disponível em https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwj4-a-bms_RAhWBuhQKHcp2DvsQFgghMAE&url=https%3A%2F%2Fwww.dgs.pt%2Fdirectrizes-da-dgs%2Forientacoes-e-circulares-informativas%2Forientacao-n-0222012-de-18122012-png.aspx&usq=AFQjCNGhgAikAnKFnTRrgVNOB2nnJ0-0ug&sig2=XwG42pKQ1pWQtW_Bgi3iTA
- Direção-Geral da Saúde. (2013). *Programa nacional de saúde infantil e juvenil*. Disponível em <http://www.dgs.pt/?cr=24430>
- Direção-Geral da Saúde. (2015). *Programa nacional de vacinação*. Disponível em <http://www.dgs.pt>

- Direção-Geral da Saúde. Divisão de Comunicação e Promoção da Saúde no Ciclo de Vida. (2011). *Maus tratos em crianças e jovens: Guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção*. Disponível em <http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/ficheiros-de-upload-diversos/maus-tratos-em-criancas-e-jovens-pdf.aspx>
- Effective Public Health Practice Project. (2009). *Quality assessment tool for quantitative studies dictionary*. Disponível em <http://www.ehphp.ca/tools.html>
- Effective Public Health Practice Project. (2010). *Quality assessment tool for quantitative studies*. Disponível em <http://www.ehphp.ca/tools.html>
- Garmy, P., Nyberg, P., & Jakobsson, U. (2012). Sleep and television and computer habits of Swedish school-age children. *The Journal of School Nursing, 28*(6), 469-476.
- Gibbs, G. (2013). *Learning by doing*. Oxford, UK: Oxford Centre for Staff and Learning Development (1988). Disponível em <https://thoughtsmostlyaboutlearning.files.wordpress.com/2015/12/learning-by-doing-graham-gibbs.pdf>
- Gómez-González, B., Domínguez-Salazar, E., Hurtado-Alvarado, G., Esqueda-Leon, E., Santana-Miranda, R., Rojas-Zamorano, J. A., & Velázquez-Moctezuma, J. (2012). Role of sleep in the regulation of the immune system and the pituitary hormones. *Annals of the New York Academy of Sciences, 1261*, 97-106.
- Herbert, A. R., Lima, J., Fitzgerald, D. A., Seton, C., Waters, K. A., & Collins, J. J. (2014). Exploratory study of sleeping patterns in children admitted to hospital. *Journal of Paediatrics and Child Health, 50*, 632-638.
- Huss, A., van Eijsden, M., Guxens, M., Beekhuizen, J., van Strien, R., Kromhout, H.,... Vermeulen, R. (2015). Environmental radiofrequency electromagnetic fields exposure at home, mobile and cordless phone use, and sleep problems in 7-year-old children. *PLoS ONE, 10*(10), 1-14.
- Ibarra-Coronado, E. G., Pantaleón-Martínez, A. M., Velazquez-Moctezuma, J., Prospéro-García, O., Méndez-Díaz, M., Pérez-Tapia, M.,... Morales-Montor, J. (2015). The bidirectional relationship between sleep and immunity against infections. *Journal of Immunology Research, 2015*, 1-14.
- Insera, A., Dorigo, M., & Volzone, A. (2015). Qualità del sonno del bambino e della famiglia in relazione alla bedtime routine. *Children's Nurses – Italian Journal of Pediatric Nursing Sciences, 7*(1), 21-26.

- International Council of Nurses. (2011). *CIFE® Versão 2 – Classificação internacional para a prática de Enfermagem*. (H. Castro, Trad.). [s.l.]: Ordem dos Enfermeiros.
- John, B., Bellipady, S. S., & Bhat, S. U. (2016). Sleep promotion program for improving sleep behaviors in adolescents: A randomized controlled pilot study. *Scientifica*, 2016, 1-8.
- Kaur, H., Rohlik, G. M., Nemergut, M. E., & Tripathi, S. (2016). Comparison of staff and family perceptions of causes of noise pollution in the pediatric intensive care unit and suggested intervention strategies. *Noise Health*, 18, 78-84.
- Kira, G., Maddison, R., Hull, M., Blunden, S., & Olds, T. (2014). Sleep education improves the sleep duration of adolescents: A randomized controlled pilot study. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 10(7), 787-792.
- Kjeldsen, J. S., Hjorth, M. F., Andersen, R., Michaelsen, K. F., Tetens, I., Astrup, A.,... Sjödin, A. (2014). Short sleep duration and large variability in sleep duration are independently associated with dietary risk factors for obesity in Danish school children. *International Journal of Obesity*, 38, 32-39.
- Kolcaba, K. Y. (1991). A taxonomic structure for the concept comfort. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 23(4), 237-240.
- Kolcaba, K. Y. (1992). Holistic comfort: Operationalizing the construct as a Nurse-sensitive outcome. *Advances in Nursing Science*, 15(1), 1-10.
- Kolcaba, K. Y. (1994). A theory of holistic comfort for Nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 19, 1178-1184.
- Kolcaba, K. Y. (1995). Comfort as process and product, merged in holistic Nursing art. *Journal of Holistic Nursing*, 13(2), 117-131.
- Kolcaba, K. (2001). Evolution of the mid range theory of comfort for outcomes research. *Nursing Outlook*, 49(2), 86-92.
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice: A vision for holistic health care and research*, New York, USA: Springer Publishing Company.
- Kolcaba, K. (2013). Comfort. In S. J. Peterson & T. S. Bredow (Eds.), *Middle range theories: Application to Nursing research* (3^a ed., pp. 193-209), Philadelphia, USA: Wolters Kluwer/Lippincott William & Wilkins.
- Kolcaba, K. & Dimarco, M. A. (2005). Comfort theory and its application to pediatric Nursing. *Pediatric Nursing*, 31(3), 187-194.
- Kolcaba, K. Y. & Kolcaba, R. J. (1991). An analysis of the concept of comfort. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 1301-1310.

- Kolcaba, K. & Steiner, R. (2000). Empirical evidence for the nature of holistic comfort. *Journal of Holistic Nursing*, 18(1), 46-62.
- Kolcaba, K., Tilton, C., & Drouin, C. (2006). Comfort theory: A unifying framework to enhance the practice environment. *The Journal of Nursing Administration*, 36(11), 538-544.
- Kronholm, E., Puusniekka, R., Jokela, J., Villberg, J., Urrila, A. S., Paunio, T.,... Tynjälä, J. (2015). Trends in self-reported sleep problems, tiredness and related school performance among Finnish adolescents from 1984 to 2011. *Journal of Sleep Research*, 24, 3-10.
- Kudchadkar, S., Aljohani, O., & Punjabi, N. M. (2014). Sleep of critically ill children in the pediatric intensive care unit: A systematic review. *Sleep Medicine Reviews*, 18(2), 103-110.
- Kudchadkar, S. R., Beers, C., Ascenzi, J. A., Jastaniah, E., & Punjabi, N. M. (2016). Nurses' perceptions of pediatric intensive care unit environment and work experience after transition to single-patient rooms. *American Journal of Critical Care*, 25(5), e98-e107.
- Lélis, A. L. P. A., Cardoso, M. V. L. M., & Hall, W. A. (2016). Sleep disorders in children with cerebral palsy: An integrative review. *Sleep Medicine Reviews*, 30, 63-71.
- Linder, L. A. & Christian, B. J. (2011). Characteristics of the nighttime hospital bedside care environment (sound, light, and temperature) for children with cancer. *Cancer Nursing*, 34(3), 176-184.
- Linder, L. A. & Christian, B. J. (2013). Nighttime sleep characteristics of hospitalized school-age children with cancer. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 18, 13-24.
- Liu, J., Zhang, A., & Li, L. (2012). Sleep duration and overweight/obesity in children: Review and implications for pediatric nursing. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 17, 193-204.
- Lopes, S. L. 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 Jovem). Instituto Politécnico de Santarém, Portugal.
- Loureiro, L. F. C. S. (2012). *Relatório de estágio* (Dissertação de Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica). Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, Portugal.

- Lowe, L. M. & Cutcliffe, J. R. (2005). A concept analysis of comfort. In J. R. Cutcliffe & H. P. McKenna (Eds.), *The essential concepts of Nursing* (pp. 51-64). Edinburgh, Scotland: Elsevier.
- Lowry, R., Eaton, D. K., Foti, K., McKnight-Eily, L., Perry, G., & Galuska, D. A. (2012). Association of sleep duration with obesity among US high school students. *Journal of Obesity*, 2012, 1-9.
- Luthy, K. E., Beckstrand, R. L., Asay, W., & Hewett, C. (2013). Vaccinating parents experience vaccine anxiety too. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 25, 667-673.
- Maia, H. (co-autor). (2002). *Manual de ajuda mútua*. Lisboa, Portugal: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.
- Makic, M. B. F., Rauen, C., Watson, R., & Poteet, A. W. (2014). Examining the evidence to guide practice: Challenging practice habits. *Critical Care Nurse*, 34(2), 28-45.
- Mandela, N. (1995). Speech by President Nelson Mandela at the launch of the Nelson Mandela Children's Fund. Disponível em <http://www.sahistory.org.za/archive/speech-president-nelson-mandela-launch-nelson-mandela-childrens-fund-mahlambandlopfu-pretori>
- Matos, M. J. F. (2012). *O conforto da família em cuidados paliativos: Tradução e validação para a população portuguesa do holistic comfort questionnaire (family)* (Dissertação de Mestrado em Cuidados Paliativos). Universidade Católica Portuguesa, [s.l.], Portugal.
- Meadows-Oliver, M. & Allen, P. L. J. (2012). Healthy people 2020: Implications for pediatric Nurses. *Pediatric Nursing*, 38(2), 101-105.
- Meltzer, L. J., Davis, K. F., & Mindell, J. A. (2012). Patient and parent sleep in a children's hospital. *Pediatric Nursing*, 38(2), 64-71.
- Meltzer, L. J. & Montgomery-Downs, H. E. (2011). Sleep in the family. *Pediatric Clinics of North America*, 58(3), 765-774.
- Ming, X., Pak, J., Mulvey, M. A., O'Sullivan, T., Reddy, C., Schwab, J., & Pecor, K. W. (2014). Sleep complaints in cerebral palsy and/or epilepsy: A pediatric sleep questionnaire study. *Journal of Pediatric Neurology*, 12, 127-135.
- Moseley, L. & Gradisar, M. (2009). Evaluation of a school based intervention for adolescent sleep problems. *Sleep*, 32(3), 334-341.

- Munezawa, T., Kaneita, Y., Osaki, Y., Kanda, H., Minowa, M., Suzuki, K.,... Ohida, T. (2011). The association between use of mobile phones after lights out and sleep disturbances among Japanese adolescents: A nationwide cross-sectional survey. *Sleep*, 34(8), 1013-1020.
- Newton, I. (1675, 5 de fevereiro). [Letter from Sir Isaac Newton to Robert Hooke]. Historical Society of Pennsylvania (Simon Gratz collection, 12/11, 37), Disponível em http://digitallibrary.hsp.org/index.php/Detail/Object/Show/object_id/9285
- Nightingale, Florence (2005). *Notas sobre Enfermagem: O que é e o que não é*. (C. Ferraz & G. Couto, Trads.). Loures, Portugal: Lusociência (1859).
- Nitta, O., Taneda, A., Nakajima, K., & Surya, J. (2007). Relationships of parenting strain and mental health with family needs in mothers of severely handicapped school-aged children suffering from cerebral palsy. [Nippon Koshu Eisei Zasshi] *Jornal Japonês de Saúde Pública*, 54(8), 479-485.
- Nuutinen, T., Ray, C., & Roos, E. (2013). Do computer use, TV viewing, and the presence of the media in the bedroom predict school-aged children's sleep habits in a longitudinal study?. *BioMed Public Health*, 13, 1-8.
- Oliveira, C. S. (2013). Conforto e bem-estar enquanto conceitos em uso em Enfermagem. *Pensar 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. B., Ferreira, L., & Ferreira, R. (2015). Environment in pediatric wards: Light, sound, and temperature. *Sleep Medicine*, 16, 1041-1048.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010a). *Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista*. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2010b). *Regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciaCrian%C3%A7aJov_ aprovadoAG_20Nov2010.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. Comissão de Formação. (2007). Recomendações para a elaboração de guias orientadores de boa prática de cuidados. Disponível em

http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/Recomend_Manusuais_BPraticas.pdf

- Organização Mundial da Saúde. (1999). *Guidelines for community noise*, Geneva: Organização Mundial da Saúde. Disponível em <http://whqlibdoc.who.int/hq/1999/a68672.pdf>
- Owens, J. A., Spirito, A., & McGuinn, M. (2000). The children's sleep habits questionnaire (CSHQ): Psychometric properties of a survey instrument for school-aged children. *Sleep*, 23(8), 1-9.
- Palisano, R. J., Almarsi, N., Chiarello, L. A., Orlin, M. N., Bagley, A., & Maggs, J. (2009). Family needs of parents of children and youth with cerebral palsy. *Child: Care, Health and Development*, 36(1), 85-92.
- Paruthi, S., Brooks, L., D'Ambrosio, C., Hall, W., Kotagal, S., Lloyd, R.,...Wise, M. (2016). Recommended 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.
- Pestana, V. L. F. G. (Coord.). (2010). Guia orientador de boa prática: Promover o desenvolvimento infantil na criança dos 0 aos 5 anos. In Ordem dos Enfermeiros – Comissão de Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, *Guias orientadores de boa prática em Enfermagem de saúde infantil e pediátrica – Volume I* (pp.67-134). Disponível em <https://membros.ordemenfermeiros.pt/Publicacoes/Paginas/GuiasOrientadoresdeBoaPraticaemEnfermagemdeSaudeInfantilePediatica.aspx>
- Quach, J., Hiscock, H., Ukoumunne, O. C., & Wake, M. (2011). A brief sleep intervention improves outcomes in the school entry year: A randomized controlled trial. *Pediatrics*, 128(4), 692-701.
- Racine, E., Larivière-Bastien, D., Bell, E., Majnemer, A., & Shevell, M. (2012). Respect for autonomy in the healthcare context: Observations from a qualitative study of young adults with cerebral palsy. *Child: Care, Health and Development*, 39(6), 873-879.
- Reis, G. M. R. (Coord.). (2013). *Guia orientador de boa prática – Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança* (S. 1, Nº6). Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros. Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Disponível em

http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/GOBP_EstrategiasNaoFarmacologicasControloDorCrianca.pdf

- Roberts, R. E. & Duong, H. T. (2013). Depression and insomnia among adolescents: A prospective perspective. *Journal of Affective Disorders, 148*(1), 66-71.
- Roberts, R. E., Roberts, C. R., & Duong, H. T. (2009). Sleepless in adolescence: Prospective data on sleep deprivation, health and functioning. *Journal of Adolescence, 32*(5), 1045-1057.
- Sá-Chaves, I. (Org.). (2005). *Os “portefolios” reflexivos (também) trazem gente dentro. Reflexões em torno do seu uso na humanização dos processos formativos*. Porto, Portugal: Porto Editora.
- Sato, H., Iwasaki, T., Yokoyama, M., & Inoue, T. (2014). Monitoring of body position and motion in children with severe cerebral palsy for 24 hours. *Disability & Rehabilitation, 36*(14), 1156-1160.
- Sharma, M. C., Kalia, R., & Kolcaba, K. (2016), Application of Katharine Kolcaba comfort theory in post operative child: Delivering integrative comfort care intervention by using-theory of comfort – A case study of a 5 year old child admitted in PICU with laprotomy experiencing post operative discomfort. *International Journal of Science and Research, 5*(6), 1714-1720.
- Short, M. A., Gradisar, M., Wright, H., Lack, L. C., Dohnt, H., & Carskadon, M. A. (2011). Time for bed: Parent-set bedtimes associated with improved sleep and daytime functioning in adolescents. *Sleep, 34*(6), 797-800.
- Silva, F. G., Silva, C. R., Braga, L. B., & Neto, A. S. (2013). Hábitos e problemas do sono dos dois aos dez anos: Estudo populacional. *Acta Pediátrica Portuguesa, 44*(5), 196-202.
- Silva, F. G., Silva, C. R., Braga, L. B., & Neto, A. S. (2014). Portuguese children’s sleep habits questionnaire – Validation and cross-cultural comparison. *Jornal de Pediatria, 90*(1), 78-84.
- Stremmler, R., Adams, S., & Dryden-Palmer, K. (2015). Nurses’ views of factors affecting sleep for hospitalized children and their families: A focus group study. *Research in Nursing & Health, 38*, 311-322.
- Stremmler, R., Hodnett, E., Kenton, L., Lee, K., Weiss, S., Weston, J., & Willan, A. (2013). Effect of behavioural-educational intervention on sleep for primiparous women and their infants in early postpartum: Multisite randomised controlled trial. *BMJ, 346*.

- Taveras, E. M., Blackburn, K., Gillman, M. W., Haines, J., McDonald, J., Price, S., & Oken, E. (2011). First steps for mommy and me: A pilot intervention to improve nutrition and physical activity behaviors of postpartum mothers and their infants. *Maternal & Child Health Journal, 15*, 1217-1227.
- Thomas, B.H., Ciliska, D., Dobbins, M., & Micucci, S. (2004). A process for systematically reviewing the literature: Providing the research evidence for public health Nursing interventions. *Worldviews on Evidence-Based Nursing, 1*(3), 176-184.
- Wayte, S., McCaughey, E., Holley, S., Annaz, D., & Hill, C. M. (2012). Sleep problems in children with cerebral palsy and their relationship with maternal sleep and depression. *Acta Paediatrica, 101*, 618-623.
- Wing, Y. K., Chan, N. Y., Yu, M. W. M., Lam, S. P., Zhang, J., Li, S. X., ... Li, A. M. (2015). A school-based sleep education program for adolescents: A cluster randomized trial. *Pediatrics, 135*(3), 635-643.
- Wolfson, A. R., Spaulding, N. L., Dandrow, C., & Baroni, E. M. (2007). Middle school start times: The importance of a good night's sleep for young adolescents. *Behavioral Sleep Medicine, 5*, 194-209.
- Zuculo, G. M., Knap, C. C. F., & Pinato, L. (2014). Correlação entre sono e qualidade de vida na paralisia cerebral. *CoDAS, 26*(6), 447-56.

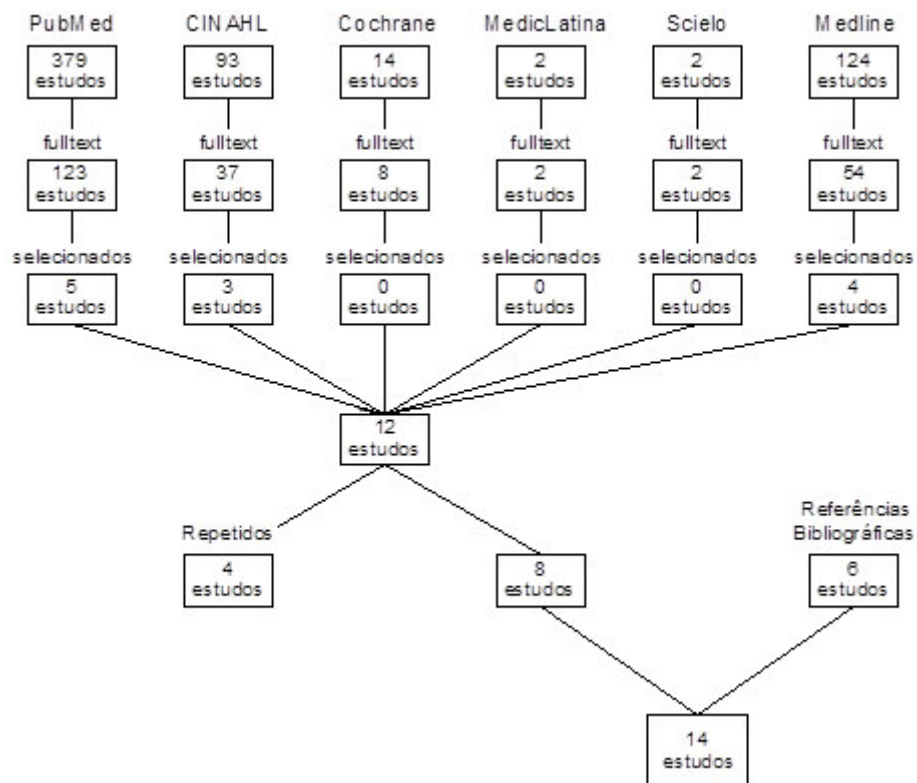
6. Apêndices

Apêndice I – Resumo da Pesquisa Realizada nas Bases de Dados e Diagrama de Seleção de Estudos para a Revisão Sistemática da Literatura

Quadro 1 – Resumo da Pesquisa Realizada nas Bases de Dados

	Termos	PubMed	CINAHL	Cochrane	Medic Latina	SciELO	Medline	Total
#1	Children	2086715	482587	38009	7340	29879	874882	3519486
#2	Neonatal Nursing	10804	3546	212	10	447	3645	18667
#3	Pediatric Nursing	25321	11595	167	21	414	13068	50592
#4	Nursing care	595250	45061	606	291	9850	46412	697543
#5	Health Promotion	101757	48319	7164	565	3727	83998	245552
#6	Sleep	156986	41102	10392	382	1864	153500	364232
#7	#1OR#2OR#3OR#4	2626443	531573	38858	7603	38921	931807	4175205
#8	#7AND#5	29496	8963	1239	111	782	9002	49593
#9	#8AND#6	379	93	14	2	2	124	614
Full Text		123	37	0	2	2	54	218
Selecionados		5	3	-	0	0	4	12

Figura 1 – Diagrama de Seleção de Estudos para a Revisão Sistemática da Literatura



**Apêndice II – Avaliação da Qualidade Metodológica dos Estudos
da Revisão Sistemática da Literatura**

Quadro 1 – Avaliação da Qualidade Metodológica do Estudo de Taveras et al. (2011)

First Steps for Mommy and Me: A Pilot Intervention to Improve Nutrition and Physical Activity Behaviors of Postpartum Mothers and Their Infants			
A) Selection Bias	Q1	2	Weak
	Q2	3	
B) Study Design	2		Strong
	NA		
	NA		
	NA		
C) Confounders	Q1	2	Strong
	Q2	NA	
D) Blinding	Q1	3	Moderate
	Q2	3	
E) Data Collection Methods	Q1	1	Strong
	Q2	1	
F) Withdrawals and drop-outs	Q1	2	Strong
	Q2	1	
G) Intervention Integrity	Q1	2	
	Q2	3	
	Q3	6	
H) Analyses	Q1	organization/institution	
	Q2	organization/institution	
	Q3	1	
	Q4	3	
Global Rate	-----		Moderate

Quadro 2 – Avaliação da Qualidade Metodológica do Estudo de Stremler et al. (2013)

Effect of behavioural-educational intervention on sleep for primiparous women and their infants in early postpartum: multisite randomised controlled trial			
A) Selection Bias	Q1	2	Weak
	Q2	3	
B) Study Design	1		Strong
	Yes		
	Yes		
	Yes		
C) Confounders	Q1	1	Strong
	Q2	1	
D) Blinding	Q1	2	Moderate
	Q2	1	
E) Data Collection Methods	Q1	1	Strong
	Q2	1	
F) Withdrawals and drop-outs	Q1	2	Strong
	Q2	1	
G) Intervention	Q1	3	

Integrity	Q2	3	
	Q3	6	
H) Analyses	Q1	organization/institution	
	Q2	organization/institution	
	Q3	1	
	Q4	1	
Global Rate	-----		Moderate

Quadro 3 – Avaliação da Qualidade Metodológica do Estudo de Quach et al. (2011)

A Brief Sleep Intervention Improves Outcomes in the School Entry Year: A Randomized Controlled Trial			
A) Selection Bias	Q1	1	Moderate
	Q2	2	
B) Study Design	1		Strong
	Yes		
	Yes		
	Yes		
C) Confounders	Q1	2	Strong
	Q2	NA	
D) Blinding	Q1	2	Moderate
	Q2	1	
E) Data Collection Methods	Q1	1	Strong
	Q2	1	
F) Withdrawals and drop-outs	Q1	1	Strong
	Q2	1	
G) Intervention Integrity	Q1	3	
	Q2	3	
	Q3	6	
H) Analyses	Q1	community	
	Q2	community	
	Q3	1	
	Q4	1	
Global Rate	-----		Strong

Quadro 4 – Avaliação da Qualidade Metodológica do Estudo de Wing et al. (2015)

A School-Based Sleep Education Program for Adolescents: A Cluster Randomized Trial			
A) Selection Bias	Q1	1	Moderate
	Q2	2	
B) Study Design	1		Strong
	Yes		
	Yes		
	Yes		
C) Confounders	Q1	2	Strong

	Q2	NA	
D) Blinding	Q1	3	Moderate
	Q2	3	
E) Data Collection Methods	Q1	1	Strong
	Q2	1	
F) Withdrawals and drop-outs	Q1	1	Strong
	Q2	1	
G) Intervention Integrity	Q1	3	
	Q2	3	
	Q3	6	
H) Analyses	Q1	community	
	Q2	community	
	Q3	1	
	Q4	1	
Global Rate	-----		Strong

Quadro 5 – Avaliação da Qualidade Metodológica do Estudo de Bei et al. (2013)

Pilot study of a mindfulness-based, multi-component, in-school group sleep intervention in adolescent girls			
A) Selection Bias	Q1	3	Weak
	Q2	3	
B) Study Design	5		Moderate
	NA		
	NA		
	NA		
C) Confounders	Q1	NA	NA
	Q2	NA	
D) Blinding	Q1	NA	NA
	Q2	NA	
E) Data Collection Methods	Q1	1	Strong
	Q2	1	
F) Withdrawals and drop-outs	Q1	1	Strong
	Q2	1	
G) Intervention Integrity	Q1	1	
	Q2	3	
	Q3	6	
H) Analyses	Q1	community	
	Q2	community	
	Q3	1	
	Q4	1	
Global Rate	-----		Moderate

Quadro 6 – Avaliação da Qualidade Metodológica do Estudo de Kira et al. (2014)

Sleep Education Improves the Sleep Duration of Adolescents: A Randomized Controlled Pilot Study			
A) Selection Bias	Q1	2	Weak
	Q2	3	

B) Study Design	1		Strong
	Yes		
	Yes		
	Yes		
C) Confounders	Q1	3	Weak
	Q2	4	
D) Blinding	Q1	3	Moderate
	Q2	1	
E) Data Collection Methods	Q1	1	Strong
	Q2	1	
F) Withdrawals and drop-outs	Q1	1	Strong
	Q2	1	
G) Intervention Integrity	Q1	3	
	Q2	3	
	Q3	6	
H) Analyses	Q1	community	
	Q2	community	
	Q3	1	
	Q4	1	
Global Rate	-----		Weak

Nota: O estudo de Kira et al. (2014) foi considerado de qualidade metodológica fraca devido à possibilidade de viés na forma como a seleção dos participantes foi realizada e por não ter sido evidenciado um controlo das diferenças entre o grupo onde foi implementada a intervenção e o grupo de controlo.

Quadro 7 – Avaliação da Qualidade Metodológica do Estudo de John et al. (2016)

Sleep Promotion Program for Improving Sleep Behaviors in Adolescents: A Randomized Controlled Pilot Study			
A) Selection Bias	Q1	1	Strong
	Q2	1	
B) Study Design	1		Strong
	Yes		
	Yes		
	Yes		
C) Confounders	Q1	2	Strong
	Q2	NA	
D) Blinding	Q1	3	Moderate
	Q2	1	
E) Data Collection Methods	Q1	1	Strong
	Q2	1	
F) Withdrawals and drop-outs	Q1	2	Strong
	Q2	1	
G) Intervention Integrity	Q1	3	
	Q2	3	

	Q3	6	
H) Analyses	Q1	community	
	Q2	community	
	Q3	1	
	Q4	1	
Global Rate	-----		Strong

Quadro 8 – Avaliação da Qualidade Metodológica do Estudo de Chaput et al. (2014)

Electronic screens in children’s bedrooms and adiposity, physical activity and sleep: Do the number and type of electronic devices matter?			
A) Selection Bias	Q1	2	Weak
	Q2	3	
B) Study Design	7		Weak
	NA		
	NA		
	NA		
C) Confounders	Q1	NA	NA
	Q2	NA	
D) Blinding	Q1	NA	NA
	Q2	NA	
E) Data Collection Methods	Q1	1	Strong
	Q2	1	
F) Withdrawals and drop-outs	Q1	1	Strong
	Q2	1	
G) Intervention Integrity	Q1	NA	NA
	Q2	NA	
	Q3	NA	
H) Analyses	Q1	community	
	Q2	community	
	Q3	1	
	Q4	NA	
Global Rate	-----		Weak

Nota: O estudo Chaput et al. (2014) foi avaliado como tendo uma qualidade metodológica fraca por ser um estudo transversal descritivo e por ter uma baixa taxa de participação dentro da população escolhida.

Quadro 9 – Avaliação da Qualidade Metodológica do Estudo de Nuutinen et al. (2013)

Do computer use, TV viewing, and the presence of the media in the bedroom predict school-aged children’s sleep habits in a longitudinal study?			
A) Selection Bias	Q1	2	Moderate
	Q2	2	
B) Study Design	6		Moderate

		NA	
		NA	
		NA	
C) Confounders	Q1	NA	NA
	Q2	NA	
D) Blinding	Q1	NA	NA
	Q2	NA	
E) Data Collection Methods	Q1	3	Weak
	Q2	3	
F) Withdrawals and drop-outs	Q1	1	Moderate
	Q2	2	
G) Intervention Integrity	Q1	NA	NA
	Q2	NA	
	Q3	NA	
H) Analyses	Q1	community	
	Q2	community	
	Q3	1	
	Q4	NA	
Global Rate	-----		Moderate

Quadro 10 – Avaliação da Qualidade Metodológica do Estudo de Garmy et al. (2012)

Sleep and Television and Computer Habits of Swedish School-Age Children			
A) Selection Bias	Q1	2	Moderate
	Q2	2	
B) Study Design	7		Weak
	NA		
	NA		
	NA		
C) Confounders	Q1	NA	NA
	Q2	NA	
D) Blinding	Q1	NA	NA
	Q2	NA	
E) Data Collection Methods	Q1	1	Strong
	Q2	1	
F) Withdrawals and drop-outs	Q1	4	Moderate
	Q2	5	
G) Intervention Integrity	Q1	NA	NA
	Q2	NA	
	Q3	NA	
H) Analyses	Q1	community	
	Q2	community	
	Q3	1	
	Q4	NA	
Global Rate	-----		Moderate

Quadro 11 – Avaliação da Qualidade Metodológica do Estudo de Huss et al. (2015)

Environmental Radiofrequency Electromagnetic Fields Exposure at Home, Mobile and Cordless Phone Use, and Sleep Problems in 7-Year-Old Children			
A) Selection Bias	Q1	2	Moderate
	Q2	5	
B) Study Design	5		Moderate
	NA		
	NA		
	NA		
C) Confounders	Q1	NA	NA
	Q2	NA	
D) Blinding	Q1	NA	NA
	Q2	NA	
E) Data Collection Methods	Q1	1	Strong
	Q2	1	
F) Withdrawals and drop-outs	Q1	2	Weak
	Q2	3	
G) Intervention Integrity	Q1	NA	NA
	Q2	NA	
	Q3	NA	
H) Analyses	Q1	organization/institution	
	Q2	organization/institution	
	Q3	1	
	Q4	NA	
Global Rate	-----		Moderate

Quadro 12 – Avaliação da Qualidade Metodológica do Estudo de Chahal et al. (2012)

Availability and night-time use of electronic entertainment and communication devices are associated with short sleep duration and obesity among Canadian children			
A) Selection Bias	Q1	1	Moderate
	Q2	2	
B) Study Design	7		Weak
	NA		
	NA		
	NA		
C) Confounders	Q1	NA	NA
	Q2	NA	
D) Blinding	Q1	NA	NA
	Q2	NA	
E) Data Collection Methods	Q1	1	Strong
	Q2	1	
F) Withdrawals and drop-outs	Q1	4	Moderate
	Q2	5	
G) Intervention	Q1	NA	NA

Integrity	Q2	NA	
	Q3	NA	
H) Analyses	Q1	community	
	Q2	community	
	Q3	1	
	Q4	NA	
Global Rate	-----		Moderate

Quadro 13 – Avaliação da Qualidade Metodológica do Estudo de Munezawa et al. (2011)

The Association between Use of Mobile Phones after Lights Out and Sleep Disturbances among Japanese Adolescents: A Nationwide Cross-Sectional Survey			
A) Selection Bias	Q1	1	Moderate
	Q2	2	
B) Study Design	7		Weak
	NA		
	NA		
C) Confounders	Q1	NA	NA
	Q2	NA	
D) Blinding	Q1	NA	NA
	Q2	NA	
E) Data Collection Methods	Q1	1	Strong
	Q2	1	
F) Withdrawals and drop-outs	Q1	4	Moderate
	Q2	5	
G) Intervention Integrity	Q1	NA	NA
	Q2	NA	
	Q3	NA	
H) Analyses	Q1	community	
	Q2	community	
	Q3	1	
	Q4	NA	
Global Rate	-----		Moderate

Quadro 14 – Avaliação da Qualidade Metodológica do Estudo de Short et al. (2011)

Time for Bed: Parent-Set Bedtimes Associated with Improved Sleep and Daytime Functioning in Adolescents			
A) Selection Bias	Q1	1	Strong
	Q2	1	
B) Study Design	7		Weak
	NA		
	NA		
C) Confounders	Q1	NA	NA

	Q2	NA	
D) Blinding	Q1	NA	NA
	Q2	NA	
E) Data Collection Methods	Q1	1	Strong
	Q2	1	
F) Withdrawals and drop-outs	Q1	4	Moderate
	Q2	5	
G) Intervention Integrity	Q1	NA	NA
	Q2	NA	
	Q3	NA	
H) Analyses	Q1	community	
	Q2	community	
	Q3	1	
	Q4	NA	
Global Rate	-----		Moderate

**Apêndice III – Resumo dos Estudos Seleccionados para a Revisão
Sistemática da Literatura**

Quadro 1 – Resumo dos Estudos Seleccionados para a Revisão Sistemática da Literatura

Estudo	Objetivos	Participantes	Principais Resultados	Programa	Recomendações / Efeito das Intervenções	Financiamento
Taveras et al.	Avaliar a viabilidade de uma intervenção de cuidados de saúde primários pediátricos para a promoção de comportamentos saudáveis de bebés e suas mães.	80 pares de mães-bebés (0-6 meses).	Os bebés do grupo da intervenção tiveram maiores aumentos na duração do sono noturno, maiores reduções do tempo para adormecer e maiores reduções na quantidade de horas/dia de vigília noturna.	Breve negociação focada realizada por pediatras de cuidados de saúde primários, instrução individual e aconselhamento motivacional por educadores de saúde através de entrevista por telefone, <i>workshops</i> de treino de competências parentais em grupo e materiais educacionais abrangentes.	O programa tende a melhorar o sono dos bebés.	Financiamentos vários. Sem conflito de interesse.
Stremler et al.	Avaliar a eficácia de uma intervenção educacional e comportamental do sono no pós-parto precoce na melhoria do sono do bebé e da mãe.	246 primíparas e os bebés.	-	1 sessão no hospital com uma Enfermeira (45-60 minutos), 3 telefonemas e uma brochura com estratégias. Temas abordados: estrutura do sono do bebé, estratégias de promoção do sono do bebé, diferenciação entre noite e dia, higiene do sono para as mães e suporte na parentalidade e sono.	O programa demonstrou ser ineficaz na melhoria do sono dos bebés ou das mães nos primeiros meses de pós-parto.	Financiado pelo Canadian Institutes of Health. Sem conflito de interesse.
Quach et al.	Determinar a eficácia de uma intervenção comportamental do sono na melhoria dos resultados de pais e crianças no primeiro ano escolar.	108 crianças (5-6 anos) com problemas de sono moderados ou graves.	Os problemas de sono resolveram-se mais rapidamente no grupo de intervenção e verificaram-se melhorias nos hábitos de sono da criança (menor resistência a ir dormir, menor atraso na hora de dormir e maior duração do sono).	1 ou 2 consultas na escola sobre estratégias comportamentais do sono e 1 consulta por telefone.	A intervenção melhorou os problemas de sono das crianças e os hábitos de sono, o que melhorou o seu funcionamento psicossocial.	Financiamentos vários. Sem conflito de interesse.
Wing et al.	Avaliar a eficácia de um programa escolar de educação multinível e multimodal sobre o sono para adolescentes	3731 adolescentes entre os 12-18 anos.	Aumento dos conhecimentos sobre o sono no grupo de intervenção, mas não se traduziu numa alteração do comportamento. O programa educacional não melhorou a duração e padrão do sono.	Seminário de 1 hora com médicos de medicina do sono, 2 <i>workshops</i> em grupos pequenos de 40 minutos, brochuras, folhetos, <i>site</i> educacional sobre o sono e competição de slogans sobre a importância do sono.	O programa foi eficaz na melhoria dos conhecimentos sobre o sono nos adolescentes, com efeitos na sua saúde mental, práticas de estilo de vida e aspetos comportamentais, mas não melhorou a duração do sono.	Financiamentos vários. Sem conflito de interesse.
Bei et al.	Avaliar a viabilidade de uma intervenção de sono em grupo com adolescentes com várias componentes e baseada na	10 raparigas entre os 13-15 anos com relato próprio de	-	6 sessões semanais de 90 minutos com psicólogo clínico e educacional. Incluía conceitos básicos e prática de atenção / meditação, higiene do sono, horários do sono, hábitos diurnos e noturnos, controlo de estímulos, competências	A intervenção melhorou o sono objetivo e subjetivo e aliviou alguns sintomas de ansiedade.	Não mencionam.

	atenção/meditação, utilizando o sono e ansiedade como medidas de resultado.	dormir mal.		para preocupações no momento de dormir e atitudes saudáveis para dormir.		
Kira et al.	Determinar a viabilidade de um programa de educação do sono em alunos do ensino secundário.	29 adolescentes entre os 13-16 anos.	O grupo de intervenção aumentou a duração do sono no fim de semana (acordar mais tarde), mas não nos dias de semana. A intervenção não evidenciou efeito nos conhecimentos do sono.	5 sessões de 50 minutos sobre o sono realizadas por professores, manual para os estudantes, professores e pais.	Uma abordagem em sala de aula parece ser aceitável para adolescentes e aumenta a duração do sono no fim de semana.	Sem conflito de interesse financeiros.
John et al.	Determinar a eficácia de um programa de promoção do sono para adolescentes.	58 adolescentes entre 11-17 anos.	O grupo de intervenção tinha maior duração do sono, menor sonolência diurna, menor período de latência do sono e melhor qualidade geral do sono.	1 sessão de educação sobre higiene do sono (50 minutos), 2 sessões de treino de visualização para redução do <i>stress</i> e relaxamento (25 minutos) e 1 sessão de dicas para gestão do tempo (15 minutos).	O programa melhora os comportamentos de sono dos adolescentes saudáveis.	Financiado Universidade Nitte, Mangalore. Sem conflito de interesse.
Chaput et al.	Verificar se o número e tipo de <i>écrans</i> eletrónicos disponíveis no quarto das crianças estão relacionados com obesidade, atividade física e sono.	502 crianças entre os 9-11 anos	A duração do sono não estava associada com o número de <i>écrans</i> (televisão, computador e consola de videojogos) no quarto das crianças. A eficiência do sono era significativamente menor em crianças com pelo menos 2 <i>écrans</i> no quarto.	-	Remover <i>écrans</i> , especialmente a televisão, do quarto das crianças, de modo a promover uma boa higiene do sono.	Não mencionam. Sem conflito de interesse.
Nuutinen et al.	Investigar se o uso de <i>media</i> eletrónica e a presença de <i>media</i> no quarto da criança predizia os hábitos de sono bem como mudanças nos hábitos de sono.	353 crianças entre os 10-11 anos	O uso do computador e ver televisão prediziam menor duração do sono e hora de deitar mais tarde (pior o computador). O computador no quarto predizia hora de deitar mais tarde no fim de semana e hábitos de sono mais fracos, apenas entre rapazes.	-	Dispositivos eletrónicos como o computador e a televisão não devem ser colocados no quarto das crianças.	Financiamentos vários. Sem conflito de interesse.
Garmy et al.	Investigar os hábitos de sono, televisão e computador e a satisfação e sensação de cansaço na escola em crianças em idade escolar e adolescentes.	3011 crianças e adolescentes dos 6 aos 16 anos.	Uma menor duração do sono estava associada a ter televisão no quarto, ver televisão ou estar no computador 2 horas ou mais por dia, ter dificuldade em acordar e em adormecer, sentir cansaço na escola e ter menor satisfação na escola.	-	A promoção de estilos de vida saudáveis: sono da criança. Falar com as crianças e seus pais sobre como os hábitos de televisão e computador podem afetar o sono e a sonolência durante o dia.	Financiamentos vários. Sem conflito de interesse.
Huss et al.	Avaliar se a exposição ambiental a campos eletromagnéticos de radiofrequência de fontes interiores	2361 crianças aos 5 e aos 7 anos.	Apenas níveis elevados de exposição de estações de base de telemóveis estava associado com piores resultados na duração do sono mas com	-	A hipótese de que a exposição ambiental a campos eletromagnéticos de	Financiamentos vários. Sem conflito de

	e exteriores de casa e o uso de telemóveis ou telefones sem fios estava associado com o relato parental da qualidade do sono de crianças de 7 anos.		menos parassónias. A exposição a fontes no interior de casa não estava associada aos resultados de sono.		radiofrequência é prejudicial para a qualidade do sono em crianças com 7 anos não foi comprovada pelo estudo.	interesse.
Chahal et al.	Verificar se o acesso e uso noturno de dispositivos de entretenimento eletrónicos e de comunicação estão associados com a duração do sono, peso, qualidade da dieta e atividade física em crianças.	3398 crianças do 5º Ano (10-11 anos)	O acesso e uso de dispositivos de entretenimento eletrónicos e de comunicação (televisão, DVD, computador com e sem internet, consola de videojogos, telemóvel e outros dispositivos) depois de ser esperado que as crianças fossem dormir estava associado a menor duração do sono.	-	Remover a televisão, internet, computador, DVD, consolas de videojogos e telemóveis do quarto das crianças para promover o sono e prevenir o excesso de peso.	Financiamentos vários. Sem conflito de interesse.
Munezawa et al.	Avaliar a associação entre o uso de telemóvel depois das luzes apagadas e as perturbações do sono em adolescentes.	94777 adolescentes entre o 7º e o 12º ano.	O uso de telemóveis para telefonar ou mandar mensagens escritas depois das luzes apagadas estava associado a menor duração do sono, pior qualidade subjetiva do sono, excessiva sonolência diurna e sintomas de insónia.	-	A educação para a higiene do sono deve advertir contra o uso de telemóveis depois das luzes apagadas.	Financiado pelo Health Science Research Grant. Sem conflito de interesse.
Short et al.	Avaliar se a regulação parental da hora de deitar está associada a hora de deitar mais cedo, maior duração do sono e melhor funcionamento diurno.	385 adolescentes entre 13-18 anos.	Os adolescentes cujos pais regulavam a hora de deitar nas noites de semana apresentavam hora de deitar mais cedo, maior duração do sono, menor fadiga e menor dificuldade em manterem-se acordados.	-	Potencial benefício protetor dos pais definirem limites na hora de deitar dos adolescentes.	Financiado por Australian Research Council. Sem conflito de interesse.

Apêndice IV – Verbatim da Entrevista Realizada à Enfermeira Especialista de um Centro de Reabilitação

Guião da Entrevista Realizada à Enfermeira Especialista de um Centro de Reabilitação

1) Qual a sua opinião sobre o impacto dos problemas de sono em crianças com paralisia cerebral e família?

2) Quais as intervenções de Enfermagem que considera mais eficazes na promoção do sono em crianças com paralisia cerebral?

3) Qual a sua experiência na gestão desta problemática junto dos pais de crianças com paralisia cerebral?

4) O que considera serem as principais necessidades dos pais/cuidadores das crianças com paralisia cerebral?

Verbatim da Entrevista Realizada à Enfermeira Especialista de um Centro de Reabilitação

Sílvia Marques (SM) – Qual a sua opinião sobre o impacto dos problemas de sono nas crianças com paralisia cerebral?

Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação (TF) – Problemas de sono?

SM – Sim e família também.

TF – Em primeiro lugar os problemas de sono normalmente são muito pouco valorizados e eu acho que é um assunto que tem muito a ver com a qualidade de vida, com questões de saúde e que é pouco valorizado quer por técnicos quer pelos pais, muitas vezes, embora perturbe muito a vida dos pais. Os pais estão muito centrados na situação motora, é um problema motor, é um problema... pronto; depois pode ter outras complicações, como todos sabemos, de epilepsias, de dor, de problemas na anca, etc., etc., que isto tudo pode complicar o sono e pode complicar a relação dos pais com o sono da criança, no sentido em que têm medo que a criança tenha uma crise e eles não deem por isso, a criança tenha dor durante a noite e não permaneça muitas horas sossegada, não é?, e portanto, chame os pais várias vezes durante a noite. Mas como não é um problema motor e eles têm muito aquela noção “O meu filho tem um problema motor e este é que é o problema de base”, muitas vezes não é valorizado, como estava a

dizer, pelos próprios pais. Mas é um problema que acaba por ser determinante para a qualidade de vida, como disse, da criança e depois da família toda em geral, muito relacionada com uma série de áreas, com a parte da alimentação, com a parte das complicações da... da alimentação porquê? Porquê? Muitas vezes estes miúdos têm problemas de incómodo durante a noite com o posicionamento deitado, podem ter refluxo, podem ter dificuldade em, pronto, em gerir a saliva, ou engolir a saliva, ou engasgar-se, portanto é também um aspeto que a pessoa às vezes não relaciona com a área do sono mas que também é importante, e pronto, e com as comorbilidades que eu falei há bocado da epilepsia, da luxação da anca, das dores na anca, etc.

É um assunto que é difícil, é muito difícil lidar porque também há questões psicológicas ligadas a isto tudo, de autonomia, de um pai que teve uma criança em risco de morte por exemplo na altura do parto, ou na altura do pós-parto tem sempre muito medo de deixar o miúdo sozinho na cama, tem sempre muito medo de... todos esses processos de autonomia não é?, e tirar a criança do seu quarto, de etc., etc. E portanto tem aqui um... não se pode só olhar para o sono e para aquelas regras do deitar etc., tem que se olhar para a criança no seu geral para conseguir lidar com a questão do sono.

SM – E em relação às intervenções de Enfermagem, o que é que considera que seria mais eficaz na promoção do sono destas crianças?

TF – Pronto, em primeiro lugar é preciso ajudar os pais a consciencializar o que se passa de facto com a criança e que eles percebam que isso é uma questão. Muitas vezes os pais vêm com uma nuvem de problemas e é preciso ajuda-los às vezes, por exemplo, com uma descrição do que é o seu dia, uma descrição dos problemas que têm e depois tentar que eles priorizem o que é que incomoda mais, o que é que perturba mais o seu dia-a-dia e isto tentando fazer ver aos pais que a qualidade do dia-a-dia é o mais importante no meio disto tudo. Os pais acham que isto muitas vezes nem é um problema, é o filho que tem mau feitio ou é... não é? E não têm noção do quanto isso perturba a qualidade do dia todo, pois o miúdo não está bem e mesmo que as relações de autonomia face aos pais são uma questão de crescimento, de autonomia, de maturidade até emocional. Um miúdo continua a dormir na cama dos pais aos sete ou oito anos não cresce e não cresce, não é só não andar, não é? Não cresce é uma série de coisas. Portanto a primeira coisa relativamente aos pais é tentar que eles naquela nuvem de situações e de... percebam o que é que de facto é prioritário e o que é que é importante no dia-a-dia daquela criança para a sua qualidade de vida, da criança e dos pais. Depois eles muitas vezes também se posicionam no seguinte, que é “Está bem mas

eu faço os sacrifícios todos pelo meu filho, se for preciso eu deito-me com ele, se for...”, portanto fazer-lhes ver um pouco que a qualidade de vida do filho depende da qualidade de vida da família toda. Portanto, isto é um processo em que a gente tem que os ouvir muito, falar muito pouco, mas ir dando as dicas para eles irem ouvindo, irem refletindo, irem percebendo estes processos na criança, até de amadurecimento emocional também, que isso é importante para eles crescerem. E depois às vezes, por exemplo, em situações mais complexas ajuda-los a fazer um registo, propor que eles façam um registo quando se coloca esta situação do sono, quer das rotinas, quer das horas, dos procedimentos e que os ajuda a ter consciência de coisas que eles às vezes nem têm consciência que fazem, e que ajuda “medir” (entre aspas) o problema e ir-lhes dando pequenas metas de sucesso em que eles acabam por um lado consciencializar, depois por conseguir definir objetivos e a seguir por conseguir ir avaliando e ir tomando consciência dos ganhos e da importância desses ganhos, julgo que isso é importante.

SM – Qual é a sua experiência na gestão destes problemas do sono junto dos pais?

TF – A minha experiência é que eles muitas vezes não valorizam, e pronto e não percebem da relação disto com todas as outras áreas: alimentação, respiração, autonomia emocional, controlo da dor... E a dor é uma coisa que a gente não entende muito bem, principalmente na pediatria, já que estou a falar com alguém dos muito pequeninos, a dor nos primeiros anos de vida é uma coisa muito complicada, muito difícil de avaliar, e que muitas vezes está relacionada com isto e da minha experiência a gente valoriza pouco estes dados, quer técnicos, como estava a dizer logo no início, quer os pais. As escalas da dor só conseguem ser utilizadas, mesmo com figuras, em miúdos com alguma capacidade de comunicação, de relação, de consciência...

SM – Se não tem de ser as escalas de heteroavaliação que são sempre...

TF – que são muito difíceis de aplicar. E depois nós muitas vezes na pediatria centramos isto nos pais e essa é uma questão que está um bocadinho em estudo: é até que forma, até que ponto, é que os pais conseguem relatar em termos da perceção da qualidade de vida os dados... as coisas... conseguem descrever o seu filho, eu não estou a desvalorizar de forma nenhuma o trabalho dos pais, nem... por amor de Deus. Isto... Mas são dois pontos de vista diferentes, os pais são uma coisa, as crianças são outra, e as coisas se vamos fazer escalas comparativas às vezes as coisas não coincidem. Portanto é evidente que quando tratamos de uma criança e quanto mais pequenina, mais no contexto da família deve ser tratado, mais pequenina e na vida toda, mas enfim... Mas não deixar de perceber que há dois pontos de vista aqui diferentes, e a dor, o sono,

a autonomia, há aqui uma série de aspetos que muitas vezes as perspetivas são diferentes e as vivências são diferentes e às vezes, sem minorar o papel dos pais, que deve ser tido em conta, que deve ser aí que a gente trabalha, e estar ali centralizados, mas perceber que são dois pontos de vista diferentes. Isso eu acho que é importante.

SM – E em relação às necessidades dos pais, ou aos cuidadores das crianças, quais considera que são as principais necessidades?

TF – Eu acho que muitas vezes nós em Portugal temos muita facilidade em assumir grandes filosofias, em assumir Salamanca, a inclusão, as convenções dos direitos da criança e da pessoa com deficiência, isso tudo é muito verdade. Mas acho que há aqui dois aspetos, por um lado às vezes esta situação de crise e a situação de dificuldade e até por exemplo pelo facto de ter passado por uma neonatologia, em que a criança chora muitas horas em que há muitos apoios invasivos, os pais desaprendem de ouvir o seu filho. Depois temos aí, em termos gerais, uma série até de meios de comunicação a difundir tratamentos invasivos e dinheiros... isto tudo, a criança depois chega lá e depois está sete horas a fazer trabalhos esforçados em apoios terapêuticos que não são nada integrados no dia-a-dia da criança, isto tudo é ensinar os pais a não ouvir as crianças. Portanto, isto por um lado... é esta a lógica do desajustar as respostas que temos àquilo que a criança necessita, quando muitas vezes o que a criança necessita são coisas muito práticas como: apoio domiciliário para os pais poderem ir ter um fim de semana, uma ajuda técnica ajustada a horas, transporte para levar a criança à escola para não dar cabo da vida dos pais, uma proposta de uma cirurgia por exemplo à anca com dor medindo tempos de espera e percebemos que não deve ser um ano nem seis meses, deve ser um mês ou dois. E portanto da minha experiência, eu acho que temos que ter estes indicadores objetivos e concretos que nos permitam analisar a qualidade de vida destas pessoas em Portugal e às vezes são coisas tão simples como isto. Isto não é só dizer “Não há recursos, não há... e esta gente são entes com necessidades em que a gente deve fazer muitas coisas”, não é isso que eu quero dizer, e que há muitas necessidades, haverá algumas com certeza, estamos todos aqui para as resolver, é que devemos estruturar as coisas às vezes de uma forma objetiva, não é?, e ajudar a que as coisas corram bem no dia-a-dia das pessoas às vezes, pronto as filosofias são grandes... são muito grandes, importantes, ajudam-nos a pensar e a conceptualizar e os conceitos e a palavra são importantes, mas às vezes estas questões do dia-a-dia têm depois um efeito na vida das pessoas tremendo e de desacreditar o sistema de saúde. Quando uma criança tem uma prescrição de uma cadeira, que custa dois ou três ou até cadeiras que

custam dez mil euros, não é?, em que nós levamos um ano a dar e às vezes quando vem já está fora de prazo, já não cabe a criança lá... quer dizer, eu acho que... e depois por exemplo não temos um banco de ajudas técnicas em pediatria em que anda aqui tudo muito preocupado com as questões da qualidade e da cadeira e das empresas e deixamos de chamar ajuda técnica para chamar um produto de apoio, portanto, é um produto comercial, isto o que é que representa? Representa cada vez termos um banco de ajudas técnicas na pediatria com rotatividade de materiais em que era emprestado, não digo no dia a seguir, mas nos dias seguintes mal a criança necessite, não é?, e que ao fim de dois ou três anos estava desatualizado voltava ao banco de ajuda técnicas, limpo, arranjado, revisto, entregue a outra criança, não andamos aqui todos a fazer grandes prescrições que levam... gastamos imenso dinheiro... portanto isto não é uma questão de recursos é uma questão de estrutura e de organização. Isto porquê? E porque é que eu falo muito aqui na questão das ajudas técnicas, porque eu há bocadinho não falei e é um assunto importante que é o posicionamento do dormir, é uma coisa muito importante no sono, e que é uma coisa que muitas vezes os técnicos, não veem as criancinhas a dormir, veem as crianças a andar numa cadeira de rodas, não valorizam, portanto há ajudas técnicas para a cama, para dormir, quer em termos da prevenção da dor, quer em termos de prevenção de escolioses, de luxações da anca, etc., etc., facilitar a parte respiratória, alimentar, não é?, esse ciclo todo alimentação-respiração... e nós não vemos se for aí ver um estudo de atribuição de ajudas técnicas, praticamente não vê nada com o posicionamento à noite.

Pronto, portanto voltando aqui... saindo do exemplo, não é?, há coisas muito práticas que podem ser feitas, que podem ser medidas, tendo em conta a eficácia daquilo que fazemos. Quanto tempo demoramos a dar uma ajuda técnica após a sua prescrição, por exemplo não é? Isto são... Eu acho que temos que começar a trabalhar com indicadores deste tipo, objetivos, que nos balizem a nossa intervenção, portanto é isto que acho que falta em Portugal. Como estava a perguntar da minha experiência... E pronto, isto são alguns exemplos, mas poder-se-ia ter exemplos mais específicos nas várias áreas, mas com o sono vejo muito isto, os posicionamentos, as cirurgias, a atribuição de ajudas técnicas, isto tudo que tem a ver depois com a dor, com as luxações, com as questões do posicionamento, etc., etc... E acho que isso era muito importante para a qualidade de vida destes miúdos.

Outra coisa que eu acho que é importante é o trabalho em equipa. E isso é muito diferente quando temos instituições que trabalham em equipa ou não. O facto de nós

conseguirmos ter um psicólogo na equipa, ou ter uma Enfermeira, ou ter um terapeuta, um fisioterapeuta que estuda um posicionamento e o facto de a equipa trabalhar em conjunto e conseguir perceber o que é prioritário para aquele miúdo naquele momento...isso eu acho que é uma mais valia, acho que há sítios em Portugal que o fazem. Acho que quando nós espartilhamos as crianças por: crianças em fase da área da saúde, zero aos seis anos, e isto acontece muito em Portugal... crianças da fase da área da educação, idade de escolaridade obrigatória dos seis aos não sei quantos... crianças que têm a ver com a área da ação da social, jovens para a frente, não é?... O que está agora a começar a acontecer é as crianças ou estão muito na saúde ou estão muito na educação, ou estão muita na... não é?, e depois temos situações do tipo como por exemplo uma criança que está numa unidade multideficientes ou que está integrada no ensino regular se tem um educador de ensino especial já não pode ter um terapeuta, não é? Quer dizer, isto não é uma questão de dose de tratamento e da área mais necessária, é preciso é que aquela criança naquela idade tenha naquilo que necessita, que às vezes pode ser uma orientação de seis em seis meses ou de três em três meses, é preciso é que tenha o conhecimento da área da saúde, da ação social e da educação presentes quando está sentada numa escola a ouvir uma aula de uma professora ou quando é preciso trabalhar um pai face à autonomia do deixar ir sozinho para a escola, isto tem a ver com o dormir, isto tem a ver com a qualidade de vida, isto tem a ver com a autonomia. Portanto isto, eu acho que da minha experiência nestes últimos anos há aqui um espartilhar... metem as coisas nas suas casinhas e ficam todos contentinhos e arrumados e isto depois acaba por dificultar este trabalho integrado das várias áreas, nesta situação.

Depois há uma coisa que o dormir tem muito a ver é com, a gente pensa que isto de dormir é só em pequenino, mas é em pequenino que a gente aprende a ser grande, e muitas vezes este dormir tem a ver com a capacidade dos pais de darem a autonomia a estes miúdos, portanto da minha experiência, quando eu revejo miúdos de doze, treze e catorze anos e que às vezes ainda dormem no quarto dos pais ou que às vezes dormem no quarto ali ao lado e a mãe se levanta duas e três vezes para ir ver, eu acho que isto é uma forma de eu preparar os pais para a adolescência destes miúdos e de eu trazer temas que não são só a tala, o anda e o dedo que está “torto” (entre aspas), não é?, é um tema que me ajuda a preparar estes pais para a futura autonomia dos miúdos. E aí a cultura latina é muito diferente da cultura do norte da Europa, em que se prepara a autonomia... nós perguntamos aos pais na Europa do norte o que é que querem que os seus filhos sejam aos vinte anos, aos quinze anos, aos trinta, em Portugal isto não se fala... “Há um

dia de cada vez, isto já é complicado, não se preocupe com o futuro”, não é? E este tipo de temáticas como o sono permite trabalhar as questões da autonomia, permite trabalhar as questões... “Então e se o seu filho fosse para uma colónia de férias? Vai lá dormir com ele na colónia de férias?”, “Ficar em casa com um primo, ficar em casa de uma tia, uma avó?”... E portanto é o ir começando a introduzir estas questões que eu acho que este tipo de temáticas ajudam a trabalhar... as questões de... pronto, começa por não dormir ao meu colo, não é? Começa por não comer ao meu colo, comer sentado numa cadeira, dormir num bercinho dele, dormir... não é? E às vezes a gente está anos a fazer apoios terapêuticos de não sei quantos dias por semana aos meninos, não é?, e estas questões passam e a gente não as valoriza... Daí, voltando, à importância da equipa interdisciplinar estar presente em todas estas fases da vida, que não podem estar espartilhadas, isto não é saúde até aos seis anos, educação... Que é o que está a acontecer em Portugal... Educação em idade de escolaridade obrigatória e depois ação social, não é?, apoios, dinheiro, não é? e isto é uma questão... Quando por exemplo nós passamos muito as questões das ajudas técnicas para a esfera da ação social não é?, em que me começam a pedir relatórios da área social para a atribuição de um posicionador na cama, de uma cadeira de rodas... quer dizer... isto é tirar o assunto da esfera própria, isto é uma questão de saúde e de qualidade de vida, isto não é desprezar o trabalho de cada um... Eu comecei por dizer eu que quero estar numa equipa transdisciplinar com esta gente toda aqui ao pé de nós... Mas isto não é um produto que se compra para se atribuir seis meses, oito meses, dez meses, se a mãe e o pai não pagaram os impostos a criança não tem direito às ajudas técnicas?... Quer dizer, nós não damos o antibiótico a uma criança cujo pai não pagou o IRS? Não é? Ou não se opera a apendicite? É que depois começam a acontecer este tipo de coisas... Portanto, acho que isto tudo tem que estar bem casado e em todas as idades haver, conforme cada criança, conforme cada fase da vida, não é?, com certeza... mas ter as várias áreas do conhecimento a intervir neste conjunto. E outra coisa, a nossa relação, que muitas vezes é adolescente com as próprias instituições das pessoas com deficiência em que eles são as pessoas com necessidades e nós sociedade estamos aqui para preencher e eles têm direitos e a gente dá, isto tudo é manter uma relação adolescente com as instituições de deficiência, não é? Eles são entes com...

O que é que isto tem a ver com o sono? Pergunto eu. Tem... Isto tudo se começa de pequenino, não é?, e o que nós queremos é que esta gente tenha metodologias de resolução de problemas, uma capacidade de análise e objetivar quais são as questões de

facto importantes na vida dela, isto tudo aprende-se em pequenino e os pais aprendem quando os meninos são pequeninos... E portanto é isto tudo que tem que estar presente ao longo da vida exatamente... o mundo não é ideal as coisas nunca estão todas resolvidas, estamos aqui todos para ajudar a resolver, o ponto de vista da pessoa com deficiência é importante, dos pais é importante, dos técnicos é importante, e isto tem que ser medido por coisas objetivas, concretas... E de facto tem as ajudas técnicas a tempo, tem as cirurgias a tempo, tem os apoios integrados multidisciplinares em todas as fases da vida, não é? São estas coisas da minha experiência, e que às vezes, eu acho que já foi melhor, eu acho que já foi melhor, estes últimos anos e a crise, este discurso da crise, “E nós não temos recursos para dar”, este discurso é muito angustiante para os pais e para as próprias pessoas com deficiência, portanto... Isto é mesmo aqui uma questão de construção de uma parceria, vamos lá todos resolver os problemas que existem com os recursos que há, a vida é o que é, vamos lá aqui andar com isto para a frente, e medir isto com coisas objetivas.

E pronto isto, às vezes faz-se fazendo-se, não é com grandes filosofias... Embora as filosofias... E eu gosto muito, eu gosto de conceitos, gosto de trabalhar conceitos e acho que a palavra não é inócua, a gente deve usar as palavras certas... Mas sinto falta disso agora em Portugal, coisas concretas como é os transportes para a escola, como os posicionadores para deitar, como... Este tipo de questões às vezes mensuráveis, e objetivas e concretas e que..., acho que é por aqui que temos que ir.

SM – Só para, se calhar, sintetizar, quando em relação às necessidades dos pais falou na necessidade das ajudas técnicas, na necessidade de também eles descansarem...

TF – Exatamente, o apoio domiciliário... Houve aqui um programa pela [REDACTED], um programa de apoio aos pais, em que os pais podiam ir tomar um café, podiam ir passar um fim de semana fora, e às vezes isto não é muito... isto não é um ato técnico, eu ficar com um filho (acham as entidades supra sumo, não é?), que isto não é uma questão... não é a mesma coisa que estar numa cadeira de rodas toda XPTO ou avaliar as questões na área da comunicação etc., por exemplo... não, mas isto são coisas que são importantes para a autonomia destes miúdos e que depois tem o reverso da medalha em que os pais aprendem a que os filhos não estejam com eles. Porque um miúdo com problema motor não gatinha e não vai parar à outra sala do lado, o pai não vive em si a autonomia do filho, física, portanto também não aprende a autonomia do filho, portanto temos que dar alguns elementos facilitadores disto, e o apoio domiciliário... Principalmente porque nós hoje estamos a

ter uma coisa muito complicada que é... e as grandes unidades de neonatologia são hoje as verdadeiras fontes desta questão que é: temos miúdos que têm patologias mas que estão bem, são relativamente autónomos se forem trabalhados, *borderline*, com um bom programa de... pronto, vão conseguir provavelmente governar a sua vida, não é?, se forem bem trabalhados, com bom contexto, por aí fora... Mas depois estamos com um grupo cada vez mais pesado de miúdos com situações de saúde muito complicadas. E para aqui as questões são muito mais difíceis e complexas e interdisciplinares... Sou capaz de ter um miúdo com paralisia cerebral que tem uma epilepsia muito difícil de controlar, que tem uma gastrostomia, que tem... se calhar até ventilado, ou que tem uma alimentação parentérica, ou que tem... não é?... Portanto, estes casos complexos, a gente tem que se preparar para eles, e não é a criança ter dez consultas diferentes no hospital, vai à gastro, vai à genética, vai à neonatologia, às vezes continuam ainda ir às consultas de desenvolvimento, acho muita graça, com seis, sete anos, vai à genética, vai à pediatria, vai à... Quer dizer às vezes têm cinco, seis, sete, oito consultas no mesmo hospital, não é?, que nunca se sentam numa mesa a falar daquele miúdo, e pronto... estas situações muito complexas, isto tem que ser pensado, estes apoios domiciliários são fundamentais... que às vezes não é uma questão de dose, é uma questão de quando os pais precisam, ou quando os pais... de terem... não é? E de perceber que isto é bom para os pais poderem ter um emprego, é bom e é rentável para a sociedade, para os irmãos poderem ter um equilíbrio no seu crescimento, ou para estes pais poderem se calhar não tomar tantos calmantes, andamos todos aí a pagar estes calmantes todos, não é? Enquanto sociedade, estou a falar de aspetos gerais, não é?

Pronto, isto tem de ser pensado, pronto, com dados, já começa a haver dados estatísticos destas crianças e como é que são, e acho que isso é importante, porque isso é um gasto muito grande para o sistema de saúde e para o sistema de atribuição das ajudas técnicas e para as escolas, é. Mas isto tem que ser analisado de uma forma integrada e previsto e avaliado de uma forma integrada... para fazer bem e melhor, para fazer melhor e às vezes mais eficaz e às vezes até mais barato, às vezes até mais barato... Quantas vezes não vejo eu uma ajuda técnica vinte mil euros, quantas vezes também não posso... estou a exagerar, mas quer dizer, já aconteceu... Estou-me a lembrar de um caso específico de agora aqui há uns dias em que de facto depois não... A mãe entretanto mudou de casa, o marido foi preso, a ajuda técnica ficou do lado de fora da porta porque não cabia, porque ela entretanto tinha ido para casa da irmã com não sei quantos filhos, pronto...e gastaram-se vinte e tal mil euros e a cadeira estava no

patiozinho ali da entrada do andar porque não cabia dentro de casa com aquela família toda, e pronto... e, não é?, e é um bocadinho isto. Que isto não é só dar a cadeira ou só dar em dinheiro, é acompanhar a utilização, tem que ser o centro prescriptor que depois tem que acompanhar e perceber se isto está a ser usado, se não está...

SM – Se está a ser adequadamente usado.

TF – Exatamente, exatamente. Essas coisas todas.

SM – Muito obrigada então.

TF – De nada.

Apêndice V – Análise de Conteúdo da Entrevista: A Importância do Sono na Criança com Paralisia Cerebral

Quadro 1 – Matriz Categorial da Entrevista Realizada à Enfermeira Especialista de um Centro de Reabilitação

Categorias	Subcategorias	Unidades de Contexto	Unidades de Registo
A PC e o sono das crianças	<u>Problemas associados à PC que influenciam o sono das crianças</u>	<p>“[a PC] pode ter outras complicações, (...) de epilepsias, de dor, de problemas na anca, etc., etc., que isto tudo pode complicar o sono e pode complicar a relação dos pais com o sono da criança, no sentido em que têm medo que a criança tenha uma crise e eles não deem por isso, a criança tenha dor durante a noite (...) chame os pais várias vezes durante a noite”</p> <p>“a pessoa às vezes não relaciona com a área do sono mas também é importante (...) as comorbilidades (...) epilepsia, da luxação da anca, das dores na anca, etc.”</p> <p>“[os problemas de sono] muito relacionada com uma série de áreas, com a parte da alimentação”</p> <p>“estes miúdos têm problemas de incómodo durante a noite com o posicionamento deitado, podem ter refluxo, podem ter dificuldade em (...) gerir a saliva, ou engolir a saliva, ou engasgar-se”</p>	<p>“complicações”</p> <p>“epilepsia”</p> <p>“dor”</p> <p>“problemas na anca”</p> <p>“comorbilidades”</p> <p>“incómodo”</p> <p>“dores”</p> <p>“refluxo”</p> <p>“engasgar-se”</p>
Impacto dos problemas de sono nas crianças com PC	<u>Impacto na qualidade de vida</u>	<p>“é um assunto [os problemas de sono] que tem muito a ver com a qualidade de vida, com questões de saúde”</p> <p>“é um problema [os problemas de sono] que acaba por ser determinante para a qualidade de vida (...) da criança e depois da família toda em geral”</p> <p>“[os problemas de sono] perturbe muito a vida dos pais”</p>	<p>“qualidade de vida”</p> <p>“perturbe muito a vida”</p>

	<u>Impacto psicológico</u>	“É um assunto [os problemas de sono] que é difícil, é muito difícil de lidar porque também há questões psicológicas ligadas a isto tudo”	“questões psicológicas”
	<u>Impacto na autonomia</u>	“o dormir tem muito a ver é com (...) a capacidade dos pais de darem a autonomia a estes miúdos, (...) é um tema que me ajuda a preparar estes pais para a futura autonomia dos miúdos. (...) E este tipo de temáticas como o sono permite trabalhar as questões da autonomia, (...) começa por não dormir ao meu colo (...) Começa por não comer ao meu colo, comer sentado numa cadeira, dormir num bercinho dele”	“capacidade dos pais de darem a autonomia a estes miúdos” “o sono permite trabalhar as questões da autonomia”
Atitudes relativamente aos problemas de sono das crianças com PC	<u>Não valorização dos problemas de sono das crianças com PC</u>	“os problemas de sono normalmente são muito pouco valorizados (...) quer por técnicos quer pelos pais” “Os pais acham que isto [os problemas de sono] muitas vezes nem é um problema (...) E não têm noção do quanto isso perturba a qualidade do dia todo” “eles [os pais] muitas vezes não valorizam[os problemas de sono], e pronto e não percebem da relação disto com todas as outras áreas: alimentação, respiração, autonomia emocional, controlo da dor...”	“muito pouco valorizados” “quer por técnicos quer pelos pais” “nem é um problema” “não valorizam”
Intervenções de Enfermagem para a promoção do sono de crianças com PC	<u>Intervenção holística</u>	“tem que se olhar para a criança no seu geral para conseguir lidar com a questão do sono”	“geral”
	<u>Posicionamento noturno da criança com PC</u>	“o posicionamento do dormir, é uma coisa muito importante no sono, e que é uma coisa que muitas vezes os técnicos, não veem as criancinhas a dormir, veem as crianças a andar numa cadeira de rodas, não valorizam, portanto há ajudas técnicas para a cama, para dormir, quer em termos da prevenção da dor, quer em termos de prevenção de	“posicionamento do dormir” “ajudas técnicas para a cama, para dormir” “posicionamento à noite”

		<p>escolioses, de luxações da anca, etc., etc., facilitar a parte respiratória, alimentar (...)</p> <p>praticamente não vê nada com o posicionamento à noite”</p> <p>“o sono vejo muito isto, os posicionamentos, as cirurgias, a atribuição de ajudas técnicas, isto tudo que tem a ver depois com a dor, com as luxações, com as questões do posicionamento, etc., etc... E acho que isso era muito importante para a qualidade de vida destes miúdos.”</p>	
	<p><u>Utilização de ajudas técnicas</u></p>	<p>“acompanhar a utilização, tem que ser o centro prescritor que depois tem que acompanhar e perceber se isto [ajuda técnica] está a ser usado”</p>	<p>“acompanhar”</p>
<p>Intervenções de Enfermagem com os pais para a promoção do sono de crianças com PC</p>	<p><u>Promoção da qualidade de vida da criança com PC e família</u></p>	<p>“Muitas vezes os pais vêm com uma nuvem de problemas e é preciso ajuda-los às vezes, por exemplo, com uma descrição do que é o seu dia, uma descrição dos problemas que têm e depois tentar que eles priorizem o que é que incomoda mais, o que é que perturba mais o seu dia-a-dia e isto tentando fazer ver aos pais que a qualidade do dia-a-dia é o mais importante no meio disto tudo”</p> <p>“[Os pais] percebam o que é que de facto é prioritário e o que é que é importante no dia-a-dia daquela criança para a sua qualidade de vida, da criança e dos pais”</p> <p>“fazer-lhes ver um pouco que a qualidade de vida do filho depende da qualidade de vida da família toda”</p> <p>“o que nós [Enfermeiros] queremos é que esta gente tenha (...) uma capacidade de análise e objetivar quais são as questões de facto importantes na vida dela”</p>	<p>“priorizem”</p> <p>“prioritário”</p> <p>“capacidade de análise e objetivar”</p>

	<u>Escutar e promover a reflexão</u>	<p>“isto é um processo em que a gente [Enfermeiros] tem que os ouvir muito, falar muito pouco, mas ir dando as dicas para eles [os pais] irem ouvindo, irem refletindo, irem percebendo estes processos na criança, até de amadurecimento emocional também, que isso é importante para eles crescerem”</p>	<p>“ouvir muito” “refletindo”</p>
	<u>Metodologia de resolução de problemas</u>	<p>“é preciso ajudar os pais a consciencializar o que se passa de facto com a criança” “ajuda-los [aos pais] a fazer um registo, propor que eles façam um registo quando se coloca esta situação do sono, quer das rotinas, quer das horas, dos procedimentos e que os ajuda a ter consciência de coisas que eles às vezes nem têm consciência que fazem, e que ajuda “medir” (entre aspas) o problema e ir-lhes dando pequenas metas de sucesso em que eles acabam por um lado consciencializar, depois por conseguir definir objetivos e a seguir por conseguir ir avaliando e ir tomando consciência dos ganhos e da importância desses ganhos” “o que nós [Enfermeiros] queremos é que esta gente tenha metodologias de resolução de problemas”</p>	<p>“consciencializar” “fazer um registo” “pequenas metas de sucesso” “definir objetivos” “ir avaliando” “metodologias de resolução de problemas”</p>
Necessidades dos pais de crianças com PC	<u>Apoio domiciliário</u>	<p>“apoio domiciliário para os pais poderem ir ter um fim-de-semana” “o apoio domiciliário... Houve aqui um programa (...) de apoio aos pais, em que os pais podiam ir tomar um café, podiam ir passar um fim-de-semana fora” “estes apoios domiciliários são fundamentais... que às vezes não é uma questão de dose, é uma questão de quando os pais precisam (...) E de perceber que isto é bom para os pais poderem</p>	<p>“apoio domiciliário”</p>

		ter um emprego, é bom e é rentável para a sociedade, para os irmãos poderem ter um equilíbrio no seu crescimento, ou para estes pais poderem se calhar não tomar tantos calmantes”	
	<u>Apoios na gestão da doença</u>	<p>“ajudar a que as coisas corram bem no dia-a-dia das pessoas (...) estas questões do dia-a-dia têm depois um efeito na vida das pessoas tremendo”</p> <p>“coisas concretas como é os transportes para a escola, como os posicionadores para deitar”</p> <p>“uma ajuda técnica ajustada a horas, transporte para levar a criança à escola (...), uma proposta de uma cirurgia por exemplo à anca com dor (...) deve ser um mês ou dois”</p>	<p>“questões do dia-a-dia”</p> <p>“coisas concretas”</p>

Apêndice VI – “Ansiedade Parental na Vacinação”: Relatório da Sessão de Formação aos Enfermeiros da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

**Logotipo da
UCSP**

“ANSIEDADE PARENTAL NA VACINAÇÃO”
Relatório da Sessão de Formação aos Enfermeiros da
Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediátrica

Sílvia Cristina de Paiva Marques

Sob a orientação de
Professora Doutora Zaida Borges Charepe
EEESCJ L. M.

Lisboa, junho de 2016

Índice

1. Introdução	3
2. Plano da Sessão de Formação “Ansiedade Parental na Vacinação”	4
3. Avaliação da Sessão de Formação “Ansiedade Parental na Vacinação”	7
4. Conclusão	10
5. Referências Bibliográficas	11
6. Apêndices	12
Apêndice I – Cartaz Informativo da Sessão de Formação “Ansiedade Parental na Vacinação”	13
Apêndice II – Apresentação “Ansiedade Parental na Vacinação”	14
Apêndice III – Questionário de Avaliação da Sessão de Formação “Ansiedade Parental na Vacinação”	24
Apêndice IV – Resultados da Avaliação da Sessão de Formação “Ansiedade Parental na Vacinação”	25

1. Introdução

O presente trabalho foi desenvolvido no âmbito do estágio numa Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) do Mestrado em Enfermagem, na área de Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, entre os dias 2 de maio e 17 de junho de 2016.

Ao realizar o diagnóstico de situação na UCSP, verificou-se que as Enfermeiras da consulta de Enfermagem de saúde infantil e da vacinação sentiam necessidade de desenvolver conhecimentos sobre as causas da ansiedade parental na vacinação das crianças e as intervenções de Enfermagem eficazes na sua redução. Deste modo, sugeriu-se a realização de uma sessão de formação sobre o tema em causa, o que foi muito bem aceite pelas profissionais da UCSP.

A pesquisa nas bases de dados científicas revelou que a ansiedade e o controlo da dor na vacinação das crianças constituem temas bastante estudados. Contudo, a ansiedade parental na vacinação das crianças não tem sido uma temática muito desenvolvida, tendo-se encontrado apenas um artigo sobre esta questão nas bases científicas (CINAHL; MEDLINE; Nursing & Allied Health Collection; Database of Abstracts of Reviews of Effects; Cochrane; Library, Information Science & Technology Abstracts; MedicLatina; Health Technology Assessments; NHS). Dada a escassez de fontes de informação científica, decidiu-se proceder à apresentação do artigo em causa (Luthy, Beckstrand, Asay, & Hewett, 2013) na sessão de formação.

De seguida, apresenta-se o plano elaborado para a sessão “Ansiedade Parental na Vacinação” e, posteriormente, a avaliação da sessão de formação.

2. Plano da Sessão de Formação “Ansiedade Parental na Vacinação”

Tema: Ansiedade Parental na Vacinação: Causas e Intervenções de Enfermagem.

Destinatários: Enfermeiras da UCSP.

Local: Biblioteca da UCSP.

Data e Hora: 14/06/2016, 10 horas.

Duração: 45 min.

Objetivo Geral: Reduzir a ansiedade parental na vacinação das crianças.

Objetivos Específicos:

- Conhecer as causas da ansiedade parental relacionada com a vacinação das crianças;
- Conhecer as intervenções de Enfermagem eficazes na redução da ansiedade parental relacionada com a vacinação das crianças;
- Promover a utilização de intervenções de Enfermagem eficazes na redução da ansiedade parental relacionada com a vacinação das crianças.

Formadoras: P. V. (Enfermeira) e Sílvia Marques (Enfermeira)

Orientação: Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (EEESCJ) L. M. da UCSP.

Quadro 1 – Plano da Sessão de Formação “Ansiedade Parental na Vacinação”

Etapas	Conteúdos	Método	Meios Auxiliares	Tempo
Introdução	Apresentação das formadoras. Apresentação dos objetivos da sessão.	Expositivo	<i>Data Show e Power Point (ver Apêndice II)</i>	2 min.

Desenvolvimento	1) Contextualização da temática: - Indicadores nacionais de adesão à vacinação. - Fatores de não adesão à vacinação. - Ansiedade parental como fator de não adesão à vacinação.	Expositivo	<i>Data Show e Power Point</i>	5 min.
	2) Apresentação de artigo de investigação sobre ansiedade parental na vacinação: - Título, autores e publicação. - Objetivos e método.	Expositivo	<i>Data Show e Power Point</i>	3 min.
	3) Causas de ansiedade parental na vacinação: - ansiedade parental prévia à vacinação. - ansiedade parental durante a vacinação. - ansiedade parental após a vacinação.	Expositivo e Participativo	<i>Data Show e Power Point</i>	10 min.
	4) Intervenções de Enfermagem eficazes na redução da ansiedade parental na vacinação: - gestão da consulta. - presença e contenção parental da criança. - informação adequada a cada família.	Expositivo e Participativo	<i>Data Show e Power Point</i>	10 min.
	5) Análise dos resultados do artigo: - causas de ansiedade parental na vacinação previstas na revisão da literatura. - causas de ansiedade parental na vacinação inesperadas. - incentivo ao debate e partilha de experiências.	Expositivo e Participativo	<i>Data Show e Power Point</i>	5 min.
Conclusão	Resumo das principais ideias apresentadas.	Expositivo e Participativo	<i>Data Show e</i>	5 min.

	<p>Esclarecimento de dúvidas.</p> <p>Entrega de cópia do artigo científico à UCSP.</p>		<p><i>Power Point</i></p> <p>Cópia do artigo científico</p>	
Avaliação	<p>Preenchimento do questionário anónimo de avaliação da sessão pelos formandos.</p>	Ativo	<p>Questionários de avaliação da sessão (ver Apêndice III)</p>	5 min.

3. Avaliação da Sessão de Formação “Ansiedade Parental na Vacinação”

A marcação do dia e hora da formação resultou da conjugação possível entre a disponibilidade das formadoras, da orientadora e dos recursos físicos da UCSP. Procedeu-se à divulgação da formação na Consulta de Saúde Infantil, Vacinação e Sala de Tratamentos através da afixação de cartazes informativos (ver Apêndice I) e de publicitação oral.

No dia e hora indicados, estavam presentes no local as formadoras e três Enfermeiras da UCSP (uma Enfermeira da consulta de saúde infantil, uma Enfermeira da vacinação e uma Enfermeira da saúde escolar/vacinação/saúde infantil) e uma aluna da Licenciatura em Enfermagem. Devido à impossibilidade de todas as Enfermeiras interessadas em participar na formação se ausentarem em simultâneo dos seus locais de trabalho, sugeriu-se a realização de uma segunda sessão, no mesmo dia e local, às 11 horas. Nesta segunda sessão estiveram presentes três Enfermeiras da UCSP (a Enfermeira responsável, uma Enfermeira da consulta de saúde infantil e uma Enfermeira da vacinação). Torna-se importante salientar que, deste modo, foi possível que a totalidade das Enfermeiras da consulta de saúde infantil e da vacinação da UCSP participassem na sessão de formação.

Da avaliação realizada pelas formandas (ver Apêndice IV), 42,86% (3) concordaram que o horário da formação foi adequado e 57,14% (4) concordaram totalmente. Estes valores possivelmente refletem a impossibilidade de todas as Enfermeiras participarem em simultâneo na sessão, o que certamente teria vantagens ao nível da discussão e partilha em grupo sobre o tema. A elevada taxa de participação das Enfermeiras da área da vacinação e saúde infantil demonstrou a importância da temática neste contexto e a adequação dos meios de divulgação utilizados. Na avaliação da sessão, 57,14% (4) das formandas concordaram totalmente que a formação foi útil para a sua atividade profissional e 42,86% (3) das formandas concordaram com a mesma afirmação. Quanto à frase “a teoria foi relacionada com a prática”, 57,14% (4) das formandas concordaram totalmente, enquanto 42,86% (3) das formandas concordaram. Nos comentários abertos sobre a sessão, verificou-se a existência de apenas um comentário que felicitava sobre a escolha da temática, o que reforça a relevância do tema para este contexto da prática clínica.

As duas sessões decorreram de forma semelhante, tendo em conta o plano de sessão elaborado. Em ambos os grupos a discussão de ideias sobre a temática apresentada surgiu de

forma espontânea e natural, verificando-se um grande interesse sobre o tema. Houve aspetos mencionados na formação que as participantes confirmaram com a sua experiência na área e aspetos que referiram nunca terem sido uma questão da sua prática. Estes últimos podem estar relacionados com diferenças culturais e dos sistemas de saúde americano e português ou com situações que as profissionais nunca se depararam mas que assumem que devem passar a estar atentas, pois podem constituir possíveis causas de ansiedade parental na vacinação das crianças no contexto nacional.

Os resultados da avaliação da sessão demonstraram que 71,43% (5) das formandas concordaram totalmente que a sessão favoreceu a sua aquisição/consolidação de conhecimentos e 28,57% (2) das formandas concordaram com a afirmação. A totalidade (7) das formandas considerou que os objetivos da formação foram atingidos. No que respeita à afirmação “foram abordados todos os pontos que considerou importantes”, 57,14% (4) das formandas concordaram totalmente e 42,86% (3) das formandas concordaram. Relativamente à satisfação das expectativas das formandas, 57,14% (4) das formandas concordaram totalmente, enquanto 42,86% (3) das formandas concordaram. Ao nível técnico-pedagógico, 57,14% (4) das formandas concordaram totalmente que este foi bom e 42,86% (3) das formandas concordaram que foi bom. Com estes resultados, é possível concluir que a sessão teve uma avaliação positiva em termos dos conteúdos apresentados.

Em ambas as sessões foi cumprido o tempo programado para as diferentes etapas, sendo que na avaliação todas as formandas (7) consideraram que a duração da formação foi adequada. Relativamente aos meios audiovisuais utilizados, a totalidade (7) das formandas considerou que estes foram adequados à mensagem transmitida.

O resultado mais baixo na avaliação da sessão foi no âmbito “a documentação distribuída/disponibilizada possui qualidade”, que foi de 71,43% (5) para concordância com a afirmação e de apenas 28,57% (2) de concordância total com a afirmação. Vários aspetos podem ter influenciado esta opinião das formandas. Por um lado, disponibilizou-se apenas uma cópia do artigo para consulta na UCSP. Por outro lado, o facto de o artigo estar redigido em inglês pareceu ser uma barreira para algumas participantes, uma vez que se verificaram alguns comentários sobre isto. Uma solução encontrada para a maior divulgação do artigo na UCSP, foi a disponibilização do artigo em formato digital para quem pretendesse.

No que respeita à avaliação da metodologia da formadora, a maioria dos pontos foram avaliados como “muito bom” pela totalidade das participantes (7): “domínio dos conteúdos apresentados”, “facilidade de transmissão de conhecimentos”, “clareza na transmissão dos conhecimentos”, “interação com o grupo”, “gestão do tempo” e “pontualidade”. No domínios

“capacidade de motivar, despertar interesse nos formandos” e “interesse demonstrado no esclarecimento de dúvidas”, 85,71% (6) das participantes avaliaram como “muito bom” e 14,29% (1) como “bom”. Com os resultados apresentados, considera-se muito positiva a avaliação da formadora pelas participantes.

4. Conclusão

Ao finalizar o presente trabalho foi possível concluir dois aspetos fundamentais: por um lado, o tema escolhido foi muito adequado e relevante para a satisfação das necessidades de formação sentidas pelas profissionais da UCSP e para a melhoria da sua prática clínica, e por outro lado, o método utilizado também se verificou ser apropriado para que os objetivos propostos fossem atingidos.

Com a realização deste trabalho foram várias as competências comuns de Enfermeiro Especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2010a) desenvolvidas, nomeadamente:

- “promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (p.5);
- “cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro” (p.7);
- “gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de Enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional” (p.7);
- “baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento” (p.10).

Ao nível das competências específicas de EEESCJ (Ordem dos Enfermeiros, 2010b), este trabalho permitiu o desenvolvimento das seguintes:

- “assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde” (p.3);
- “presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem” (p.5).

Em suma, considero que este trabalho foi muito produtivo no desenvolvimento de competências como EEESCJ.

5. Referências Bibliográficas

Luthy, K. E., Beckstrand, R. L., Asay, W., & Hewett, C. (2013). Vaccinating parents experience vaccine anxiety too. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 25, 667-673.

Ordem dos Enfermeiros. (2010a). *Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista*. Disponível em

http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2010b). *Regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Disponível em

http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciaCrian%C3%A7aJov_aprovadoAG_20Nov2010.pdf

6. Apêndices

Apêndice I – Cartaz Informativo da Sessão de Formação “Ansiedade Parental na Vacinação”

ANSIEDADE PARENTAL NA VACINAÇÃO

- CAUSAS E INTERVENÇÕES -



UCSP [REDACTED] – Biblioteca

14 de Junho de 2016 – 10h

Elaborado por:

Enf.^a P. V. (aluna [REDACTED])

Enf.^a Sílvia Marques (aluna Mestrado em ESIP – UCP)

Orientado por:

EEESCJ L. M.

Apêndice II – Apresentação “Ansiedade Parental na Vacinação”

Ansiedade Parental na Vacinação

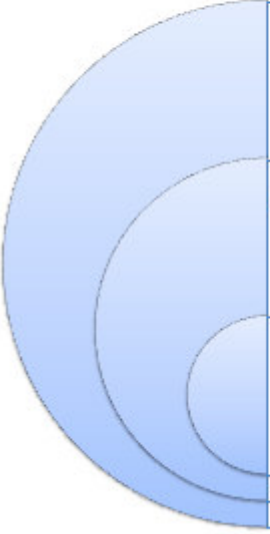


Elaborado por:
P. V. (XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX)
Sílvia Marques (Mestrado ESIP – UCP)

Orientado por:
Mestre G. M. R.
Doutora Zaida Charepe
EEESIP L. M.

UCSP XXXXXXXXXXXX – 14 junho 2016

Objetivos da Sessão



Conhecer as causas da ansiedade parental relacionada com a vacinação das crianças
Conhecer intervenções de enfermagem eficazes na redução da ansiedade parental relacionada com a vacinação
Promover a utilização de intervenções de enfermagem eficazes na redução da ansiedade parental relacionada com vacinação

Adesão à Vacinação

- Em Portugal, a taxa de cobertura vacinal é de cerca de 97%, uma das melhores taxas da Europa ⁽²⁾
- Existem vários fatores relacionados com a não adesão ou atraso na vacinação ⁽³⁾

Ansiedade Parental como Fator de Não Adesão à Vacinação ⁽¹⁾

Ansiedade parental relacionada com a vacinação das crianças

Pode contribuir para o atraso ou não adesão à vacinação

Gestão adequada da ansiedade parental pode melhorar taxa de adesão à vacinação

Artigo Investigação (1)

ORIGINAL RESEARCH

Vaccinating parents experience vaccine anxiety too

Karlen E. Luthy, DNP, FNP (Assistant Professor), Renea L. Beckstrand, RN, PhD, CCRN, CNE (Associate Professor), Whitney Asay, BS, RN (Research Assistant), & Carly Hewett, BS, RN (Research Assistant)

Brigham Young University, Provo, Utah

Journal of American Association of Nurse
Practitioners – 2013

Artigo Investigação (1)

Objetivos

- Identificar causas de ansiedade parental relacionadas com a vacinação de crianças
- Identificar recomendações para os profissionais de saúde para ajudar os pais a superar a ansiedade

Método

- Revisão da literatura
- Focus group com 4 grupos de 8-10 pais

Causas de Ansiedade Parental (1)



Ansiedade Prévia à
Vacinação



Ansiedade Durante a
Vacinação



Ansiedade Após a
Vacinação

Causas Ansiedade Parental Prévia à Vacinação (1)

Dias ou Semanas
Antes da Vacinação

Riscos vs Benefícios da
Vacinação

Efeito no Sistema
Imunitário do Lactente

Preparação do Toddler
e Pré-escolar

No Dia da
Vacinação

Componentes da
Vacina

Dose da Vacina

Causas Ansiedade Parental Durante a Vacinação ⁽¹⁾

Necessidade de Estar Presente para Confortar a Criança

Necessidade de Conter a Criança

Número de Injeções

Causas Ansiedade Parental Após a Vacinação ⁽¹⁾

Efeitos Secundários das Vacinas

Interrupções da Rotina Diária

Intervenções de Enfermagem ⁽¹⁾



Gestão da Consulta



Presença e Contenção Parental



Informação Adequada a cada Família

Intervenções de Enfermagem ⁽¹⁾



Gestão da Consulta

- Vacinação após a consulta de enfermagem e médica
- Pagar e agendar próxima consulta antes da vacinação
- Consultas mais prolongadas para abordar a vacinação

Intervenções de Enfermagem (1)



Presença e Contenção Parental

- Perguntar se os pais querem ajudar na contenção da criança
- Ter profissionais disponíveis para conter a criança

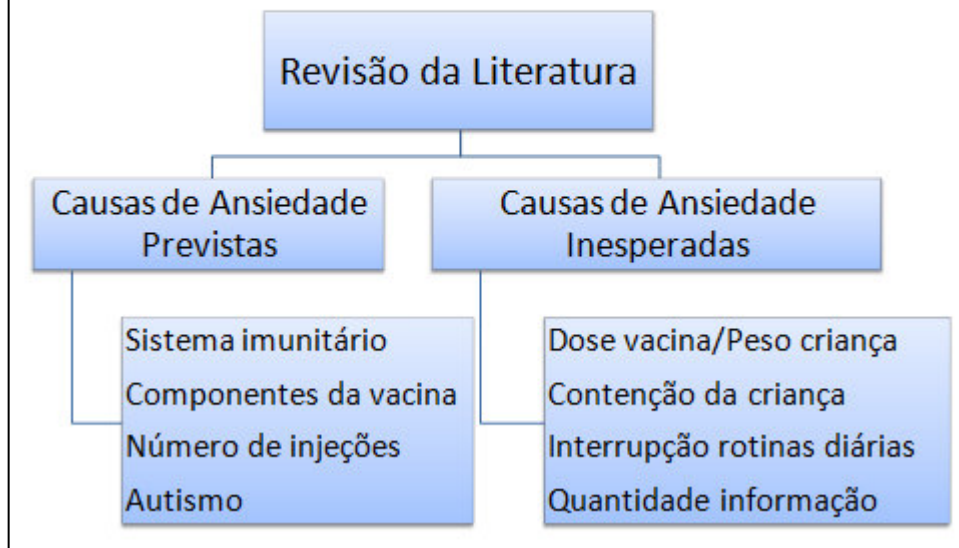
Intervenções de Enfermagem (1)



Informação Adequada a cada Família

- Responder às questões sobre vacinação
- Quantidade de informação nos folhetos
- Fontes credíveis sobre vacinação
- Artigos científicos sobre vacinação
- Autismo

Análise dos Resultados ⁽¹⁾



Causas Ansiedade Parental: Resumo ⁽¹⁾

Ansiedade Prévia à Vacinação

- Depende da idade da criança
- Semanas e dias antes vs no dia da vacinação

Ansiedade Durante a Vacinação

- Contenção por parte dos pais
- Número de injeções

Ansiedade Após a Vacinação

- Efeitos secundários das vacinas
- Interrupção da rotina diária

Intervenções de Enfermagem: Resumo ⁽¹⁾

Gestão da Consulta

- Vacinação no final
- Consultas mais prolongadas

Presença Parental


- Contenção da criança pelos pais ou profissionais

Informação Adequada

- Fornecer informação ajustada às necessidades da família

Referências Bibliográficas

1. Luthy, K. E., Beckstrand, R. L., Asay, W., & Hewett, C. (2013). Vaccinating parents experience vaccine anxiety too. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 25, 667-673.
2. Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. (2011). *Parecer nº 11/2011: Informações sobre vacinação*. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer%2011_MCEESIP.pdf
3. Direção-Geral da Saúde. (2014). *Perguntas Frequentes sobre Vacinação*. Disponível em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/perguntas-frequentes-sobre-vacinacao-pdf.aspx>

A close-up photograph of a baby's face and upper torso. The baby is smiling broadly, showing its teeth. On the baby's right shoulder, there is a small, colorful, butterfly-shaped sticker. The background is a clear, light blue sky.

Obrigada pela vossa atenção!

V a c i n a ç ã o

Apêndice III – Questionário de Avaliação da Sessão de Formação “Ansiedade Parental na Vacinação”

UCSP XXXXXXXXXX

Tema: Ansiedade Parental na Vacinação: Causas e intervenções

Data: 14 de junho de 2016 Duração: 40 min.

Formadoras: A – Enfª P. V. B – Enfª Sílvia Marques

Coloque uma cruz (X) na opção que melhor expresse a sua opinião, ou seja, o seu grau de concordância para cada uma das afirmações que se seguem.

APRECIÇÃO GLOBAL	DISCORD A TOTAL-MENTE	DISCORD DA	CONCORD A	CONCORD A TOTAL-MENTE
1. As suas expectativas em relação à formação foram satisfeitas.				
2. Os objetivos da formação foram atingidos.				
3. Para a sua atividade profissional a formação foi útil.				
4. Favoreceu a sua aquisição/consolidação de conhecimentos.				
5. A teoria foi relacionada com a prática.				
6. A formação apresentou bom nível técnico-pedagógico.				
7. Foram abordados todos os pontos que considerou importantes.				
8. A documentação distribuída/disponibilizada possui qualidade.				
9. Os audiovisuais utilizados foram adequados à mensagem transmitida.				
10. A duração da formação foi adequada.				
11. O horário da formação foi adequado.				

Classifique as **formadoras** e o **método** utilizando a seguinte escala:
1 – Insuficiente 2 – Suficiente 3 – Bom 4 – Muito Bom

METODOLOGIA	FORMADORAS	
	P. V.	Sílvia Marques
12. Domínio dos conteúdos apresentados.		
13. Facilidade de transmissão de conhecimentos.		
14. Clareza na transmissão dos conhecimentos.		
15. Capacidade de motivar, despertar interesse nos formandos.		
16. Interação com o grupo.		
17. Interesse demonstrado no esclarecimento de dúvidas.		
18. Gestão do tempo.		
19. Pontualidade.		

COMENTÁRIOS E SUGESTÕES

Obrigado pela sua colaboração.

Apêndice IV – Resultados da Avaliação da Sessão de Formação “Ansiedade Parental na Vacinação”

Avaliação da Sessão de Formação "Ansiedade Parental na Vacinação"

Apreciação Goblal

	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Contagem				Porcentagem			
								Discordo Totalmente	Discorda	Concorda	Concorda Totalmente	Discordo Totalmente	Discorda	Concorda	Concorda Totalmente
1	Concorda Totalmente	Concorda Totalmente	Concorda	Concorda Totalmente	Concorda	Concorda	Concorda Totalmente	0	0	3	4	0,00%	0,00%	42,86%	57,14%
2	Concorda Totalmente	Concorda Totalmente	Concorda Totalmente	Concorda Totalmente	Concorda Totalmente	Concorda Totalmente	Concorda Totalmente	0	0	0	7	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
3	Concorda Totalmente	Concorda Totalmente	Concorda	Concorda Totalmente	Concorda Totalmente	Concorda	Concorda	0	0	3	4	0,00%	0,00%	42,86%	57,14%
4	Concorda Totalmente	Concorda Totalmente	Concorda Totalmente	Concorda Totalmente	Concorda Totalmente	Concorda	Concorda	0	0	2	5	0,00%	0,00%	28,57%	71,43%
5	Concorda Totalmente	Concorda Totalmente	Concorda	Concorda Totalmente	Concorda	Concorda Totalmente	Concorda	0	0	3	4	0,00%	0,00%	42,86%	57,14%
6	Concorda Totalmente	Concorda Totalmente		Concorda	Concorda Totalmente	Concorda Totalmente	Concorda	0	0	2	4	0,00%	0,00%	28,57%	57,14%
7	Concorda Totalmente	Concorda Totalmente	Concorda	Concorda Totalmente	Concorda Totalmente	Concorda	Concorda	0	0	3	4	0,00%	0,00%	42,86%	57,14%
8	Concorda Totalmente	Concorda Totalmente	Concorda	Concorda	Concorda	Concorda	Concorda	0	0	5	2	0,00%	0,00%	71,43%	28,57%
9	Concorda Totalmente	Concorda Totalmente	Concorda Totalmente	Concorda Totalmente	Concorda Totalmente	Concorda Totalmente	Concorda Totalmente	0	0	0	7	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
10	Concorda Totalmente	Concorda Totalmente	Concorda Totalmente	Concorda Totalmente	Concorda Totalmente	Concorda Totalmente	Concorda Totalmente	0	0	0	7	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
11	Concorda Totalmente	Concorda Totalmente	Concorda Totalmente	Concorda	Concorda	Concorda	Concorda Totalmente	0	0	3	4	0,00%	0,00%	42,86%	57,14%

Método

	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Contagem				Porcentagem			
								Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom	Discordo Totalmente	Discorda	Concorda	Concorda Totalmente
12	Muito Bom	Muito Bom	Muito Bom	Muito Bom	Muito Bom	Muito Bom	Muito Bom	0	0	0	7	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
13	Muito Bom	Muito Bom	Muito Bom	Muito Bom	Muito Bom	Muito Bom	Muito Bom	0	0	0	7	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
14	Muito Bom	Muito Bom	Muito Bom	Muito Bom	Muito Bom	Muito Bom	Muito Bom	0	0	0	7	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
15	Muito Bom	Muito Bom	Muito Bom	Muito Bom	Muito Bom	Bom	Muito Bom	0	0	1	6	0,00%	0,00%	14,29%	85,71%
16	Muito Bom	Muito Bom	Muito Bom	Muito Bom	Muito Bom	Muito Bom	Muito Bom	0	0	0	7	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
17	Muito Bom	Muito Bom	Muito Bom	Muito Bom	Muito Bom	Muito Bom	Bom	0	0	1	6	0,00%	0,00%	14,29%	85,71%
18	Muito Bom	Muito Bom	Muito Bom	Muito Bom	Muito Bom	Muito Bom	Muito Bom	0	0	0	7	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
19	Muito Bom	Muito Bom	Muito Bom	Muito Bom	Muito Bom	Muito Bom	Muito Bom	0	0	0	7	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%

Notas: Excelente escolha de temática

Apêndice VII – “Comer para Crescer com Saúde”: Relatório da Sessão de Informação a Pais da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

**Logotipo da
UCSP**

“COMER PARA CRESCER COM SAÚDE”

**Relatório da Sessão de Informação a Pais da Unidade de
Cuidados de Saúde Personalizados**

Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediátrica

Sílvia Cristina de Paiva Marques

Sob a orientação de
Professora Doutora Zaida Borges Charepe
EEESCJ L. M.

Lisboa, junho de 2016

Índice

1. Introdução	3
2. Plano da Sessão de Informação “Comer para Crescer com Saúde”	4
3. Avaliação da Sessão de Informação “Comer para Crescer com Saúde”	7
4. Conclusão	10
5. Referências Bibliográficas e Bibliografia Consultada	11
6. Apêndices	12
Apêndice I – Cartaz Informativo da Sessão de Informação “Comer para Crescer com Saúde”	13
Apêndice II – Grelha de Avaliação da Sessão de Informação “Comer para Crescer com Saúde”	14

1. Introdução

O presente trabalho foi desenvolvido no âmbito do estágio numa Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) do Mestrado em Enfermagem, na área de Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, entre os dias 2 de maio e 17 de junho de 2016.

Este trabalho foi planeado e implementado num centro de apoio à comunidade (CAC) de uma instituição particular de solidariedade social da área abrangida pela UCSP. Este CAC encontra-se inserido num bairro de habitação social, sendo várias as carências económicas e sociais desta comunidade, pelo que muitas famílias recebem apoios proporcionados pelo CAC. O centro proporciona às famílias das crianças da creche um programa de formação/discussão de diferentes temáticas consideradas importantes para as famílias. A presente sessão de informação teve origem numa solicitação do CAC à UCSP para abordar o tema da alimentação saudável com os pais das crianças da creche.

De seguida, apresenta-se o plano elaborado para a sessão “Comer para Crescer com Saúde” e, posteriormente, a avaliação da sessão de informação.

2. Plano da Sessão de Informação “Comer para Crescer com Saúde”

Tema: Alimentação equilibrada para crianças e famílias.

Destinatários: Pais de criança (dos 9 meses aos 3 anos) da creche do CAC.

Local: Creche do CAC.

Data e Hora: 18/05/2016, 17 horas.

Duração: 1 hora.

Objetivo Geral: Promover hábitos alimentares saudáveis nas crianças e famílias.

Objetivos Específicos:

- Conhecer hábitos alimentares das crianças e famílias da creche;
- Reforçar práticas alimentares adequadas;
- Enunciar erros alimentares praticados e explicar os motivos;
- Promover uma alimentação saudável para toda a família.

Formadoras: Sílvia Marques (Enfermeira) e J. F. (Aluna de Dietética e Nutrição).

Orientação: Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (EEESCJ) L. M. da UCSP.

Descrição de material auxiliar utilizado:

- 32 micas com imagens de alimentos (arroz, massa, fruta, legumes, leguminosas, batatas, batatas fritas, iogurtes, leite, leite com chocolate, café/galão, água, sumos/refrigerantes, carne, peixe, *fast food*, comida pré-cozinhada (*nuggets*), Bollycao[®]/Manhãzitos[®]/Donuts[®], folhados/croissants, bolachas, pão, manteiga, azeite, maionese, chocolates, rebuçados/gomas, cereais pequeno almoço);

- Cartaz com a Roda dos Alimentos;

- Cartaz com quantidade (em gramas e pacotes de açúcar do café) de açúcar existente em vários sumos;

- Cartaz com quantidade (em gramas e pacotes de açúcar do café) de açúcar existente nos Bollycao[®] e Manhãzitos[®];

- Cartaz com os nutrientes existentes num pacote de batatas fritas;

- Embalagens de *ice tea*, Coca Cola[®], leite com chocolate, iogurte líquido, iogurte de aroma e iogurte natural com as quantidades de açúcar correspondentes dentro de sacos;

- Cartolinas verde, amarela e vermelha.

Quadro 1 – Plano da Sessão de Informação “Comer para Crescer com Saúde”

Etapas	Conteúdos	Método	Meios Auxiliares	Tempo
Introdução	Apresentação das formadoras. Introdução da temática e objetivos.	Expositivo		3 min.
Desenvolvimento	1) Os pais escolhem, entre vários recortes de alimentos, um alimento que os filhos gostem ou comam com frequência (saudável ou não).	Ativo	Imagens variadas de alimentos.	2 min.
	2) Cada pai identifica a imagem que escolheu e dá a sua opinião sobre o alimento em causa.	Ativo		20 min.
	3) As formadoras reforçam ideias corretas sobre os alimentos e corrigem as erradas. Referem também cuidados a ter na escolha de alguns produtos e no modo de preparação dos alimentos. Esclarecimento de dúvidas.	Expositivo		15 min.
	4) Apresentação da roda dos alimentos e explicação dos princípios gerais de uma alimentação saudável.	Expositivo	Roda dos Alimentos	5 min.

	5) Demonstração, com exemplos práticos, da quantidade de açúcar presente em alguns alimentos que as crianças/família consomem.	Demonstrativo	Alimentos com a respectiva quantidade de açúcar em sacos.	5 min.
Conclusão	Resumo das principais ideias apresentadas. Esclarecimento de dúvidas. Entrega de cartaz com a Roda dos Alimentos para afixar no CAC.	Expositivo	Cartaz com a Roda dos Alimentos.	5 min.
Avaliação	Os pais colocam os alimentos que escolheram numa cartolina verde (alimentos a consumir regularmente), amarela (alimentos a consumir com moderação) ou vermelha (alimentos a evitar), conforme a sua opinião sobre estes.	Ativo	Cartolinas verde, amarela e vermelha.	5 min.

3. Avaliação da Sessão de Informação “Comer para Crescer com Saúde”

A sessão de informação foi realizada no dia, hora e local proposto pelo CAC. Procedeu-se à divulgação da sessão de informação no CAC através da afixação de cartazes informativos (ver Apêndice I) em locais visíveis pelos pais das crianças e da publicitação oral através das educadoras de infância do centro. Estiveram presentes na sessão dez mães de crianças da creche do CAC, educadora de infância, psicóloga e assistente social do CAC e uma representante da instituição particular de solidariedade social, para além das formadoras e orientadora da sessão.

Foi notória a relação de confiança já estabelecida entre as mães das crianças e as técnicas do CAC, bem como o conhecimento que as profissionais têm sobre cada família. Por outro lado, também se denotou existir alguma relação de proximidade entre as próprias mães das crianças, o que poderá ter facilitado a abertura para a exposição das opiniões individuais, mas também a proposta de soluções / conselhos / sugestões de umas participantes para as outras. Quando as sugestões apresentadas eram corretas, estas eram reforçadas, mas, se não eram adequadas, eram de imediato corrigidas. A interação entre as participantes foi muito positiva, uma vez que existem situações em que é mais valorizado o que é referido por alguém que é mais próximo e com quem se tem uma relação de confiança, do que as indicações de um profissional de saúde que se desconhece ou com quem ainda não se criou uma relação mais profunda. Esta descontração entre as diferentes participantes gerou, em alguns momentos, alguma confusão com várias pessoas a falar ao mesmo tempo ou a falar entre pequenos grupos. Sempre que tal aconteceu, foi necessário interromper para podermos partilhar as opiniões de cada um com a totalidade do grupo. A grande participação das mães e a discussão gerada levou a concluir que o tema em causa era do interesse das participantes.

A apresentação das formadoras pela EEESCJ L. M., orientadora da sessão, foi crucial, na medida em que parte das mães que participaram na sessão conheciam-na da consulta de Enfermagem de saúde infantil da UCSP e tinham confiança e uma relação já estabelecida com a Enfermeira. Houve alguns momentos, especialmente quando se gerava alguma controvérsia de opiniões, em que foi necessário a EEESCJ L. M., devido à autoridade que lhe era reconhecida por parte das mães que a conheciam, intervir. Quando tal acontecia, a atenção das mães estava centrada no que a Enfermeira dizia e não se verificavam conversas

paralelas. Daqui se verifica a importância do trabalho comunitário desenvolvido pelos profissionais de saúde e a importância da relação de confiança entre os pais e profissionais de saúde para que a informação seja transmitida com sucesso.

A sessão de informação foi preparada de modo a que fosse muito pouco expositiva, uma vez que se trata de formação de adultos e que a população alvo seria, à partida, pouco receptiva a sessões muito densas e pouco dinâmicas. Para tal, toda a sessão se desenvolveu em torno das escolhas, opiniões e hábitos das participantes, não só relativamente à alimentação das crianças mas de toda a família. Os alimentos escolhidos pelas participantes foram: fruta, peixe, chocolate, *fast food*, leite, legumes, carne, massa e ovos. Para além destes alimentos, também se abordaram os seguintes alimentos não selecionados pelas mães: sumos, rebuçados/gomas, iogurtes, leite com chocolate, batatas fritas e água. Todas as mães justificaram adequadamente a escolha feita, sendo esta uma opção saudável ou não.

Torna-se importante destacar que, na grande maioria dos casos, as mães têm conhecimentos corretos sobre alimentação saudável e erros alimentares mais usuais. Contudo, surgiram algumas opiniões menos corretas que foram prontamente corrigidas e justificadas consoante o que é o conhecimento científico atual. O que parece ter tido mais impacto e que as mães pareciam não ter noção, foi as quantidades de açúcar presentes em sumos, leite com chocolate, iogurtes, Bollycao[®] e Manhãzitos[®]. A utilização de um método muito visual e concreto para a apresentação das quantidades de açúcar nestes alimentos foi muito positiva e eficaz. As mães referiram abertamente que, por vezes, faziam escolhas menos saudáveis em termos alimentares e que pretendiam manter essa prática. Foi reforçado que também é importante para o desenvolvimento das crianças não se negar completamente alguns alimentos que, apesar de não serem escolhas saudáveis, são desejados. O importante é ter consciência de que o consumo de alimentos não saudáveis deve ser esporádico e não diário.

Durante a sessão foi detetado um caso grave de erro alimentar de uma criança com 2 anos que ingeria diariamente cerca de 2 a 3 litros de leite e que praticamente não comia outros alimentos. Foi explicado à mãe a necessidade da criança comer outros alimentos para além do leite, a necessidade de insistência perante a recusa da criança e as consequências graves que esta alimentação podem ter para a saúde do seu filho. As técnicas do CAC já se tinham apercebido da dificuldade da criança comer na creche, mas desconheciam os hábitos alimentares no domicílio. O seguimento desta situação ficou a encargo das técnicas do CAC. A realização da sessão num ambiente familiar das participantes proporcionou que fossem reveladas práticas que, possivelmente, noutro contexto, como por exemplo a consulta de saúde infantil, não seriam admitidas.

Para além de se abordar questões relacionadas com a alimentação saudável, sempre que oportuno foram mencionados outros aspetos importantes para a saúde, como a higiene dos alimentos consumidos crus, a higiene oral (lavar os dentes duas vezes por dia, sendo que à noite os dentes devem ser lavados depois de beber o leite), o mito de que a alimentação saudável corresponde a ser magro e ser magro corresponde a ser saudável e os riscos futuros de uma alimentação não saudável (com obesidade atual ou não) como a diabetes, a hipertensão arterial e a obesidade. Também foram mencionadas, em diversas situações, questões relacionadas com a educação das crianças. Detetou-se que algumas mães têm dificuldade em não aceder aos pedidos dos filhos, o que sendo uma prática constante é prejudicial ao desenvolvimento das crianças.

A avaliação da sessão (ver Apêndice II) consistia em identificar corretamente o alimento que tinha sido escolhido nas categorias a consumir com frequência, com moderação e a evitar. Verificaram-se apenas dois erros, que consistiram em considerar a massa e os ovos com alimentos a consumir com moderação. Estas respostas são compreensíveis, apesar de não serem corretas, pelo que teria sido positivo falar sobre os motivos que levaram à identificação destes alimentos como alimentos a consumir com moderação. Contudo, a avaliação ocorreu com alguma turbulência das participantes e com alguma impaciência devido ao avançado da sessão, pelo que não foi possível abordar esta questão.

De um modo geral, os objetivos que foram propostos para esta sessão de informação foram atingidos.

4. Conclusão

Ao finalizar o presente trabalho foi possível concluir que a intervenção comunitária no âmbito da promoção da saúde das crianças e famílias assume uma grande importância, em especial, em meios socioeconômicos desfavorecidos, sendo que o trabalho desenvolvido com grupos com relações previamente estabelecidas e nos seus contextos habituais facilitam a abertura e exposição das opiniões e hábitos pessoais ou familiares. Também foi importante verificar que, na sua grande maioria, as mães tinham conhecimentos adequados sobre alimentação saudável, o que leva a concluir que os erros alimentares devem estar relacionados com outros fatores que não a falta de informação. Torna-se importante perceber qual a melhor forma de motivação para a realização de uma alimentação saudável, como por exemplo as consequências a longo prazo para a saúde de uma alimentação incorreta.

Com a realização deste trabalho, foram desenvolvidas as seguintes competências comuns de Enfermeiro Especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2010a):

- “promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (p.5);
- “baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento” (p.10).

Ao nível das competências específicas de EEESCJ (Ordem dos Enfermeiros, 2010b), foram desenvolvidas várias com este trabalho, nomeadamente:

- “assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde” (p.3);
- “presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem” (p.5).

Em suma, considero que este trabalho foi muito produtivo no desenvolvimento de competências como EEESCJ.

5. Referências Bibliográficas e Bibliografia Consultada

- Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto. (2004). *Guia: Os alimentos na roda* (2ª ed.). Lisboa, Portugal: Instituto do Consumidor.
- Guerra, A., Rêgo, C., Silva, D., Ferreira, G. C., Mansilha, H., Antunes, H., & Ferreira, R. (Comissão de Nutrição da Sociedade Portuguesa de Pediatria). (2013). Alimentação e nutrição do lactente. *Acta Pediátrica Portuguesa: Revista de Medicina da Criança e Adolescente*, 43(5), S17-S40.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010a). *Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista*. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2010b). *Regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciaCrian%C3%A7aJov_ aprovadoAG_20Nov2010.pdf

6. Apêndices

Apêndice I – Cartaz Informativo da Sessão de Informação “Comer para Crescer com Saúde”

Sessão de Informação sobre Alimentação
Saudável para os Pais

Comer para Crescer com Saúde



Com Nutricionista e Enfermeiras da UCSP [REDACTED]

Centro [REDACTED]

18 de Maio de 2016

17 horas

**Logotipo da
UCSP**

**Logotipo da
IPSS**

Apêndice II – Grelha de Avaliação da Sessão de Informação “Comer para Crescer com Saúde”

Pais	Identifica corretamente o alimento escolhido nas categorias a consumir com frequência (verde), com moderação (amarelo) e a evitar (vermelho)?		
	Sim	Não	Anotações
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

Apêndice VIII – Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil a uma Criança com Necessidades Especiais de Saúde



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

**Logotipo da
UCSP**

**CONSULTA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL A
UMA CRIANÇA COM NECESSIDADES ESPECIAIS DE
SAÚDE**

Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediátrica

Sílvia Cristina de Paiva Marques

Sob a orientação de
Professora Doutora Zaida Borges Charepe
EEESCJ L. M.

Lisboa, junho de 2016

Índice

1. Introdução	3
2. Planeamento da Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil a uma Criança com Necessidades Especiais de Saúde	4
3. Descrição da Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil a uma Criança com Necessidades Especiais de Saúde	8
4. Plano de Cuidados de Enfermagem de Saúde Infantil a uma Criança com Necessidades Especiais de Saúde	12
5. Conclusão	16
6. Referências Bibliográficas e Bibliografia Consultada	17

1. Introdução

O presente trabalho foi desenvolvido no âmbito do estágio numa Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) do Mestrado em Enfermagem, na área de Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, entre os dias 2 de maio e 17 de junho de 2016.

Este trabalho consiste numa síntese e reflexão sobre o acompanhamento de uma criança com necessidades especiais de saúde (NES) a nível dos cuidados de saúde primários. Inicialmente, procedeu-se à observação de uma sessão de intervenção precoce com um professor de ensino especial na creche que a criança frequenta. Este momento foi muito importante para conhecer a criança no seu meio habitual, bem como para conhecer o trabalho realizado pela equipa local de intervenção precoce com a criança e com os profissionais que mais tempo passam com ela – as educadoras de infância da creche. Ao falar com as educadoras de infância da creche também foi possível conhecer as rotinas da criança e o seu padrão normal. Num segundo momento, foi possível planear e realizar a consulta de Enfermagem de saúde infantil a esta criança e mãe. O conhecimento prévio da criança mostrou-se muito profícuo na avaliação da criança na consulta.

A criança tem três anos e tem o diagnóstico médico de hidrocefalia e paralisia cerebral. As alterações na criança foram detetadas uma semana após a nascença, tendo sido encaminhada para Portugal, proveniente de um país africano de língua oficial portuguesa, acompanhada pela mãe. A criança foi observada pela neurologia pediátrica, tendo colocado uma derivação ventrículo-peritoneal. Mantém-se em vigilância e acompanhamento por neurologia a nível hospitalar. Apesar do tratamento, o volume craniano encontra-se muito aumentado. A nível físico, apresenta um padrão espástico e não consegue segurar a cabeça. A criança manteve-se no domicílio com a mãe durante os primeiros dois anos de vida. Ao ter sido detetada esta situação na UCSP, a criança foi de imediato sinalizada para o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância e integrada numa creche. A criança foi também encaminhada para uma consulta num centro de reabilitação infantil. Foi sugerido à mãe o acompanhamento da criança pelo centro nas diferentes áreas terapêuticas disponíveis (fisioterapia, terapia da fala, terapia ocupacional e ensino especial), mas a mãe recusou por indisponibilidade para levar e buscar a criança ao centro.

De seguida apresenta-se o plano realizado para a consulta de Enfermagem de saúde infantil a esta criança e mãe, seguindo-se uma breve descrição da consulta e o plano de cuidados elaborado.

2. Planeamento da Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil a uma Criança com Necessidades Especiais de Saúde

O planeamento da consulta de Enfermagem de saúde infantil a esta criança com NES teve por base a situação de saúde da criança e as recomendações da Direção-Geral da Saúde (DGS) constantes no *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil* (DGS, 2013).

Quadro 1 – Plano da Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil

Área	Objetivo	Intervenção de Enfermagem
Relacional	<p>Avaliar a qualidade da relação entre mãe e criança.</p> <p>Detetar precocemente o risco de maus tratos.</p>	<p>Observar a relação da díade ao longo de toda a consulta. Por exemplo, observar o modo como a mãe olha para a criança, lhe pega, a despe e veste.</p>
Física	<p>Avaliar fisicamente a criança.</p> <p>Avaliar o posicionamento da criança na cadeira de transporte.</p> <p>Avaliar a higiene da criança.</p> <p>Detetar precocemente maus tratos.</p>	<p>Observar o estado geral da criança.</p> <p>Observar alterações físicas e posturais.</p> <p>Avaliar a tonicidade muscular e a limitação da amplitude dos movimentos dos membros.</p> <p>Avaliar o peso, comprimento, IMC e perímetro cefálico da criança.</p> <p>Avaliar a Tensão Arterial.</p> <p>Observar o posicionamento da criança na cadeira de transporte.</p> <p>Observar o estado de higiene da criança e roupas.</p> <p>Observar a existência de sinais físicos de maus tratos.</p>
Reabilitação	<p>Promover o posicionamento correto e evitar alterações posturais na criança.</p> <p>Promover a amplitude de</p>	<p>Observar o posicionamento da criança na cadeira de transporte.</p> <p>Observar a utilização das ortóteses de tornozelo-pé.</p> <p>Questionar a mãe sobre os posicionamentos</p>

	movimentos e evitar o posicionamento espástico.	noturnos da criança e a sua frequência. Questionar a mãe sobre a realização de mobilizações passivas dos membros.
Higiene Oral	Promover a saúde oral da criança.	Observar os dentes e verificar a existência de cáries. Questionar a mãe sobre hábitos de higiene oral à criança.
Alimentação	Promover uma alimentação saudável e adequada às limitações da criança.	Questionar a mãe sobre: - alimentos consumidos, - alimentos não consumidos, - modo de confeção dos alimentos, - consistência dos alimentos, - ingestão de água, - consumo de alimentos com elevado teor de açúcar/gordura/sal.
Sono	Avaliar os hábitos de sono da criança.	Questionar a mãe sobre os hábitos de sono da criança.
Desenvolvimento	Promover o desenvolvimento no potencial máximo da criança.	Questionar a mãe sobre atividades que costuma realizar com a criança (brincar, ver televisão, passear, ...). Questionar a mãe sobre o brinquedo e /ou brincadeira preferido da criança. Incentivar a realização de atividades promotoras do desenvolvimento da criança. Avaliar a visão (Imagens de animais que a criança conhece). Avaliar a audição (com sineta ou voz). Avaliar o nível de desenvolvimento da criança.
Linguagem	Promover a linguagem no potencial máximo da criança.	Avaliar a linguagem da criança (vocalizações / palavras).

		<p>Questionar a mãe sobre palavras que a criança diz ou outras formas de comunicação compreensíveis pela mãe.</p> <p>Incentivar a que a mãe estimule o desenvolvimento da linguagem da criança com conversas com a criança, brincadeiras, canções, livros.</p>
Segurança	Promover a segurança da criança.	<p>Questionar a mãe sobre a utilização constante de cintos de retenção da cadeira.</p> <p>Questionar a mãe sobre a utilização de cama com grades.</p> <p>Questionar a mãe sobre outros locais onde a criança permaneça em casa e adequar cuidados de segurança.</p>
Creche	Avaliar a adaptação da criança à creche.	<p>Questionar a mãe sobre a adaptação da criança à creche.</p> <p>Questionar a mãe sobre hábitos e rotinas na creche.</p> <p>Questionar a mãe sobre informações que são transmitidas pelas educadoras de infância.</p>
Vacinação	Promover a vacinação da criança nos tempos adequados.	<p>Consultar o Boletim de Vacinas da criança.</p> <p>Incentivar a vacinação da criança nos tempos adequados.</p>
Articulação / Seguimento	Promover a articulação entre serviços de saúde e a continuidade de cuidados.	<p>Consultar o Boletim Individual de Saúde da Criança.</p> <p>Questionar a mãe se houve alterações ou queixas desde a última consulta.</p> <p>Questionar a mãe sobre o seguimento da criança a nível hospitalar.</p> <p>Questionar a mãe sobre o seguimento da criança a nível da intervenção precoce.</p>

		Questionar a mãe sobre o seguimento da criança a nível do centro de reabilitação infantil.
Saúde Materna	Promover a saúde e o bem-estar da mãe.	<p>Observar o estado geral mãe.</p> <p>Questionar a mãe sobre como está, o seu estado de saúde, como se sente, preocupações, ...</p> <p>Questionar a mãe sobre os apoios de que dispõe (companheiro, comunidade, ...).</p> <p>Questionar a mãe se tem alguma dúvida ou algo mais a acrescentar.</p>

3. Descrição da Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil a uma Criança com Necessidades Especiais de Saúde

No dia e hora marcados, a mãe compareceu com a criança na UCSP. Na sala de espera, foi possível observar a interação entre mãe e criança. A mãe interagiu com a criança, falando e brincando com ela, sendo que a criança reagiu positivamente com vocalizações e risos, estando ambas divertidas. Ao entrar para a consulta a mãe demonstrou ficar um pouco mais tensa, situação que se tornou mais evidente em alguns momentos da consulta. A nível relacional, durante a consulta observou-se que a mãe puxa a criança pelo braço para a retirar da cadeira, não sendo muito afetuosa, além de parecer não ter o cuidado necessário, devido às limitações de mobilidade articular, ao despir e vestir a criança (questão cultural?). A criança apresenta um olhar expressivo e comunica bastante com a mãe deste modo. No entanto, durante a consulta a mãe pareceu procurar pouco o contacto visual com a criança, eventualmente por se tratar de uma situação de tensão para a mãe.

Da avaliação física da criança há que salientar que apresenta um aspeto geral ligeiramente emagrecido, em especial nos membros. A avaliação do peso só foi possível ao colo da mãe, pesando a criança cerca de 11 kg (percentil 3). A criança apresenta deformidades posturais derivadas da sua situação clínica e de posicionamentos pouco adequados durante os primeiros anos de vida (só este ano escolar foi para a creche e teve consulta no centro de reabilitação infantil e consequentes apoios de cadeira de transporte adequada e ortóteses de tornozelo-pé). Os membros superiores apresentam elevada espasticidade, sendo um pouco menor nos membros inferiores. Apesar da espasticidade e das limitações de amplitude de movimentos, foi possível realizar a extensão passiva dos quatro membros sem desconforto significativo da criança. Para tal, foi necessário alongar os membros lentamente e com distração (cantar ou falar com a criança). Deste modo e não esquecendo as alterações posturais da criança, foi possível avaliar o seu comprimento, que foi de cerca de 89 cm (acima do percentil 3). O seu Índice de Massa Corporal (IMC) é de 13,89 (acima do percentil 3).

A sua cabeça apresenta grandes dimensões, com um perímetro cefálico de 58 cm (sem tabelas de percentil para a idade), tendo o cabelo arranjado como é usual na sua cultura. Na região parietal esquerda verifica-se a existência de pequenas lesões, segundo a mãe por passar muito tempo deitada em decúbito lateral esquerdo, por ser a sua posição preferida. Por este motivo, apresenta dolicocefalia à esquerda. A mãe tem conhecimento de que a criança não

pode ficar sempre ou muito tempo posicionada para o lado esquerdo, mas contudo assume que posiciona a criança em decúbito lateral esquerdo por longos períodos à noite.

A criança tem uma derivação ventrículo-peritoneal, apresentando cicatrizes cranianas e abdominais da sua colocação. O seu abdómen é volumoso. Apesar de não se conhecer intolerâncias alimentares diagnosticadas, a mãe mencionou alterações abdominais (como distensão abdominal e diarreia) com alguns alimentos, como por exemplo o leite. Respiração da criança é ruidosa, sendo que segundo a mãe já é uma situação habitual. A criança apresenta um olhar vivo e expressivo, sorri bastante quando se interage, tendo uma boa interação deste modo. Não foi possível proceder à avaliação da tensão arterial da criança. A criança apresentava uma higiene adequada.

Ao nível da reabilitação, a mãe refere que a criança utiliza sempre as ortóteses dos membros inferiores, demonstrando à vontade na sua colocação e remoção. Quando questionada sobre a realização de mobilizações passivas dos membros, a mãe referiu que fazia pouco porque a criança tem dor e queixa-se à mobilização. Espontaneamente demonstrou como fazia, sendo que utilizou movimentos demasiado bruscos para a situação de limitação da mobilidade articular da criança, causando-lhe notoriamente dor. Foi-lhe explicado que as mobilizações dos membros deveriam ser feitas lentamente e com brincadeiras ou canções para ajudar a distrair a criança. Foi demonstrado que era possível fazê-lo sem que a criança tivesse dor ou desconforto significativo. A mãe pareceu pouco disponível para a realização deste tipo de intervenção, mas foi explicada a importância de o fazer. No que respeita aos posicionamentos durante a noite, a mãe referiu que posiciona a criança ao deitar e passado três horas, não reposicionando a criança até esta acordar.

A criança encontrava-se bem posicionada na cadeira de transporte, faltando apenas uma ligeira abdução dos membros inferiores para prevenir a luxação da anca. Contudo não foi feito ensino porque a mãe, após o reforço da importância de fazer as mobilizações passivas dos membros, começou a demonstrar pouca atenção e paciência ao que lhe era dito.

Não foram observados sinais físicos de maus tratos na criança. O que se verificou foi algum desinteresse por parte da mãe em participar na prevenção e melhoria das alterações posturais decorrentes da situação da criança, através dos posicionamentos frequentes durante a noite, evitar que esteja por períodos prolongados em decúbito lateral esquerdo e realização de mobilizações passivas dos membros.

Ao nível do sono, a mãe refere que a criança dorme bem, deitando-se cerca das 20h30 e acordando cerca das 5h30, dormindo um total de cerca de 9 horas por noite. A criança é posicionada cerca das 23h30. Normalmente a criança não acorda durante a noite.

Relativamente à higiene oral, observou-se que a criança possui a dentição de leite completa, aparentemente sem cáries. A mãe referiu que costuma lavar os dentes à criança de manhã com uma fralda de pano envolta no dedo, não usando pasta de dentes, apenas água. Foi referido que poderia utilizar este método, mas que deveria utilizar pasta de dentes para criança, assim como lavar os dentes da criança também ao deitar.

Quanto aos hábitos alimentares, a mãe referiu que a criança, de um modo geral, gosta de comer. Como exemplos de alimentos consumidos a mãe referiu o arroz muito cozido, a massa, a carne (frango desfiado), iogurtes sólidos, sopa com sal, fruta cozida ou assada. Segundo a mãe a criança “gosta de comida de adultos, bem cozinhada” (sic). Não come papas, leite e queijo porque, segundo a mãe, causam-lhe distensão abdominal e diarreia. A criança bebe muita água, mas também chás e sumos sem gás (devido à distensão abdominal). Ao nível da consistência, a comida não tem de ser mole ou pastosa. Apesar de não ter um reflexo de mastigação muito desenvolvido, segundo a mãe a criança vai mastigando lentamente os alimentos.

Em relação ao desenvolvimento da criança e tendo sempre presente as limitações da sua situação clínica, a mãe não pareceu muito motivada para desenvolver atividades com a criança que promovessem o seu desenvolvimento. Quando questionada sobre que atividades costuma realizar com a criança, a mãe referiu que a criança gosta de ver televisão (desenhos animados), ficando muito atenta. Questionou-se qual o brinquedo preferido da criança, sendo que a mãe referiu que não costuma usar brinquedos para interagir com a criança. Explicou-se a importância de interagir e brincar com a criança, utilizando brinquedos, canções, histórias.

Durante a consulta, foi possível verificar que a criança segue os sons e tenta virar a cabeça ou o olhar para a origem do som. Segundo a mãe, a criança só dorme se estiver tudo em silêncio, se não fica desperta. Deste modo, é possível concluir que a criança terá uma adequada acuidade auditiva. A avaliação da acuidade visual não foi possível de ser avaliada.

A linguagem da criança limita-se essencialmente a vocalizações, utilizando também o choro para chamar a mãe. Gosta de repetir o som dos animais, apesar de ter dificuldades na expressão. Segundo a mãe, apenas diz a palavra “mãe”. Quando questionada sobre outras formas de comunicação compreensíveis pela mãe, esta referiu que a criança não tem. Quando a criança observa algo que quer, reage expressivamente de modo que a mãe entende o que ela quer, mas não é capaz de expressar que quer algo que não está a ver. Foi incentivada a estimular a linguagem da criança com conversas, canções ou livros, sendo importante a mãe brincar com a criança, falar e interagir com ela.

No âmbito da segurança da criança, a mãe referiu que utiliza sempre os cintos apertados quando a criança está na cadeira e a cama da criança possui grades. Quando questionada sobre outros locais em casa em que a criança possa permanecer, a mãe referiu que a criança ou está na cadeira ou está na cama, pelo que não se abordou outras questões de segurança.

A criança frequenta a creche desde este ano letivo. Segundo a mãe, a sua adaptação foi boa. As educadoras de infância referem à mãe que a criança fica bem na creche.

Solicitou-se o Boletim Individual de Saúde e o Boletim de Vacinas da criança. A mãe trouxe apenas o Boletim de Vacinas, pelo que não foi possível ler eventuais anotações das consultas hospitalares. Ao ser questionada sobre alterações ou queixas desde a última consulta, a mãe não referiu nada. A nível hospitalar, a criança é seguida na consulta de neurologia para vigilância da sua situação clínica e controlo da epilepsia. Mantém-se a fazer uma sessão semanal de intervenção precoce com professor de ensino especial na creche. A criança foi a uma consulta com fisiatra no centro de reabilitação infantil, onde lhe foi sugerido acompanhamento no centro, o qual a mãe recusou por não ter disponibilidade para levar e buscar a criança aos tratamentos. O centro forneceu uma cadeira adaptada às suas necessidades, dado que até aí utilizava uma cadeira de criança simples que não promovia a correção postural, e ortóteses de tornozelo-pé. Neste momento, aguarda que o centro forneça talas de pulso. A criança realizou as vacinas segundo o plano nacional, não tendo vacinas em atraso.

A mãe apresenta um bom aspeto geral. Pareceu sentir-se pouco à vontade na consulta, mas também pouco interessada/motivada. Quando questionada sobre como estava, como se sentia e como estava de saúde, a mãe referiu que estava bem e não precisava de nada, sendo que quem precisa é a criança. Quanto aos apoios, a mãe conta apenas com o auxílio do seu companheiro, que gosta, cuida e é carinhoso com a criança (dado que foi reforçado pelas educadoras de infância da creche). Ao terminar a consulta, questionou-se se a mãe tinha alguma dúvida ou algo a acrescentar, sendo que a mãe apenas referiu estar com pressa.

4. Plano de Cuidados de Enfermagem de Saúde Infantil a uma Criança com Necessidades Especiais de Saúde

Quadro 2 – Plano de Cuidados de Enfermagem de Saúde Infantil a Criança com NES

Avaliação Inicial	Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Resultados Esperados
<p>A mãe não fornece uma estimulação adequada à criança.</p> <p>A mãe negligencia as necessidades da criança.</p>	<p>Parentalidade alterada relacionada com doença crónica da criança.</p>	<p>Promover uma relação de ajuda com a mãe que possibilite que esta expresse as suas preocupações, frustrações e sentimentos em relação à criança.</p> <p>Incentivar a realização de atividades entre a mãe e a criança promotoras do desenvolvimento infantil.</p> <p>Promover a utilização de recursos comunitários disponíveis.</p>	<p>Que a mãe expresse as suas preocupações e sentimentos.</p> <p>Que a mãe forneça à criança uma estimulação adequada à sua idade e nível de desenvolvimento.</p> <p>Que a mãe satisfaça as necessidades de cuidados da criança.</p> <p>Que a mãe utilize os recursos comunitários disponíveis sempre que necessário.</p>
<p>A mãe não proporciona à criança as atividades terapêuticas adequadas à sua situação clínica, bem como para promover o seu desenvolvimento máximo.</p>	<p>Controlo familiar ineficaz do regime terapêutico relacionado com complexidade do regime terapêutico e dificuldades económicas.</p>	<p>Explicar a importância da realização das mobilizações passivas para o bem-estar da criança.</p> <p>Demonstrar como realizar as mobilizações passivas dos membros da criança causando a menor dor e desconforto possíveis.</p>	<p>Que a mãe perceba a importância das mobilizações passivas para o bem-estar da criança.</p> <p>Que a mãe realize diariamente mobilizações passivas dos membros da criança causando a menor dor e</p>

		<p>Promover a continuação do uso das ortóteses de tornozelo-pé e da cadeira de transporte adaptada.</p> <p>Demonstrar à mãe como manter os membros inferiores em ligeira abdução quando a criança está na cadeira de transporte.</p> <p>Promover uma solução para que a criança realize o programa terapêutico proposto pelo centro de reabilitação infantil.</p>	<p>desconforto possíveis.</p> <p>Que a criança mantenha a utilização das ortóteses de tornozelo-pé e da cadeira de transporte adaptada.</p> <p>Que a criança seja posicionada na cadeira de transporte com ligeira abdução dos membros inferiores.</p> <p>Que a criança realize o programa terapêutico proposto pelo centro de reabilitação infantil.</p>
<p>A criança apresenta um atraso significativo do desenvolvimento.</p>	<p>Atraso no desenvolvimento relacionado com disfunção neuromuscular.</p>	<p>Promover a interação e a brincadeira entre a mãe e a criança, como forma promotora do desenvolvimento infantil.</p> <p>Promover uma solução para que a criança realize o programa terapêutico proposto pelo centro de reabilitação infantil.</p>	<p>Que a mãe interaja e brinque com a criança diariamente.</p> <p>Que a criança realize o programa terapêutico proposto pelo centro de reabilitação infantil.</p> <p>Que a criança apresente um desenvolvimento no seu potencial máximo.</p>
<p>Incapacidade da criança referir desconforto.</p> <p>Posicionamentos com intervalos prolongados.</p>	<p>Conforto prejudicado relacionado com disfunção neuromuscular e imobilidade.</p>	<p>Reforçar a importância do posicionamento diurno e noturno frequente.</p> <p>Promover a realização de atividades de diversão para a criança.</p>	<p>Que a criança seja posicionada com frequência, tanto na cadeira como na cama.</p> <p>Que a criança usufrua de atividades de diversão diárias.</p>

Descontentamento da mãe face à situação atual.	Conforto materno prejudicado relacionado com doença crónica da criança.	Promover uma relação de ajuda com a mãe que possibilite que esta expresse as suas preocupações, frustrações e sentimentos em relação à criança. Promover a utilização de recursos comunitários disponíveis.	Que a mãe expresse as suas preocupações e sentimentos. Que a mãe utilize os recursos comunitários disponíveis sempre que necessário.
A criança apresenta pequenas lesões na região parietal esquerda e dolicocefalia à esquerda. Durante as 9 horas de sono da criança, a mãe posiciona-a uma vez.	Risco de úlceras de pressão relacionado com imobilidade.	Reforçar a importância do posicionamento frequente durante a noite e da alternância de decúbitos.	Que a criança seja posicionada durante a noite com intervalos de cerca de 3 horas. Que sejam alternados decúbitos, não permanecendo por longos períodos em decúbito lateral esquerdo. Que a criança não tenha úlceras de pressão.
A criança apresenta espasticidade e limitação da amplitude de movimentos dos membros.	Risco de síndrome de desuso relacionado com disfunção neuromuscular.	Demonstrar como realizar mobilizações passivas dos membros, lentamente e utilizando distrações para a criança (cantar, falar, brincar), causando a menor dor e desconforto possíveis.	Que a mãe realize diariamente mobilizações passivas dos membros à criança. Que a criança mantenha a amplitude de movimentos dos membros.
Como formas de comunicação a	Comunicação verbal	Informar a mãe da importância do	Que a criança seja capaz de utilizar formas

<p>criança utiliza vocalizações, choro, a palavra “mãe” e a expressividade facial.</p>	<p>prejudicada relacionada com disfunção neuromuscular.</p>	<p>desenvolvimento da linguagem nesta idade através de conversas, canções ou livros. Demonstrar à mãe a importância de desenvolver a comunicação da criança no seu potencial máximo.</p>	<p>alternativas de comunicação.</p>
<p>Lavagem dos dentes é realizada à criança uma vez por dia e utilizando apenas água.</p>	<p>Risco de dentição prejudicada relacionada com hábitos de higiene oral inadequados.</p>	<p>Informar a mãe de que deve lavar os dentes da criança duas vezes por dia e deve utilizar pasta de dentes infantil. Manter a vigilância da saúde oral.</p>	<p>Que a mãe lave os dentes da criança de manhã e à noite. Que a mãe utilize pasta de dentes infantil para lavar os dentes da criança. Que a criança mantenha uma boa saúde oral.</p>

5. Conclusão

Ao finalizar este trabalho foi possível perceber a importância da intervenção de Enfermagem especializada em saúde infantil e pediátrica em situações complexas, como no caso das crianças com NES e suas famílias. A elaboração deste planeamento e intervenção permitiu o desenvolvimento de várias competências comuns de Enfermeiro Especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2010a), tais como:

- “promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (p.5);
- “cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro” (p.7);
- “baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento” (p.10).

No que respeita às competências específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (Ordem dos Enfermeiros, 2010b), este trabalho permitiu o desenvolvimento das seguintes:

- “assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde” (p.3);
- “cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade” (p.4),
- “presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem” (p.5).

Em suma, foi um trabalho muito proveitoso no percurso para a especialização em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem.

6. Referências Bibliográficas e Bibliografia Consultada

- Bulechek, G. M., Bufcher, H. K., Dochterman, J. M., & Wagner, C. M. (2013). *Nursing interventions classification (NIC)* (6ª ed.). Oxford, England: Elsevier.
- Direção-Geral da Saúde. (2013). *Programa nacional de saúde infantil e juvenil*. Disponível em <http://www.dgs.pt/?cr=24430>
- Doenges, M. E., Moorhouse, M. F., & Murr, A. C. (2013). *Nursing diagnosis manual: Planning, individualizing, and documenting client care* (4ª ed.). Philadelphia, USA: F. A. Davis Company.
- Herdman, T. H. & Kamitsuru, S. (Eds.). (2014). *NANDA International nursing diagnoses: Definitions and classification. 2015-2017* (10ª ed.). Oxford, England: Wiley Blackwell.
- Hockenberry, M. J. & Wilson, D. (2011). *Wong's nursing care of infants and children* (9ª ed.). St. Louis, MO, USA: Mosby Elsevier.
- Johnson, M. (2006). *NANDA, NOC, and NIC linkages: Nursing diagnoses, outcomes, & interventions* (2ª ed.). Missouri, USA: Mosby.
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L., & Swanson, E. (Eds.). (2013). *Nursing outcomes classification (NOC): Measurement of health outcomes* (5ª ed.). Oxford, England: Elsevier.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010a). *Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista*. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2010b). *Regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciaCrian%C3%A7aJov_aprovadoAG_20Nov2010.pdf

Apêndice IX – Promoção do Sono das Crianças: Intervenção de Enfermagem na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

**Logotipo da
UCSP**

PROMOÇÃO DO SONO DAS CRIANÇAS
Intervenção de Enfermagem na Unidade de Cuidados de
Saúde Personalizados

Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediátrica

Sílvia Cristina de Paiva Marques

Sob a orientação de
Professora Doutora Zaida Borges Charepe
EEESCJ L. M.

Lisboa, junho de 2016

Índice

1. Introdução	3
2. O Sono das Crianças	4
3. Avaliação do Sono das Crianças	6
4. Os Problemas de Sono das Crianças	8
5. Resultados da Aplicação do Questionário de Hábitos de Sono das Crianças	18
6. Fluxograma de Avaliação e Decisão de Intervenção de Enfermagem para a Promoção do Sono das Crianças	27
7. Conclusão	28
8. Referências Bibliográficas	30
9. Anexos	35
Anexo I – Questionário de Hábitos de Sono das Crianças	36
Anexo II – Pedido de autorização de utilização do Questionário de Hábitos de Sono das Crianças	38
Anexo III – Resposta ao pedido de autorização de utilização do Questionário de Hábitos de Sono das Crianças	39
Anexo IV – Pedido de autorização de aplicação do Questionário de Hábitos de Sono das Crianças na UCSP	40
Anexo V – Resposta ao pedido de autorização de aplicação do Questionário de Hábitos de Sono das Crianças na UCSP	41

1. Introdução

O presente trabalho foi desenvolvido no âmbito do estágio numa Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) do Mestrado em Enfermagem, na área de Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, entre os dias 2 de maio e 17 de junho de 2016.

Durante este estágio, nas consultas de Enfermagem de saúde infantil e juvenil realizadas, foram implementadas intervenções de Enfermagem promotoras do sono das crianças. Para tal, utilizou-se, como forma de avaliação inicial, o Questionário de Hábitos de Sono das Crianças (QHSC). As respostas dos pais a este questionário serviram de base à entrevista terapêutica e orientaram as intervenções de Enfermagem desenvolvidas.

Tendo por base esta experiência de estágio, os objetivos deste trabalho foram analisar os resultados obtidos da aplicação do QHSC e desenvolver um fluxograma de avaliação e decisão das intervenções de Enfermagem a implementar para promover o sono das crianças. Deste modo, pretende-se otimizar o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão, melhorando a qualidade dos cuidados de Enfermagem e facilitando a deteção de problemas de sono na infância.

Este trabalho encontra-se estruturado em seis partes. Na primeira é feita uma breve abordagem da importância do sono na infância, seguindo-se a apresentação do questionário escolhido para avaliar o sono das crianças (QHSC). Na terceira parte são apresentados os principais problemas de sono na infância, tendo por base a evidência científica recente na área. No quarto capítulo os resultados da aplicação do QHSC são analisados. Posteriormente e partindo do conhecimento científico atual sobre o sono das crianças e da experiência de estágio na UCSP, apresenta-se o fluxograma de avaliação e decisão de intervenção de Enfermagem para promoção do sono das crianças. Por último, são apresentadas as conclusões e as competências desenvolvidas com este trabalho.

2. O Sono das Crianças

O sono promove o crescimento físico e o desenvolvimento mental das crianças, mas também permite ao corpo conservar energia e restaurar os seus processos normais (Carter, Hathaway, & Lettieri, 2014). De um modo geral, dormir o tempo necessário para cada idade está associado a uma melhoria da atenção, do comportamento, da aprendizagem, da memória, da regulação emocional, da qualidade de vida e da saúde física e mental, enquanto dormir menos está relacionado com problemas de atenção, comportamento e aprendizagem, aumento do risco de acidentes, lesões, hipertensão, obesidade, diabetes e depressão (Paruthi et al., 2016). Por outro lado, dormir em demasia também pode ter consequências negativas, estando associado a hipertensão, diabetes, obesidade e problemas de saúde mental (Paruthi et al., 2016).

Atualmente, o sono é afetado por diversos fatores relacionados com o estilo de vida moderno, tal como o uso de aparelhos eletrónicos, a exposição excessiva à luz no final da noite, a estimulação excessiva, o consumo inadequado de cafeína e a baixa prioridade conferida ao sono pelas famílias e sociedade (Gruber et al., 2014). A sociedade moderna tende a considerar o sono como tempo perdido, pelo que o ambiente sociocultural e laboral não é promotor de hábitos de sono saudáveis, sendo que até mesmo as crianças têm horários sobrecarregados com atividades extracurriculares múltiplas que atrasam a hora de deitar e diminuem a duração do sono (Gruber et al., 2014).

Recentemente, a Academia Americana de Medicina do Sono publicou um consenso sobre a quantidade de horas de sono necessárias para as diferentes idades pediátricas para promover uma saúde ótima (Paruthi et al., 2016). Assim, os bebés entre os quatro e os doze meses de idade devem dormir entre doze e dezasseis horas por dia (incluindo sesta), as crianças entre um e dois anos devem dormir entre onze e catorze horas por dia (incluindo sesta), as crianças dos três aos cinco anos devem dormir dez a treze horas por dia incluindo sesta, as crianças em idade escolar (6-12 anos) devem dormir nove a doze horas por dia e os adolescentes (13-18 anos) devem de dormir oito a dez horas por dia (Paruthi et al., 2016).

A importância da promoção do sono na infância e adolescência está patente no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (Direção-Geral da Saúde, 2013) que determina que os cuidados antecipatórios devem incluir os hábitos de sono, tendo

indicações específicas desde o nascimento ao primeiro ano de vida, bem como dos quatro aos dezoito anos.

Os problemas de sono das crianças têm influência no funcionamento familiar, especialmente no sono e função dos pais durante o dia (humor, *stress*, satisfação conjugal) ao mesmo tempo que são influenciados pelo funcionamento da família (*stress* parental, conflito conjugal) (Meltzer & Montgomery-Downs, 2011). Apesar de serem necessários mais estudos nesta área, as intervenções comportamentais para melhorar o sono das crianças também podem ter benefícios no sono dos pais e, conseqüentemente, melhorar o seu funcionamento diurno (Meltzer & Montgomery-Downs, 2011). Assim, ao promover o sono das crianças os Enfermeiros estão a favorecer o seu crescimento e desenvolvimento saudáveis, bem como o conforto e bem-estar de toda a família.

3. Avaliação do Sono das Crianças

Para intervir adequadamente no sono é fundamental começar por fazer uma avaliação correta e precisa do mesmo. Para tal, decidiu-se utilizar o QHSC (ver Anexo I) nas consultas de Enfermagem de saúde infantil e juvenil realizadas na UCSP, pois este é útil na triagem de problemas do sono de crianças (Silva, Silva, Braga, & Neto, 2014), sejam estes do foro comportamental ou médico (Owens, Spirito, & McGuinn, 2000). O QHSC foi elaborado por Owens et al. (2000) e validado para a população portuguesa por Silva et al. (2014).

Inicialmente, o QHSC foi desenvolvido para crianças entre os quatro e os dez anos de idade (Owens et al., 2000), mas a sua aplicabilidade em crianças desde os dois anos já foi demonstrada (Silva et al., 2014). O QHSC “avalia a perceção dos pais do sono dos seus filhos durante a semana anterior ou, caso não seja representativo por alguma razão, durante uma semana típica recente” (Silva et al., 2014, p.79).

As questões do QHSC foram elaboradas tendo em consideração os sintomas comuns dos problemas de sono mais frequentes na infância, segundo a Classificação Internacional dos Distúrbios do Sono (Owens et al., 2000). As respostas ao QHSC sobre a frequência dos comportamentos do sono das crianças são feitas através de uma escala com três níveis (“habitualmente” que corresponde a cinco a sete vezes por semana, “às vezes” para comportamentos que ocorrem duas a quatro vezes por semana ou “raramente” em questões que se verificam nenhuma ou uma vez por semana). Na maioria das questões a pontuação é de três para as respostas “habitualmente”, de dois para “às vezes” e de um ponto para “raramente”. Contudo, nalgumas questões a pontuação foi invertida (itens 1, 2, 3, 10, 11 e 26) de modo a que uma pontuação mais elevada correspondesse a um sono mais perturbado (Silva et al., 2014). Assim, a pontuação mínima do QHSC é de trinta e três pontos e a máxima de noventa e nove pontos.

Os autores do QHSC (Owens et al., 2000) determinaram como ponto de corte do índice de perturbação do sono para o rastreio dos problemas de sono a cotação de quarenta e um no total do questionário. No entanto, num estudo realizado na população portuguesa com o QHSC (Silva, Silva, Braga, & Neto, 2013) verificou-se que este valor de ponto de corte não era adequado para o nosso contexto, dado que seria positivo em mais de 50% das crianças incluídas no estudo. Estes autores (Silva et al., 2013)

determinaram como ponto de corte para o índice de perturbação do sono na população portuguesa valores na pontuação total do questionário superiores ou iguais a quarenta e oito pontos, tendo este ponto de corte uma sensibilidade de 0,87 e uma especificidade de 0,69 na identificação de problemas do sono nas crianças.

Para utilização do QHSC nas consultas de Enfermagem na UCSP, foi solicitada autorização ao autor da validação da versão portuguesa do questionário (ver Anexo II), bem como à direção do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) da UCSP (ver Anexo IV). Tanto o autor (ver Anexo III) como a direção do ACES (ver Anexo V) responderam positivamente aos pedidos.

Também existem escalas para avaliar a prática de hábitos que facilitam ou inibem o sono em adolescentes (Escala de Higiene do Sono na Adolescência) (Storfer-Isser, LeBourgeois, Harsh, Tompsett, & Redline, 2013) e a qualidade do sono dos adolescentes (Autoavaliação da Qualidade do Sono na Adolescência) (LeBourgeois, Giannotti, Cortesi, Wolfson e Harsh, 2005), ambas traduzidas e validadas para a população portuguesa (Cortez, 2014). Contudo, a decisão de aplicação apenas da QHSC deveu-se ao facto de a grande maioria das consultas de Enfermagem de saúde infantil e juvenil realizadas na UCSP ser a crianças com idades inferiores a dez anos.

4. Os Problemas de Sono das Crianças

A American Academy of Sleep Medicine (AASM) classificou os problemas de sono em dissónias, parassónias e problemas do sono associados a distúrbios mentais, neurológicos ou outras patologias médicas (AASM, 2001). As dissónias são “um distúrbio primário em iniciar e manter o sono ou de sonolência excessiva” (AASM, 2001, p.340), constituindo uma alteração do sono ou da vigília. As parassónias são alterações do acordar, acordar parcial ou da transição do sono-vigília, sendo um problema episódico no sono e não na sua quantidade (AASM, 2001). Uma parassónia pode ser induzida ou exacerbada pelo sono (AASM, 2001).

Neste trabalho, decidiu-se analisar as dissónias e parassónias que o QHSC permite identificar, pois constituem os distúrbios do sono mais comuns em crianças (Owens et al., 2000). Assim, as dissónias abordadas serão a higiene do sono inadequada, a insónia, a hipersónia e a síndrome de apneia obstrutiva do sono (SAOS), enquanto as parassónias serão o sonambulismo, os terrores noturnos, os pesadelos, o bruxismo do sono e a enurese do sono.

A educação para a higiene do sono consiste em fornecer informações sobre estilos de vida (alimentação, exercício, uso de substâncias) e medidas ambientais (luminosidade, ruído, temperatura) que podem interferir ou promover o sono (Gruber et al., 2014). São múltiplas as recomendações para a higiene do sono nas crianças presentes na literatura científica.

A implementação de horários de acordar e deitar regulares e um ambiente tranquilo ajudam a criança a autodisciplinar-se (Mukherjee et al., 2015; Pestana, 2010). “Rituais simples e constantes, no período que medeia a hora de dormir, adaptados às diferentes etapas do desenvolvimento, ajudarão a criança a aceitar o berço/cama como espaço que lhe dá conforto e segurança” (Pestana, 2010, p.84). A exposição a luzes brilhantes nas manhãs regula o relógio biológico, enquanto à noite o quarto deve ser mantido fresco e escuro (Gruber et al., 2014). O quarto deve ser reservado apenas para dormir e o colchão deve ser confortável (Gruber et al., 2014). Desenvolver uma rotina relaxante antes de deitar, incluindo atividades como dar banho e massagem nas crianças mais pequenas (Pestana, 2010) e tomar banho, ler ou ouvir música nas crianças mais velhas (Gruber et al., 2014), favorece a entrada no sono. Relativamente à alimentação,

as crianças não devem deitar-se com fome, mas também não devem ingerir uma refeição pesada imediatamente antes da hora de dormir (Gruber et al., 2014).

A quantidade de horas diárias que as crianças veem televisão influencia a duração do seu sono, tal como demonstrou um estudo longitudinal em que as crianças que passavam longos períodos a ver televisão (mais de 1,5 horas por dia) tinham uma menor duração do sono (Marinelli et al., 2014). Por outro lado, o excesso de exposição a televisão antes de dormir pode aumentar a excitação das crianças e atrasar a hora de dormir. Deste modo, o tempo de exposição diário a televisão nas crianças em idade pré-escolares e escolar deve ser limitado (Marinelli et al., 2014). O tipo de programas de televisão também pode influenciar a reação da criança, sendo que crianças mais pequenas (com menos de oito anos) podem ser mais vulneráveis, pois podem não ser capazes de distinguir a fantasia da realidade, levando ao aumento do *stress* (Marinelli et al., 2014).

Um estudo demonstrou que a monitorização por parte dos pais da exposição das crianças aos *media* tinha efeitos imediatos e a longo prazo ao nível da saúde física, social e académica das crianças, uma vez que levava ao aumento do sono, melhoria do desempenho escolar, aumento do comportamento pró-social e redução do comportamento agressivo (Gentile, Reimer, Nathanson, Walsh, & Eisenmann, 2014). Existem quatro formas dos pais monitorizarem a exposição dos filhos aos *media*: assistindo aos programas com as crianças, restringindo a quantidade de tempo de exposição, limitando os tipos de conteúdo observados e discutindo o significado do conteúdo dos programas com as crianças (Gentile et al., 2014). O envolvimento dos pais na redução da exposição das crianças a conteúdo violento tem uma grande influência nas alterações verificadas nos comportamentos pró-sociais por um lado, bem como nos agressivos (Gentile et al., 2014).

No que respeita ao computador, o seu uso excessivo prediz uma menor duração do sono (Chahal, Fung, Kuhle, & Veugelers, 2012; Garmy, Nyberg, & Jakobsson, 2012; Nuutinen, Ray, & Roos, 2013) e hora de deitar mais tarde (Nuutinen et al., 2013). Quanto à utilização de telemóveis antes de adormecer, foi realizado um estudo que demonstrou que o uso de telemóveis, para telefonar ou mandar mensagens escritas, depois das luzes apagadas, estava associado a menor duração do sono, pior qualidade subjetiva do sono, excessiva sonolência diurna e sintomas de insónia (Munezawa et al., 2011).

Consequentemente, são vários os estudos que recomendam que dispositivos eletrônicos, tais como televisões, computadores (com e sem internet), consolas de videojogos, DVD, telemóveis e *tablets*, não estejam presentes nos quartos de crianças e adolescentes, de modo a promover hábitos e padrões de sono saudáveis (Chahal et al., 2012; Chaput et al., 2014; Garmy et al., 2012; Munezawa et al., 2011; Nuutinen et al., 2013). A American Academy of Pediatrics (AAP) (2013) recomenda que os pais limitem o tempo total de ecrãs com intuito não educativo a não mais de duas horas por dia, evitem ter televisão e ligação à internet no quarto e também, numa recomendação anterior (AAP, 2011), limitem o tempo de utilização de *media* à noite para melhorar o sono das crianças.

Bakotić, Radošević-Vidaček e Košćec (2009) realizaram um estudo em que distribuíram folhetos educativos com informações e recomendações sobre o sono, tendo concluído que esta intervenção aumentava os conhecimentos sobre o tema nos estudantes mais novos, em especial nas raparigas, pelo que foi considerado um método eficaz na educação para a saúde.

A insónia é definida como a “dificuldade em iniciar ou manter o sono” (AASM, 2001, p.342). Na infância são frequentes os problemas do sono relacionados com o estabelecimento de limites, que se caracterizam por uma aplicação inadequada da hora de dormir pelo cuidador e por a criança se recusar a ir para a cama num momento apropriado (AASM, 2001).

Na idade pré-escolar também são frequentes os despertares durante a noite em que as crianças chamam pelos pais, saem dos seus quartos e solicitam conforto (Coulombe & Reid, 2014). Nesta fase, embora os pedidos de conforto sejam os mais frequentes, as crianças também fazem pedidos baseados no medo, instrumentais e de atividade (Coulombe & Reid, 2014). Um estudo demonstrou que estes pedidos de conforto estavam moderadamente correlacionados com dormir acompanhado (*co-sleeping*) e com a frequência de despertares noturnos das crianças (Coulombe & Reid, 2014). De acordo com a teoria comportamental, receber assistência dos pais para adormecer à hora de deitar foi associado com pedido de assistência semelhante para voltar a dormir durante a noite, especialmente em crianças mais pequenas (Coulombe & Reid, 2014).

As estratégias comportamentais constituem intervenções eficazes na insónia em crianças pequenas, pois levam a numa melhoria significativa do período de latência do sono, redução da frequência dos despertares durante a noite, bem como da duração dos despertares noturnos (Meltzer & Mindell, 2014). A evidência científica é baixa no que

se refere à implementação de intervenções comportamentais para a insónia em crianças em idade escolar, adolescentes e crianças/adolescente com necessidades especiais de saúde (Meltzer & Mindell, 2014).

A hipersónia é definida como um “período de sono excessivamente profundo ou prolongado, que pode estar associado com dificuldade em despertar” (AASM, 2001, p.342). A sonolência excessiva consiste num relato subjetivo da pessoa de dificuldade em se manter acordada, sendo geralmente acompanhada por uma rápida entrada no sono quando não está em atividade (AASM, 2001). Assim, a sonolência excessiva (sintoma) pode ser devida a um episódio de hipersónia (diagnóstico) (AASM, 2001). A hipersónia engloba uma grande diversidade de situações e de causas (narcolepsia, hipersónia recorrente, hipersónia idiopática, hipersónia pós-traumática) (AASM, 2001), pelo que deve ser investigada.

Quando as crianças ressonam, os pais raramente consideram a situação relevante, concentrando-se mais nos problemas gerais de sono ou em manifestações diurnas, como o mau desempenho escolar e o comportamento disruptivo (Chawla & Waters, 2015). Deste modo, os pais devem ser questionados se a criança ressona e, em caso afirmativo, deve ser colhida uma história detalhada da situação (frequência, respiração difícil durante o sono, apneias, enurese noturna, posição de dormir, entre outros sintomas) (Marcus et al., 2012).

Ressonar durante a infância pode ter uma resolução natural com o crescimento. Num estudo longitudinal com crianças que ressonam, os autores demonstraram que a gravidade dos sintomas relacionados com alterações da respiração durante o sono diminuiu ao longo do tempo, independentemente do estado inicial do ressonar (Luo, Schaughency, Gill, Dawes, & Galland, 2015). Por outro lado, o ressonar é uma situação muito dinâmica, sofrendo alterações ao longo do desenvolvimento das crianças. Como o ressonar habitual e os sintomas relacionados podem surgir, permanecer ou resolver em diferentes momentos entre os três e os sete anos, o ressonar e a SAOS devem ser rastreados anualmente durante a infância (Luo et al., 2015).

Contudo, ressonar não é uma condição totalmente benigna. Um estudo demonstrou que tanto crianças com ressonar primário como crianças com SAOS apresentam níveis mais elevados de volume médio plaquetário e mais baixos de vitamina D, indicando uma inflamação subjacente, pelo que é considerado importante o diagnóstico precoce desta alteração da respiração durante o sono (Zicari et al, 2016). Outro estudo revelou que crianças com ressonar primário sem hipóxia ou apneia podem

apresentar um comprometimento neurocognitivo significativo, cujas consequências podem ser semelhantes às associadas à síndrome de resistência das vias aéreas superiores ou à SAOS, pelo que o ressonar primário pode necessitar de tratamento (Brockmann, Urschitz, Schlaud, & Poets, 2012). Um estudo longitudinal com crianças que ressonam, realizado aos três e aos sete anos de idade, revelou que no follow-up as crianças que continuavam a ressonar apresentavam também respiração oral, extensão do pescoço ao dormir, sudorese profusa, acordares noturnos e relatos dos pais de irritabilidade da criança (Luo et al., 2015). Como iremos ver adiante, estes sintomas estão em muitas situações relacionados com a SAOS, o que demonstra a importância da avaliação do ressonar nas crianças.

No que respeita ao peso, um estudo demonstrou que a obesidade ou o aumento excessivo do índice de massa corporal estão fortemente relacionados com o desenvolvimento de ressonar nas crianças (Anuntaseree, Sangsupawanich, Mo-suwan, Ruangnapa, & Pruphetkaew, 2014). Deste modo, as crianças que se tornaram/mantiveram obesas ou tiveram um aumento excessivo do índice de massa corporal durante a idade escolar apresentaram um maior risco de desenvolver ressonar (Anuntaseree et al., 2014). Para evitar o aparecimento do ressonar, a obesidade e o aumento excessivo do índice de massa corporal devem ser prevenidos.

A SAOS caracteriza-se pela existência de episódios repetitivos de obstrução das vias aéreas superiores durante o sono aos quais estão geralmente associados uma redução na saturação de oxigénio no sangue (AASM, 2001). Os principais sintomas desta síndrome são ressonar, apneias testemunhadas, posições pouco habituais para dormir (por exemplo, pescoço hiperextendido, sentado com a boca aberta), respiração paradoxal relacionada com o sono, diaforese noturna, enurese noturna, cefaleias matinais e sonolência diurna excessiva (Carter et al., 2014).

A SAOS pode estar relacionada com a obesidade, presença de tecido mole excessivo nas vias aéreas superiores, diminuição do calibre da via aérea superior ou falha dos músculos dilatadores da faringe, sendo nas crianças mais frequentemente devido ao aumento dos adenoides e das amígdalas (Carter et al., 2014). O início desta síndrome ocorre geralmente entre os dois e os oito anos de idade, coincidindo com o crescimento máximo das amígdalas, não existindo diferenças entre rapazes e raparigas (Carter et al., 2014). Um estudo revelou que a presença da SAOS em crianças está associada a atraso no crescimento, comprometimento das funções cognitivas, alterações no metabolismo lipídico e na pressão na artéria pulmonar (Cai et al., 2013). O

tratamento adequado da SAOS leva à melhoria das morbidades cardiovasculares e comportamentais associadas (Chawla & Waters, 2015).

Nas crianças com SAOS e excesso de peso ou obesidade, a Academia Americana de Pediatria recomenda a perda de peso juntamente com os restantes tratamentos, uma vez que foi demonstrado que a redução do peso melhora a condição (Marcus et al., 2012).

O sonambulismo “consiste numa série de comportamentos complexos que são iniciados durante o sono de onda lenta e que resultam em andar durante o sono” (AASM, 2001, p.145), ocorrendo, geralmente, durante o primeiro terço da noite. Durante estes episódios é habitual ser difícil acordar a criança e se esta acorda fica, com frequência, confusa (AASM, 2001), não se lembrando do sucedido (Carter et al., 2014).

O pico de prevalência desta parassónia situa-se entre os quatro e os oito anos de idade e normalmente desaparece espontaneamente depois da adolescência, atingindo de igual modo rapazes e raparigas (AASM, 2001). A SAOS pode estar associada a episódios de sonambulismo (AASM, 2001) e o sonambulismo pode coexistir com terrores noturnos (Carter et al., 2014).

As principais consequências do sonambulismo são sociais, pois a criança evita dormidas fora de casa, e físicas, por quedas e lesões (AASM, 2001). Durante estes episódios podem ocorrer comportamentos perigosos e não habituais das crianças (Carter et al., 2014). Deste modo, os pais devem ser informados sobre medidas de segurança a implementar, como por exemplo, trancar portas e janelas, usar alarmes de movimento, retirar brinquedos do chão ou colocar o colchão no chão (Carter et al., 2014).

Os terrores noturnos consistem “num despertar repentino do sono de ondas lentas com um grito ou choro agudo, acompanhado de manifestações autonómicas e comportamentais de medo intenso” (AASM, 2001, p.148). As manifestações autonómicas incluem taquicárdia, taquipneia, rubor da pele, diaforese, midríase e aumento do tónus muscular, sendo que a criança não responde a estímulos externos e, se acordada, está confusa e desorientada (AASM, 2001). Normalmente os terrores noturnos acontecem durante a primeira metade do período de sono e não há memória do evento (Carter et al., 2014). As crianças com terrores noturnos têm, geralmente, entre quatro e doze anos e a situação resolve-se espontaneamente durante a adolescência, sendo mais frequente em rapazes (AASM, 2001).

Durante os episódios desta parassónia, a criança pode realizar atividades potencialmente perigosas (Carter et al., 2014), tais como tentativas de fuga ou luta que

podem levar a lesões (AASM, 2001). Deste modo, tal como no sonambulismo, os pais devem ser alertados para as medidas de segurança a tomar. Os terrores noturnos podem estar associados a outras parassónias (Carter et al., 2014).

Os pesadelos são sonhos assustadores que geralmente levam ao despertar durante o sono REM (Rapid Eye Movement) (AASM, 2001). Os pesadelos começam entre os três e os seis anos de idade, o seu pico é entre os seis e os dez anos e são igualmente afetados rapazes e raparias (Carter et al., 2014). Por norma os pesadelos ocorrem durante a segunda metade do período de sono (AASM, 2001) e as crianças recordam-se da situação (Carter et al., 2014), o que permite distinguir os pesadelos dos terrores noturnos.

Os pesadelos podem estar associados a distúrbios do humor ou *stress* pós-traumático (Carter et al., 2014). Na presença de pesadelos deve ser averiguado se existem maus tratos (Pestana, 2010). Assim, períodos de *stress* de vários tipos e eventos traumáticos aumentam a frequência e a gravidade dos pesadelos (AASM, 2001).

O bruxismo do sono é definido como um distúrbio do movimento estereotipado caracterizado por ranger ou apertar os dentes durante o sono (AASM, 2001). O bruxismo pode levar ao desgaste dos dentes, hipersensibilidade dentária a estímulos térmicos, dor orofacial e cefaleia temporal (Cunali et al., 2012). Não é frequente, mas o bruxismo pode levar a breves despertares durante o sono (AASM, 2001).

Um estudo realizado com crianças entre os oito e os dezassete anos sugere que o bruxismo do sono está relacionado com sensibilidade à ansiedade, independentemente da gravidade da ansiedade ou sintomas depressivos (Türkoğlu, Akça, Türkoğlu, & Akça, 2014). Do mesmo modo, uma revisão sistemática da literatura concluiu existir uma associação entre o bruxismo do sono e fatores psicológicos em crianças com mais de seis anos (Canto et al., 2015). Assim, a presença de bruxismo está relacionada com o *stress* e varia com o grau de tensão emocional percebida (AASM, 2001), pelo que pode ser um indicador de possíveis problemas de saúde ou comportamentais, concomitantes ou futuros, com necessidade de intervenção precoce (Insana, Gozal, McNeil, & Montgomery-Downs, 2013). A investigação, o diagnóstico e o tratamento do bruxismo do sono em crianças devem ser realizados por equipas multidisciplinares (Canto et al., 2015). No entanto, o distúrbio pode ser crónico e sem qualquer associação aparente com *stress* (AASM, 2001).

A enurese noturna pode ser primária, que consiste na persistência da enurese depois dos cinco anos na ausência de patologia urológica, médica ou mental, ou

secundária, que ocorre depois da criança ter tido controlo noturno das micções durante três a seis meses (AASM, 2001). A enurese noturna está relacionada com baixo nível socioeconómico, SAOS e alterações endócrinas ou metabólicas, sendo mais frequente nos rapazes (AASM, 2001).

A enurese noturna pode ser muito angustiante para as crianças e os pais e tem consequências principalmente a nível psicológico e social (AASM, 2001), tal como diminuição da autoestima da criança e da capacidade de desenvolver amizades, sendo que a ansiedade parental pode agravar estas dificuldades (Hodgkinson, Josephs, & Hegney, 2010). Os Enfermeiros podem apoiar as crianças com enurese e as suas famílias com informações sobre intervenções eficazes na resolução da situação (Hodgkinson et al., 2010).

Em Inglaterra, a National Clinical Guideline Centre (NCGC) (2010) elaborou várias recomendações para a gestão da enurese noturna em crianças e jovens, com base em resultados de vários estudos científicos sobre o tema. São várias as prioridades identificadas para a implementação de uma gestão adequada da enurese noturna. Em primeiro lugar é importante informar as crianças com enurese noturna e os seus pais que a enurese não é culpa da criança ou dos pais e que as medidas punitivas não devem ser utilizadas para a resolução desta situação (NCGC, 2010). As crianças e os pais também devem ser alertados, desde o início da intervenção, sobre a possibilidade de ocorrência de recaídas durante o processo (March & Heering, 2016).

Se os pais apresentam dificuldade em lidar com o problema da enurese ou se expressam raiva, negatividade ou culpa em relação à criança deve ser proporcionado apoio emocional aos mesmos (NCGC, 2010). Este tipo de reação parental pode estar associado a risco de maus tratos infantis (March & Heering, 2016).

As crianças mais novas (por exemplo, as menores de sete anos) não devem ser excluídas da gestão de enurese apenas devido à idade (NCGC, 2010). Assim, deve ser proporcionado apoio, avaliação e tratamento a todas as crianças com enurese e aos seus pais conforme as circunstâncias e as necessidades tanto da criança como dos pais (NCGC, 2010). Antes de iniciar outros tratamentos para enurese em crianças, deve ser avaliada a ingestão excessiva ou insuficiente de líquidos durante o dia, a existência de padrões anormais de higiene (NCGC, 2010) e a enurese diurna deve ser controlada (Hodgkinson et al., 2010). Se a criança for obstipada, o controlo da obstipação também deve ser abordado numa fase inicial da intervenção (Hodgkinson et al., 2010).

O tratamento adequado da enurese deve ser escolhido tendo em consideração a idade da criança, a frequência, a motivação e as necessidades da criança e da família (NCGC, 2010). O tratamento de primeira linha deve ser o alarme de urina, a menos que este seja inaceitável para a criança e família ou a enurese na cama não seja frequente (NCGC, 2010). Um estudo demonstrou que a combinação de um alarme de urina e um sistema de recompensas era mais eficaz do que o uso apenas do alarme (Axelrod, Tornehl, & Fontanini-Axelrod, 2014). No entanto, são necessárias mais pesquisas para avaliar a diferença da eficácia entre o uso de dispositivos de alarme e outras intervenções comportamentais para a enurese (March & Heering, 2016).

As intervenções comportamentais para a gestão da enurese noturna em crianças devem ser simples, como por exemplo um sistema de recompensas ou um diário (Hodgkinson et al., 2010). Os sistemas de recompensas positivas devem ser explicados à criança e aos pais e utilizados para ações realizadas conscientemente pela criança, ou seja, quando acordada, e não por noites sem episódios de enurese (NCGC, 2010). As recompensas devem ser oferecidas, por exemplo, quando a criança bebe a quantidade de líquidos recomendada durante o dia, quando urina antes de dormir e quando se envolve na gestão da enurese, ao tomar a medicação ou ao ajudar a mudar os lençóis da cama (NCGC, 2010). Os sistemas de recompensas positivas podem ser utilizados sozinhos ou em conjunto com outras intervenções para enurese (NCGC, 2010).

Outras intervenções comportamentais para a enurese noturna incluem limitar os líquidos antes de dormir, incentivar a criança a urinar antes de se deitar, educar e treinar a criança sobre a sua higiene e terapias cognitivo-comportamentais (March & Heering, 2016). Apesar de acordar e levantar a criança durante a noite para urinar ter algum impacto na diminuição da enurese noturna, este tipo de intervenção não é recomendada (Hodgkinson et al., 2010).

Um estudo, baseado na teoria da autoeficácia e na premissa de que a previsão dos resultados consiste numa componente da autoeficácia e que pode influenciar a mudança, demonstrou que as crianças que previam semanalmente os seus resultados relativamente à enurese noturna mostravam maior congruência com os mesmos (Ronen, Hamama, & Rosenbaum, 2012). Com base na autoeficácia, na aquisição de competências, na aprendizagem e no treino no processo de mudança, os Enfermeiros podem ajudar as crianças a ultrapassar a enurese (Ronen et al., 2012).

A enurese secundária pode estar associada a problemas emocionais ou físicos, podendo ser necessário realizar uma avaliação e tratamento das situações identificadas

(NCGC, 2010). Assim, na enurese secundária é importante determinar se existe algum tipo de *stress*, ansiedade ou perturbação emocional na criança que esteja a condicionar a situação.

Ao intervir com crianças, os Enfermeiros devem estar atentos para o facto de que os comportamentos diurnos estão relacionados com problemas de sono e vice-versa (Coulombe & Reid, 2014).

5. Resultados da Aplicação do Questionário de Hábitos de Sono das Crianças

O QHSC foi aplicado a crianças entre os dois e os dez anos na consulta de Enfermagem de saúde infantil e juvenil na UCSP, no período de 31 de maio a 17 de junho de 2016. No total, foi avaliado o sono a quarenta e duas crianças, sendo igual o número de rapazes e de raparigas, com uma média de idades de $5,9 \pm 2,6$ anos. A maioria das respostas aos questionários foi obtida através das mães das crianças (35/42, 83,3%). No Quadro 1 são apresentadas as características das crianças avaliadas com o QHSC.

Quadro 1 – Características das Crianças Avaliadas com QHSC

Variável	n	%
Sexo da Criança		
Masculino	21	50%
Feminino	21	50%
Idade da Criança		
2	3	7,1%
3	7	16,7%
4	5	11,9%
5	5	11,9%
6	8	19,0%
7	2	4,8%
8	3	7,1%
9	2	4,8%
10	7	16,7%
A criança fica durante o dia		
Familiares	2	4,8%
Creche/Jardim de Infância	15	35,7%
Pré-escola	9	21,4%
Escola 1ºAno	3	7,1%
Escola 2ºAno	2	4,8%
Escola 3º Ano	4	9,5%
Escola 4º Ano	2	4,8%
Escola 5º Ano	5	11,9%

Para a análise dos dados dos questionários decidiu-se dividir as crianças em quatro subgrupos de idade (Quadro 2), tal como no estudo de Silva et al. (2013), de modo a facilitar a comparação com os resultados obtidos neste estudo.

Quadro 2 – Distribuição das Crianças por Subgrupos

Subgrupos	Rapazes	Raparigas	Total	Percentagem
2-3 anos	2	8	10	23,8%
4-5 anos	5	5	10	23,8%
6-8 anos	9	4	13	31,0%
9-10 anos	5	4	9	21,4%

A prevalência de problemas do sono identificados pelos pais é difícil de analisar, na medida em que esta resposta só foi obtida em trinta dos quarenta e dois questionários. Contudo, entre as respostas colhidas, oito pais (8/30, 26,7%) consideraram que a criança tinha algum problema de sono. Esta prevalência é bastante superior à identificada no estudo de Silva et al. (2013) que foi de 10,4%. Contudo, a análise das respostas do CHSC indica uma prevalência também superior de problemas de sono das crianças, com um total de vinte e duas crianças (22/42, 52,4%) com um índice de perturbação do sono (pontuação total) superior ao ponto de corte definido para a população portuguesa. Este contraste entre a identificação de problemas de sono das crianças pelos pais e os resultados do QHSC está de acordo com os resultados obtidos no estudo populacional de Silva et al. (2013). Neste grupo de crianças avaliadas a pontuação total média do QHSC foi de 48,14±8,06, ou seja, acima do ponto de corte, sendo superior à encontrada por Silva et al. (2013), que foi de 46,51±6,80.

Silva et al. (2013) verificaram que o índice de perturbação do sono médio de Portugal era mais elevado do que o de outros países (EUA, Holanda e China), o que demonstra uma maior tolerância dos pais portugueses em relação aos comportamentos problemáticos do sono das crianças, uma vez que a prevalência de problemas do sono identificados pelos pais no nosso país é baixa.

Na análise do índice de perturbação do sono pelos subgrupos etários (Quadro 3) verificou-se, tal como no estudo de Silva et al. (2013), uma tendência decrescente com o aumento da idade, à exceção do subgrupo dos 2 a 3 anos que obteve uma percentagem de problemas de sono inferior aos subgrupos dos 4 aos 5 anos e dos 6 aos 8 anos. Deste modo, os comportamentos-problema relacionados com o sono parecem diminuir com o crescimento das crianças.

Quadro 3 – Índice de Perturbação do Sono por Subgrupos e Total

Subgrupos	2-3 anos	4-5 anos	6-8 anos	9-10 anos	Total
Total	5	6	7	4	22
Percentagem	50%	60%	54%	44%	52,4%

Relativamente à hora de deitar nos dias de semana (Quadro 4), os valores obtidos na média geral foram muito semelhantes ao do estudo de Silva et al. (2013). No entanto, dos valores apresentados para os subgrupos extremos, verifica-se que as crianças avaliadas entre os 2 e os 3 anos tinham uma hora de deitar mais cedo que as do estudo de Silva et al. (2013), enquanto as crianças de 9 a 10 anos tinham uma hora de deitar mais tarde que no mesmo estudo. Com estes dados é possível também verificar que, dentro de cada subgrupo etário, a variabilidade da hora de deitar aumenta com a idade das crianças.

Quadro 4 – Hora de Deitar nos Dias de Semana

Hora de Deitar	2-3 anos	4-5 anos	6-8 anos	9-10 anos	Total
Média ±D.P.	21h06m ±34m	21h45m ±38m	21h54m ±51m	22h16 ±1h4m	21h45m ±52m
Resultados de Silva et al., 2013	21h37m ±39m	-	-	21h55m ±36m	21h44m ±38m

No que respeita à hora de deitar no fim de semana (Quadro 5), esta foi mais tardia que nos dias de semana, sendo a diferença crescente com a idade. No conjunto dos resultados, esta diferença entre a hora de deitar nos dias de semana e no fim de semana variou entre não haver diferença (10/42, 23,8%) e duas horas (1/42, 2,4%), sendo o mais frequente uma diferença de 30 minutos (12/42, 28,6%) e a média de 40 minutos. Estes resultados são similares aos de Silva et al. (2013), em que no fim de semana, a hora de deitar era cerca de 30 a 90 minutos mais tarde, com uma diferença maior nas crianças mais velhas.

Quadro 5 – Hora de Deitar no Fim de Semana

Hora de Deitar	2-3 anos	4-5 anos	6-8 anos	9-10 anos	Total
Média ±D.P.	21h39m ±38m	22h18m ±49m	22h49m ±50m	22h49m ±1h13m	22h25m ±1h1m
Diferença entre Semana e Fim de Semana	33m ±22m	33m ±30m	41m ±37m	55m ±34m	40m ±32m

Quanto à hora de acordar nos dias de semana (Quadro 6), esta apresenta muito pouca variação entre as diferentes idades, o que está de acordo com os resultados de Silva et al. (2013), em que a média geral da hora de acordar foi às 7h44m ±40min.

Quadro 6 – Hora de Acordar nos Dias de Semana

Hora de Acordar	2-3 anos	4-5 anos	6-8 anos	9-10 anos	Total
Média	8h	8h04m	7h53m	7h53	7h57m
±D.P.	±32m	±32m	±1h2m	±30m	±43m

A média da hora de acordar no fim de semana (Quadro 7) foi muito semelhante entre os subgrupos 4 a 5 anos, 6 a 8 anos e 9 a 10 anos, sendo mais tardia em todos os subgrupos do que nos dias de semana. A diferença na hora de acordar entre os dias de semana e o fim de semana variou entre acordar meia hora mais cedo no fim de semana (1/42, 2,4%) e acordar 5h10m mais tarde (2/42, 4,8%), sendo o mais frequente uma diferença de 1h (10/42, 23,8%) e a média da diferença de 1h22m±1h25m. Uma percentagem considerável de crianças tinha uma diferença superior a duas horas na hora de acordar (15/42, 35,7%), enquanto uma parte significativa não apresentava qualquer diferença nos horários de acordar (11/42, 26,2%). Como é possível perceber pelos elevados valores assumidos pelo desvio padrão, existe uma grande variabilidade na hora de acordar, tanto no geral como nos subgrupos, aumentado a variação com o aumento da idade.

Quadro 7 – Hora de Acordar no Fim de Semana

Hora de Acordar	2-3 anos	4-5 anos	6-8 anos	9-10 anos	Total
Média	8h33m	9h34m	9h33m	9h33m	9h19m
±D.P.	±1h2m	±1h	±1h29m	±2h12m	±1h31m
Diferença entre Semana e Fim de Semana	33m ±50m	1h31m ±44m	1h14m ±1h13m	2h17m ±2h11m	1h22m ±1h25m

Na globalidade, o tempo total de sono diário (Quadro 8) foi de 10h22m±1h28m, verificando-se uma diminuição do mesmo com o aumento da idade das crianças. Comparando com os resultados obtidos por Silva et al. (2013), todos os subgrupos apresentavam médias de tempo total de sono ligeiramente superiores. Porém, verifica-se

que em todos os subgrupos a média do tempo total de sono se encontra próxima do limite inferior do intervalo de tempo de sono recomendado para cada idade.

Quadro 8 – Tempo Total de Sono Diário

Tempo Total de Sono	2-3 anos	4-5 anos	6-8 anos	9-10 anos	Total
Resultados	1h36m ±1h47m	10h15m ±47m	9h52m ±1h1m	9h52m ±1h8m	10h22m ±1h28m
Resultados de Silva et al. (2013)	2 anos 1h29m ±1h27m 3 anos 1h6m ±1h11m	4 anos 10h16m ±53m 5 anos 10h±46m	6 anos 9h50m ±45m 7 anos 9h41m ±47m 8 anos 9h40m ±43m	9 anos 9h28m ±44m 10 anos 9h23m ±50m	-
Recomendado (Paruthi et al., 2016)	1-2 anos 11-14h	3-5 anos 10-13h	6-12 anos 9-12h	6-12 anos 9-12h	-

O tempo total de sono noturno (Quadro 9) nos dias de semana foi em média 10h12m±55m e no fim de semana de 10h53m±1h11m, o que representa uma maior duração de sono noturno no fim de semana no geral (mais 41 minutos). Em cada subgrupo a diferença foi de 57 minutos entre os 4-5 anos, 33 minutos para os 6-8 anos e 1h23m para os 9-10 anos. No estudo populacional de Silva et al. (2013), as crianças também tinham maior duração do sono noturno no fim de semana (em média mais 31 minutos). Em todos os subgrupos, com exceção entre os 9 e os 10 anos, o tempo total de sono nos dias de semana foi superior aos encontrados por Silva et al. (2013).

Quadro 9 – Tempo Total de Sono Noturno

Tempo Total de Sono Noturno	2-3 anos	4-5 anos	6-8 anos	9-10 anos	Total
Semana	10h54m ±50m	10h19m ±37m	10h10m ±36m	9h20m ±1h5m	10h12m ±55m
Fim de Semana	10h54m ±1h8m	11h16m ±1h13m	10h43m ±1h11m	10h43m ±1h20m	10h53m ±1h11m
Resultados de Silva et al., (2013)	2 anos 10h8m ±48m 3 anos	4 anos 10h15m ±44m 5 anos	6 anos 10h5m ±40m 7 anos	9 anos 9h46m ±41m 10 anos	-

	10h7m ±50	10h11m ±41m	10h±43m 8 anos 9h56m ±43m	9h44m ±48m	
--	--------------	----------------	------------------------------------	---------------	--

Os dados relativos às sextas não foram obtidos por resposta direta dos pais, mas deduzidos através do tempo total de sono e das horas de deitar e levantar mencionadas, o que pode ter levado a erros na interpretação dos resultados. Das crianças avaliadas, a totalidade de crianças com dois anos (3) dormia a sesta, das sete crianças com três anos apenas duas dormiam a sesta e uma criança com seis anos também dormia a sesta. No estudo de Silva et al. (2013) 97,1% das crianças com dois anos dormia habitualmente a sesta, 68,0% com três anos, 28,9% com quatro anos e apenas 7,8% aos cinco anos, 2,7% aos seis anos, 1,2% aos sete anos e 1,6% aos oito anos.

Silva et al. (2013) verificaram que, contrariamente aos hábitos de outros países, em Portugal as crianças em idade pré-escolar não se deitam muito mais cedo que as crianças mais velhas, ficando a manutenção de um tempo de sono adequado para a idade muito dependente da sesta. Os seus dados apontam para uma diminuição acentuada da frequência da sesta entre os 4 e os 5 anos, o que leva a tempos de sono mais curtos. Deste modo, os autores (Silva et al., 2013) recomendam que as crianças em idade pré-escolar sejam deitadas mais cedo e, caso não seja possível, a sesta deve ser permitida e/ou encorajada depois dos três anos.

Na pontuação total do QHSC (Quadro 10) verifica-se que a média é muito próxima em todos os subgrupos e inferior ao ponto de corte definido para a população portuguesa, à exceção do subgrupo dos 4 aos 5 anos que apresenta uma pontuação total superior aos restantes e ao ponto de corte. Deste modo, foi esta faixa etária que apresentou maior incidência de comportamentos-problema de sono. Comparando com os resultados obtidos por Silva et al. (2013), estes também verificaram um pico de pontuação no questionário entre os 4 e os 5 anos. Contudo, os dados deste estudo demonstraram um decrescente da pontuação total do QHSC entre os 6 e os 10 anos, o que não se verificou nos resultados das avaliações realizadas.

Nos resultados da subescala “Resistência em ir para a cama” (Quadro 10), a pontuação foi diminuindo com a idade, o que também se verificou no estudo populacional de Silva et al. (2013). Assim, este tipo de problema de sono é característico das idades mais novas.

Relativamente à subescala “Duração do sono” (Quadro 10), o subgrupo 9 a 10 anos obteve pontuações significativamente superiores aos restantes subgrupos e aos resultados do estudo de Silva et al. (2013). Nesta subescala os valores da pontuação foram menores nas idades 2-3 anos e 6-8 anos do que no estudo de Silva et al. (2013).

Na subescala “Ansiedade com o sono” (Quadro 10) os resultados seguiram a tendência apresentada no estudo de Silva et al. (2013), com valores superiores entre os 2 e os 5 anos e um pico entre os 4 e os 5 anos, decrescendo com o avanço da idade escolar. Os resultados obtidos nas avaliações realizadas nesta subescala foram ligeiramente superiores aos do estudo populacional de Silva et al. (2013), menos na faixa etária dos 9 aos 10 anos que foram inferiores.

No que respeita à subescala “Despertares noturnos” (Quadro 10), os resultados foram crescentes dos 2 aos 8 anos, diminuindo aos 9-10 anos, apesar de ainda serem superiores à faixa etária mais baixa (2-3 anos). Estes resultados são muito diferentes dos obtidos por Silva et al. (2013), onde se verificou uma diminuição gradual dos despertares noturnos com o avançar da idade.

Ao nível da subescala “Parassónias” (Quadro 10), os valores foram decrescentes com o avançar da idade (4-10 anos), excetuando-se o subgrupo dos 2 aos 3 anos que apresentou pontuações significativamente mais baixas que todos os outros. Em comparação com os resultados de Silva et al. (2013), a pontuação nesta subescala nas avaliações realizadas foi significativamente superior em cada subgrupo entre os 4 e os 10 anos, mas simultaneamente bastante inferior entre os 2 e os 3 anos.

Na subescala “Perturbação respiratória do sono” (Quadro 10) a pontuação obtida variou pouco com a idade, estando em todos os subgrupos etários próxima do valor mínimo, o que é compatível com os resultados de Silva et al. (2013).

A pontuação na subescala “Sonolência diurna” (Quadro 10) apresentou um pico aos 4-5 anos, sendo decrescente nas idades escolares. No estudo de Silva et al. (2013), o pico nesta subescala foi mais tardio (aos 6-8 anos) e os subgrupos 4-5 anos e 9-10 anos obtiveram pontuações iguais. O subgrupo 2 a 3 anos obteve uma pontuação superior aos subgrupos dos 6 aos 10 anos, o que não se verificou em Silva et al. (2013).

Comparando com estudos estrangeiros com crianças da mesma idade, Silva et al. (2013) notaram que as crianças portuguesas apresentavam maiores pontuações na subescala “Sonolência diurna”, o que constitui um sinal de sono inadequado. Estes autores relacionam o tempo total de sono baixo com a presença de sonolência, o que está de acordo com os resultados das avaliações realizadas, uma vez que, tal como foi

referido anteriormente, os tempos totais de sono são próximos dos limites inferiores recomendados, podendo não ser suficientes para muitas crianças e levar à sonolência diurna.

Quadro 10 – Resultados do Questionário (Total e Subescalas)

Subgrupos	2-3 anos	4-5 anos	6-8 anos	9-10 anos	Total
Escala total	47,00±9,50	50,90±8,77	47,41±7,12	47,41±7,11	48,14±8,06
Resistência em ir para a cama (6-18)	10,30±2,91	9,90±3,35	8,15±2,03	7,11±1,54	8,86±2,75
Início do sono (1-3)	2,20±0,92	1,90±0,74	2,08±0,86	1,56±0,88	1,95±0,85
Duração do sono (3-9)	3,20±0,42	4,10±1,60	3,69±1,32	5,33±2,29	4,02±1,65
Ansiedade com o sono (4-12)	6,40±2,50	7,00±2,91	5,85±1,41	5,22±1,39	6,12±2,14
Despertares noturnos (3-9)	3,60±0,70	4,30±1,25	4,85±1,91	3,78±1,30	4,19±1,45
Parassónias (7-19)	7,70±1,83	9,50±2,68	9,46±2,07	9,11±1,36	8,98±2,11
Perturbação respiratória do sono (3-9)	3,20±0,63	3,30±0,48	3,54±0,66	3,33±1,00	3,36±0,69
Sonolência diurna (8-22)	14,10±3,21	14,70±3,27	13,69±2,84	12,56±2,51	13,79±2,96

As crianças entre os 2 e os 3 anos apresentaram pontuações mais elevadas nas subescalas “Resistência em ir para a cama” e “Início do sono”, enquanto no estudo de Silva et al. (2013) foi nas subescalas “Resistência em ir para a cama”, “Despertares noturnos” e “Parassónias”. Entre os 4 e os 5 anos as cotações máximas foram para as subescalas “Ansiedade com o sono”, “Parassónias” e “Sonolência diurna”, sendo coincidente com os dados de Silva et al. (2013) apenas a “Ansiedade com o sono”. No subgrupo dos 6 aos 8 anos os resultados obtidos foram superiores na subescala “Despertares noturnos”, enquanto no estudo de Silva et al. (2013) tiveram maior pontuação na subescala “Sonolência diurna”. Por fim, entre os 9 e os 10 anos a

pontuação na subescala “Duração do sono” foi mais elevada, enquanto no estudo de Silva et al. (2013) além desta subescala foi também no “Início do sono”.

Relativamente às parassónias (Quadro 11), as mais frequentemente identificadas foram o bruxismo e os pesadelos, seguindo-se o sonambulismo, a enurese e os terrores noturnos.

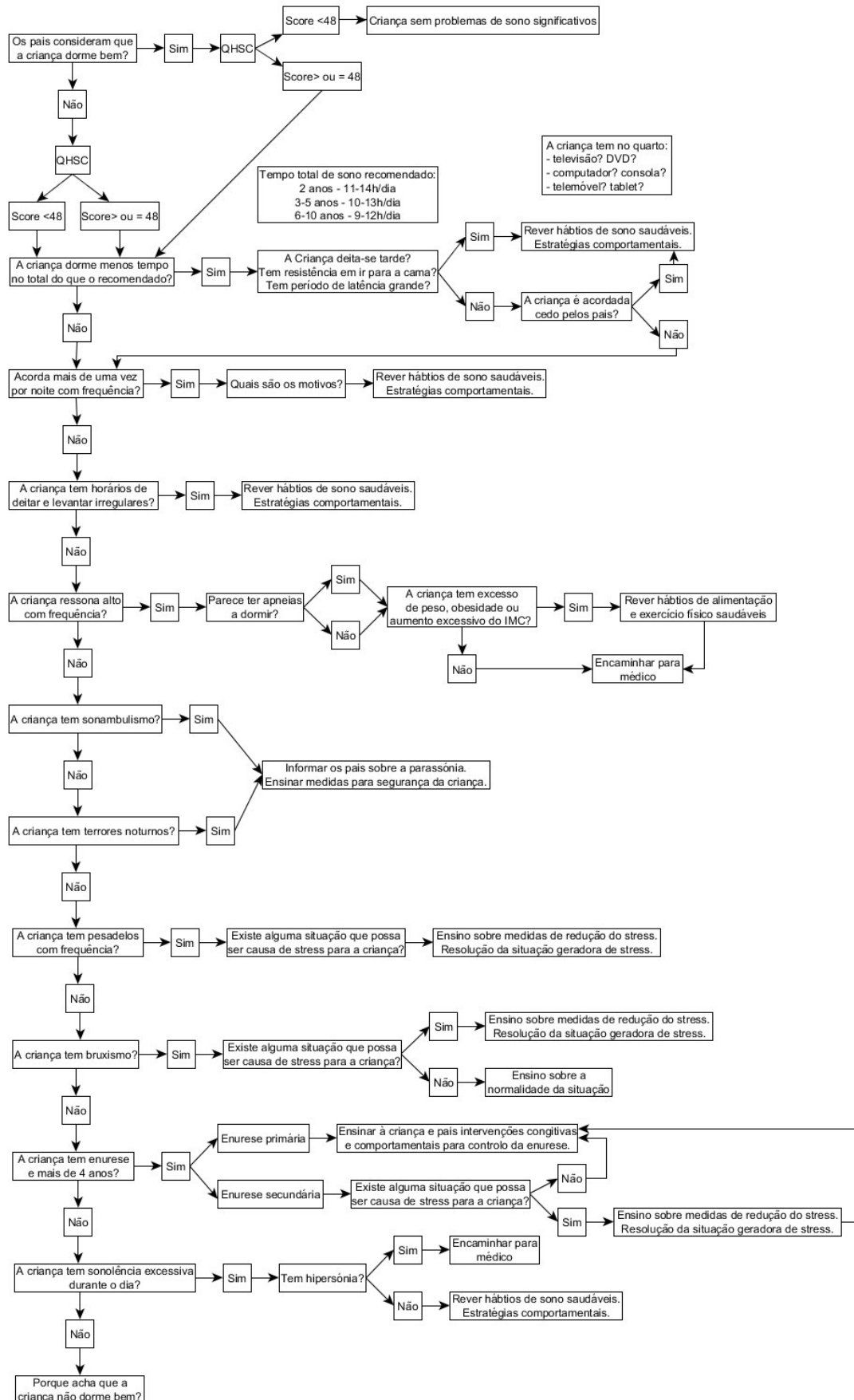
Quadro 11 – Parassónias

Parassónias	n	%
Enurese	4	9,52%
Sonambulismo	5	11,90%
Bruxismo	13	30,95%
Terrores noturnos	4	9,52%
Pesadelos	9	21,43%

Em suma, os principais problemas de sono identificados estavam relacionados com a duração do sono, resistência em ir para a cama, ansiedade associada ao sono, despertares noturnos, parassónias e sonolência diurna, o que é semelhante aos resultados de Silva et al. (2013).

Com a análise dos resultados da avaliação do sono através do QHSC foi possível verificar que os problemas de sono são frequentes nas crianças na consulta de Enfermagem de saúde infantil, com consequências no seu comportamento e desempenho diurno. De modo semelhante mas a nível nacional, Silva et al. (2013) também verificam que “os problemas comportamentais do sono e a privação do sono são frequentes no nosso país, mas culturalmente aceites por uma grande parte dos pais” (p.201), “pelo que existem oportunidades de intervenção nesta área” (p.196), quer ao nível do rastreio de problemas de sono quer na promoção da saúde neste âmbito.

6. Fluxograma de Avaliação e Decisão de Intervenção de Enfermagem para a Promoção do Sono das Crianças



7. Conclusão

O sono tem uma importância central na vida das crianças. Dormir bem tem vantagens em diferentes componentes humanas, sendo essencial para a saúde, bem-estar e conforto dos mais novos. De um modo geral, nos dias de hoje o sono não tem o lugar de destaque que deveria ter, sendo muitas vezes prejudicado em favor de outras atividades e interesses. A prevalência de problemas de sono na infância é significativa e causa um grande impacto nas crianças, bem como em toda a família.

Os Enfermeiros têm um papel importante na avaliação do sono e na identificação precoce de problemas de sono nas crianças. São vários os instrumentos existentes para proceder à avaliação do sono, tendo em consideração, por exemplo, a idade abrangida. O QHSC permite perceber os hábitos de sono na infância e identificar os problemas de sono mais comuns nesta fase. As intervenções promotoras do sono das crianças desenvolvidas pelos Enfermeiros dependem, em grande medida, do tipo de problemas identificados. O fluxograma desenvolvido, de avaliação e decisão de intervenção de Enfermagem para a promoção do sono das crianças constitui uma ferramenta que permite otimizar o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão. Pretende-se, desta forma, melhorar a qualidade dos cuidados de Enfermagem e facilitar o diagnóstico de problemas de sono nas crianças.

Com este trabalho foram desenvolvidas as seguintes competências comuns de Enfermeiro Especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2010a):

- “desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção” (p.4);
- “promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (p.5);
- “cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro” (p.7);
- “gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de Enfermagem e seus colaboradores e a articulação” (p.7);
- “baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento” (p.10).

Relativamente às competências específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, este trabalho permitiu desenvolver as seguintes:

- “assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde” (p.3);

- “cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade” (p.4);
- “presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem” (p.5).

Em suma, a realização deste trabalho foi muito importante neste meu trajeto de especialização em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem.

8. Referências Bibliográficas

- American Academy of Pediatrics (2011). Policy statement – Children, adolescents, obesity, and the media. *Pediatrics*, 128(1), 201-208.
- American Academy of Pediatrics (2013). Policy statement – Children, adolescents, and the media. *Pediatrics*, 132(5), 958-961.
- American Academy of Sleep Medicine (2001). *International classification of sleep disorders, revised: Diagnostic and coding manual*. Chicago: American Academy of Sleep Medicine. Disponível em <http://www.esst.org/adds/ICSD.pdf>
- Anuntaseree, W., Sangsupawanich, P., Mo-suwan, L., Ruangnapa, K., & Pruphetkaew, N. (2014). Prospective cohort study on change in weight status and occurrence of habitual snoring in children. *Clinical Otolaryngology*, 39, 164-168.
- Axelrod, M. I., Tornehl, C., & Fontanini-Axelrod, A. (2014). Enhanced response using a multicomponent urine alarm treatment for nocturnal enuresis. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 19, 172-182.
- Bakotić, M., Radošević-Vidaček, B., & Košćec, A. (2009). Educating adolescents about healthy sleep: Experimental study of effectiveness of educational leaflet. *Croatian Medical Journal*, 50, 174-181.
- Brockmann, P. E., Urschitz, M. S., Schlaud, M., & Poets, C. F. (2012). Primary snoring in school children: Prevalence and neurocognitive impairments. *Sleep Breath*, 16, 23-29.
- Cai, X., Li, X., Hu, Q., Yu, C., Zhou, Y., Su, M.,... Wang, L. (2013). Multiple system morbidities associated with children with snore symptom. *Pediatric Pulmonology*, 48, 381-389.
- Canto, G. L., Singh, V., Conti, P., Dick, B. D., Gozal, D., Major, P. W., & Flores-Mir, C. (2015). Association between sleep bruxism and psychosocial factors in children and adolescents: A systematic review. *Clinical Pediatrics*, 54(5), 469-478.
- Carter, K. A., Hathaway, N. E., & Lettieri, C. F. (2014). Common sleep disorders in children. *American Family Physician*, 89(5), 368-377.
- Chahal, H., Fung, C., Kuhle, S., & Veugelers, P. J. (2012). Availability and night-time use of electronic entertainment and communication devices are associated with

- short sleep duration and obesity among Canadian children. *Pediatric Obesity*, 8, 42-51.
- Chaput, J., Leduc, G., Boyer, C., Bélanger, P., LeBlanc, A. G., Borghese, M. M., & Tremblay, M. S. (2014). Electronic screens in children's bedrooms and adiposity, physical activity and sleep: Do the number and type of electronic devices matter?. *Canadian Journal of Public Health*, 105(4), 273-279.
- Chawla, J. & Waters, K. A. (2015). Snoring in children. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 51, 847-851.
- Cortez, C. A. S. (2014). *Qualidade do sono, higiene do sono e crenças sobre o sono em adolescente: Estudo exploratório com adolescentes entre os 14 e os 18 anos* (Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia). Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, Portugal.
- Coulombe, J. A. & Reid, G. J. (2014). What do preschool-aged children do when they wake at night: Toward an understanding of night-waking behaviors among community children. *Behavioral Sleep Medicine*, 12, 89-105.
- Cunali, R. S., Bonotto, D. M. V., Machado, E., Hilgenberg, P. B., Bonotto, D., Farias, A. C., & Cunali, P. A. (2012). Bruxismo do sono e disfunções temporomandibulares: Revisão sistemática. *Revista Dor*, 13(4), 360-364.
- Direção-Geral da Saúde. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Disponível em <http://www.dgs.pt/?cr=24430>
- Garmy, P., Nyberg, P., & Jakobsson, U. (2012). Sleep and television and computer habits of Swedish school-age children. *The Journal of School Nursing*, 28(6), 469-476.
- Gentile, D. A., Reimer, R. A., Nathanson, A. I., Walsh, D. A., & Eisenmann, J. C. (2014). Protective effects of parental monitoring of children's media use: A prospective study. *JAMA Pediatrics*, 168(5), 479-484.
- Gruber, R., Carrey, N., Weiss, S. K., Frappier, J. Y., Rourke, L., Brouillette, R. T., & Wise, M. S. (2014). Position statement on pediatric sleep for psychiatrists. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 23(3), 174-195.
- Hodgkinson, B., Josephs, K., & Hegney, D. (2010). Best practice in the management of primary nocturnal enuresis in children: A systematic review [Summary]. *JBIC Library of Systematic Reviews*, 8(5), 173-254.

- Insana, S. P., Gozal, D., McNeil, D. W., & Montgomery-Downs, H. E. (2013). Community based study of sleep bruxism during early childhood. *Sleep Medicine, 14*(2), 183-188.
- LeBourgeois, M., Giannotti, F., Cortesi, F., Wolfson, A., & Harsh, J. (2005). The relationship between reported sleep quality and sleep hygiene in Italian and American adolescents. *Pediatrics, 115*(1), 257-265.
- Luo, R., Schaughency, E., Gill, A. I., Dawes, P. J. D., & Galland, B. C. (2015). Natural history of snoring and other sleep-disordered breathing (SDB) symptoms in 7-year-old New Zealand children: A follow-up from age 3. *Sleep Breath, 19*, 977-985.
- March, P. & Heering, H. (2016). Enuresis, nocturnal: Behavioral interventions – Alarms. In D. Pravikoff (Ed.), *Evidence-Based Care Sheet*. [s.l.]: Cinahl Information Systems.
- Marcus, C. L., Brooks, L. J., Draper, K. A., Gozal, D., Halbower, A. C., Jones, J.,... Shiffman, R. N. (2012). Diagnosis and management of childhood obstructive sleep apnea syndrome. *Pediatrics, 130*, 576-584.
- Marinelli, M., Sunyer, J., Alvarez-Pedrerol, M., Iñiguez, C., Torrent, M., Vioque, J.,... Julvez, J. (2014). Hours of television viewing and sleep duration in children: A multicenter birth cohort study. *JAMA Pediatrics, 168*(5), 458-464.
- Meltzer, L. J. & Mindell, J. A. (2014). Systematic review and meta-analysis of behavioral interventions for pediatric insomnia. *Journal of Pediatric Psychology, 39*(8), 932-948.
- Meltzer, L. J. & Montgomery-Downs, H. E. (2011). Sleep in the family. *Pediatric Clinics of North America, 58*(3), 765-774.
- Mukherjee, S., Patel, S. R., Kales, S. N., Ayas, N. T., Strohl, K. P., & Gozal, D. (2015). An official American Thoracic Society Statement: The importance of healthy sleep. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, 191*(12), 1450-1458.
- Munezawa, T., Kaneita, Y., Osaki, Y., Kanda, H., Minowa, M., Suzuki, K.,... Ohida, T. (2011). The association between use of mobile phones after lights out and sleep disturbances among Japanese adolescents: A nationwide cross-sectional survey. *Sleep, 34*(8), 1013-1020.

- National Clinical Guideline Centre. (2010). *Nocturnal enuresis: The management of bedwetting in children and young people*. London, United Kingdom: National Clinical Guideline Centre. Disponível em www.nice.org.uk
- Nuutinen, T., Ray, C., & Roos, E. (2013). Do computer use, TV viewing, and the presence of the media in the bedroom predict school-aged children's sleep habits in a longitudinal study?. *BioMed Public Health*, 13, 1-8.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010a). *Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista*. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2010b). *Regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciaCrian%C3%A7aJov_ aprovadoAG_20Nov2010.pdf
- Owens, J. A., Spirito, A., & McGuinn, M. (2000). The children's sleep habits questionnaire (CSHQ): Psychometric properties of a survey instrument for school-aged children. *Sleep*, 23(8), 1-9.
- Paruthi, S., Brooks, L., D'Ambrosio, C., Hall, W., Kotagal, S., Lloyd, R.,...Wise, M. (2016). Recommended 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.
- Pestana, V. L. F. F. G. (Coord.). (2010). Guia orientador de boa prática: Promover o desenvolvimento infantil na criança dos 0 aos 5 anos. In Ordem dos Enfermeiros – Comissão de Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, *Guias orientadores de boa prática em Enfermagem de saúde infantil e pediátrica – Volume I* (pp.67-134). Disponível em <https://membros.ordemenfermeiros.pt/Publicacoes/Paginas/GuiasOrientadoresdeBoaPraticaemEnfermagemdeSaudeInfantilePediatria.aspx>
- Ronen, T., Hamama, L., & Rosenbaum, M. (2012). Enuresis – Children's predictions of their treatment's progress and outcomes. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 222-232.

- Silva, F. G., Silva, C. R., Braga, L. B., & Neto, A. S. (2013). Hábitos e problemas do sono dos dois aos dez anos: Estudo populacional. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 44(5), 196-202.
- Silva, F. G., Silva, C. R., Braga, L. B., & Neto, A. S. (2014). Portuguese children's sleep habits questionnaire – Validation and cross-cultural comparison. *Jornal de Pediatria*, 90(1), 78-84.
- Storfer-Isser, A., LeBourgeois, M. K., Harsh, J., Tompsett, C. J., & Redline, S. (2013). Psychometric properties of the adolescent sleep hygiene scale (ASHS). *Journal of Sleep Research*, 22(6), 1-17.
- Türkoğlu, S., Akça, Ö. F., Türkoğlu, G., & Akça, M. (2014). Psychiatric disorders and symptoms in children and adolescents with sleep bruxism. *Sleep Breath*, 18, 649-654.
- Zicari, A. M., Occasi, F., Di Mauro, F., Lollobrigida, V., Di Fraia, M., Savastano, V.,... Duse, M. (2016). Mean platelet volume, vitamin D and C reactive protein levels in normal weight children with primary snoring and obstructive sleep apnea syndrome. *Plos One*, 11(4), 1-10.

9. Anexos

Anexo I – Questionário de Hábitos de Sono das Crianças

Sexo: Masc. ___ Fem. ___ Idade: _____ Ano Escolar: _____

Grau Familiar: Mãe ___ Pai ___

HORA DE DEITAR			
Durante a semana: ___ horas e ___ minutos			
No fim de semana: ___ horas e ___ minutos			
A criança...	Habitualmente (5 a 7 vezes por semana)	Às vezes (2 a 4 vezes por semana)	Raramente (1 vez ou nunca)
Deita-se sempre à mesma hora	()	()	()
Depois de se deitar, demora até 20 minutos a adormecer	()	()	()
Adormece sozinha na sua própria cama	()	()	()
Adormece na cama dos pais ou dos irmãos	()	()	()
Precisa de um dos pais no quarto para adormecer	()	()	()
“Luta” na hora de deitar (chora, recusa-se a ficar na cama, etc.)	()	()	()
Tem medo de dormir no escuro	()	()	()
Tem medo de dormir sozinha	()	()	()
COMPORTAMENTO DURANTE O SONO			
Tempo total de sono diário: ___ horas e ___ minutos (considerando o sono da noite e as sextas)			
A criança...	Habitualmente (5-7 vezes)	Às vezes (2-4 vezes)	Raramente (0-1 vez)
Dorme pouco	()	()	()
Dorme o que é necessário	()	()	()
Dorme o mesmo número de horas todos os dias	()	()	()
Molha a cama à noite (crianças com 4 ou mais anos)	()	()	()
Fala a dormir	()	()	()
Tem sono agitado, mexe-se muito a dormir	()	()	()
Anda a dormir, à noite (sonambulismo)	()	()	()
Vai para a cama dos pais, irmãos, etc., a meio da noite	()	()	()
Range os dentes durante o sono	()	()	()
Ressona alto	()	()	()

Parece parar de respirar durante o sono	()	()	()
Ronca ou tem dificuldade em respirar durante o sono	()	()	()
Tem dificuldade em dormir fora de casa (na casa de familiares, nas férias, etc.)	()	()	()
Acorda durante a noite a gritar, a suar, inconsolável	()	()	()
Acorda assustada com pesadelos	()	()	()
ACORDAR DURANTE A NOITE			
Acorda uma vez durante a noite	()	()	()
Acorda mais de uma vez durante a noite	()	()	()
ACORDAR DE MANHÃ			
Hora de acordar nos dias de semana: ___ horas e ___ minutos			
No fim de semana: ___ horas e ___ minutos			
A criança...	Habitualmente (5-7 vezes)	Às vezes (2-4 vezes)	Raramente (0-1 vez)
De manhã, acorda por si própria	()	()	()
Acorda mal-humorada	()	()	()
De manhã, é acordada pelos pais ou irmãos	()	()	()
Tem dificuldade em sair da cama de manhã	()	()	()
Demora a ficar bem acordada	()	()	()
SONOLÊNCIA DURANTE O DIA	Habitualmente	Às vezes	Raramente
Parece cansada	()	()	()
Na semana passada, a criança pareceu sonolenta em alguma destas situações?	Não ficou sonolenta	Ficou muito sonolenta	Adormeceu
A ver televisão	()	()	()
A andar de carro	()	()	()

Silva FG, Silva CR, Braga LB, Neto AS. Portuguese Children's Sleep Habits Questionnaire - validation and cross-cultural comparison. J Pediatr (Rio J). 2014;90:78-84.

Anexo II – Pedido de autorização de utilização do Questionário de Hábitos de Sono das Crianças



Silvia Marques <silviacpmarques@gmail.com>

Pedido de autorização de utilização do Questionário de Hábitos de Sono das Crianças

Silvia Marques <silviacpmarques@gmail.com>
Para: fs.sono@gmail.com

25 de maio de 2016 às 22:01

Boa noite Dr. Filipe Silva.

Sou aluna do Mestrado em Enfermagem, Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, da Universidade Católica Portuguesa.

O meu projeto de estágio no âmbito da especialidade tem por tema os problemas de sono na infância, pelo que gostaria de utilizar o Questionário de Hábitos de Sono das Crianças, por vocês traduzido e validado para a língua portuguesa.

Pretendo a vossa autorização para utilização do questionário em causa para avaliar o sono nas crianças durante o meu estágio que irá decorrer numa UCSP, num internamento pediátrico e num serviço de urgência e que terminará em dezembro de 2016.

De momento não pondero utilizar os resultados obtidos pelo questionário para investigação científica. Contudo, é possível que o projeto de estágio seja discutido em público de modo a obter o grau de mestre e posteriormente divulgado pela UCP. Deste modo, gostaria também de ter autorização para utilização do questionário em investigação científica .

Agradeço desde já a sua atenção.

Cumprimentos,

Silvia Marques

Anexo III – Resposta ao pedido de autorização de utilização do Questionário de Hábitos de Sono das Crianças



Sílvia Marques <silviacpmarques@gmail.com>

Pedido de autorização de utilização do Questionário de Hábitos de Sono das Crianças

Filipe Silva <fs.sono@gmail.com>

26 de maio de 2016 às 22:23

Para: Sílvia Marques <silviacpmarques@gmail.com>

Boa noite Enfermeira Sílvia

Agradeço o seu contacto e pode usar livremente para os dois fins.
Posteriormente, se apresentar algum trabalho, pedia que me desse conhecimento dos resultados se for possível (por exemplo através do resumo).

Bom trabalho
Filipe Silva

Anexo IV – Pedido de autorização de aplicação do Questionário de Hábitos de Sono das Crianças na UCSP

À Diretora Executiva do ACES [REDACTED]

Ex.^a Sra. [REDACTED]

Assunto: Pedido autorização de aplicação de Questionário de Hábitos de Sono das Crianças na Consulta de Saúde Infantil e Vacinação

[REDACTED], 30 de maio de 2016.

Eu, Sílvia Cristina de Paiva Marques, aluna de Mestrado em Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa, Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, encontrando-me a realizar estágio na UCSP [REDACTED] até ao dia 17 de junho de 2016, venho, por este modo, solicitar autorização para aplicação do Questionário de Hábitos de Sono das Crianças na Consulta de Saúde Infantil e Vacinação. O questionário, que segue em anexo, foi traduzido e validado para a população portuguesa. A aplicação do questionário aos pais tem como intuito avaliar o sono das crianças entre os 2 aos 10 anos, de modo a poder diagnosticar problemas de sono e intervir na promoção do sono das crianças.

Agradeço, desde já, a atenção dispensada.

Com os melhores cumprimentos,

Sílvia Marques

**Apêndice X – Promoção do Sono Durante a Hospitalização:
Reflexão Crítica**



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

Logotipo do Hospital

PROMOÇÃO DO SONO DURANTE A HOSPITALIZAÇÃO

Reflexão Crítica

Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediátrica

Sílvia Cristina de Paiva Marques

Sob a orientação de

Professora Doutora Zaida Borges Charepe

EEESCJ T. M.

Lisboa, outubro de 2016

Índice

1. Introdução	3
2. Caracterização do Serviço de Internamento: Ambiente e Práticas	4
3. Hora de Deitar e Televisão	10
4. Conclusão	17
5. Referências Bibliográficas	18

1. Introdução

A presente reflexão crítica teve por base o estágio realizado num serviço de internamento pediátrico de um hospital da área de Lisboa, no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, nos meses de setembro e outubro de 2016.

Os objetivos deste trabalho foram analisar criticamente o ambiente e as práticas no âmbito da promoção do sono observadas num serviço de internamento pediátrico e refletir sobre uma situação específica na perspetiva da promoção do sono durante a hospitalização de crianças e adolescentes, de modo a melhorar os cuidados de Enfermagem prestados e desenvolver competências de Enfermeira Especialista.

O método utilizado consistiu na observação participante e reflexão crítica sobre o ambiente de um serviço de internamento pediátrico e as intervenções de Enfermagem implementadas para promover o sono das crianças e adolescentes. Para estruturar a reflexão utilizou-se o ciclo reflexivo de Gibbs devido à sua aplicabilidade no desenvolvimento de competências em Enfermagem.

O sono em quantidade e qualidade adequadas é fundamental para a saúde e bem-estar das crianças e adolescentes. Os Enfermeiros têm o dever de zelar pelo sono de quem cuidam, sendo a hospitalização um momento crítico para o descanso devido à situação de doença, mas também aos constrangimentos associados ao ambiente hospitalar. Promover um ambiente facilitador do sono para as crianças e adolescentes é essencial para a recuperação da saúde, pelo que deve ser uma preocupação dos Enfermeiros. O período de hospitalização pode também oferecer circunstâncias propícias à promoção da higiene do sono, através do incentivo à implementação de boas práticas.

O trabalho encontra-se estruturado em duas partes. No primeiro capítulo procede-se à análise crítica do ambiente e práticas observadas no serviço de internamento pediátrico. Na segunda parte desenvolve-se uma reflexão mais aprofundada sobre uma situação específica, nomeadamente a hora de deitar das crianças e adolescentes no hospital e o uso de televisão.

2. Caracterização do Serviço de Internamento: Ambiente e Práticas

O serviço de internamento pediátrico possui oito vagas, distribuídas por quatro quartos com duas camas/berços cada. O serviço dispõe de uma sala de atividades, casa de banho, sala de tratamentos, sala de Enfermagem, sala de medicação, sala de médicos e zona de sujos, sendo que os quartos das crianças são de um dos lados do corredor do serviço e as salas de apoio do lado oposto. Todos os quartos têm televisão e cadeirões para os pais descansarem. Na maior parte do tempo de internamento as crianças/adolescentes encontram-se acompanhados pelos pais ou pessoa significativa. Relativamente ao sono, o serviço beneficia de ter poucas vagas disponíveis, o que torna o ambiente tranquilo durante grande parte do período noturno. No hospital existe uma Norma do Departamento de Pediatria sobre o sono que aguarda aprovação interna.

No que respeita à iluminação, existem algumas limitações para a observação das crianças/adolescentes no período da noite devido à falta de luzes individuais nos quartos e de iluminação de baixa ou regulável intensidade. Estudos recentes recomendam a utilização preferencial da luz de cabeceira em detrimento da luz do teto (Oliveira & Ferreira, 2014; Oliveira, Gomes, Nicolau, Ferreira, & Ferreira, 2015; Stremmer, Adams, & Dryden-Palmer, 2015) e o uso de lanternas (Oliveira et al., 2015; Stremmer et al., 2015) para a observação das crianças durante o período de descanso. Apesar dos constrangimentos, os Enfermeiros implementam algumas estratégias para contornar este facto, tais como a utilização de luzes indiretas fora dos quartos (corredor ou salas em frente ao quarto em causa) ou luzes menos intensas (candeeiros portáteis ou lanternas dos telemóveis nos bolsos das fardas). No período noturno, verifica-se a realização de vigilância periódica das crianças/adolescentes utilizando os referidos meios, sem que estas despertem. Isto vai ao encontro dos resultados de um estudo em que foi avaliada a luminosidade num internamento pediátrico e que demonstrou que os Enfermeiros eram capazes de prestar os cuidados sem causar um aumento da intensidade da luz no quarto das crianças (Linder & Christian, 2011). Desde o anoitecer até ao início da manhã e durante as sextas, as persianas são mantidas fechadas para tornar o ambiente mais escurecido e promover o sono, tal como é recomendado por Oliveira et al. (2015).

Quanto ao ruído, existem algumas normas no serviço para a sua limitação, tal como a utilização dos telemóveis num modo silencioso e a realização de chamadas fora

dos quartos das crianças/adolescentes. Esta prática está de acordo com as recomendações de estudos recentes, que aconselham o uso de telemóveis em modo vibratório (Meltzer, Davis, & Mindell, 2012; Oliveira et al., 2015) ou com o volume baixo (Stremmer et al., 2015). Para a promoção do sono das crianças/adolescentes existe a norma do serviço de que as televisões devem ser desligadas no máximo às 22 horas, o que vai ao encontro da sugestão de Oliveira e Ferreira (2014) de se definir nos serviços hospitalares uma hora de silêncio. Ambas as normas estão presentes no Guia de Acolhimento que é distribuído aos pais à chegada ao serviço.

Ainda ao nível do ruído, é sabido que existem fontes não evitáveis ou difíceis de contornar num serviço hospitalar. Contudo, existem algumas fontes de ruído que podem e devem ser minimizadas. Uma das origens de ruído no período noturno são os profissionais de saúde no desempenho das atividades do seu trabalho. A entrada e saída dos profissionais da unidade consiste numa causa de ruído, uma vez que a porta do serviço, apesar de ter um mecanismo de amortecimento, no momento em que fecha causa um impacto com ruído significativo, que perturba especialmente as crianças/adolescentes do quarto mais próximo. Uma possível solução para esta origem de ruído seria a colocação de proteções na porta para diminuir o som causado pelo impacto do fechar da porta. A porta da sala de Enfermagem também causa muito ruído ao abrir e fechar. Sendo uma porta que é utilizada várias vezes ao longo de todos os turnos, o ambiente do serviço beneficiaria com a verificação da sua fechadura e/ou reforço da fixação do vidro. A utilização deste tipo de medidas para reduzir o ruído das portas são aconselhadas por diferentes autores (Herbert et al., 2014; Meltzer et al., 2012).

Outra origem de ruído evitável são os diálogos não terapêuticos dos profissionais. Herbert et al. (2014) recomendam que as conversas não clínicas próximo dos quartos das crianças/adolescentes sejam evitadas, sendo que Stremmer et al. (2015) aconselham que os profissionais tenham um espaço para poderem socializar e trabalhar, sendo neste serviço o espaço utilizado a sala de Enfermagem. Esta fonte de ruído é bastante variável e depende muito de cada pessoa e da importância que confere ao assunto. Deste modo, para promover o sono das crianças/adolescentes hospitalizados, Stremmer et al. (2015) aconselham que se promova a consciência dos profissionais de saúde do seu contributo para o ruído durante a noite. Contudo, neste serviço verifica-se que muitos dos profissionais promovem a tranquilidade do serviço, mantendo um tom de voz baixo, em especial durante a noite.

Existem algumas práticas estabelecidas que causam ruído e que são realizadas num período de descanso das crianças. A mudança dos sacos do lixo dos caixotes dos quartos das crianças é realizada pelas assistentes operacionais cerca das 7 horas. Seria possível adaptar esta rotina, procedendo à mudança dos sacos do lixo durante o turno da noite apenas em casos pontuais, em que se verificasse ser realmente necessário. Nestas situações, a mudança poderia ser realizada simultaneamente com a prestação de cuidados de Enfermagem, para que o sono da criança/adolescente não fosse interrompido diversas vezes. Nas restantes situações, poder-se-ia proceder à sua mudança no turno da manhã, após a criança acordar. Linder e Christian (2011) aconselham a colaboração com toda a equipa multidisciplinar para diminuir o ruído e evitar aumentos abruptos na intensidade de som, através da coordenação das diferentes atividades, de modo a minimizar as interrupções do sono durante a noite.

No turno da noite verifica-se a existência de um período prolongado de tranquilidade e silêncio. Este período de descanso só é interrompido por algum alarme de equipamento clínico, criança que acorde, admissão de uma criança/adolescente ou necessidade de realizar algum procedimento invasivo. Quando, por exemplo, soa algum alarme, os Enfermeiros acorrem prontamente para o desligar, minimizando assim o ruído causado. No que respeita aos alarmes dos equipamentos, os autores recomendam a sua antecipação (Meltzer et al., 2012; Oliveira et al., 2015) e a diminuição do seu volume para o mínimo ou silenciados (se apropriado) durante os períodos de sono (Herbert et al., 2014; Meltzer et al., 2012; Oliveira et al., 2015; Stremmler et al., 2015).

Existe ainda outra fonte de ruído que são as próprias crianças internadas, uma vez que existem no serviço crianças de várias idades, com ritmos biológicos e necessidades diferentes, mas também com necessidades de cuidados e vigilância distintas. Os Enfermeiros tentam, sempre que possível, realizar a distribuição das crianças/adolescentes pelos quartos do serviço tendo em consideração a idade das crianças (por terem necessidades de sono semelhantes) e a gravidade da situação clínica (para evitar a interrupção do sono por necessidade de cuidados ao companheiro de quarto), tal como recomendam Oliveira e Ferreira (2014). Por outro lado, ao respeitar-se os horários de cada criança, podem surgir momentos em que estes entrem em conflito com os de outras crianças. Por exemplo, uma criança acordou cerca das 7 horas e pediu para ver televisão, falava alto e ria-se, enquanto as restantes crianças ainda se encontravam a dormir. Outra situação foi quando crianças brincavam com triciclos no corredor do serviço enquanto outra criança dormia a sesta. É possível tentar reduzir este

ruído explicando às crianças que estão outros meninos a dormir. No entanto, nem sempre é possível reduzir o ruído das crianças, como por exemplo no caso de crianças que têm um sono agitado, falam alto ou ressonam enquanto dormem. Meltzer et al. (2012) identificaram como uma das causas de interrupção do sono durante a hospitalização de crianças e adolescentes o ruído relacionado com o companheiro de quarto, nomeadamente ressonar e gemer.

Para promover o sono das crianças hospitalizadas, Stremmler et al. (2015) recomendam transmitir à criança e família a importância do sono para a saúde. Relativamente a informações sobre a higiene do sono, a unidade dispõe de um placar no corredor onde estão afixadas algumas informações para os pais, tendo um cartaz sobre hábitos aconselhados e desaconselhados para a promoção do sono das crianças, bem como três folhetos para idades distintas com informações sobre o sono de lactentes/crianças/adolescentes. A distribuição de folhetos educativos com informações e recomendações sobre o sono mostrou ser um método eficaz na educação para a saúde, na medida em que aumenta os conhecimentos sobre o tema nos estudantes mais novos, em especial nas raparigas (Bakotić, Radošević-Vidaček, & Košćec, 2009).

Sabe-se que a hospitalização implica uma interrupção da rotina diária e um ambiente estranho que podem dificultar o sono (Oliveira et al., 2015). Para promover o conforto e o bem-estar da criança e, conseqüentemente, o seu sono e repouso, tenta-se recriar no serviço os hábitos e rotinas da criança e família, pelo que é incentivado o acompanhamento constante da criança por uma pessoa significativa, promove-se a utilização de roupas, almofadas e brinquedos da criança e adapta-se os momentos de sono, higiene e alimentação a cada criança. A manutenção da rotina de sono instituída em casa no hospital facilita o sono das crianças (Linder & Christian, 2011).

Os cuidados de Enfermagem são planeados tendo em consideração os períodos de sono das crianças, nomeadamente durante as sextas nos turnos da manhã e da tarde. Durante a noite, é promovida a concentração dos cuidados a realizar para um momento único com o intuito de não perturbar repetidas vezes o sono da criança e esta possa voltar a adormecer. Vários autores recomendam a concentração dos cuidados para que a criança/adolescente não seja acordado múltiplas vezes, o que dificulta o regresso ao sono (Linder & Christian, 2011; Meltzer et al., 2012; Oliveira & Ferreira, 2014; Oliveira et al., 2015; Stremmler et al., 2015). Por outro lado, os cuidados prestados durante os períodos de sono devem ser apenas os absolutamente necessários (Oliveira & Ferreira, 2014). Tendo em conta que o horário das visitas no serviço pode ser

coincidente com a sesta das crianças, as visitas devem ser incentivadas a respeitar o sono e descanso das crianças hospitalizadas.

De um modo geral, às 21 horas as crianças vão para os seus quartos. Após as 22 horas promove-se a redução de estímulos (ruído e luminosidade) no serviço para que o ambiente favoreça o sono das crianças. Na ceia existe a possibilidade das crianças/adolescentes beberem leite ou chá quente. Desenvolver uma rotina relaxante antes de deitar, incluindo a atividades como tomar banho, ler ou ouvir música (Gruber et al., 2014) facilita o início do sono.

No que respeita à administração de medicação, os horários estabelecidos visam evitar ao máximo a administração de medicação durante o período noturno. O planeamento dos horários de administração de medicação de modo a minimizar o número de tomas durante o período de sono habitual é recomendado por Linder e Christian (2013). Contudo, existe medicação, que pela frequência com que é administrada (8/8 horas ou 6/6 horas) implica obrigatoriamente a realização de tomas no período de descanso das crianças.

A medicação endovenosa é passível de ser administrada sem que a criança acorde, utilizando as estratégias de iluminação já mencionadas e tendo o cuidado de limitar o ruído. Outra fonte de luminosidade que pode perturbar o descanso de algumas crianças consiste na luz emitida pelos equipamentos para administração de terapêutica, sendo que os Enfermeiros têm o cuidado de os posicionar de modo a que a luz não esteja dirigida à criança.

Em relação à medicação por via oral, existe alguma medicação que está programada para as 7 horas, mas que é administrada quando a criança acorda, ou seja, procede-se ao ajustamento do horário às rotinas da criança. Porém, existe alguma medicação por via oral, que pela frequência da sua administração ou especificidades, implica que a criança seja acordada para proceder à sua toma. Noutras situações, os Enfermeiros procedem ao ajustamento de alguns horários de administração de terapêutica oral, ora antecipando ora adiantando ligeiramente, de modo a não acordar a criança repetidas vezes. Estas medidas estão de acordo com a flexibilidade nos tempos de administração de medicação recomendada por Meltzer et al. (2012).

Algumas crianças têm necessidade de realizar reforço hídrico também no período noturno, o que leva a interrupções do sono para ingerir líquidos e urinar. Estas interrupções do sono da criança são difíceis de serem contornadas.

O controlo de sintomas também constitui uma forma de promover o sono das crianças internadas. O controlo de sintomatologia como a dor (Herbert et al., 2014; Meltzer et al., 2012), a tosse ou convulsões (Herbert et al., 2014) é importante para promover o sono das crianças/adolescentes. Se o benefício do controlo da dor é óbvio para a criança/adolescente, também tem repercussões positivas tanto no descanso dos pais como das outras crianças internadas, na medida em que pode levar a uma redução do ruído no serviço e diminuir o impacto psicológico e imaginário nas restantes crianças. Sugere-se a utilização de estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança/adolescente (Reis, 2013), bem como a utilização de creme anestésico ou sacarose conforme a idade da criança (Direção-Geral da Saúde, 2012) na realização do procedimento invasivo mais frequentes, a punção venosa periférica.

3. Hora de Deitar e Televisão

Da observação realizada no serviço de internamento pediátrico durante o período de estágio ressaltou uma situação que suscitou várias dúvidas sobre qual seria a melhor forma de intervir e que, por esse motivo, foi escolhida para uma reflexão mais aprofundada. A presente reflexão foi realizada tendo por base os passos pressupostos pelo ciclo reflexivo de Gibbs (descrição, pensamentos e sentimentos, avaliação inicial, análise, conclusões e plano de ação), explicitados para a Enfermagem por Jasper (2003) e exemplificados por O'Brien (2014).

Estando a desenvolver a temática da promoção do sono das crianças e adolescentes e tendo conhecimento das recomendações para a higiene do sono, verificou-se a existência de televisões nos quartos das crianças/adolescentes internados e a sua utilização após a hora estipulada pelo serviço para serem desligadas (22 horas), nomeadamente em crianças entre os cinco e os seis anos de idade no início do turno da noite (23 horas).

Perante esta situação, a dúvida surgiu: o que deveria fazer tendo em consideração o melhor para as crianças e adolescentes hospitalizados? Cumprir a regra do serviço independentemente da idade e dos hábitos da criança/adolescente? Consentir situações que o conhecimento científico atual demonstrou não serem favoráveis ao sono das crianças e adolescentes? A dualidade entre o que o conhecimento científico atual considera ser o mais adequado para a promoção do sono das crianças e adolescentes (recentemente trabalhado ao nível do estágio nos cuidados primários de saúde, no sentido de transmitir às crianças e adolescentes e seus pais conhecimentos e estratégias para dormir mais e melhor) e as práticas que observava no âmbito do internamento pediátrico, levou ao questionamento sobre qual deveria ser a intervenção do Enfermeiro Especialista perante esta situação.

Considerando o internamento hospitalar como uma circunstância especial, pelo que deve ser acompanhado de adaptações das regras da higiene do sono entre outras, foi positivo verificar que neste serviço as normas existentes não eram cumpridas escrupulosamente, sendo permitida alguma flexibilidade conforme as situações específicas de cada criança/adolescente. Contudo, encarando a experiência da hospitalização como uma oportunidade única para os ensinamentos de Enfermagem para a promoção do sono serem mais práticos e concretos, para além de em situação de doença

ser fundamental o sono adequado para a recuperação e sabendo como na hospitalização este pode ser prejudicado, o sono das crianças/adolescentes parecia estar a ser um aspeto descurado ou pouco valorizado pelos Enfermeiros. Confrontada com esta problemática que causava ambivalência e indecisão sobre qual a melhor forma de agir, acabou-se por não intervir e manter o funcionamento habitual do serviço. Contudo, a inquietação que o assunto causou levou a esta reflexão mais aprofundada.

Analisando a literatura mais recente, são vários os estudos que recomendam que dispositivos eletrónicos, tais como televisões, computadores (com e sem internet), consolas de videojogos, DVD, telemóveis e *tablets*, não estejam presentes nos quartos de crianças e adolescentes, de modo a promover hábitos e padrões de sono saudáveis (Chahal, Fung, Kuhle, & Veugelers, 2012; Chaput et al., 2014; Garmy, Nyberg, & Jakobsson, 2012; Munezawa et al., 2011; Nuutinen, Ray, & Roos, 2013). Contudo, em ambiente hospitalar, esta regra de higiene do sono deve ser adaptada, na medida em que algumas crianças, por motivos variados, têm dificuldade ou estão impossibilitadas de realizar outro tipo de atividades de distração, pelo que não seria adequado priva-las do uso da televisão durante o período de internamento. Segundo Carnevale e Gaudreault (2013), o período de hospitalização pode ser entediante para as crianças e adolescentes, tendo sido identificadas várias atividades de entretenimento e jogos como promotoras de conforto, nomeadamente ver televisão, DVD e videojogos.

Oliveira et al. (2015) recomendam que, nos internamentos hospitalares, a televisão deve ser desligada a horas apropriadas para não perturbar o sono das crianças/adolescentes. Apesar desta recomendação ser incontestável, surgem algumas dúvidas: qual é a hora apropriada para a televisão ser desligada? Será a mesma para as crianças/adolescentes de várias idades?

Segundo Marinelli et al. (2014), o excesso de exposição a televisão antes de dormir pode aumentar a excitação das crianças e atrasar a hora de dormir. Assim, os Enfermeiros devem incentivar que a televisão seja desligada algum tempo antes da hora habitual para a criança adormecer, promovendo a realização de atividades tranquilas neste período. Como cada criança/adolescente tem hábitos específicos, estes devem ser inquiridos na avaliação inicial realizada no momento da admissão da criança/adolescente e família, ou logo que seja oportuno, para que se possa planear intervenções de Enfermagem individualizadas. Bulechek, Bufcher, Dochterman e Wagner (2013) definiram como intervenção de Enfermagem para facilitar a regulação dos ciclos de sono e vigília, determinar o padrão de sono e encorajar o estabelecimento

de uma rotina que facilite a transição para o sono. Também Herbert et al. (2014) aconselham que seja questionada a história de sono da criança/adolescente na admissão hospitalar.

A quantidade de horas diárias que as crianças veem televisão influencia a duração do seu sono, tal como demonstrou um estudo longitudinal em que as crianças que passavam longos períodos a ver televisão (mais de 1,5 horas por dia) tinham uma menor duração do sono (Marinelli et al., 2014). Deste modo, o tempo de exposição diário a televisão nas crianças em idade pré-escolar e escolar deve ser limitado (Marinelli et al., 2014). Durante o internamento hospitalar, deve ser promovida, sempre que possível, a realização de outras atividades, tais como jogos, pinturas, leitura e trabalhos manuais. No serviço, durante o turno da manhã dos dias de semana, existe uma educadora de infância que desenvolve diversas atividades com as crianças/adolescentes, tanto na sala de atividades com as crianças/adolescentes que podem sair dos quartos, como nos quartos com as crianças/adolescentes que estão impedidos, por diversos motivos, de sair. É importante que os Enfermeiros promovam a realização de outras atividades para além de ver televisão, em especial, nos turnos da tarde e fins de semana, para que o limite recomendado de horas de exposição à televisão não seja facilmente ultrapassado.

O tipo de programas de televisão também pode influenciar a reação da criança, sendo que crianças mais pequenas (com menos de oito anos) podem ser mais vulneráveis, pois podem não ser capazes de distinguir a fantasia da realidade, levando ao aumento do *stress* (Marinelli et al., 2014). No internamento pediátrico, os canais televisivos disponíveis são essencialmente infantis, mas também têm acesso aos quatro principais canais portugueses, cujo conteúdo programático nem sempre é adequado para crianças mais novas. Os Enfermeiros devem incentivar os pais a controlar o tipo de programas a que as crianças assistem, tanto no hospital como em casa.

Um estudo demonstrou que a monitorização por parte dos pais da exposição das crianças aos *media* tinha efeitos imediatos e a longo prazo ao nível da saúde física, social e académica das crianças, uma vez que levava ao aumento do sono, melhoria do desempenho escolar, aumento do comportamento pró-social e redução do comportamento agressivo (Gentile, Reimer, Nathanson, Walsh, & Eisenmann, 2014). Existem quatro formas dos pais monitorizarem a exposição dos filhos aos *media*: assistindo aos programas com as crianças, restringindo a quantidade de tempo de exposição, limitando os tipos de conteúdo observados e discutindo o significado do conteúdo dos programas com as crianças (Gentile et al., 2014). O envolvimento dos pais

na redução da exposição das crianças a conteúdo violento tem uma grande influência nas alterações verificadas nos comportamentos pró-sociais por um lado, bem como nos agressivos (Gentile et al., 2014).

No caso específico dos adolescentes, ter acesso ao telemóvel e/ou a computador com acesso à internet possibilita a manutenção dos contatos sociais, tão importantes e valorizados nesta fase da vida. Num estudo sobre conforto e desconforto de crianças e adolescentes gravemente doentes, os adolescentes valorizavam ter acesso aos seus amigos mais próximos através de tecnologias de comunicação (Carnevale & Gaudreault, 2013). Contudo, são necessárias algumas precauções, pois também são conhecidos os malefícios que o acesso a este tipo de tecnologia pode causar no sono. O uso excessivo do computador prediz uma menor duração do sono (Chahal et al., 2012; Garmy et al., 2012; Nuutinen et al., 2013) e hora de deitar mais tarde (Nuutinen et al., 2013). Relativamente à utilização de telemóveis antes de adormecer, foi realizado um estudo que demonstrou que o uso de telemóveis, para telefonar ou mandar mensagens escritas, depois das luzes apagadas, estava associado a menor duração do sono, pior qualidade subjetiva do sono, excessiva sonolência diurna e sintomas de insónia (Munezawa et al., 2011).

Da análise da problemática em causa uma outra dúvida se levantou. Será compreensível que as crianças/adolescentes aguardem pela avaliação realizada pelos Enfermeiros no início do turno da noite (23 horas) para depois desligarem a televisão e dormirem, evitando que a prestação dos cuidados de Enfermagem acorde as crianças que acabaram de adormecer?

Para a grande maioria das crianças, adormecer após as 23 horas significa um atraso importante na hora de deitar em comparação com o padrão de sono habitual. De um modo geral, as crianças e adolescentes dormem menos e pior durante a hospitalização do que em casa (Herbert et al., 2014; Oliveira et al., 2015). Existem situações em que o atraso na hora de adormecer pode ser compensado (total ou parcialmente) pelo acordar mais tarde, surgindo uma adaptação das horas do sono das crianças durante o período de hospitalização. Por exemplo, num estudo realizado por Linder e Christian (2013) com crianças com cancro, a diminuição do tempo total de sono era devida ao facto da hora de deitar ser frequentemente atrasada, apesar de também se verificar um atraso na hora de acordar, em comparação com os horários habituais. No entanto, esta adaptação dos horários do sono das crianças nem sempre se verifica ou é suficiente. Um estudo realizado num hospital português demonstrou que as

crianças tinham um atraso na hora de adormecer, associado a um despertar antecipado (Oliveira & Ferreira, 2014), levando a uma diminuição do tempo total de sono.

Existem situações em que, por motivos diversos, as crianças são acordadas durante o seu período de sono, o que causa, além da diminuição do tempo total de sono, um sono interrompido. Um estudo demonstrou que as crianças que tinham mais interrupções do sono dormiam mais tempo, tendo-se concluído que o aumento da duração do sono não implica necessariamente melhor qualidade de sono (Linder & Christian, 2013).

Recentemente, a Academia Americana de Medicina do Sono publicou um consenso sobre a quantidade de horas de sono para as diferentes idades pediátricas para promover uma saúde ótima, melhorando a atenção, o comportamento, a aprendizagem, a memória, a regulação emocional, a qualidade de vida e a saúde física e mental (Paruthi et al., 2016). Assim, os bebês entre os quatro e os doze meses de idade deveriam dormir entre doze e dezasseis horas por dia (incluindo sesta), as crianças entre um e dois anos deveriam dormir entre onze e catorze horas por dia (incluindo sesta), as crianças dos três aos cinco anos deveriam dormir dez a treze horas por dia incluindo sesta, as crianças em idade escolar (6-12 anos) deveriam dormir nove a doze horas por dia e os adolescentes (13-18 anos) deveriam de dormir oito a dez horas por dia (Paruthi et al., 2016).

Tomando o exemplo de uma criança em idade escolar, em que já não é previsto que necessite de sesta, o tempo recomendado de sono estaria, tendo em conta as variações intrapessoais e interpessoais, entre as nove e as doze horas por dia. Caso esta criança adormeça imediatamente após a avaliação inicial do turno da noite (após as 23 horas), teria de dormir até entre as 8 e as 11 horas da manhã, para obter o tempo total de sono recomendado. Tendo em consideração o limite mínimo, este até poderá ser respeitado num internamento pediátrico, considerando que no final do turno da noite os Enfermeiros não necessitariam de proceder a avaliações, administrar medicação ou realizar outros cuidados, ou conseguiriam realizá-los sem despertar a criança. No entanto, se tivermos em conta o limite máximo, penso ser complicado que este seja respeitado, pois as rotinas hospitalares, em especial nos dias de semana, dificilmente possibilitam um acordar tão tardio, na medida em que existem avaliações para realizar por diferentes profissionais, exames, tratamentos, etc. Por outro lado, neste exemplo não se está a considerar que no hospital este tempo de sono pode ser interrompido por diversos fatores (ruído, luz, desconforto ou intervenções). Deste modo, excluindo

eventualmente alguns adolescentes com menores necessidades de sono (oito horas por dia), adormecer após as 23 horas é notoriamente tardio para que as crianças durmam o tempo necessário para que a sua saúde seja promovida.

A avaliação do padrão de sono habitual da criança é essencial para determinar o momento em que a televisão deve ser desligada, mas também para definir quando a criança deve adormecer no hospital. Conhecendo a rotina de cada criança, é possível planejar os cuidados de Enfermagem para que não se desperte uma criança que acabou de adormecer. Ao fazer este planeamento é também essencial promover a concentração dos cuidados prestados para evitar acordares sucessivos. Vários autores (Linder & Christian, 2011; Meltzer et al., 2012; Oliveira & Ferreira, 2014; Oliveira et al., 2015; Stremmler et al., 2015) recomendam que ao planejar os cuidados prestados durante os momentos de descanso, deve ser tida em consideração a concentração dos mesmos para evitar que a criança/adolescente seja despertado diversas vezes, prestando apenas os cuidados absolutamente necessários (Oliveira & Ferreira, 2014).

Se durante o período de internamento as crianças e adolescentes dormirem o tempo recomendado, o sono pode tornar-se um coadjuvante na melhoria do seu estado de saúde. Ibarra-Coronado et al. (2015) sugerem a existência de uma relação bidirecional entre o sono e a imunidade, na medida em que a privação de sono global e de sono REM implica a modulação da resposta do sistema imunitário, aumentando os processos inflamatórios ou favorecendo uma determinada resposta celular, ao mesmo tempo que a resposta imunitária pode estar envolvida em mecanismos que causam alterações no padrão de sono. Ainda não está explicado o modo como as infeções (virais, bacterianas ou parasitárias) alteram o padrão de sono, colocando-se a hipótese de que a alteração do sono durante a infeção consista numa componente da fase aguda de doença que promove a recuperação, provavelmente através de mecanismos que envolvem as citocinas e os seus recetores, bem como os recetores do sistema imunitário inato (Ibarra-Coronado et al., 2015).

Assim, um sono adequado e reparador é essencial para a manutenção de uma boa imunidade, sendo que a privação de sono está associada ao aumento diurno dos níveis de mediadores inflamatórios e quando crónica pode ser relacionada com o aumento da morbilidade e mortalidade (AlDabal & BaHammam, 2011). Para além das ligações entre o sono e a imunidade, Gómez-González et al. (2012) propõem que uma das funções do sono é manter a integridade do sistema neuro-endócrino-imunitário, na medida em que as hormonas e as citocinas podem alterar o padrão de sono, enquanto o sono normal

regula a expressão de muitas destas hormonas e citoquinas. Ao promover o sono das crianças e adolescentes, os Enfermeiros estão também a promover a sua saúde e a sua recuperação.

Da análise das diferentes inquietações que a problemática suscitou, foi possível chegar a várias conclusões para orientar a intervenção futura como Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem baseada na evidência científica recente. Em primeiro lugar, o acesso a televisão, telemóvel e computador com internet é essencial durante o internamento pediátrico de modo a minimizar alguns constrangimentos que este implica. Contudo, a utilização destes dispositivos eletrónicos deve ser controlada pelos pais (ou Enfermeiros na ausência dos mesmos), tal como em casa, para que não prejudiquem o sono das crianças/adolescentes. Assim, os Enfermeiros devem promover a utilização destes equipamentos durante o internamento, aproveitando, sempre que necessário, para proceder à educação sobre a higiene do sono, nomeadamente sobre a importância do controlo parental na exposição das crianças à televisão (tempo diário e conteúdos programáticos), no uso da internet e telemóvel.

Quanto à hora apropriada para desligar a televisão, esta deve ser individualizada, tendo em consideração o padrão de sono habitual da criança/adolescente e a importância de desligar a televisão algum tempo antes da hora normal de adormecer. As crianças não devem atrasar a hora de adormecer para aguardar a avaliação dos Enfermeiros do turno da noite, pois isto leva a uma diminuição do tempo total de sono que dificilmente é compensada por um acordar mais tarde. Conhecendo a hora habitual de adormecer de cada criança, os Enfermeiros devem planear os cuidados de modo a concentrá-los e evitar despertar as crianças/adolescentes que acabaram de adormecer.

Numa situação futura semelhante, procederia à avaliação inicial do padrão de sono da criança/adolescente para determinar a que horas seria conveniente incentivar que a televisão fosse desligada e a criança/adolescente adormecesse, planeando os cuidados de Enfermagem do turno da noite em função da mesma. Dormir bem, tanto em casa como no hospital, é fundamental para a saúde das crianças e adolescentes, pelo que deve ser uma preocupação constante do Enfermeiro em contexto de internamento pediátrico.

4. Conclusão

Dormir em quantidade e qualidade é essencial para a saúde e bem-estar da criança e adolescente. Em contexto de hospitalização, são vários os fatores que podem prejudicar tanto a qualidade como a quantidade de sono das crianças/adolescentes. Conhecendo os variados benefícios que dormir bem tem, os Enfermeiros, permanecendo junto das crianças/adolescentes hospitalizados durante o dia e, especialmente, durante a noite, devem desenvolver intervenções e estratégias para promover o sono.

A existência de normas nos serviços de internamento pediátrico sobre o sono das crianças/adolescentes é importante para orientar a prática, mas não deve superar a importância de conhecer a individualidade de cada criança/adolescente no planeamento dos cuidados de Enfermagem.

A realização deste trabalho possibilitou o desenvolvimento das seguintes competências comuns de Enfermeiro Especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2010a):

- “desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção” (p.4);
- “promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (p.5);
- “cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro” (p.7);
- “gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de Enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional” (p.7);
- “baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento” (p.10).

Quanto às competências específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (Ordem dos Enfermeiros, 2010b), este trabalho promoveu o desenvolvimento das seguintes:

- “assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde” (p.3);
- “cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade” (p.4).

Em suma, este trabalho foi muito importante no percurso para a especialização em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem.

5. Referências Bibliográficas

- AIDabal, L. & BaHamman, A. S. (2011). Metabolic, endocrine, and immune consequences of sleep deprivation. *The Open Respiratory Medicine Journal*, 5, 31-43.
- Bakotić, M., Radošević-Vidaček, B., & Košćec, A. (2009). Educating adolescents about healthy sleep: Experimental study of effectiveness of educational leaflet. *Croatian Medical Journal*, 50, 174-181.
- Bulechek, G. M., Bufcher, H. K., Dochterman, J. M., & Wagner, C. M. (2013). *Nursing interventions classification (NIC)* (6^a ed.). Oxford, England: Elsevier.
- Carnevale, F. A. & Gaudreault, J. (2013). The experience of critically ill children: A phenomenological study of discomfort and comfort. *Dynamics*, 24(1), 19-27.
- Chahal, H., Fung, C., Kuhle, S., & Veugelers, P. J. (2012). Availability and night-time use of electronic entertainment and communication devices are associated with short sleep duration and obesity among Canadian children. *Pediatric Obesity*, 8, 42-51.
- Chaput, J., Leduc, G., Boyer, C., Bélanger, P., LeBlanc, A. G., Borghese, M. M., & Tremblay, M. S. (2014). Electronic screens in children's bedrooms and adiposity, physical activity and sleep: Do the number and type of electronic devices matter?. *Canadian Journal of Public Health*, 105(4), 273-279.
- Direção-Geral da Saúde. (2012). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos)* (Nº 022/2012). Disponível em https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwj4-a-bms_RAhWBuhQKHcp2DvsQFgghMAE&url=https%3A%2F%2Fwww.dgs.pt%2Fdirectrizes-da-dgs%2Forientacoes-e-circulares-informativas%2Forientacao-n-0222012-de-18122012-png.aspx&usq=AFQjCNGhgAikAnKFnTRrgVNOB2nnJ0-0ug&sig2=XwG42pKQ1pWQtW_Bgi3iTA
- Garmy, P., Nyberg, P., & Jakobsson, U. (2012). Sleep and television and computer habits of Swedish school-age children. *The Journal of School Nursing*, 28(6), 469-476.

- Gentile, D. A., Reimer, R. A., Nathanson, A. I., Walsh, D. A., & Eisenmann, J. C. (2014). Protective effects of parental monitoring of children's media use: A prospective study. *JAMA Pediatrics*, *168*(5), 479-484.
- Gómez-González, B., Domínguez-Salazar, E., Hurtado-Alvarado, G., Esqueda-Leon, E., Santana-Miranda, R., Rojas-Zamorano, J. A., & Velázquez-Moctezuma, J. (2012). Role of sleep in the regulation of the immune system and the pituitary hormones. *Annals of the New York Academy of Sciences*, *1261*, 97-106.
- Gruber, R., Carrey, N., Weiss, S. K., Frappier, J. Y., Rourke, L., Brouillette, R. T., & Wise, M. S. (2014). Position statement on pediatric sleep for psychiatrists. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *23*(3), 174-195.
- Herbert, A. R., Lima, J., Fitzgerald, D. A., Seton, C. Waters, K. A., & Collins, J. J. (2014). Exploratory study of sleeping patterns in children admitted to hospital. *Journal of Paediatrics and Child Health*, *50*, 632-638.
- Ibarra-Coronado, E. G., Pantaleón-Martínez, A. M., Velazquez-Moctezuma, J., Prospéro-García, O., Méndez-Díaz, M., Pérez-Tapia, M.,... Morales-Montor, J. (2015). The bidirectional relationship between sleep and immunity against infections. *Journal of Immunology Research*, *2015*, 1-14.
- Jasper, M. (Ed.) (2003). *Beginning reflective practice: Foundations in Nursing and health care*. Cheltenham, England: Nelson Thornes.
- Linder, L. A. & Christian, B. J. (2011). Characteristics of the nighttime hospital bedside care environment (sound, light, and temperature) for children with cancer. *Cancer Nursing*, *34*(3), 176-184.
- Linder, L. A. & Christian, B. J. (2013). Nighttime sleep characteristics of hospitalized school-age children with cancer. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, *18*, 13-24.
- Marinelli, M., Sunyer, J., Alvarez-Pedrerol, M., Iñiguez, C., Torrent, M., Vioque, J.,... Julvez, J. (2014). Hours of television viewing and sleep duration in children: A multicenter birth cohort study. *JAMA Pediatrics*, *168*(5), 458-464.
- Meltzer, L. J., Davis, K. F., & Mindell, J. A. (2012). Patient and parent sleep in a children's hospital. *Pediatric Nursing*, *38*(2), 64-71.
- Munezawa, T., Kaneita, Y., Osaki, Y., Kanda, H., Minowa, M., Suzuki, K.,... Ohida, T. (2011). The association between use of mobile phones after lights out and sleep

- disturbances among Japanese adolescents: A nationwide cross-sectional survey. *Sleep*, 34(8), 1013-1020.
- Nuutinen, T., Ray, C., & Roos, E. (2013). Do computer use, TV viewing, and the presence of the media in the bedroom predict school-aged children's sleep habits in a longitudinal study?. *BioMed Public Health*, 13, 1-8.
- O'Brien, R. (2014). Expressions of hope in paediatric intensive care: A reflection on their meaning. *Nursing in Critical Care*, 19(6), 316-321.
- 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. B., Ferreira, L., & Ferreira, R. (2015). Environment in pediatric wards: Light, sound, and temperature. *Sleep Medicine*, 16, 1041-1048.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010a). *Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista*. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2010b). *Regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciaCrian%C3%A7aJov_ aprovadoAG_20Nov2010.pdf
- Paruthi, S., Brooks, L., D'Ambrosio, C., Hall, W., Kotagal, S., Lloyd, R.,...Wise, M. (2016). Recommended 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.
- Reis, G. M. R. (Coord.). (2013). *Guia orientador de boa prática – Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança* (S. 1, N°6). Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros. Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/GOBP_EstrategiasNaoFarmacologicasControloDorCrianca.pdf
- Stremler, R., Adams, S., & Dryden-Palmer, K. (2015). Nurses' views of factors affecting sleep for hospitalized children and their families: A focus group study. *Research in Nursing & Health*, 38, 311-322.

**Apêndice XI – Promoção do Sono Durante a Hospitalização:
Plano de Cuidados de Enfermagem**



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

Logotipo do Hospital

PROMOÇÃO DO SONO DURANTE A HOSPITALIZAÇÃO

Plano de Cuidados de Enfermagem

Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediátrica

Sílvia Cristina de Paiva Marques

Sob a orientação de

Professora Doutora Zaida Borges Charepe

EEESCJ T. M.

Lisboa, outubro de 2016

Índice

1. Introdução	3
2. Sono, Adolescência e Hospitalização	4
3. Avaliação Inicial	12
4. Plano de Cuidados de Enfermagem	17
5. Conclusão	22
6. Referências Bibliográficas e Bibliografia Consultada	24

1. Introdução

O presente trabalho foi desenvolvido no âmbito do estágio num serviço de internamento pediátrico de um hospital da área de Lisboa, do Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, nos meses de setembro e outubro de 2016.

O principal objetivo deste trabalho foi a realização de um plano de cuidados de Enfermagem individualizado no âmbito da promoção do sono durante a hospitalização, bem como a promoção da higiene do sono.

Sabendo que passamos uma parte significativa da vida a dormir e que a quantidade e qualidade do sono têm implicações na saúde e bem-estar das pessoas, os Enfermeiros têm o dever de zelar pelo sono de quem cuidam. Os momentos de hospitalização têm um impacto importante no sono das crianças e adolescentes, tanto devido à doença como ao ambiente hospitalar, tornando-se a promoção de um ambiente favorável à recuperação da saúde uma área de intervenção de Enfermagem essencial. Por outro lado, qualquer momento de contacto com as crianças e adolescentes podem constituir boas oportunidades de promoção da higiene do sono.

O trabalho encontra-se estruturado em três partes. Na primeira parte apresenta-se um enquadramento teórico relativamente ao sono do adolescente e ao impacto da hospitalização no mesmo, bem como as intervenções de Enfermagem descritas na literatura como promotoras do sono durante a hospitalização. De seguida apresenta-se um pequeno resumo da história clínica do adolescente escolhido para a realização deste trabalho e a avaliação inicial realizada no âmbito do sono. Por fim, apresenta-se o plano de cuidados de Enfermagem elaborado para o adolescente, com os problemas de sono identificados, os diagnósticos de Enfermagem, as intervenções de Enfermagem e os resultados esperados após a implementação das intervenções.

2. Sono, Adolescência e Hospitalização

Nas últimas décadas, a infância e a adolescência sofreram profundas alterações nos seus hábitos e comportamentos. No sono, entre meados da década de 1990 até ao fim da de 2000, verificou-se uma tendência para o aumento dos sintomas de insónia e cansaço, em todos os grupos etários e em ambos os sexos (Kronholm et al., 2015). Nos adolescentes entre um quarto a um quinto têm uma duração de sono insuficiente (Roberts, Roberts, & Duong, 2009).

Atualmente, o sono é afetado por diversos fatores relacionados com o estilo de vida moderno, tal como o uso de aparelhos eletrónicos, a exposição excessiva à luz no final da noite, a estimulação excessiva, o consumo inadequado de cafeína e a baixa prioridade conferida ao sono pelas famílias e sociedade (Gruber et al., 2014). A sociedade moderna tende a considerar o sono como um tempo perdido, pelo que o ambiente sociocultural e laboral não é promotor de hábitos de sono saudáveis, sendo que até mesmo as crianças e adolescentes têm horários sobrecarregados com atividades extracurriculares múltiplas que atrasam a hora de deitar e diminuem a duração do sono (Gruber et al., 2014).

O sono ideal foi definido por Matricciani, Blunden, Rigney, Williams e Olds (2013) como a quantidade de sono necessária para otimizar alguns resultados desejados (desempenho académico ou aspetos da saúde física ou mental), considerando que existe uma relação de dose-resposta, assim como uma variabilidade interindividual (por exemplo, contexto sociocultural) e intraindividual (dependendo do nível de atividade física ou estágio de crescimento e maturação) na quantidade de sono ótima. Parece, então, ser difícil definir uma quantidade ótima exata de sono para as diferentes idades.

Recentemente, a Academia Americana de Medicina do Sono publicou uma declaração de consenso sobre a quantidade de sono necessária para promover um nível de saúde ótimo para as idades pediátricas, tendo por base a análise por peritos de artigos científicos (Paruthi et al., 2016). Para os adolescentes, entre os 13 e os 18 anos, é recomendado que durmam entre oito a dez horas por dia regularmente para promover uma saúde ótima (Paruthi et al., 2016). Segundo os autores (Paruthi et al., 2016), de um modo geral, dormir as horas recomendadas para cada idade está associado a melhoria da atenção, do comportamento, da aprendizagem, da memória, da regulação emocional, da qualidade de vida e da saúde física e mental, enquanto dormir menos do que o

recomendado está relacionado com problemas de atenção, comportamento e aprendizagem, aumento do risco de acidentes, lesões, hipertensão, obesidade, diabetes e depressão. Nos adolescentes, dormir pouco também está associado a risco aumentado de automutilação, pensamentos suicidas e tentativas de suicídio (Paruthi et al., 2016). Por outro lado, dormir em demasia também pode ter consequências negativas, estando associado a hipertensão, diabetes, obesidade e problemas de saúde mental (Paruthi et al., 2016).

Nos adolescentes, o problema de sono mais frequente é o sono insuficiente, sendo geralmente válido presumir que um adolescente que acorda sentindo-se bem descansado tem uma quantidade de sono adequada (Gruber et al., 2014). A avaliação do sono pode ser realizada através de uma entrevista na qual se analisa a higiene do sono e se definem objetivos de intervenção para melhorar as práticas (Gruber et al., 2014). Também é possível utilizar a Escala de Higiene do Sono na Adolescência, um questionário de auto-preenchimento que avalia a prática de hábitos que facilitam ou inibem o sono (Storfer-Isser, LeBourgeois, Harsh, Tompsett, & Redline, 2013), que está traduzido e validado para a população portuguesa (Cortez, 2014). Em relação à qualidade do sono dos adolescentes, esta pode ser avaliada utilizando a escala de Autoavaliação da Qualidade do Sono na Adolescência desenvolvida por LeBourgeois, Giannotti, Cortesi, Wolfson e Harsh (2005) e traduzida e validada para a população portuguesa por Cortez (2014).

A intervenção para a higiene do sono em adolescentes deve iniciar-se pela educação de pais e adolescentes sobre hábitos apropriados de sono e o impacto da quantidade e qualidade de sono na saúde física e mental do adolescente e família (Gruber et al., 2014). A educação para a higiene do sono consiste em fornecer informações sobre estilos de vida (alimentação, exercício, uso de substâncias) e medidas ambientais (luminosidade, ruído, temperatura) que podem interferir ou promover o sono (Gruber et al., 2014). São múltiplas as recomendações para a higiene do sono de adolescentes presentes na literatura científica.

A implementação de horários de acordar e deitar regulares é necessária para que as crianças e adolescentes possam despertar espontaneamente no momento desejado (Mukherjee et al., 2015). A exposição a luzes brilhantes nas manhãs ajuda a regular o relógio biológico, enquanto à noite o quarto deve ser mantido fresco e escuro, bem como utilizar um colchão confortável (Gruber et al., 2014).

Desenvolver uma rotina relaxante antes de deitar, incluindo a atividades como tomar banho, ler ou ouvir música (Gruber et al., 2014) favorece a entrada no sono.

Relativamente à alimentação, os adolescentes não devem deitar-se com fome, mas também não devem ingerir uma refeição pesada imediatamente antes da hora de deitar (Gruber et al., 2014). A prática de exercício físico no final da tarde ou início da noite pode facilitar a entrada no sono, sendo recomendado que os adolescentes pratiquem 20 a 30 minutos de exercício por dia no mínimo três horas antes de se deitarem (Gruber et al., 2014).

São vários os estudos que têm demonstrado o impacto do uso de aparelhos eletrónicos no sono de crianças e adolescentes. Por exemplo, o estudo de Nuutinen, Ray e Roos (2013) revelou que o uso do computador e ver televisão prediziam uma menor duração do sono e hora de deitar mais tarde, pelo que os autores aconselham que a televisão e o computador não devem ser colocados no quarto das crianças.

Os resultados do estudo de Garmy, Nyberg e Jakobsson (2012) mostraram que uma menor duração do sono estava associada a ter televisão no quarto, ver televisão ou estar no computador duas horas ou mais por dia, ter dificuldade em acordar e em adormecer, sentir cansaço na escola e ter menor satisfação na escola. Estes autores concluíram que a promoção de estilos de vida saudáveis nas crianças deve incluir a necessidade de sono e falar com as crianças e seus pais sobre como os hábitos de televisão e computador podem afetar o sono e a sonolência durante o dia.

Um outro estudo, realizado por Chahal, Fung, Kuhle e Veugelers (2012), demonstrou que o acesso e o uso de dispositivos de entretenimento eletrónicos e de comunicação depois de ser esperado que as crianças fossem dormir implicava menor duração do sono. Perante estes resultados, os autores aconselham a remoção da televisão, da internet, do computador, de DVD, de consolas de videojogos e de telemóveis do quarto das crianças de modo a promover o sono.

Relativamente à utilização de telemóveis antes de adormecer, foi realizado um estudo que demonstrou que o uso de telemóveis, para telefonar ou mandar mensagens escritas, depois das luzes apagadas, estava associado a menor duração do sono, pior qualidade subjetiva do sono, excessiva sonolência diurna e sintomas de insónia (Munezawa et al., 2011). Em consequência dos seus resultados, os autores recomendaram que a educação para a higiene do sono deve advertir contra o uso de telemóveis depois das luzes apagadas.

A American Academy of Pediatrics (2013) recomenda que os pais limitem o tempo total de ecrãs com intuito não educativo a não mais de duas horas por dia, evitar ter televisão e ligação à internet no quarto e também, numa recomendação anterior

(American Academy of Pediatrics, 2011), limitar o tempo de utilização de *media* à noite para melhorar o sono das crianças. Gruber et al. (2014) recomendam ainda que o quarto deve ser reservado apenas para dormir.

Em suma, são vários os estudos que evidenciam os efeitos negativos da presença de dispositivos eletrônicos nos quartos das crianças e adolescentes, pelo que, na abordagem junto de adolescentes e dos seus pais, deve ser mencionada a importância de não ter televisões, computadores (com e sem internet), consolas de videojogos, DVD, telemóveis e, mais recentemente, *tablets* nos seus quartos.

O estudo de Short et al. (2011), partindo do facto já reconhecido que a puberdade leva a um atraso biológico na hora de adormecer e de acordar (Carskadon & Acebo, 2002), revelou que os adolescentes cujos pais regulavam a hora de deitar nas noites de semana apresentavam hora de deitar mais cedo, maior duração do sono, menor fadiga e menor dificuldade em manterem-se acordados. Deste modo, os autores consideram potencialmente benéfico os pais dos adolescentes definirem limites na hora de deitar. No que respeita à quantidade de horas diárias que as crianças veem televisão, um estudo longitudinal demonstrou que as crianças que passam longos períodos a ver televisão têm uma menor duração do sono, pelo que os pais devem limitar os períodos de exposição diária a televisão nas crianças em idade pré-escolares e escolar (Marinelli et al., 2014). Durante o internamento de adolescentes e na ausência de acompanhamento pelos pais, os Enfermeiros devem manter alguma regulação da hora de deitar dos adolescentes, de modo a que estes não atrasem a hora de dormir e, conseqüentemente, melhorem o seu padrão de sono, favorecendo a sua recuperação e bem-estar. Por outro lado, os Enfermeiros também devem promover a realização de outras atividades para além de ver televisão.

Bakotić, Radošević-Vidaček e Košćec (2009) realizaram um estudo em que distribuíram folhetos educativos com informações e recomendações sobre o sono, tendo concluído que esta intervenção aumentava os conhecimentos sobre o tema nos estudantes mais novos, em especial nas raparigas, pelo que foi considerado um método eficaz na educação para a saúde.

Durante a hospitalização a quantidade e a qualidade do sono das crianças e adolescentes podem ser afetadas. Herbert et al. (2014) demonstraram que as crianças e adolescentes hospitalizados apresentavam uma maior prevalência de sono de má qualidade em comparação com os seus congéneres saudáveis na comunidade e dormiam menos horas durante a noite do que crianças e adolescentes saudáveis com a mesma

idade, sendo que dormir mal na semana anterior à hospitalização era o único fator correlacionado com dormir pior no hospital. Um estudo português também demonstrou que quase metade dos pais de crianças/adolescentes hospitalizados referiu que o filho dormia pior no hospital, sendo de um modo geral o número de horas de sono durante a noite reduzido para níveis significativamente mais baixos que o recomendado para a idade e mais de metade das crianças/adolescentes acordava mais vezes do que em casa (Oliveira, Gomes, Nicolau, Ferreira, & Ferreira, 2015).

Relativamente aos despertares durante a noite, um estudo realizado com crianças com cancro hospitalizadas mostrou que as que tinham mais interrupções do sono dormiam mais tempo, o que significa que o aumento da duração do sono não implica necessariamente melhor qualidade de sono (Linder & Christian, 2013).

Ao nível da quantidade de sono, parece haver diferentes modos da hospitalização condicionar a sua redução. Num estudo com crianças com cancro, a diminuição do tempo total de sono era devida ao facto da hora de deitar ser frequentemente atrasada, assim como a hora de acordar, em comparação com os horários habituais (Linder & Christian, 2013). Um estudo realizado num hospital português chegou a conclusões um pouco diferentes, tendo demonstrado existir um atraso na hora de adormecer, mas associado a um despertar antecipado (Oliveira & Ferreira, 2014). No caso específico dos adolescentes hospitalizados, Meltzer, Davis e Mindell (2012) verificaram que estes alteravam o seu padrão de sono habitual: acordavam mais tarde, tinham mais acordares durante a noite e maior tempo total de sono, o que pode ser explicado pela privação parcial de sono crónica nos adolescentes.

Em suma, nas crianças e adolescentes hospitalizados, “a insónia inicial ou de reconciliação é a perturbação do sono mais frequentemente associada, resultando numa privação de sono importante” (Oliveira & Ferreira, 2014, p.83).

O ambiente hospitalar apresenta fatores disruptores do sono intrínsecos, mas também fatores evitáveis. No que respeita à interrupção do sono durante a hospitalização, Oliveira et al. (2015) consideram que a grande maioria das causas são ambientais e não relacionadas com a doença da criança ou adolescente. Vários autores identificaram diferentes causas de interrupção do sono associadas à hospitalização de crianças e adolescentes.

O ruído é um dos fatores de interrupção do sono durante a hospitalização (Oliveira et al., 2015) através dos alarmes dos equipamentos clínicos (Herbert et al., 2014; Oliveira & Ferreira, 2014), de conversas nos corredores das enfermarias (Oliveira

et al., 2015) e da localização do quarto próximo de zonas comuns (por exemplo a casa de banho) (Stremler, Adams, & Dryden-Palmer, 2015). A luminosidade também é prejudicial para o sono no internamento (Oliveira & Ferreira, 2014; Oliveira et al., 2015), bem como a temperatura ambiente desadequada (Oliveira et al., 2015). A hospitalização também implica uma interrupção da rotina diária e um ambiente estranho que podem dificultar o sono (Oliveira et al., 2015). A sintomatologia associada à doença pode ser um fator de disrupção do sono, como a dor (Herbert et al., 2014; Oliveira et al., 2015), o desconforto (Oliveira et al., 2015), a tosse ou a necessidade de ir à casa de banho (Herbert et al., 2014). A necessidade de prestação de cuidados de Enfermagem (Herbert et al., 2014), a avaliação de sinais vitais e a realização de procedimentos de Enfermagem e médicos (Oliveira et al., 2015) durante os períodos de descanso pode igualmente levar ao despertar das crianças e adolescentes. Para além destes fatores, existem ainda fatores de interrupção do sono durante a hospitalização que são externos e dispensáveis, tal como a televisão e os telemóveis (Oliveira & Ferreira, 2014).

Um estudo identificou especificamente as principais causas de interrupção do sono durante a hospitalização de adolescentes, tendo sido o ruído (alarmes do equipamento clínico, portas a abrir/fechar/bater, pessoas a falar fora do quarto e relacionado com o companheiro de quarto), preocupações/conforto (saudades de casa, motivo da sua hospitalização, faltar à escola e cama desconfortável), avaliação de sinais vitais e dor (Meltzer et al., 2012). Os Enfermeiros consideram que os adolescentes têm mais facilidade em adormecer e voltar a adormecer depois de serem acordados devido à sua maior compreensão da necessidade de serem internados, de realizar avaliações durante a noite e de estar longe do conforto das suas casas (Stremler et al., 2015).

Um estudo realizado relativamente à opinião de Enfermeiros sobre o sono de crianças hospitalizadas revelou como aspetos influenciadores do sono as características das crianças (gravidade da situação clínica, nível cognitivo e experiências anteriores de hospitalização), sendo estes aspetos não modificáveis, fatores ambientais (nível de ruído, exposição à luz e interrupções do sono), fatores relacionados com a interação pais-Enfermeiro (nível de confiança, comunicação, expectativas do papel dos pais nos cuidados à criança à noite e negociação dos cuidados à criança) e fatores relacionados com os cuidados de Enfermagem (prioridade dada ao sono da criança, monitorização durante a noite e prestação de cuidados) (Stremler et al., 2015).

A intervenção no âmbito do sono durante a hospitalização deve basear-se sobretudo em medidas não farmacológicas (Oliveira & Ferreira, 2014). São várias as

estratégias que os autores recomendam para a promoção do sono durante a hospitalização de crianças/adolescentes.

Relativamente ao ruído, é recomendada a antecipação dos alarmes dos equipamentos clínicos (Meltzer et al., 2012; Oliveira et al., 2015) e a diminuição do seu volume para o mínimo ou silenciados (se apropriado) durante os períodos de sono (Herbert et al., 2014; Meltzer et al., 2012; Oliveira et al., 2015; Stremmler et al., 2015). Os telemóveis devem ser utilizados em modo vibratório (Meltzer et al., 2012; Oliveira et al., 2015) ou com o volume baixo (Stremmler et al., 2015). A televisão deve ser desligada a horas apropriadas para não perturbar o sono das crianças/adolescentes (Oliveira et al., 2015). Também é sugerido que se defina nos serviços hospitalares uma hora de silêncio (Oliveira & Ferreira, 2014).

O ruído resultante do uso das portas deve ser reduzido (Herbert et al., 2014), por exemplo através da utilização de mecanismos amortecedores do fecho das mesmas (Meltzer et al., 2012). As conversas não clínicas próximo dos quartos das crianças/adolescentes devem ser evitadas (Herbert et al., 2014), pelo que é aconselhável que os profissionais tenham um espaço para poderem socializar e trabalhar (Stremmler et al., 2015). Os cuidados devem ser planeados de modo a antecipar e reduzir o ruído (Stremmler et al., 2015).

Ao nível da luminosidade, é recomendada a redução das luzes durante o descanso das crianças e adolescentes com a utilização preferencial da luz de cabeceira em detrimento da luz do teto (Oliveira & Ferreira, 2014; Oliveira et al., 2015; Stremmler et al., 2015), o uso de lanternas (Oliveira et al., 2015; Stremmler et al., 2015), bem como de persianas para escurecer o quarto durante o período da noite ou sesta (Oliveira et al., 2015). Sempre que possível deve ser utilizada a opção de iluminação suave nos equipamentos clínicos (Stremmler et al., 2015).

A temperatura também é um elemento ambiental fundamental para promover o sono. O sobreaquecimento (temperatura superior a 24°C) causa desconforto e não promove um sono reparador (Oliveira et al., 2015).

No âmbito do planeamento dos cuidados prestados durante os momentos de descanso, deve ser tida em consideração a concentração dos cuidados para que a criança/adolescente não seja acordado múltiplas vezes, o que dificulta o regresso ao sono (Linder & Christian, 2011; Meltzer et al., 2012; Oliveira & Ferreira, 2014; Oliveira et al., 2015; Stremmler et al., 2015). Por outro lado, os cuidados prestados durante os períodos de sono devem ser apenas os absolutamente necessários (Oliveira &

Ferreira, 2014). Para promover o sono das crianças hospitalizadas, Stremmer et al. (2015) consideram que também é importante comunicar aos pais o estado da criança e o plano de cuidados, planejar com os pais, no início do turno, os cuidados que vão prestar à criança e os que os Enfermeiros vão prestar. A manutenção da rotina de sono instituída em casa no hospital também facilita o sono das crianças (Linder & Christian, 2011).

Os horários da administração de medicação devem ser planeados de modo a minimizar o número de doses administradas durante o período de sono habitual (Linder & Christian, 2013) e permitir alguma flexibilidade nos tempos de administração (Meltzer et al., 2012). Algumas práticas existentes nos serviços podem ser repensadas e reorganizadas, tal como a avaliação de sinais vitais com menor frequência em crianças/adolescentes estáveis (Linder & Christian, 2013; Meltzer et al., 2012) ou do débito urinário (Meltzer et al., 2012).

Nas unidades de internamento, as crianças devem ser distribuídas pelos quartos existentes tendo em consideração as idades (por terem necessidades de sono semelhantes) mas também de acordo com a gravidade da situação clínica (para evitar a interrupção do sono por necessidade de cuidados ao companheiro de quarto) (Oliveira & Ferreira, 2014). A história de sono da criança/adolescente deve ser inquirida na admissão hospitalar (Herbert et al., 2014), podendo facilitar a distribuição das crianças de acordo com o seu padrão de sono.

O controlo da sintomatologia como a dor (Herbert et al., 2014; Meltzer et al., 2012), a tosse ou convulsões (Herbert et al., 2014) é importante para promover o sono das crianças/adolescentes. As preocupações também perturbam o sono dos adolescentes, pelo que os Enfermeiros devem encorajar as visitas e telefonemas da família, amigos e professores (Meltzer et al., 2012).

Para promover o sono das crianças hospitalizadas, Stremmer et al. (2015) recomendam transmitir à criança e família a importância do sono para a saúde e promover a consciência dos profissionais de saúde do seu contributo para a redução do ruído e luminosidade durante a noite.

3. Avaliação Inicial

O presente Plano de Cuidados de Enfermagem foi elaborado para um adolescente de 13 anos, com antecedentes familiares irrelevantes e antecedentes pessoais de doença renal primária (uronefropatia congênita: displasia/hipoplasia renal bilateral e refluxo vesico-ureteral), doença renal crônica terminal com necessidade de realizar diálise peritoneal até ter realizado transplante renal, comunicação interventricular perimembranosa pequena com miocardiopatia dilatada secundária, apneia do sono e otite serosa (pelo que realizou amigdalectomia, adenoidectomia e timpanostomia) e diversas complicações pós-transplante (várias gastroenterites agudas com/sem sépsis, pielonefrites, infecções do trato urinário, infecção a citomegalovírus, trombocitopenia, púrpura trombocitopenia idiopática associada a infecção a parvovírus B19, gonartrite bilateral, disfunção do enxerto renal, anemia ferropénica, diátese hemorrágica).

O adolescente realiza a vigilância de saúde em Hospital de Dia e é acompanhado em diversas consultas hospitalares (nefrologia pediátrica, cardiologia pediátrica, desenvolvimento, hematologia, otorrinolaringologia, oftalmologia, genética e psicologia).

Aos seis anos de idade era uma criança com desenvolvimento psicomotor no “limite do normal”, tendo sido recomendada pela avaliação do serviço de psicologia a entrada no ensino obrigatório um ano mais tarde. Atualmente frequenta o 5º ano de escolaridade, apresentando alguns atrasos no desenvolvimento psicológico e intelectual.

História de Doença Atual:

O adolescente recorreu ao serviço de urgência do hospital, acompanhado pela mãe, por diarreia, vômitos, febre e dor abdominal, tendo sido internado por gastroenterite aguda em contexto de doença renal crônica pós-transplante renal.

Medicação no Internamento:

Soro (dextrose 5% + NaCl 0,45%), metamizol (SOS), paracetamol (SOS), ceftriaxona e medicação habitual (prednisolona em dias alternados, tacrólimus, micofenolato de mofetil e amlodipina).

O adolescente encontra-se num quarto individual, em isolamento de contacto, enquanto se realiza investigação de agente etiológico da gastroenterite aguda. Tem estado sem acompanhante, tendo a mãe permanecido na noite em que foi internado. A situação familiar é de alguma carência económica, pelo que a mãe tem necessidade de continuar a trabalhar, sendo as visitas ao filho internado dificultadas pela distância entre a casa e o hospital. Por outro lado, o adolescente tem tido vários internamentos neste serviço desde o seu nascimento, pelo que o ambiente hospitalar é-lhe familiar e aprazível.

O adolescente dispõe no seu quarto de televisão, telemóvel e desenhos para pintar, que é uma das suas atividades preferidas. Utiliza o telemóvel para falar com várias pessoas da família diariamente (avó, mãe e pai). É muito comunicativo e bem-disposto. Na escola tem um grupo de amigas e um melhor amigo.

A avaliação do sono (padrão habitual e durante o internamento) foi feita através de entrevista terapêutica. Os resultados desta avaliação são apresentados nos Quadros 1 e 2. Uma vez que se encontrava sem a presença de um acompanhante, não foi possível utilizar os diários de sono para avaliar o sono durante a hospitalização. Não foi possível utilizar a Escala de Higiene do Sono na Adolescência e a escala de Autoavaliação da Qualidade do Sono na Adolescência por não se ter obtido consentimento da autora da tradução e validação para a população portuguesa.

Quadro 1 – Avaliação do Padrão de Sono e do Sono no Hospital

Parâmetros	Padrão de Sono	Sono no Hospital
Hora de deitar	Dias de semana: 20h30. Fim de semana: 22 horas.	23 horas.
Deitar sempre à mesma hora	Sim.	Sim.
Hábitos antes de deitar	Toma banho antes de jantar. Deita-se logo após o jantar nos dias de semana.	Toma banho de manhã. Adormece após a ceia.
Período de latência	Dias de semana: habitualmente grande. Fim de semana: pequeno.	Médio a pequeno.
Dormir sozinho	Atualmente dorme com o	Dorme sem acompanhante a

	irmão mais velho na mesma cama.	maior parte dos dias e sem outra criança no quarto por estar em isolamento.
Luminosidade	Tem algum medo do escuro, pelo que deixa uma luz acesa ou fica a jogar no telemóvel até adormecer.	Não refere necessidade de luz de presença.
Tempo total de sono	Dias de semana: 9 a 10 horas. Fim de semana: 9 a 10 horas.	Variável, depende se é acordado por razões clínicas ou ruído. Entre 8 a 10 horas. Não faz sextas.
Autoavaliação do sono (quantidade e qualidade)	Considera que dorme bem e o suficiente.	Considera que dorme bem e o suficiente.
Distúrbios do Sono	Nega soniloquia, sono agitado e sonambulismo.	Sono tranquilo.
	Tem pesadelos esporádicos, especialmente quando vê filmes de terror com o irmão mais velho. Refere que não gosta de ver estes filmes.	Não costuma ter pesadelos.
Interrupções do Sono	Acorda todas as noites uma vez por necessidade de urinar.	Acorda pelo menos duas vezes durante a noite por necessidade de urinar.
Hora de acordar	Dias de semana: 6h30. Fim de semana: entre as 7 e as 9 horas.	Variável, depende se é acordado por razões clínicas ou ruído. Entre as 7 e as 9 horas.
Acordar	Nos dias de semana é acordado e no fim de semana acorda espontaneamente.	Variável. Há dias em que acorda espontaneamente e outros em que é acordado para realização de

		intervenções clínicas.
Humor ao acordar	Acorda bem-disposto, demora um pouco a acordar mas consegue levantar-se rapidamente.	Habitualmente acorda bem-disposto.
Sonolência Diurna	Refere ter sono durante as aulas e alguma dificuldade em manter a atenção.	Não tem sono durante o dia.
	Não adormece a andar de autocarro ou a ver televisão.	Não adormece a ver televisão.
Predisposição para melhorar o sono	Refere vontade de melhorar o sono.	

Quadro 2 – Sono e Ambiente Hospitalar

Sono e Ambiente Hospitalar	
Ruído	Refere que o ruído durante a noite é reduzido e não o incomoda.
Luminosidade	Refere que a luminosidade existente à noite no serviço é muito reduzida e não o incomoda.
Temperatura	Considera a temperatura adequada para dormir.
Intervenções de Enfermagem	A avaliação de sinais vitais no início do turno da noite não o incomoda porque ainda não está a dormir. Refere não ter sido acordado neste internamento, exceto para administração de medicação.
Dor	Não tem dor neste internamento.
Conforto	A cama é confortável. Sem queixas da almofada ou do colchão.
Ansiedade	Prefere dormir com a mãe a acompanhá-lo, mas percebe que a mãe não pode ficar todos os dias com ele no hospital. Fica preocupado com a eventual realização de fichas de avaliação durante o internamento ou logo após o seu regresso à escola porque não quer reprovar de ano. Estes pensamentos, por vezes, fazem com que não adormeça tão facilmente no hospital.

Motivos de interrupção do sono durante o internamento	Necessidade de urinar e evacuar. Alarmes de dispositivos clínicos. Choro de outras crianças internadas. Administração de medicação.
---	--

4. Plano de Cuidados de Enfermagem

Após a avaliação do padrão de sono e do sono em ambiente hospitalar foi possível realizar os diagnósticos de Enfermagem relacionados com o sono, definir e implementar intervenções. Dada a curta duração do internamento, não foi possível realizar a avaliação final, pelo que se apresentam os resultados esperados. O Plano de Cuidados de Enfermagem para o adolescente é apresentado no Quadro 3.

Quadro 3 – Plano de Cuidados de Enfermagem

Avaliação Inicial (10/10/2016)	Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Resultados Esperados
<p>No internamento a hora de deitar é atrasada, por ficar a ver televisão.</p> <p>Há dias em que dorme menos tempo do que o seu padrão habitual.</p> <p>Vários motivos de interrupção do sono relacionados com os cuidados de Enfermagem e com o ambiente hospitalar.</p> <p>Mais interrupções do sono do que o habitual para urinar.</p> <p>Preocupação com os elementos de avaliação das disciplinas realizados durante o internamento ou imediatamente após o fim do</p>	<p>Padrão de sono prejudicado relacionado com hospitalização.</p>	<p>Identificação e manutenção dos hábitos de sono do adolescente.</p> <p>Avaliação do tempo de sono e da qualidade do mesmo em cada noite.</p> <p>Promover a iluminação do quarto pela luz natural durante o dia (após acordar).</p> <p>Promover um ambiente calmo, escurecido e silencioso durante o período de descanso.</p> <p>Reduzir o volume dos alarmes e a luminosidade dos dispositivos utilizados.</p> <p>Fechar a porta do quarto à noite.</p>	<p>Refere melhoria do tempo e qualidade de sono.</p> <p>Dorme durante a noite consistentemente.</p> <p>Mantém o padrão de sono habitual.</p> <p>Reduz a ansiedade relativa à avaliação escolar.</p>

mesmo.		<p>Desligar a televisão mais cedo para facilitar a entrada no sono.</p> <p>Promover a realização de atividades indutoras do sono antes de se deitar (ler, beber chá).</p> <p>Tomar banho antes de jantar.</p> <p>Planejar os cuidados de acordo com padrão de sono do adolescente. Prestar cuidados necessários durante o período de descanso sem acordar o adolescente. Concentrar os cuidados a prestar. Acordar apenas quando estritamente necessário. De preferência deixar acordar naturalmente.</p> <p>Observar sinais físicos de fadiga.</p> <p>Promover a articulação entre a</p>	
--------	--	---	--

		professora do hospital e os professores da escola.	
<p>Período de latência grande nos dias de semana.</p> <p>Utilização do telemóvel ao deitar.</p> <p>Pesadelos associados a ver filmes de terror.</p> <p>Janta imediatamente antes de se deitar.</p> <p>Sonolência e dificuldade de atenção na escola.</p>	Disposição para sono melhorado.	<p>Conhecer as expectativas do adolescente face ao sono.</p> <p>Promover a criação de uma rotina ao deitar para facilitar a transição da vigília para o sono.</p> <p>Promover a realização de atividades indutoras do sono antes de se deitar (ler, beber chá).</p> <p>Não ver televisão imediatamente antes da hora de deitar.</p> <p>Não ver filmes de terror.</p> <p>Deixar o telemóvel fora do quarto.</p> <p>Comer refeições leves ao jantar ou jantar mais cedo.</p>	<p>Introduz nos seus hábitos rotinas promotoras do sono.</p> <p>O tempo total de sono é congruente com as necessidades da sua faixa etária (8-10 horas).</p> <p>Diminui o período de latência nos dias de semana.</p> <p>Diminui a frequência dos pesadelos.</p> <p>Sente-se descansado ao acordar.</p> <p>Apresenta menos sonolência nas aulas.</p>

		<p>Manter horário de deitar e acordar semelhante nos dias de semana e no fim de semana (manutenção do ritmo biológico).</p> <p>Encorajar a realização de exercício físico adequado à situação clínica (não realizado próximo da hora de deitar).</p> <p>Entrega de folheto (disponível no serviço) com informação escrita sobre higiene do sono adequado à idade.</p>	
--	--	---	--

5. Conclusão

Este trabalho iniciou-se com o desenvolvimento de uma relação empática e terapêutica com o adolescente durante o seu internamento no serviço de pediatria. Esta relação foi facilitada pelo facto do adolescente apresentar uma grande familiaridade e descontração com os profissionais de saúde e o ambiente hospitalar, pois teve vários internamentos neste serviço desde o seu nascimento. Por outro lado, as características individuais do adolescente, muito comunicativo e bem-disposto, também auxiliaram o desenvolvimento e aprofundar da relação.

A principal dificuldade ao longo deste percurso foi o facto dos pais, nomeadamente a mãe, com quem o adolescente vive, não estarem presentes durante a maior parte do seu período de hospitalização, o que dificultou a colheita de dados, pois o adolescente por vezes tinha dificuldade em precisar algumas informações, mas também as intervenções realizadas, que se limitaram ao adolescente. Outra limitação deste trabalho consiste em não ter sido possível realizar a avaliação das intervenções implementadas, uma vez que o seu período de internamento foi relativamente curto.

A preparação da entrevista terapêutica teve em consideração a idade do adolescente, mas sobretudo o seu nível de desenvolvimento.

A elaboração deste trabalho possibilitou o desenvolvimento das seguintes competências comuns de Enfermeiro Especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2010a):

- “promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (p.5);
- “cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro” (p.7);
- “gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de Enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional” (p.7);
- “baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento” (p.10).

As competências específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (Ordem dos Enfermeiros, 2010b) que este trabalho permitiu desenvolver foram:

- “assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde” (p.3);
- “cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade” (p.4);

- “presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem” (p.5).

Em suma, a realização deste trabalho foi muito importante neste meu trajeto de especialização em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem.

6. Referências Bibliográficas e Bibliografia Consultada

- American Academy of Pediatrics (2011). Policy statement – Children, adolescents, obesity, and the media. *Pediatrics*, 128(1), 201-208.
- American Academy of Pediatrics (2013). Policy statement – Children, adolescents, and the media. *Pediatrics*, 132(5), 958-961.
- Bakotić, M., Radošević-Vidaček, B., & Košćec, A. (2009). Educating adolescents about healthy sleep: Experimental study of effectiveness of educational leaflet. *Croatian Medical Journal*, 50, 174-181.
- Bulechek, G. M., Bufcher, H. K., Dochterman, J. M., & Wagner, C. M. (2013). *Nursing interventions classification (NIC)* (6^a ed.). Oxford, England: Elsevier.
- Carskadon, M. A. & Acebo, C. (2002). Regulation of sleepiness in adolescents: Update, insights, and speculation. *Sleep*, 25(6), 606-614.
- Chahal, H., Fung, C., Kuhle, S., & Veugelers, P. J. (2012). Availability and night-time use of electronic entertainment and communication devices are associated with short sleep duration and obesity among Canadian children. *Pediatric Obesity*, 8, 42-51.
- Cortez, C. A. S. (2014). *Qualidade do sono, higiene do sono e crenças sobre o sono em adolescente: Estudo exploratório com adolescentes entre os 14 e os 18 anos* (Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia). Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, Portugal.
- Doenges, M. E., Moorhouse, M. F., & Murr, A. C. (2013). *Nursing diagnosis manual: Planning, individualizing, and documenting client care* (4^a ed.). Philadelphia, USA: F. A. Davis Company.
- Garmy, P., Nyberg, P., & Jakobsson, U. (2012). Sleep and television and computer habits of Swedish school-age children. *The Journal of School Nursing*, 28(6), 469-476.
- Gruber, R., Carrey, N., Weiss, S. K., Frappier, J. Y., Rourke, L., Brouillette, R. T., & Wise, M. S. (2014). Position statement on pediatric sleep for psychiatrists. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 23(3), 174-195.

- Herbert, A. R., Lima, J., Fitzgerald, D. A., Seton, C. Waters, K. A., & Collins, J. J. (2014). Exploratory study of sleeping patterns in children admitted to hospital. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 50, 632-638.
- Herdman, T. H. & Kamitsuru, S. (Eds.). (2014). *NANDA International nursing diagnoses: Definitions and classification. 2015-2017* (10^a ed.). Oxford, England: Wiley Blackwell.
- Kronholm, E., Puusniekka, R., Jokela, J., Villberg, J., Urrila, A. S., Paunio, T.,... Tynjälä, J. (2015). Trends in self-reported sleep problems, tiredness and related school performance among Finnish adolescents from 1984 to 2011. *Journal of Sleep Research*, 24, 3-10.
- LeBourgeois, M., Giannotti, F., Cortesi, F., Wolfson, A., & Harsh, J. (2005). The relationship between reported sleep quality and sleep hygiene in Italian and American adolescents. *Pediatrics*, 115(1), 257-265.
- Linder, L. A. & Christian, B. J. (2013). Nighttime sleep characteristics of hospitalized school-age children with cancer. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 18, 13-24.
- Linder, L. A. & Christian, B. J. (2011). Characteristics of the nighttime hospital bedside care environment (sound, light, and temperature) for children with cancer. *Cancer Nursing*. 34(3), 176-184.
- Marinelli, M., Sunyer, J., Alvarez-Pedrerol, M., Iñiguez, C., Torrent, M., Vioque, J.,... Julvez, J. (2014). Hours of television viewing and sleep duration in children: A multicenter birth cohort study. *JAMA Pediatrics*, 168(5), 458-464.
- Matricciani, L., Blunden, S., Rigney, G., Williams, M. T., & Olds, T. S. (2013). Children's sleep needs: Is there sufficient evidence to recommend optimal sleep for children?. *Sleep*, 36(4), 527-534.
- Meltzer, L. J., Davis, K. F., & Mindell, J. A. (2012). Patient and parent sleep in a children's hospital. *Pediatric Nursing*, 38(2), 64-71.
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L., & Swanson, E. (Eds.). (2013). *Nursing outcomes classification (NOC): Measurement of health outcomes* (5^a ed.). Oxford, England: Elsevier.
- Mukherjee, S., Patel, S. R., Kales, S. N., Ayas, N. T., Strohl, K. P., & Gozal, D. (2015). An official American Thoracic Society statement: The importance of healthy sleep. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 191(12), 1450-1458.

- Munezawa, T., Kaneita, Y., Osaki, Y., Kanda, H., Minowa, M., Suzuki, K.,... Ohida, T. (2011). The association between use of mobile phones after lights out and sleep disturbances among Japanese adolescents: A nationwide cross-sectional survey. *Sleep, 34*(8), 1013-1020.
- Nuutinen, T., Ray, C., & Roos, E. (2013). Do computer use, TV viewing, and the presence of the media in the bedroom predict school-aged children's sleep habits in a longitudinal study?. *BioMed Public Health, 13*, 1-8.
- 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. B., Ferreira, L., & Ferreira, R. (2015). Environment in pediatric wards: Light, sound, and temperature. *Sleep Medicine, 16*, 1041-1048.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010a). *Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista*. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2010b). *Regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciaCrian%C3%A7aJov_ aprovadoAG_20Nov2010.pdf
- Paruthi, S., Brooks, L. J., D'Ambrosio, C., Hall, W. A., Kotagal, S., Lloyd, R. M.,... Wise, M. S. (2016). Recommended 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.
- Roberts, R. E., Roberts, C. R., & Duong, H. T. (2009). Sleepless in adolescence: Prospective data on sleep deprivation, health and functioning. *Journal of Adolescence, 32*(5), 1045-1057.
- Short, M. A., Gradisar, M., Wright, H., Lack, L. C., Dohnt, H., & Carskadon, M. A. (2011). Time for bed: Parent-set bedtimes associated with improved sleep and daytime functioning in adolescents. *Sleep, 34*(6), 797-800.
- Storfer-Isser, A., LeBourgeois, M. K., Harsh, J., Tompsett, C. J., & Redline, S. (2013). Psychometric properties of the adolescent sleep hygiene scale (ASHS). *Journal of Sleep Research, 22*(6), 1-17.

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

**Apêndice XII – Promoção da Esperança em Pais de Crianças com
Necessidades Especiais de Saúde**



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

Logotipo da Instituição

**PROMOÇÃO DA ESPERANÇA EM PAIS DE CRIANÇAS
COM NECESSIDADES ESPECIAIS DE SAÚDE**

Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediátrica

Sílvia Cristina de Paiva Marques

Sob a orientação de

Professora Doutora Zaida Borges Charepe

Lisboa, outubro de 2016

Índice

1. Introdução	3
2. Avaliação da Esperança em Pais de Crianças com Necessidades Especiais de Saúde	4
3. Sessão de Intervenção Grupal com Pais de Crianças com Necessidades Especiais de Saúde	12
4. Conclusão	29
5. Referências Bibliográficas	30
6. Apêndice	32
Apêndice I – Diário de Esperança	33
7. Anexos	42
Anexo I – Programa de Intervenção	43
Anexo II – Régua de Avaliação da Esperança	45
Anexo III – Legenda do Ecomapa da Esperança	46
Anexo IV – Legenda do Genograma da Esperança	47

1. Introdução

O presente trabalho foi desenvolvido no âmbito do estágio numa instituição de apoio a famílias de crianças com necessidades especiais de saúde (NES) da área de Lisboa, do Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, entre os dias 19 e 22 de outubro de 2016.

Esta instituição particular de solidariedade social tem como objetivo principal promover o descanso dos cuidadores de crianças com NES, possibilitando às famílias usufruir de momentos em casal e/ou com os outros irmãos, mas mantendo a proximidade da criança com NES. Deste modo, a instituição pretende ser um recurso comunitário de “respiro” para evitar a sobrecarga dos cuidadores de crianças com NES.

A intervenção da equipa de Enfermagem na instituição divide-se em duas vertentes: cuidar das crianças com NES durante os períodos de ausência dos pais e promover a esperança nos pais de crianças com NES.

Para iniciar a participação nesta instituição, realizou-se uma reunião preparatória, a 6 de outubro de 2016, com a diretora da instituição e uma Enfermeira já integrada no projeto, para apresentação da instituição e das crianças/famílias que iriam estar presentes durante o período de estágio.

O principal objetivo deste trabalho consiste na apresentação e análise dos resultados das atividades desenvolvidas para a promoção da esperança nos pais de crianças com NES. Estas atividades incluíram a avaliação da esperança com realização de ecomapa e genograma da esperança, o preenchimento de um diário de esperança e a realização de uma sessão de intervenção grupal.

Iniciaremos este trabalho com a avaliação da esperança de duas famílias, seguindo-se a sessão de intervenção grupal realizada com três casais.

2. Avaliação da Esperança em Pais de Crianças com Necessidades Especiais de Saúde

A esperança é definida como uma “experiência humana complexa e universal, inerente à própria condição humana, caracterizada como uma resposta humana básica essencial na adaptação à doença” (Charepe, 2011, p.23). Contudo, o conceito de esperança é complexo, podendo até assumir posições contraditórias, pois a esperança é universal e simultaneamente uma experiência intensamente pessoal, tem aspetos que vão do unidimensional ao multidimensional da experiência da pessoa, comporta componentes tanto tangíveis como inatingíveis, é uma experiência constituída por aspetos previsíveis e imprevisíveis, e parece implicar algum sentido de temporalidade mas não tem de ser necessariamente limitada à orientação para o futuro (Nekolaichuk, 2005). A esperança consiste, então, num processo “experiencial, espiritual, emocional e relacional” (Pires, 2006, p.4), mas também “multidimensional, dinâmico e multifacetado que é central à vida, orientado para o futuro, intencional e altamente personalizado” (Querido, 2016, p.783).

Dufault e Matocchio (1985, citado por Cutcliffe & Herth, 2002) consideram que a esperança apresenta duas esferas, esperança geral e particular, e seis dimensões: afetiva, cognitiva, comportamental, afiliativa, temporal e contextual. A dimensão afetiva da esperança consiste nas emoções e sentimentos presentes, a dimensão cognitiva compõe-se por “processos intelectuais para avaliar a realidade e determinar objetos de esperança” (Querido, 2016, p.786), a dimensão afiliativa baseia-se em aspetos de interação social, a dimensão comportamental está relacionada com a orientação para a ação e a motivação para a concretização dos resultados pretendidos, a dimensão temporal está associada à “experiência pessoal do presente, dirigida ao futuro, influenciada pelo passado” (Querido, 2016, p.786), e a dimensão contextual com “situações de vida que servem como circunstâncias que ativam e testam a esperança” (Querido, 2016, p.786).

As atividades implementadas para promover a esperança em famílias com crianças com NES seguiram o programa definido previamente com os responsáveis da instituição (ver Anexo I). A intervenção com os pais de crianças com NES, através da entrevista terapêutica, iniciou-se pela avaliação da esperança. Para a avaliação do nível de esperança atual foi utilizada a técnica da pergunta-escala (de Shazer & Berg, 1997)

adaptada à esperança (ver Anexo II), em que o valor um corresponde a total ausência de esperança e o valor dez ao máximo de esperança que já se sentiu.

Após esta avaliação inicial, procedeu-se à realização do ecomapa da esperança, de modo a avaliar os recursos de esperança comunitários que cada família dispõe e a adequação da realização do genograma da esperança, uma vez que, quando a família é avaliada com uma pontuação inferior a cinco no ecomapa da esperança, não está aconselhado realizar o genograma da esperança (Charepe, Figueiredo, Vieira, & Neto, 2011). Para a realização do ecomapa e do genograma da esperança seguiram-se as indicações propostas por Charepe et al. (2011).

Ao desenvolver o genograma de uma família é possível compreender a sua estrutura, funcionamento e dinâmicas (Wendt & Crepaldi, 2008). A realização do genograma da esperança permite também identificar atributos pessoais, memórias moralizantes e práticas/crenças espirituais, tendo por base as suas histórias de esperança (Charepe et al., 2011). A utilização deste tipo de intervenção com as famílias tem como vantagens “facilitar a operacionalidade de um plano de intervenção que vise a promoção de esperança e incentivar uma abordagem nas forças e recursos de esperança”, pelo que foi implementado neste programa de intervenção com pais de crianças com NES. A avaliação da esperança foi realizada a um casal e a uma mãe de crianças com NES. Ao longo da entrevista terapêutica, foi-se desenhando o genograma, tal como é sugerido por Wendt e Crepaldi (2008), uma vez que permite a correção de possíveis erros de interpretação e o aumento da informação registada.

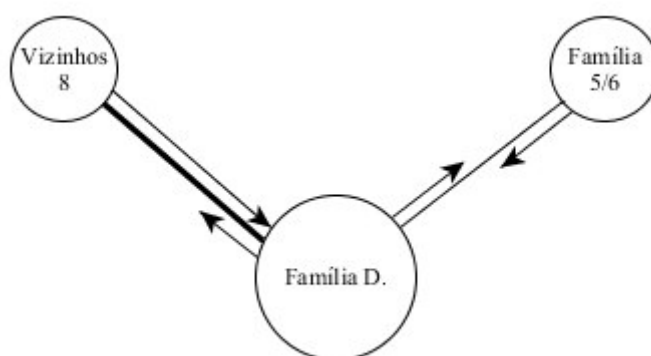
Os pais da família D. avaliaram a sua esperança atual no nível máximo (dez pontos). Na elaboração do ecomapa da esperança (Figura 1), os pais identificaram como recursos de esperança os vizinhos (com oito pontos) e a família alargada (com 5/6 pontos). Os vizinhos são identificados como um recurso promotor de esperança, uma vez que proporcionam grande apoio à família, em especial com o irmão mais velho (por exemplo no transporte do filho à escola e ao desporto), mas também com o filho com NES (por exemplo cortar o cabelo). O casal transparece um grande carinho por estes vizinhos e reconhece a importância da ajuda prestada.

Ao nível da família alargada, durante o longo internamento do D., a avó materna, residente noutra região do país, ficou a viver em casa da filha, dando apoio ao neto mais velho e auxiliando com os trabalhos domésticos. Atualmente a família D. não dispõe da ajuda dos avós, devido à distância a que residem e à idade avançada de todos eles. Relativamente aos tios do D., os pais reconhecem o apoio emocional numa fase inicial,

principalmente através de telefonemas frequentes, devido à distância geográfica. Contudo, com o passar do tempo, este apoio tem diminuindo, sendo atualmente escasso. Existem alguns membros da família alargada que, mesmo longe, têm apoiado em momentos específicos, como por exemplo uma sobrinha que criou uma campanha de apoio à família D. através das redes sociais, tendo conseguido angariar bastantes apoios.

No que se refere ao trabalho, a mãe da família D. encontra-se há quatro anos de baixa para assistência ao filho com NES e o pai está desempregado há vários meses, pelo que os seus trabalhos não foram um recurso identificado. Os serviços de saúde, comunitários, religiosos ou de outro tipo não foram considerados recursos de esperança.

Figura 1 – Ecomapa da Esperança da Família D.



(Ver Legenda do Ecomapa da Esperança em Anexo III)

Com a análise do genograma da esperança da família D. (Figura 2) é possível perceber que os padrões de interação em esperança e os atributos pessoais de esperança estão centrados na família nuclear. A mãe da família D. valorizou a interação com o marido para a esperança, ou seja, o subsistema conjugal, enquanto o pai da família D., além do subsistema conjugal, também valorizou o padrão de interação em esperança com ambos os filhos (subsistema parental). A não identificação da família alargada como relacionamentos promotores de esperança foi relacionada com a distância geográfica, a idade avançada dos avós e diminuição da frequência dos contactos. No entanto, os pais da família D. não identificaram a relação com a família alargada como uma ameaça à sua esperança. Também não foram identificadas relações com antecedentes de esperança.

No que respeita aos atributos pessoais como recursos de esperança, ambos os pais identificaram os filhos com a coragem e o carinho. A mãe identificou os dois filhos com

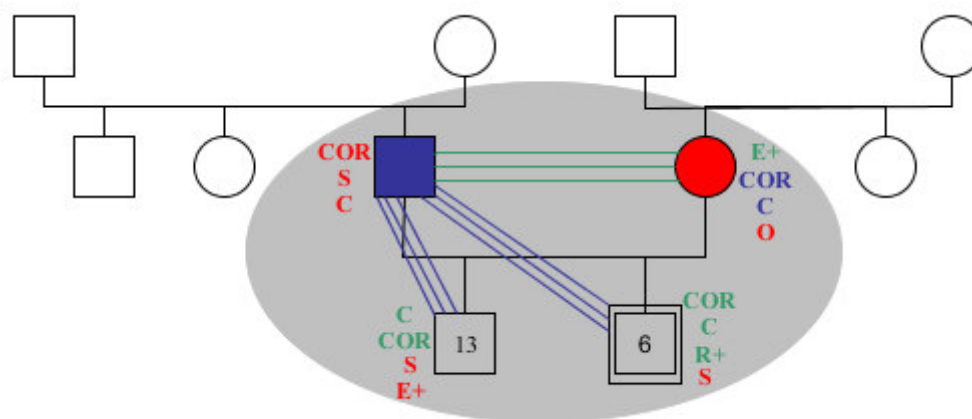
o atributo da serenidade e o filho mais velho com o atributo da energia. O pai considera que a mãe tem como atributos a coragem, o carinho e a energia e a mãe considera como atributos pessoais a energia e o otimismo. Por seu lado, a mãe identifica no pai os atributos da coragem, serenidade e carinho. O atributo da coragem foi mencionado para todos os membros da família nuclear, pelo modo como têm lidado com a situação de doença do D., assim como o carinho, atributo que expressa o amor familiar. A energia foi destacada para a mãe, devido aos cuidados complexos que presta diariamente ao D. e à forma como cuida de toda a família, mas também ao filho mais velho, característica da sua juventude. Não identificam ninguém com o atributo orientação para o futuro, pois referem não pensar no futuro e não traçar objetivos para o futuro, vivendo um dia de cada vez. Os pais constituem a base de força e suporte um do outro e ambos consideram o filho mais velho como uma fonte de força.

Ambos os pais atribuem memórias moralizantes ao filho com NES, nomeadamente ao período da sua vida anterior às alterações de saúde, falando desse tempo com saudade. Apesar de serem católicos, a religião não é considerada um recurso de esperança.

Com a realização do genograma da família D. foi possível perceber que os pais não aceitam plenamente a situação de doença do D., mantendo um questionamento constante, o que pode estar associado ao facto de não fazerem planos nem definirem objetivos para o seu futuro. Contudo, a orientação para o futuro e a definição de planos e objetivos são aspetos significativos do processo de esperança. Num estudo realizado com adultos em cuidados paliativos, a esperança era vista “numa orientação temporal futura, direcionada para a realização dos objetos de esperança” (Querido, 2012, p.11). Segundo Nekolaichuk (2005), um dos atributos da esperança mais frequentemente citados nos estudos é o facto de ser orientada para o futuro. “Enquanto processo racional, a esperança necessita de objetivos que mantenham a pessoa motivada. Os objetivos deverão ser realistas embora a realidade do objetivo dependa do sentido do possível que lhe é atribuído por cada pessoa em particular, dependendo das experiências passadas, presentes e da antecipação do futuro. (...) Enquanto processo racional, a esperança implica igualmente que a pessoa se envolva ativamente, investindo e comprometendo-se na obtenção do objeto esperado” (Pires, 2006, p.47). Assim, apesar da avaliação da esperança do casal ser máxima, existem alguns fatores de ameaça à esperança. A esperança desta família apresenta uma dimensão afiliativa, pelos padrões

de interação em esperança e os atributos pessoais de esperança apresentados pelo núcleo familiar, e cognitiva, pela forma como aprenderam a cuidar do D.

Figura 2 – Genograma da Esperança da Família D.

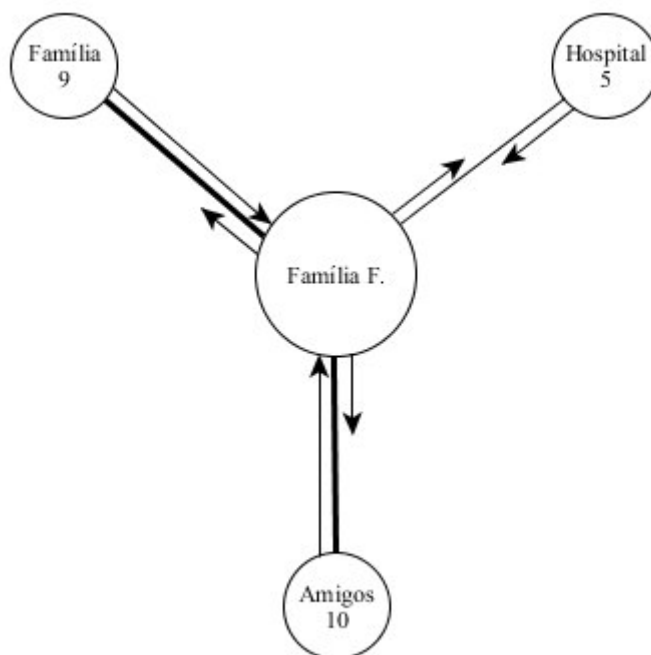


(Ver Legenda do Genograma da Esperança em Anexo IV)

A avaliação da esperança da família F. foi realizada apenas com a mãe. A mãe da família F. avaliou a sua esperança atual em oito e identificou como recursos de esperança, na realização do ecomapa, os amigos (com dez pontos), a família (com nove pontos) e o hospital (com cinco pontos) (Figura 3). Desde que o F. nasceu, os amigos e a família alargada têm sido os principais apoios da família. A mãe da família F. considera-se uma pessoa muito negativa e pessimista. Os amigos contrariaram estas características pessoais, uma vez que sempre acreditaram e transmitiram força aos pais de que tudo iria correr bem, sendo este apoio considerado essencial para ultrapassar os momentos mais difíceis. Nos momentos de maior vulnerabilidade e gravidade da situação clínica, a mãe solicitava o apoio de amigos crentes (de várias religiões) para rezarem pelo F., sentindo-se muito apoiada pelos mesmos. Na celebração do primeiro aniversário do F. todos estes amigos e família estiveram presentes, tendo sido um momento muito importante e especial para a família F. Relativamente à família alargada, também tem sido um recurso de esperança na medida em que fornece um apoio semelhante ao descrito para os amigos. Apesar da grande distância de alguns membros da família (avô paterno do F.), o acompanhamento e o apoio tem sido possível através da utilização das novas tecnologias de comunicação. O hospital foi considerado um recurso com equilíbrio entre o apoio fornecido e a energia despendida, devido à necessidade de um longo período de internamento hospitalar e ao *stress* e ansiedade

associados aos momentos de crise durante a hospitalização. De momento, a mãe da família F. não está empregada, pelo que o trabalho não constitui um recurso. Não foram enumerados outros recursos de esperança.

Figura 3 – Ecomapa da Esperança da Família F.



(Ver Legenda do Ecomapa da Esperança em Anexo III)

Ao analisar o genograma da esperança da família F. (Figura 4) fica patente a importância da família nuclear para a esperança, nomeadamente, ao nível dos padrões de interação e dos atributos pessoais de esperança identificados. A mãe da família F. identificou o marido como relação promotora de esperança (subsistema conjugal). A família alargada não foi identificada com relacionamentos promotores de esperança devido à distância geográfica de alguns membros e à dinâmica diária de cada núcleo familiar, não sendo, contudo, considerados uma ameaça à esperança. Não foram identificadas relações com antecedentes de esperança.

Relativamente aos atributos pessoais como recursos de esperança, a mãe da família F. identificou o filho com a coragem, a enteada com o otimismo, o marido com a serenidade e a energia, e a si própria com o carinho e a orientação para o futuro. O atributo da coragem foi destacado para o F. pelo modo como tem ultrapassado todas as dificuldades desde o seu nascimento (“É um herói”). A mãe da família F. destacou o otimismo da enteada devido à forma como esta tem lidado com a situação de risco de

No final da avaliação da esperança, foi entregue a cada família um Diário de Esperança (ver Apêndice I) desenvolvido partindo das indicações propostas por Charepe (2014). Ao longo do diário, utilizou-se a imagem do arco-íris como símbolo da esperança. Após uma explicação inicial, sumária e motivadora sobre o que se pretendia com este Diário de Esperança, criou-se um espaço para os pais colocarem frases inspiradoras, seguindo-se uma zona para cada pai simbolizar de modo livre a sua esperança, um exercício de análise de uma situação inspiradora, uma moldura com as cores do arco-íris para uma fotografia especial e, para terminar, uma folha em branco para dar oportunidade aos pais para registarem espontaneamente algo que seja promotor da sua esperança.

3. Sessão de Intervenção Grupal com Pais de Crianças com Necessidades Especiais de Saúde

A sessão de intervenção grupal com os pais de crianças com NES teve por base a proposta de intervenção de (re)construção da esperança, segundo a dinâmica para “Celebrar as competências dos pais”, desenvolvida por Charepe (2014). Os registos da sessão de intervenção grupal, que de seguida se apresentam, foram realizados utilizando o modelo de registos de participação no encontro definidos pela autora (Charepe, 2014).

Informações gerais

- Data/hora/local do encontro

Data: 22/10/2016

Hora de início do encontro: 10 horas

Hora de término do encontro: 12 horas

Local onde decorre o encontro: instituição de apoio a pais e famílias de crianças com necessidades especiais de saúde (NES) da área de Lisboa.

- Presenças no encontro

Pai: J., B., G. (3)

Mãe: A., M., D. (3)

- Identificação dos técnicos

Enfermeira: Sílvia e P. (2)

- Identificação do facilitador do encontro

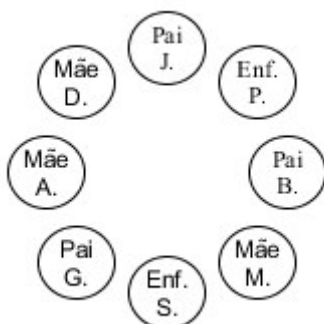
Enfermeira: P.

- Proposta de intervenção

(Re)Construção da esperança: Celebrar as competências dos pais

Interações decorridas no encontro

Figura 5 – Disposição dos Participantes na Sessão de Intervenção Grupal



Registo de episódio comunicacional significativo

Quadro 1 – Registo de Episódio Comunicacional Significativo

S.	Boas-vindas. Agradecimento da presença de todos no encontro. Apresentação.
P.	Apresentação. Apresentação do filho T.
A.	Apresentação. Apresentação do filho S. S.: Herói. Importância da união da família.
J.	Apresentação. Apresentação do filho S. S.: Herói e Lutador. “A A. é Enfermeira a tempo inteiro e mãe nas horas vagas”.
D.	Apresentação. Apresentação do filho D. D.: Campeão. Breve história do D. “O sorriso do D. dá-me força e o M. também”.
G.	Apresentação. Apresentação do filho D. História do D.: como era antes de adoecer (diferente do irmão, teimoso, irreverente) e a perda disso. História do dia em que o D. adoeceu: “As 24 horas mais longas”. Percurso com altos e baixos. “A D. trata dele de uma forma que mais ninguém pode tratar”. Expressão do D. pelo sorriso e o choro. A união familiar (núcleo familiar) foi um suporte importante. O M. foi mantido informado da situação do irmão.
P.	“O que aprendeu sobre si com esta situação?”
G.	“Não aprendi. Qualquer pessoa que aprenda é capaz, depende da educação e do suporte interior”, “juntos encontramos uma forma de equilíbrio”
P.	“E sente-se orgulhoso disso?”

G.	“Claro. Fiz o que devia ter feito. Não tenho que ter mais orgulho que outros pais. Os pais tentam dar sempre o seu melhor”. “A D. esteve um ano e meio no hospital, logo faz as coisas melhor”.
P.	“Como enfrentou isto D.?”
D.	“Prefiro não falar sobre isso.” Causa grande sofrimento falar sobre este tema. “Ainda hoje perguntamos porquê?”
G.	Relato de um episódio: uma médica da UCI, após o D. ter realizado a segunda RM CE, reuniu com os pais para lhes dizer friamente que “O D. vai ficar um <i>vegetal</i> para sempre”. “Se nós não acreditássemos que algo podia ser melhor... Hoje o D. não é um <i>vegetal</i> , interage. Se não acreditássemos não conseguíamos sorrir, estar com outras pessoas”. “Às vezes mexe um dedo sozinho e para nós é muito importante”.
P.	“É importante celebrar estas conquistas”
G.	“A D. trata o D. como se fosse um miúdo normal. Fazemos festas de anos, convidamos pessoas, cantamos os parabéns. O D. gosta muito de ouvir os parabéns no canal Panda, olha para nós para cantarmos”. “Há coisas que não percebemos. Ele percebe quando falamos ao telemóvel, quer falar com quem está ao telemóvel”.
D.	“O D. fica a chorar se não pomos o telemóvel ao ouvido para falarem com ele. Se desligo ele começa a chorar e tenho de ligar outra vez”
M.	Apresentação. “Achava que nós fazíamos um grande trabalho, mas depois de conhecer estes pais acho que não fazemos nada”. Apresentação do filho F. F.: Herói, o bebé mais lindo da casa. História do F. Bebé simpático e bem-disposto. Irmã M. adora-o. “Pensava que ele não ia sorrir”. “Fez um ano há duas semanas, celebrámos o primeiro ano de vida do F.”. “Foi um guerreiro”. Alteração dos planos feitos durante a gravidez, alteração de prioridades após o nascimento do F. Celebração de pequenas conquistas do F. “Celebramos muito mais cada acontecimento do que outros pais que dão as coisas como garantidas”. “Revolta por sentir que me roubaram uma série de emoções. Aos dois meses de vida peguei no F. pela primeira vez. Depois só voltei a pegar aos três meses”. “O pai também é um herói. Trabalhava e ia todos os dias ao hospital, nem que fosse de madrugada, vê-lo”. “Houve apenas dois dias que não fui ao hospital por ter sido operada ao joelho. O pai pegou no F. ao colo num desses dias. Chegou a casa

	<p> muito contente. Eu fiquei contente mas também revoltada, fui egoísta”. “Tive muitos sentimentos agridoces”</p>
P.	<p> “É uma vivência de esperança...”</p>
M.	<p> “Eu sou muito pessimista. Não ponho objetivos porque já me senti muitas vezes frustrada por não acontecerem”. Irmã do F.: otimismo derivado da ingenuidade da idade, mas acreditava verdadeiramente que tudo ia correr bem. “As outras pessoas também diziam que ia correr tudo bem, mas por clichê”.</p> <p> “Os outros irmãos são espetaculares”.</p> <p> A situação promoveu a união do casal, “Discutimos mais, mas estamos mais unidos”.</p>
B.	<p> Apresentação. “A M. sentiu-se incompetente para a função de mãe”. Várias aprendizagens ao longo do internamento no hospital. “A nossa vida mudou”. “A M. não se vê a fazer outra coisa mas também se sente anulada porque não pode trabalhar, ir a uma entrevista de emprego. Só pode fazer outra coisa quando estou em casa. Está muito presa”. “Só houve duas vezes em que deixámos o F. com os quatro avós. A avó aspira o F.”.</p>
P.	<p> “O que fizeram para recordar o aniversário do F.?”</p>
M.	<p> “Queremos fazer um álbum com as fotografias da festa”. Muitos amigos que estiveram sempre presentes. Convidaram família, amigos e profissionais para o aniversário. “Sinto-me muito grata” Fizeram um álbum digital com o percurso do F. no primeiro ano para mostrar aos convidados.</p>
B.	<p> “Foi muito bom para nós. Para o F. não tanto...”.</p>
P.	<p> “O F. recebeu a energia que as pessoas transmitiram pelos pais”.</p>
M.	<p> “Sim, claro. Pedi para mandarem energia durante o internamento. O F. está cá hoje devido a isso. Pedi energia a pessoas de várias religiões”.</p>
B.	<p> “Fui visitar uma fábrica e perguntaram-me pelo F.”.</p>
M.	<p> “As pessoas na rua vão ter comigo a pergunta se é o F.. Acredito que houve muita gente a rezar pelo F.”.</p>
B.	<p> “Um artesão ofereceu uma placa no primeiro aniversário do F.”.</p>
M.	<p> “Uma senhora numa feira ofereceu uma caixa”.</p>
P.	<p> “São recordações que vão guardar”.</p>
B.	<p> As pessoas queriam visitar o F. mas tinha cuidado ao fazê-lo.</p>
P.	<p> “Sinto-me privilegiada por vos conhecer. As vossas experiências dão-nos</p>

	energia”. Apresentação do exercício “A Árvore dos Talentos”. Preenchimento individual e apresentação dos talentos de outra pessoa.
D.	Talentos da A.: sorrir, acreditar, tolerar, superar, ajudar, partilhar.
A.	Talentos do G.: sorrir, tratar, cantar, brincar. Acrescentou: ajudar, partilhar, tolerar.
G.	Talentos da M.: amar, sorrir, partilhar, lutar, chorar, mudar de cânula. Acrescentou: brincar.
P.	“É difícil brincar”.
D.	“Eu gosto tanto de brincar”.
G.	“É a maneira que o D. sorri. Procuramos fazer o que ele reage melhor”.
M.	“Quando fui para casa com o F., não conseguia brincar”. Talentos da D.: sorrir, ser forte, acreditar, cuidar da família, brincar. Acrescentou: “É uma mãe na aceção da palavra. No hospital a A. é chamada de furacão, da D. dizem que é muito cuidadora. Cuida de todos nós! Ontem a D. foi dar o jantar aos miúdos e aos homens. Quando for grande quero ser como a D.!”.
A.	“A D. vai tapar o meu filho porque ele tem frio...”.
D.	Agradeceu.
B.	Talentos do J.: acreditar, relevar as dificuldades, lutar, partilhar, ser feliz. Acrescentou: gerir o tempo.
P.	“J., em que situação se sentiu o melhor pai do mundo?”
J.	“Na altura em que ficámos separados, a A. no hospital e eu com o A. em casa”. “Tento guardar espaço para mim (sou um pouco egoísta) mas é a forma de manter a sanidade mental”.
M.	“Acho extraordinário os pais que ficam em casa com um filho e também apoiam o outro no hospital e a mulher”.
J.	Talentos do B.: dar amor e carinho ao F., apoiar a M., otimista, aprender a responder a novos problemas”.
A.	Acrescentou a calma.
D. e M.	Característica frequente nos homens.
J.	“É um atributo que aprecio”.
S.	Resumo. Entrega da medalha da coragem aos pais.

Avaliação dos fatores que influenciam a esperança

Quadro 2 – Identificação dos Fatores Promotores de Esperança

A: Orientação para a vida/futuro		Partilhados	Sugeridos	Alertas
A.1: Os pais partilham vivências relacionadas com a descoberta de caminhos e soluções alternativas	Os pais investem na procura de soluções alternativas no cuidar e/ou para uma melhor qualidade de vida para os seus filhos	-	-	-
	Os pais identificam soluções através da partilha com os outros pais, reconhecendo-as como apoio à sua vivência (exemplos, ideias ou pensamentos)	-	-	-
	Os pais descrevem momentos como consultas, cirurgias e/ou outros tratamentos como possibilidades para um melhor futuro dos seus filhos	-	-	-
	Os pais descrevem a escolha de caminhos que facilitam a aquisição de recursos, que consideram importantes no cuidar dos seus filhos	-	-	-
	Os pais reconhecem a importância de não desistir, na procura de caminhos e soluções alternativas	-	-	-
A.2: Os pais partilham vivências relacionadas com o estabelecer e reformular metas / objetivos	Os pais reconhecem a importância de traçarem metas / objetivos	-	-	-
	Os pais descrevem como estabelecem um plano orientador da concretização de metas / objetivos	-	-	-
	Os pais descrevem como conseguiram concretizar algo importante	-	-	-
	Os pais valorizam e reconhecem a aprendizagem como um objetivo para lidarem com a doença dos seus filhos	-	-	-
	Os pais reconhecem que continuam a aprender para sentirem maior segurança no lidar com a doença dos seus filhos	-	-	-
	Os pais descrevem como dão resposta à situação atual, tendo em conta o que já aprenderam no passado sobre a doença dos seus filhos	-	-	-

	Os pais descrevem como identificam as necessidades e/ou esclarecem as suas dúvidas, junto da equipa de saúde e/ou outros recursos	-	-	-
	Os pais identificam a ajuda que necessitam para cuidarem dos seus filhos	-	-	-
A.3: Os pais partilham vivências relacionadas com o visionar de possibilidades	Os pais partilham a ausência de recidivas e/ou reinternamentos dos seus filhos	-	-	-
	Os pais referem-se à esperança de vida da criança, reconhecendo a importância do seu papel	-	-	-
	Os pais identificam e relativizam as suas vivências, por padrão de comparação com as vivências de outros pais	X		
	Os pais atribuem maior valor aos seus filhos, por padrão de comparação com as vivências de outros pais	-	-	-
	Os pais reconhecem que não são os únicos que têm problemas	-	-	-
	Os pais valorizam o que têm de bom nas suas vidas, por padrão de comparação com as vivências de outros pais	-	-	-
	Os pais demonstram acreditar na melhoria/progressos na condição física dos seus filhos	X		
	Os pais demonstram acreditar na capacidade dos seus filhos, para terem no futuro, o seu lugar na sociedade	-	-	-
	Os pais demonstram acreditar que o futuro será melhor, considerando como possibilidade, o não agravamento da condição de saúde dos seus filhos	-	-	-
	Os pais demonstram acreditar que todas as dificuldades percebidas pelos mesmos podem ser ultrapassadas	-	-	-
A.4: Outros itens	-	-	-	

B: União com os outros		Partilhados	Sugeridos	Alertas
B.1: Os pais reconhecem os outros pais enquanto modelos de esperança	Os pais valorizam e reconhecem nos outros pais, a alegria e a força quando lidam com a doença dos seus filhos	X		
	Os pais reconhecem a possibilidade de sorrir perante a adversidade, inspirados pela ligação que estabelecem à força dos outros pais	X		
	Os pais reconhecem que é possível atingir os seus objetivos, inspirados pelo que os outros pais têm conseguido obter para cuidar dos seus filhos	-	-	-
B.2: Os pais partilham vivências relacionadas com a família enquanto recurso	Os pais reconhecem e valorizam a ajuda disponibilizada pelos membros da família	X		
	Os pais reconhecem e valorizam os relacionamentos que mantêm com os membros da família	X		
	Os pais reconhecem que a doença dos seus filhos incentivou a união entre os membros da família	X		
	Os pais reconhecem que a doença dos seus filhos incentivou a partilha entre os membros da família	-	-	-
B.3: Os pais partilham vivências relacionadas com a rede social enquanto recurso	Os pais reconhecem e valorizam a ajuda disponibilizada pelos amigos.	X		
	Os pais reconhecem e valorizam os relacionamentos que mantêm com os amigos e colegas	X		
B.4: As experiências partilhadas entre os pais estão relacionadas com o suporte informativo e/ou formativo	Os pais partilham o que têm aprendido para lidarem com a doença dos seus filhos	-	-	-
	Os pais partilham como gerem a sintomatologia e/ou o tratamento dos seus filhos	-	-	-
	Os pais partilham informações que pesquisaram acerca da doença dos seus filhos	-	-	-
B.5: As experiências partilhadas entre os pais estão	Os pais demonstram uma atitude de disponibilidade e de escuta durante o encontro	X		
	Os pais partilham que é possível gerir as suas vidas, apesar da	X		

relacionadas com o suporte emocional	condição de saúde da criança			
	Os pais transmitem aos outros pais mensagens de apoio e encorajamento	X		
	Os pais disponibilizam ajuda aos outros pais, pois acabam por se ajudar a si próprios	-	-	-
	Os pais valorizam na partilha a vivência dos outros pais, pelo reconhecimento que existem problemas idênticos	-	-	-
B.6: As experiências partilhadas entre os pais estão relacionadas com o suporte instrumental	Os pais partilham os recursos da comunidade a que têm acesso e/ou que pretendem ter acesso	-	-	-
	Os pais identificam como necessidade no apoio a outros pais as atividades de angariação de fundos	-	-	-
B.7: Outros itens	-	-	-	-

C: Confiança		Partilhados	Sugeridos	Alertas
C.1: Os pais expressam na partilha o seu propósito de vida	Os pais reconhecem que a sua vida tem um propósito de vida / missão, por terem um filho com uma doença crónica	-	-	-
C.2: Os pais expressam na partilha a confiança nos cuidados recebidos	Os pais expressam na partilha a confiança que têm nos cuidados disponibilizados pela equipa de saúde	-	-	-
C.3: Os pais expressam na partilha a sua fé	Os pais valorizam na partilha a importância da sua fé, nos momentos em que mais necessitam de apoio	-	-	-
C.4: Outros itens	-	-	-	-

D: Objetos de Esperança		Partilhados	Sugeridos	Alertas
D.1: Os pais reconhecem a sua capacidade de reagir e resistir	Os pais reconhecem que apesar de não haver cura para a doença dos seus filhos, existe um tratamento	-	-	-
	Os pais reconhecem ter um olhar diferente para encarar a situação de doença dos seus filhos	-	-	-

	Os pais expressam que com força interior (persistência, tolerância e paciência), conseguiram melhorar a qualidade de vida da criança		X	
	Os pais expressam que irão continuar a ajudar a criança a atingir os seus objetivos	-	-	-
	Os pais reconhecem que estão mais fortes e têm mais experiência quando enfrentam a adversidade		X	
	Os pais reagem à adversidade, reconhecendo que são lutadores		X	
	Os pais expressam demonstrarem estar bem quando estão junto dos seus filhos, mesmo quando não se sentem bem	-	-	-
	Os pais expressam ter mais confiança e mais capacidade de suportar a adversidade, deixando de considerar como prioritário o problema	-	-	-
	Os pais expressam que ultrapassaram todas as suas expectativas, pois superaram as dificuldades mais do que imaginavam conseguir	-	-	-
	Os pais identificam os momentos do passado em que tiveram força, como inspiradores para conseguir ultrapassar situações difíceis no presente	-	-	-
	Os pais expressam estar presentes em todas as situações que estejam relacionadas com os seus filhos	-	-	-
D.2: Os pais envolvem-se numa ajuda recíproca, pela partilha da sua filosofia de vida	Os pais reconhecem que são responsáveis pelos seus filhos serem felizes		X	
	Os pais reconhecem que “vivem um dia de cada vez”, o mais intensamente possível	-	-	-
	Os pais reconhecem que “vivem um dia de cada vez”, simplificando a vida	-	-	-
	Os pais expressam que “não vale a pena viver o dia de amanhã”, permitindo que os seus filhos façam o que mais apreciam	-	-	-
	Os pais expressam que valorizam todos os dias em que estão com os seus filhos	-	-	-

	Os pais reconhecem que “dar e receber” são valores que preservam, no seu percurso vivencial, valorizando a entreaajuda com outros pais	-	-	-
D.3: Outros itens	-	-	-	-

Síntese: Fatores promotores de esperança enquanto recurso na intervenção	
Pela interação estabelecida no encontro, os pais mudaram ou valorizaram o sentido da sua experiência de esperança.	Sim
A confiança entre os membros do GAM permitiu a identificação mútua baseada nas experiências de esperança, vivências comuns e soluções semelhantes.	Sim
A partilha de experiências permitiu que os pais expressassem que diminuíram e/ou desapareceram o sentimento de solidão associado ao cuidar da criança com doença crónica.	Não
O visionar de possibilidades permitiu aos pais acreditarem que “algo” no futuro irá mudar ou se concretizar.	Não
Os pais demonstraram aplicar o que aprenderam para lidar com a doença dos seus filhos.	Sim
O encontro realizado permitiu que os pais identificassem caminhos ou soluções alternativas para a resolução dos seus problemas.	Não
O encontro realizado permitiu que os pais identificassem metas/objetivos no lidar com a doença dos seus filhos.	Não
Pela interação estabelecida no encontro, os pais reconhecem a sua capacidade de reagir e resistir à adversidade.	Sim

Quadro 3 – Identificação da Esperança Enquanto Fator de Resiliência

E: Transformação pessoal positiva		Partilhados	Sugeridos	Alertas
E.1: Os pais reconhecem a criança com doença crónica como fonte de esperança	Os pais escrevem que pelos seus filhos conseguem realizar o impensável	-	-	-
	Os pais partilham o amor incondicional que sentem pelos seus filhos		X	
	Os pais valorizam e reconhecem a força dos seus filhos no desenvolvimento da sua própria força interior.		X	
	Os pais referem-se aos seus filhos com amor, admiração e otimismo	X		
	Os pais valorizam e reconhecem a colaboração dos seus filhos, nos cuidados prestados pela equipa de saúde	-	-	-
E.2: Os pais partilham o	Os pais referem-se ao seu crescimento pessoal, enquanto pais		X	

seu crescimento pessoal	e seres humanos, pelo facto de terem um filho com doença crónica			
	Os pais sentem-se com maior maturidade, pela aprendizagem, que assumem no lidar com a doença crónica dos seus filhos	-	-	-
	Os pais sentem-se com maior maturidade, pela experiência, que assumem no lidar com a doença crónica dos seus filhos	-	-	-
	Os pais reconhecem as suas capacidades, relacionadas com a maior maturidade no enfrentar os problemas	-	-	-
	Os pais expressam, sem culpabilização, as suas vivências de esperança no cuidar dos seus filhos	-	-	-
E.3: Os pais reconhecem as competências e/ou habilidades da criança	Os pais descrevem como vitórias os pequenos progressos e habilidades da criança	X		
	Os pais descrevem a forma como ensinam os seus filhos, no desenvolvimento das suas competências e habilidades	-	-	-
	Os pais descrevem a forma como transmitem apoio aos seus filhos, no desenvolvimento das suas competências e habilidades	-	-	-
	Os pais reconhecem apreciar os progressos da criança no passado, relacionados com a forma como a mesma ultrapassou as agudizações / complicações da doença crónica	-	-	-
	Os pais valorizam os “bons momentos” dos seus filhos, em detrimento de pensarem no futuro		X	
E.4: Outros itens	-	-	-	

F: Confiança		Partilhados	Sugeridos	Alertas
F.1: Os pais reconhecem as suas competências na gestão da doença da criança	Os pais descrevem que têm controlo da doença dos seus filhos	-	-	-
	Os pais descrevem menor ansiedade na gestão da doença dos seus filhos	-	-	-
	Os pais descrevem como transmitem segurança à criança, ao realizarem os procedimentos e/ou tratamentos de forma autónoma no	-	-	-

	domicílio			
	Os pais, ao expressarem que conseguem realizar procedimentos e/ou tratamentos de forma autónoma no domicílio, reconhecem as suas capacidades enquanto pais		X	
	Os pais expressam que têm confiança nos cuidados que aprenderam a prestar aos seus filhos	X		
	Os pais expressam que têm confiança no seu papel enquanto pais	-	-	-
F.2: Os pais expressam a aceitação da condição de saúde dos seus filhos	Os pais reconhecem os seus filhos como uma criança idêntica a outras crianças	X		
	Os pais reconhecem que têm a noção real da condição de saúde dos seus filhos		X	
	Os pais expressam que aceitam a doença dos seus filhos como é na realidade, sem se sentirem culpados	-	-	-
	Os pais expressam que aceitam a doença dos seus filhos como é na realidade, sem se questionarem constantemente			X
	Os pais expressam que interiorizaram que os filhos precisam dos seus cuidados		X	
	Os pais reconhecem a importância de desmistificarem a doença dos seus filhos	-	-	-
F.3: Outros itens	-	-	-	-

Síntese: Esperança como fator de resiliência enquanto recurso na intervenção	
O apoio estabelecido em mutualidade implicou a compreensão da mudança/crescimento pessoal dos pais, pela partilha da superação de vivências problemáticas e aceitação da condição de saúde dos seus filhos.	Sim
O facto dos pais, ao disponibilizarem o seu apoio, expressaram as suas competências no cuidar dos seus filhos.	Sim
Os pais, no reconhecimento das competências e habilidades da criança, transformam as suas experiências de esperança como recurso para outros pais.	Sim
Os pais descrevem as experiências de ajuda mútua como um recurso no apoio à vivência da doença dos seus filhos, útil para si próprios e para os outros pais.	NA

Quadro 4 – Identificação dos Fatores de Ameaça à Esperança

G: Dúvidas no auto-potencial	Partilhados	Sugeridos	Alertas
Os pais partilham momentos de desespero, relacionados com o não conseguirem ajudar os seus filhos	-	-	-
Os pais sentem-se impotentes no cuidar dos seus filhos	-	-	-
Os pais expressam que não são competentes no lidar com a doença dos seus filhos	-	-	-
Os pais expressam que não conseguem controlar a doença dos seus filhos, pela falta de confiança em si próprios	-	-	-
Outros itens	-	-	-

H: Futuro inesperado/Preocupação sobre o futuro	Partilhados	Sugeridos	Alertas
Os pais partilham receios relacionados com tudo de novo que possa surgir nos seus filhos	-	-	-
Os pais partilham receios relacionados com tudo de novo que possa surgir no contexto que os rodeia	-	-	-
Os pais expressam a sua ansiedade relacionada com as agudizações e/ou futuros reinternamentos dos seus filhos	-	-	-
Os pais expressam a sua ansiedade em quererem solucionar os problemas, no momento em que surgem as complicações relacionadas com a doença dos seus filhos			
Os pais partilham que o seu desânimo está relacionado com a ocorrência de recidivas nos seus filhos	-	-	-
Os pais reconhecem que nos momentos relacionados com as recidivas dos seus filhos não conseguem ter a fé que consideram necessária para enfrentarem a situação	-	-	-
Os pais expressam receio do futuro, relacionado com a sua potencial incapacidade para cuidar dos seus filhos	-	-	-
Os pais expressam dificuldade na procura e descoberta de caminhos alternativos	-	-	-
Os pais partilham que têm no presente mais medo do futuro, porque não sabem como será o futuro nem como irão reagir	-	-	-
Os pais expressam frustração e receio do futuro, relacionado com a incapacidade para trabalharem e/ou a perda de emprego, pela doença e/ou dependência dos seus filhos	-	-	-
Os pais expressam incerteza face a como será o futuro dos seus filhos	-	-	-
Os pais partilham pensamentos relacionados com o	-	-	-

tratamento dos seus filhos, que pode não ter êxito e/ou com a possibilidade de ocorrer uma recidiva			
Outros itens	-	-	-

I: Não aceitação da condição de saúde da criança	Partilhados	Sugeridos	Alertas
Os pais referem que não aceitam a doença da criança	X		
Outros itens	-	-	-

J: Questionamento contínuo	Partilhados	Sugeridos	Alertas
Os pais expressam crenças de culpa e punição por terem um filho com doença crónica	-	-	-
Outros itens	-	-	-

K: Dificuldade no acesso à informação/tratamento	Partilhados	Sugeridos	Alertas
Os pais partilham a dificuldade de aceder ao tratamento / equipamento prescrito no âmbito da doença crónica dos seus filhos	-	-	-
Os pais expressam a dificuldade em acederem a informação acerca da doença dos seus filhos	-	-	-
Outros itens	-	-	-

L: Abdicar de si próprio	Partilhados	Sugeridos	Alertas
Os pais expressam que se esqueceram de si próprios desde o diagnóstico da doença crónica dos seus filhos.		X	
Os pais expressam que os cuidados que prestam aos seus filhos, os ocupam completamente.	X		
Outros itens	-	-	-

M: Alterações nas dimensões da vida familiar	Partilhados	Sugeridos	Alertas
Os pais partilham que percecionam negligenciar os outros filhos e/ou os outros membros da família, pelas exigências relacionadas com a doença crónica	-	-	-
Os pais partilham que existem membros da família que não aceitam a doença dos seus filhos, referindo problemas na relação entre os membros da família	-	-	-
Os pais partilham que existem relacionamentos conflituosos entre a criança com doença crónica e os seus irmãos	-	-	-
Os pais expressam a existência de conflito conjugal, após a confirmação do diagnóstico dos seus filhos	-	-	-
Os pais expressam a ausência de apoio de um dos conjugues, após a confirmação do diagnóstico dos seus filhos	-	-	-
Os pais expressam a ausência do apoio da família	-	-	-

alargada, não a reconhecendo como recurso			
Outros itens	-	-	-

N: Dificuldade na comunicação com o profissional de saúde	Partilhados	Sugeridos	Alertas
Os pais partilham a sua dificuldade em comunicarem com os profissionais de saúde, relacionada com a perceção de lhes ser atribuída a culpa pela doença crónica dos seus filhos	-	-	-
Os pais partilham o seu desagrado pela forma como é estabelecido o relacionamento com os profissionais de saúde	-	-	-
Outros itens	-	-	-

Síntese: Fatores de ameaça enquanto recurso na intervenção	
Foi transmitido apoio entre os pais na transformação de crenças associadas à culpa e punição, em soluções construtivas para a ação e crescimento	NA
Os pais demonstraram respeito pelas dúvidas no auto-potencial, partilhadas por outros pais, enquadrando-as na sua própria experiência e nas possíveis soluções para as ultrapassar	NA
Os pais disponibilizam apoio sem criticarem, julgarem e /ou questionarem, quando os outros pais expressam fatores de ameaça à sua esperança.	Sim

Avaliação Processual:

Os pais demonstraram ter perceção do seu auto-potencial, não tendo nenhum expressado dúvidas no seu auto-potencial relacionadas com o cuidar do seu filho.

Comentários gerais

Inicialmente o grupo parecia um pouco retraído nas suas exposições, talvez por ainda estarem pouco acostumados ao modo como uma sessão deste tipo decorre ou sobre o que era esperado partilharem. O primeiro elemento a falar mais aprofundadamente sobre a sua experiência de pai de um filho com NES foi o G., das pessoas do grupo que menos esperava por ser mais introvertido e ter parecido mais reticente no início da avaliação da esperança. Depois deste momento de grande intensidade, a partilha aumentou, apesar da D. referir que não queria abordar o tema do filho D. por ainda lhe causar muito sofrimento. Facilitador da partilha foi também a M. que é muito expressiva e que falou bastante sobre o que sentia. Apesar de se considerar uma pessoa pessimista, tem muita energia positiva, que penso ter conseguido transmitir

aos outros pais. Houve pessoas que partilharam mais intensamente a sua experiência do que outras, pois depende das características individuais e da situação de cada um.

No exercício de esperança realizado, “A Árvore dos Talentos”, os pais falaram sobretudo de aspetos emocionais e não tanto das competências técnicas que tiveram de aprender para serem capazes de cuidar dos seus filhos.

O momento de celebração das competências parentais mais impactante da sessão foi a M. ao falar sobre os talentos da D. e ao exaltar a forma como a D. cuida do D., de toda a família e de todos os que a rodeiam. Após a intervenção da M., várias pessoas do grupo reagiram, mostrando-se de acordo com o que tinha sido mencionado pela M. Penso que foi muito importante para a D. sentir este reconhecimento.

Na avaliação da sessão grupal realizada verificou-se, neste grupo de pais, um predomínio dos fatores promotores de esperança e de esperança enquanto fator de resiliência. Apenas numa mãe (D.) foi identificado um fator de ameaça à esperança (não aceitação da doença da criança). Face a este sinal de alerta, sugeriu-se a continuidade da intervenção de Enfermagem no âmbito da promoção da esperança de pais de crianças com NES, tanto a nível individual como em grupo.

No final da intervenção de Enfermagem para a promoção da esperança, os pais referiram que consideraram-na importante, oportuna e positiva, recomendando a sua continuidade na instituição.

4. Conclusão

A esperança é muito importante para os pais de crianças com NES, com benefícios para a criança e toda a família. Promover a esperança em pais de crianças com NES é uma competência do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, sendo fundamental conhecer e saber aplicar instrumentos de avaliação e diferentes estratégias promotoras da esperança. É possível desenvolver intervenções de Enfermagem para promover a esperança destes pais nos mais variados contextos de interação com os mesmos, recorrendo sempre que necessário a adaptações.

Com este trabalho foi possível desenvolver competências comuns de Enfermeiro Especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2010a), tais como:

- “promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (p.5);
- “cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro” (p.7);
- “baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento” (p.10).

Do mesmo modo, este trabalho também permitiu o desenvolvimento de competências específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (Ordem dos Enfermeiros, 2010b), entre as quais:

- “assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde” (p.3);
- “cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade” (p.4);
- “presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem” (p.5).

Em suma, a realização deste trabalho foi muito importante neste meu trajeto de especialização em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem.

5. Referências Bibliográficas

- Agostinho, M. (2007). Ecomapa. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 23, 327-330.
- Charepe, Z. B. (Coord.). (2011). Promoção da esperança nos pais de crianças com doença crónica. In Ordem dos Enfermeiros – Comissão de Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, *Guias orientadores de boa prática em Enfermagem de saúde infantil e pediátrica – Volume III* (pp. 7-57). Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CadernosOE_GuiasOrientadoresBoaPraticaCEESIP_Vol_III.pdf
- Charepe, Z. B. (2014). *Promover a esperança em pais de crianças com doença crónica: Modelo de intervenção em ajuda mútua*. Lisboa, Portugal: Universidade Católica Editora.
- Charepe, Z. B., Figueiredo, M. H. J. S., Vieira, M. M. S., & Neto, L. M. V. A. (2011). (Re) Descoberta da esperança na família da criança com doença crónica através do genograma e do ecomapa. *Texto & Contexto Enfermagem*, 20(2), 349-358.
- Cutcliffe, J. R. & Herth, K. (2002). The concept of hope in Nursing 1: Its origins, background and nature. *British Journal of Nursing*, 11(12), 832-840.
- de Shazer, S. & Berg, I. K. (1997). “What works?” Remarks on research aspects of solution-focused brief therapy. *Journal of Family Therapy*, 19, 121-124.
- Nekolaichuk, C. L. M. (2005). Diversity or divisiveness? A critical analysis of hope. In J. R. Cutcliffe & H. P. McKenna (Eds.), *The essential concepts of Nursing* (pp. 179-212). Edinburgh, Scotland: Elsevier.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010a). *Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista*. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2010b). *Regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciaCrian%C3%A7aJov_ aprovadoAG_20Nov2010.pdf
- Pires, A. P. M. (2006). *O lugar da esperança na aprendizagem do cuidado de Enfermagem*, Loures, Portugal: Lusociência.

- Querido, A. (2012). Dimensões da esperança em cuidados paliativos. In A. Barbosa (Coord.), *Investigação qualitativa em cuidados paliativos* (pp. 1-20). Lisboa, Portugal: Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Querido, A. (2016). A esperança em cuidados paliativos. In A. Barbosa, P. R. Pina, F. Tavares, & I. G. Neto (Eds.), *Manual de cuidados paliativos* (3º ed., pp. 781-796). Lisboa, Portugal: Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Wendt, N. C. & Crepaldi, M. A. (2008). A utilização do genograma como instrumento de coleta de dados na pesquisa qualitativa. *Psicologia: Reflexão e crítica*, 21(2), 302-310.

6. Apêndice

Diário de



Esperança

Este Diário de Esperança pode tornar-se muito importante para si e a sua família!

Nele devem ser colocadas recordações de bons momentos vividos, sucessos, conquistas realizadas, sonhos e objetivos alcançados. Estas memórias podem ser registadas das mais diversas formas... Histórias significativas, reflexões, frases inspiradoras, desenhos, fotografias especiais... Tudo é possível!

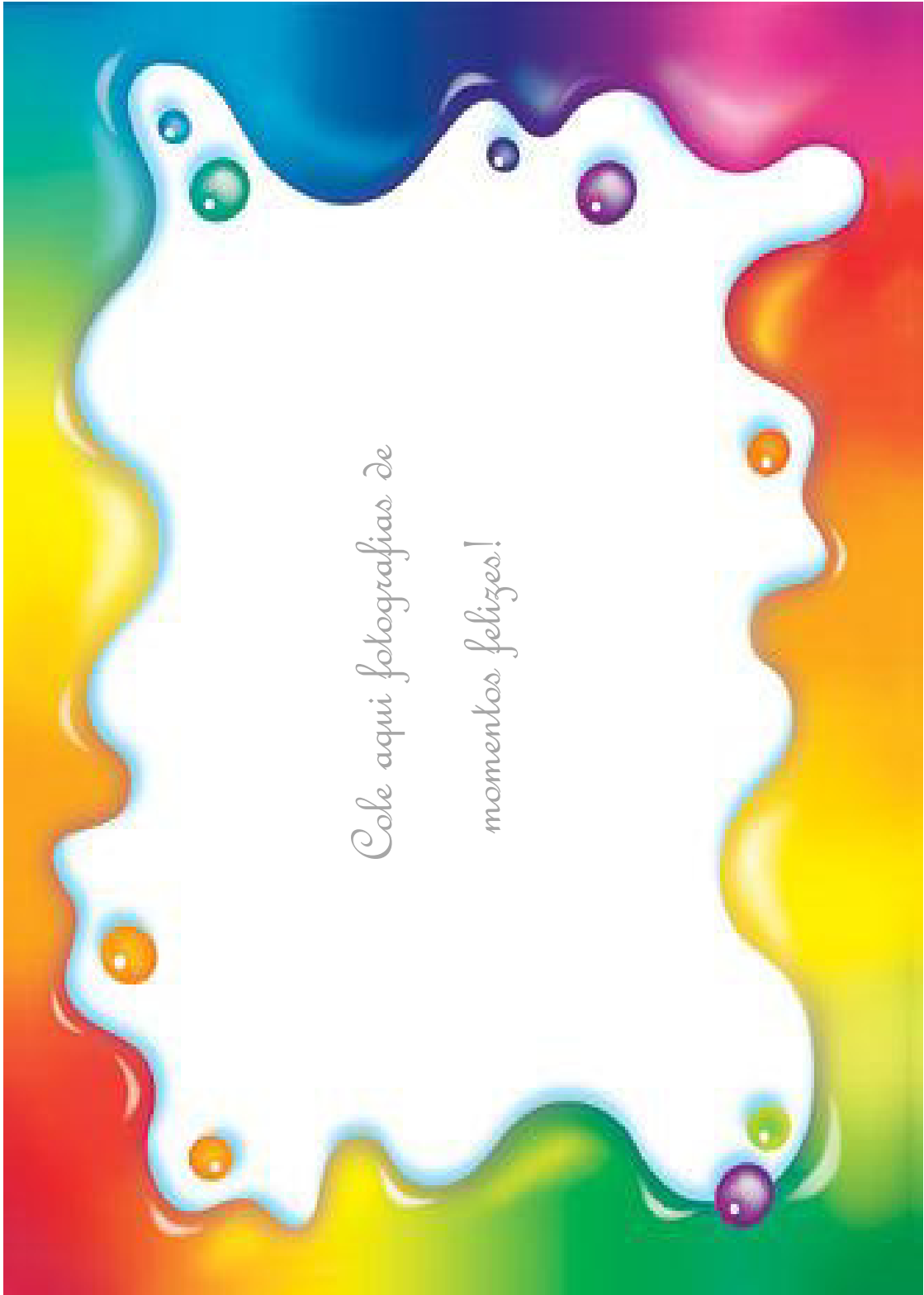
Porque recordar bons momentos é como encontrar um arco-íris num dia de chuva... Comece já hoje a recolher energias positivas e únicas da sua família!

O meu símbolo de esperança é...

(Simbolize a sua Esperança com um desenho, cor, forma, música,...)

O meu símbolo de esperança é...

(Simbolize a sua Esperança com um desenho, cor, forma, música,...)



*Cole aqui fotografias de
momentos felizes!*

7. Anexos

Anexo I – Programa de Intervenção

SEMANA DE 19 A 23 DE OUTUBRO

19/10 - 4.^a FEIRA: DIA DA FAMÍLIA

Intervenção cuidadores	Atividades na Casa: <ul style="list-style-type: none">- Receção das famílias / Apresentação da equipa;- Acolhimento e instalação das famílias e crianças na casa;- Dinâmicas famílias/equipa:. <i>Avaliação da Esperança / Aplicação da Régua da Esperança;</i>. <i>Construção do Genograma de Esperança;</i>. <i>Orientação para o preenchimento dos instrumentos de autopreenchimento / Diário de Esperança.</i>
	Atividades no Exterior da Casa: <ul style="list-style-type: none">- Atividades livres (Por exemplo, ir buscar os outros filhos, lanchar em grupo).

20/10 - 5.^a FEIRA: DIA XXXXXXXXXX

Intervenção cuidadores	Atividades na Casa: <ul style="list-style-type: none">- Os cuidadores são orientados para realizarem o <i>exercício n.º 1</i>- <i>“Fotografe a sua Esperança” com registo autónomo no Diário de Esperança.</i>
	Atividades no Exterior da Casa: <ul style="list-style-type: none">- Dia livre.

21/10 - 6.ª FEIRA: DIA DE “VALORIZAR AS PEQUENAS COISAS”

Intervenção cuidadores	Atividades na Casa: <ul style="list-style-type: none">- Os cuidadores são orientados para realizarem o <i>exercício n.º 2</i>- <i>“Little Things” com registo autónomo no Diário de Esperança.</i>
	Atividades no Exterior da Casa: <ul style="list-style-type: none">- SPA e lanche em grupo.

22/10 - SÁBADO: DIA DA AJUDA MÚTUA

Intervenção cuidadores	Atividades na Casa: <ul style="list-style-type: none">- Encontro de famílias na casa (duração 2:00): <i>Intervenção grupal, “Celebrar as Competências dos Pais”.</i>
	Atividades no Exterior da Casa: <ul style="list-style-type: none">- Almoço em família e passeio por Lisboa;- Jantar fora e noite dançante (Casais).

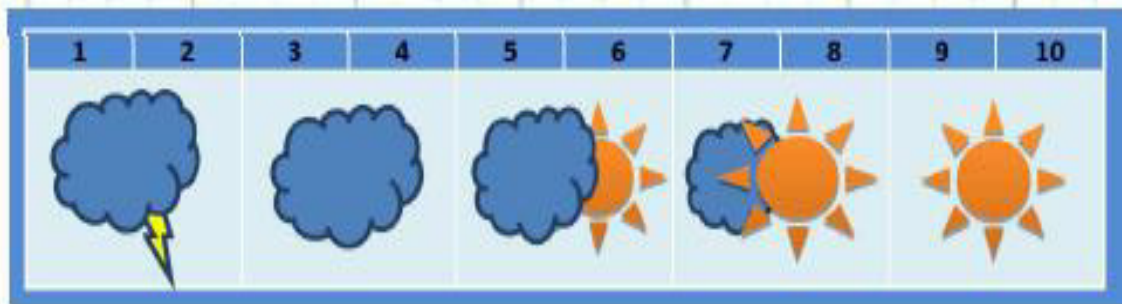
23/10 - DOMINGO: DIA DO CHURRASCO

Intervenção cuidadores	Atividades na Casa: <ul style="list-style-type: none">- Almoço de famílias partilhado.
	Atividades no Exterior da Casa: <ul style="list-style-type: none">- <i>Check-out</i> a partir das 15:00.

Observações:

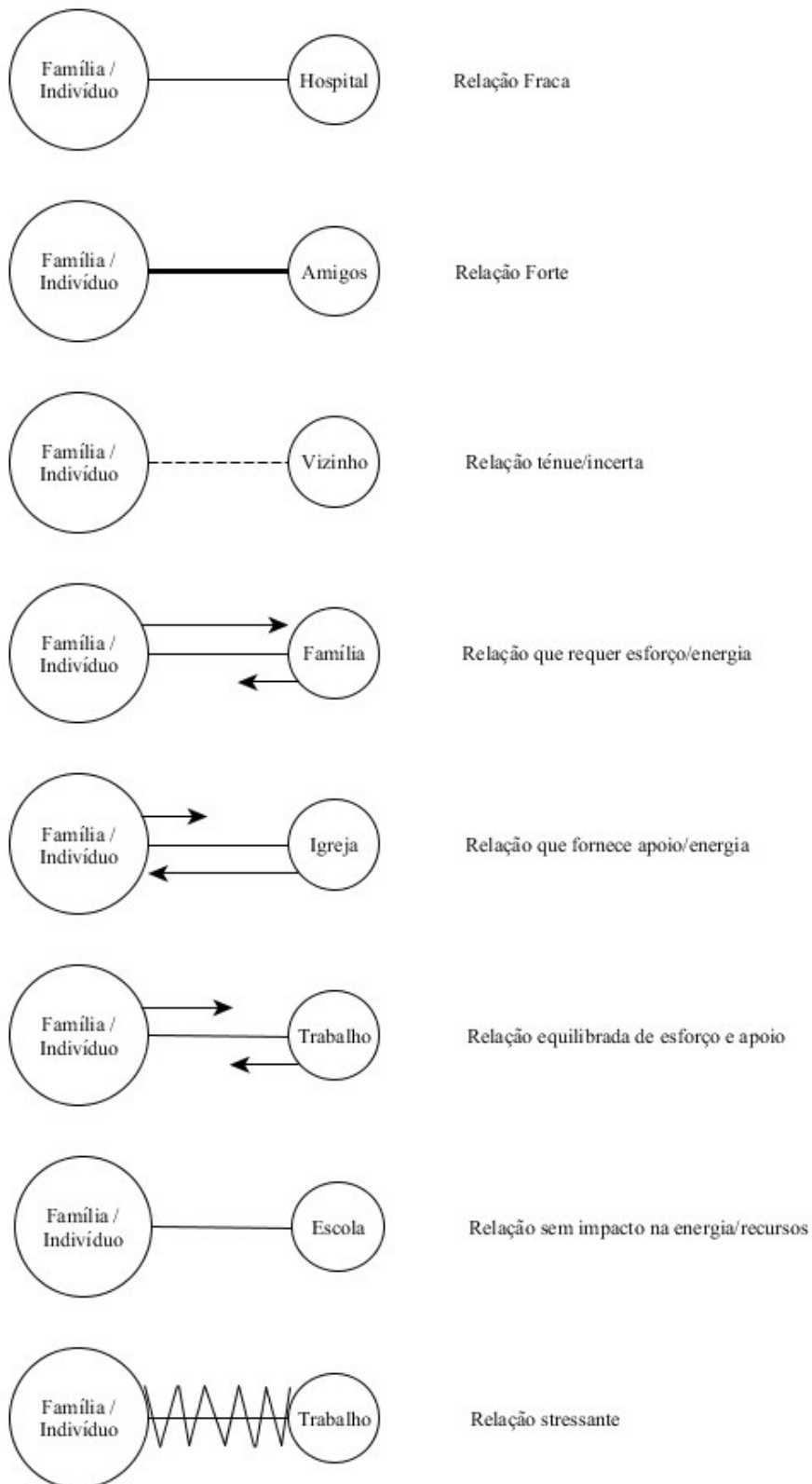
Não há intervenção de Enfermagem planeada para este dia.

Anexo II – Régua de Avaliação da Esperança



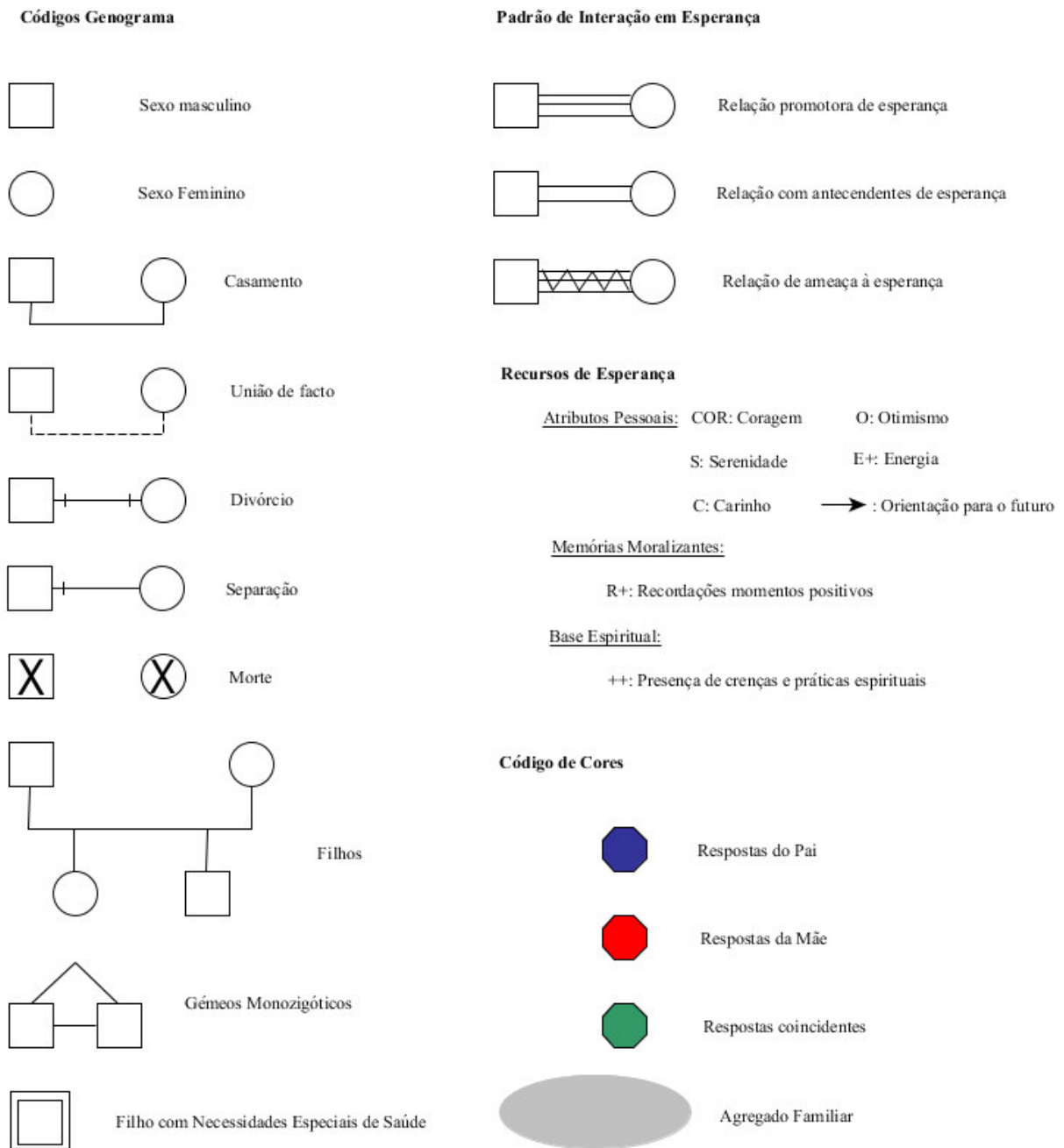
Adaptado de: de Shazer, S. & Berg, I. K. (1997). “What Works?” Remarks on Research Aspects of Solution-Focused Brief Therapy. *Journal of Family Therapy*, 19, 121-124.

Anexo III – Legenda do Ecomapa da Esperança



Fonte: Agostinho, M. (2007). Ecomapa. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 23, 327-330.

Anexo IV – Legenda do Genograma da Esperança



Fontes: Adaptado de Charepe, Z. B., Figueiredo, M. H. J. S., Vieira, M. M. S., & Neto, L. M. V. A. (2011). (Re) Descoberta da esperança na família da criança com doença crónica através do genograma e do ecomapa. *Texto & Contexto Enfermagem*, 20(2), 349-358 e Wendt, N. C. & Crepaldi, M. A. (2008). A Utilização do Genograma como Instrumento de Coleta de Dados na Pesquisa Qualitativa. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 21(2), 302-310.

**Apêndice XIII – Promoção do Sono da Criança e Adolescente na
Unidade de Internamento de Curta Duração de Pediatria: Instrução de
Trabalho**



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

Logotipo do Hospital

**PROMOÇÃO DO SONO DA CRIANÇA E ADOLESCENTE
NA UNIDADE DE INTERNAMENTO DE CURTA
DURAÇÃO DE PEDIATRIA**

Instrução de Trabalho

Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediátrica

Sílvia Cristina de Paiva Marques

Sob a orientação de

Professora Doutora Zaida Borges Charepe

EEESCJ C. D.

Lisboa, novembro de 2016

Índice

1. Introdução	3
2. Instrução de Trabalho	4
3. Avaliação da Instrução de Trabalho e da Apresentação	10
4. Conclusão	11
5. Referências Bibliográficas	12
6. Apêndices	14
Apêndice I – Apresentação da Instrução de Trabalho “Promoção do Sono da Criança e Adolescente na UICD de Pediatria”	15
Apêndice II – Questionário de Avaliação da Instrução de Trabalho e da Apresentação	29

1. Introdução

O presente trabalho foi desenvolvido no âmbito do estágio num serviço de atendimento permanente pediátrico de um hospital da área de Lisboa, do Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, entre os dias 27 de outubro e 23 de novembro de 2016.

Os objetivos deste trabalho foram perceber o impacto da hospitalização na Unidade de Internamento de Curta Duração (UICD) de Pediatria no sono de crianças e adolescentes e definir intervenções de Enfermagem para promover o sono das mesmas na UICD de Pediatria.

O método utilizado consistiu na observação do ambiente da UICD de Pediatria e das principais causas de interrupção do sono das crianças e adolescentes durante a sua permanência neste espaço, assim como na pesquisa de fontes científicas atuais sobre a temática. Existem muito poucos estudos sobre o sono em serviços de urgência pediátricos, pelo que foi necessário recorrer a fontes sobre a temática a nível de internamento pediátrico, unidades de cuidados intensivos pediátricos e, em algumas situações ou para estratégias mais específicas, estudos com adultos.

A estrutura e a formatação da Instrução de Trabalho tiveram por base o modelo preconizado pela instituição a que se destinava. Pretendia-se que fosse um documento não muito longo e denso, mas de fácil leitura e consulta. A divulgação da Instrução de Trabalho foi feita através do correio eletrónico dos profissionais (Enfermeiros e assistentes operacionais), tendo-se enviado, para além da Instrução de Trabalho, uma apresentação dinâmica em *Microsoft Power Point* (ver Apêndice I), com opções para quem pretendia aprofundar algumas questões. Não foi realizada uma sessão de formação devido ao facto dos turnos serem muito imprevisíveis em volume de trabalho e ser difícil marcar uma sessão fora do período laboral, uma vez que os turnos são de doze horas.

De seguida apresenta-se a Instrução de Trabalho “Promoção do Sono da Criança e Adolescente na UICD de Pediatria”. No capítulo seguinte aborda-se a avaliação da Instrução de Trabalho e da apresentação da mesma, terminando-se com uma breve conclusão sobre este trabalho.

Promoção do Sono da Criança e Adolescente na UICD de Pediatria

1. OBJETIVO

Esta instrução de trabalho visa promover o sono da criança e adolescente durante a sua permanência na UICD de Pediatria.

2. ÂMBITO

Esta instrução de trabalho/procedimento aplica-se à UFAPP, em [REDACTED].

3. REFERÊNCIAS, DEFINIÇÕES, ABREVIATURAS E ANEXOS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- AIDabal, L. & BaHammam, A. S. (2011). Metabolic, endocrine, and immune consequences of sleep deprivation. *The Open Respiratory Medicine Journal*, 5, 31-43.
- Carnevale, F. A. & Gaudreault, J. (2013). The experience of critically ill children: A phenomenological study of discomfort and comfort. *Dynamics*, 24(1), 19-27.
- Herbert, A. R., Lima, J., Fitzgerald, D. A., Seton, C. Waters, K. A., & Collins, J. J. (2014). Exploratory study of sleeping patterns in children admitted to hospital. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 50, 632-638.
- Internacional Council of Nurses. (2011). *CIFE® Versão 2 – Classificação internacional para a prática de Enfermagem*. (H. Castro, Trad.). [s.l.]: Ordem dos Enfermeiros.
- Kaur, H., Rohlik, G. M., Nemergut, M. E., & Tripathi, S. (2016). Comparison of staff and family perceptions of causes of noise pollution in the pediatric intensive care unit and suggested intervention strategies. *Noise Health*, 18, 78-84.
- Kudchadkar, S., Aljohani, O., & Punjabi, N. M. (2014). Sleep of critically ill children in the pediatric intensive care unit: A systematic review. *Sleep Medicine Reviews*, 18(2), 103-110.
- Kudchadkar, S. R., Beers, C., Ascenzi, J. A., Jastaniah, E., & Punjabi, N. M. (2016). Nurses' perceptions of pediatric intensive care unit environment and work experience

after transition to single-patient rooms. *American Journal of Critical Care*, 25(5), e98-e107.

Linder, L. A. & Christian, B. J. (2011). Characteristics of the nighttime hospital bedside care environment (sound, light, and temperature) for children with cancer. *Cancer Nursing*, 34(3), 176-184.

Linder, L. A. & Christian, B. J. (2013). Nighttime sleep characteristics of hospitalized school-age children with cancer. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 18, 13-24.

Makic, M. B. F., Rauen, C., Watson, R., & Poteet, A. W. (2014). Examining the evidence to guide practice: Challenging practice habits. *Critical Care Nurse*, 34(2), 28-45.

Meltzer, L. J., Davis, K. F., & Mindell, J. A. (2012). Patient and parent sleep in a children's hospital. *Pediatric Nursing*, 38(2), 64-71.

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. B., Ferreira, L., & Ferreira, R. (2015). Environment in pediatric wards: Light, sound, and temperature. *Sleep Medicine*, 16, 1041-1048.

Paruthi, S., Brooks, L., D'Ambrosio, C., Hall, W., Kotagal, S., Lloyd, R., ...Wise, M. (2016). Recommended 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.

Richardson, A., Allsop, M., Coghill, E., & Turnock, C. (2007). Earplugs and eye masks: Do they improve critical care patients' sleep?. *Nursing in Critical Care*, 12(6), 278-286.

Stafford, A., Haverland, A., & Bridges, E. (2014). Noise in the ICU. *American Journal of Nursing*, 114(5), 57-63.

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

Van Rompaey, B., Elseviers, M. M., Van Drom, W., Fromont, V., & Jorens, P. G. (2012). The effect of earplugs during the night on the onset of delirium and sleep perception: A randomized controlled trial in intensive care patients. *Critical Care*, 16, 1-10.

DEFINIÇÕES:

O Sono é definido na CIPE (Internacional Council of Nurses, 2011, p.76) como a “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”.

ABREVIATURAS:

UFAPP – UNIDADE FUNCIONAL ATENDIMENTO PERMANENTE PEDIÁTRICO

UICD – UNIDADE DE INTERNAMENTO DE CURTA DURAÇÃO

4. DESCRIÇÃO DO PROCESSO

4.1 Importância do Sono na Saúde de Crianças e Adolescentes

O sono em quantidade adequada melhora a atenção, o comportamento, a aprendizagem, a memória, a regulação emocional, a qualidade de vida e a saúde física e mental de crianças e adolescentes, enquanto a privação de sono pode causar problemas de atenção, comportamento e aprendizagem, aumento do risco de acidentes, lesões, hipertensão, obesidade, diabetes e depressão e nos adolescentes também se relaciona com pensamentos suicidas e tentativas de suicídio (Paruthi et al., 2016). Um sono adequado e reparador é essencial para a manutenção de uma boa imunidade (AIDabal & BaHammam, 2011). A evidência científica demonstra que a promoção do sono em crianças em estado crítico pode reduzir a morbidade através da redução da sedação, da neuroinflamação e da duração da hospitalização (Kudchadkar et al., 2014). Assim, ao promover o sono das crianças e adolescentes, os profissionais de saúde estão também a promover a sua saúde e a sua recuperação.

4.2 Principais Fatores Perturbadores do Sono na UICD de Pediatria

Vários autores identificaram diferentes causas de interrupção do sono associadas à hospitalização de crianças e adolescentes. O ruído é um desses fatores através dos alarmes dos equipamentos clínicos (Herbert et al., 2014; Oliveira & Ferreira, 2014), de

conversas não clínicas perto das crianças/adolescentes (Oliveira et al., 2015) e da localização do quarto próximo de zonas comuns (Stremmler et al., 2015). A luminosidade também é prejudicial para o sono no hospital (Oliveira & Ferreira, 2014; Oliveira et al., 2015), bem como a temperatura ambiente desadequada (Oliveira et al., 2015). A hospitalização implica uma interrupção da rotina diária e um ambiente estranho que podem dificultar o sono (Oliveira et al., 2015).

A sintomatologia associada à doença também pode ser um fator de interrupção do sono, como a dor (Herbert et al., 2014; Oliveira et al., 2015), o desconforto (Oliveira et al., 2015), a tosse (Herbert et al., 2014) ou a necessidade de ir à casa de banho (Herbert et al., 2014). A necessidade de prestação de cuidados de Enfermagem (Herbert et al., 2014), a avaliação de sinais vitais e a realização de procedimentos de Enfermagem e médicos (Oliveira et al., 2015) durante os períodos de descanso pode levar ao despertar das crianças e adolescentes.

Em situações de maior gravidade ou instabilidade clínica, existem outros fatores perturbadores do sono como a ventilação mecânica, a sedação ou outra medicação que possa prejudicar o sono (Makic et al., 2014). Num ambiente de cuidados críticos pediátricos, as principais causas de perturbação do sono identificadas foram os alarmes (Kaur et al., 2016; Kudchadkar et al., 2016), ruído dos monitores cardiorrespiratórios (Kudchadkar et al., 2016) ou outros equipamentos clínicos (Kaur et al., 2016) e os diálogos entre profissionais (Kudchadkar et al., 2016).

4.3 Intervenções para a Promoção do Sono da Criança e Adolescente na UICD de Pediatria

Quadro 1 – Intervenções para a Promoção do Sono da Criança e Adolescente na UICD de Pediatria

Fatores	Intervenções	Referências Bibliográficas
Ruído	Usar telefones e telemóveis em modo vibratório ou volume baixo.	Kaur et al., 2016; Makic et al., 2014; Meltzer et al., 2012; Oliveira et al., 2015; Stremmler et al., 2015.

	Evitar conversas não clínicas próximo da unidade da criança/adolescente.	Herbert et al., 2014; Makic et al., 2014.
	Antecipar os alarmes dos equipamentos, diminuir o seu volume para o mínimo ou silenciar (se apropriado) durante os períodos de sono.	Herbert et al., 2014; Makic et al., 2014; Meltzer et al., 2012; Oliveira et al., 2015; Stremmer et al., 2015.
	Central de alarmes clínicos para os Enfermeiros.	Kaur et al., 2016.
	Promover o uso de tampões para os ouvidos.	Carnevale & Gaudreault, 2013; Kudchadkar et al., 2014; Van Rompaey, 2012.
	Definir período de silêncio noturno.	Kaur et al., 2016; Kudchadkar et al., 2016.
	Definir protocolos de redução do ruído.	Kudchadkar et al., 2014.
Luminosidade	Utilizar a luz de cabeceira em detrimento da luz do teto durante o sono.	Oliveira & Ferreira, 2014; Oliveira et al., 2015; Stremmer et al., 2015.
	Usar lanternas para a observação da criança/adolescente durante o sono.	Oliveira et al., 2015; Stremmer et al., 2015.
	Promover o uso de máscara de dormir.	Richardson et al., 2007.
Temperatura	Evitar o sobreaquecimento (temperatura ambiente superior a 24°C).	Oliveira et al., 2015.
Unidade da Criança / Adolescente	Promover o uso do quarto privado (SO 4) sempre que possível (maior controlo dos fatores ambientais como a luminosidade e o ruído).	Kudchadkar et al., 2016.
	Manter a porta do quarto fechada.	Kaur et al., 2016.
	Manter as cortinas da unidade fechadas.	Stafford et al., 2014.
Prestação de Cuidados	Conhecer o padrão de sono habitual da criança/adolescente e adaptar os cuidados.	Herbert et al., 2014; Makic et al., 2014.
	Promover a manutenção da rotina de	Linder & Christian, 2011.

	sono habitual da criança/adolescente.	
	Planear os cuidados de modo a promover a sua concentração em momentos únicos.	Linder & Christian, 2011; Makic et al., 2014; Meltzer et al., 2012; Oliveira & Ferreira, 2014; Oliveira et al., 2015; Stremmler et al., 2015.
	Prestar apenas os cuidados absolutamente necessários durante os períodos de sono.	Oliveira & Ferreira, 2014.
	Coordenar as atividades da equipa multidisciplinar, de modo a minimizar as interrupções do sono.	Linder & Christian, 2011.
	Flexibilidade na administração de medicação com horário definido.	Meltzer et al., 2012.
	Avaliar sinais vitais com menor frequência na criança/adolescente estável.	Linder & Christian, 2013; Meltzer et al., 2012.
	Promover a mobilidade o mais precocemente possível.	Makic et al., 2014.
	Comunicar aos pais o estado da criança/adolescente e o plano de cuidados.	Stremmler et al., 2015.

ELABORADO POR

APROVADO POR

C. D.

Sílvia Marques

3. Avaliação da Instrução de Trabalho e da Apresentação

Para proceder à avaliação da Instrução de Trabalho e da sua apresentação elaborou-se um questionário (ver Apêndice II) dirigido aos vários profissionais a quem este trabalho se destinava. Esta forma de avaliação foi distribuída na apresentação, solicitando-se a resposta ao questionário *on-line* através do endereço eletrónico indicado no final da mesma.

Os itens do questionário abordavam diferentes aspetos relacionados com a Instrução de Trabalho e a sua apresentação. Para as respostas a cada pergunta era utilizada uma escala de Likert de quatro pontos (“Discordo totalmente”, “Discordo”, “Concordo”, “Concordo totalmente”). Na última questão, de resposta aberta, pediam-se comentários e sugestões de melhoria da Instrução de Trabalho e da apresentação da mesma.

Tendo em consideração que este trabalho foi desenvolvido no último período de estágio e que a divulgação da Instrução de Trabalho e da sua apresentação depende de aprovação superior, ainda não foi possível obter respostas ao questionário realizado, o que impossibilita a avaliação da Instrução de Trabalho e da apresentação.

4. Conclusão

O sono constitui um fator importante na saúde e recuperação de situações agudas de doença em crianças e adolescentes. Promover o sono em ambientes de internamento por motivos de urgência ajuda na recuperação e favorece o bem-estar, podendo auxiliar o diagnóstico. A situação de doença e a sintomatologia associada causam frequentemente alterações na quantidade e qualidade do sono, pelo que as interrupções iatrogênicas do sono devem ser minimizadas, mantendo a segurança e os cuidados necessários.

A realização deste trabalho possibilitou o desenvolvimento de várias competências comuns de Enfermeiro Especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2010a), tais como:

- “desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção” (p.4);
- “promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (p.5);
- “desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica” (p.6);
- “concebe, gere e colabora em programa de melhoria contínua da qualidade” (p.6);
- “cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro” (p.7);
- “gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de Enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional” (p.7);
- “baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento” (p.10).

Ao nível das competências específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (Ordem dos Enfermeiros, 2010b), este trabalho levou ao desenvolvimento das seguintes:

- “assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde” (p.3);
- “cuida da criança/jovem nas situações de especial complexidade” (p.4).

Em suma, a realização deste trabalho foi muito importante neste meu trajeto de especialização em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem.

5. Referências Bibliográficas

- AlDabal, L. & BaHammam, A. S. (2011). Metabolic, endocrine, and immune consequences of sleep deprivation. *The Open Respiratory Medicine Journal*, 5, 31-43.
- Carnevale, F. A. & Gaudreault, J. (2013). The experience of critically ill children: A phenomenological study of discomfort and comfort. *Dynamics*, 24(1), 19-27.
- Herbert, A. R., Lima, J., Fitzgerald, D. A., Seton, C. Waters, K. A., & Collins, J. J. (2014). Exploratory study of sleeping patterns in children admitted to hospital. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 50, 632-638.
- Internacional Council of Nurses. (2011). *CIPE® Versão 2 – Classificação internacional para a prática de Enfermagem*. (H. Castro, Trad.). [s.l.]: Ordem dos Enfermeiros.
- Kaur, H., Rohlik, G. M., Nemergut, M. E., & Tripathi, S. (2016). Comparison of staff and family perceptions of causes of noise pollution in the pediatric intensive care unit and suggested intervention strategies. *Noise Health*, 18, 78-84.
- Kudchadkar, S., Aljohani, O., & Punjabi, N. M. (2014). Sleep of critically ill children in the pediatric intensive care unit: A systematic review. *Sleep Medicine Reviews*, 18(2), 103-110.
- Kudchadkar, S. R., Beers, C., Ascenzi, J. A., Jastaniah, E., & Punjabi, N. M. (2016). Nurses' perceptions of pediatric intensive care unit environment and work experience after transition to single-patient rooms. *American Journal of Critical Care*, 25(5), e98-e107.
- Linder, L. A. & Christian, B. J. (2011). Characteristics of the nighttime hospital bedside care environment (sound, light, and temperature) for children with cancer. *Cancer Nursing*, 34(3), 176-184.
- Linder, L. A. & Christian, B. J. (2013). Nighttime sleep characteristics of hospitalized school-age children with cancer. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 18, 13-24.
- Makic, M. B. F., Rauen, C., Watson, R., & Poteet, A. W. (2014). Examining the evidence to guide practice: Challenging practice habits. *Critical Care Nurse*, 34(2), 28-45.
- Meltzer, L. J., Davis, K. F., & Mindell, J. A. (2012). Patient and parent sleep in a children's hospital. *Pediatric Nursing*, 38(2), 64-71.

- 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. B., Ferreira, L., & Ferreira, R. (2015). Environment in pediatric wards: Light, sound, and temperature. *Sleep Medicine*, 16, 1041-1048.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010a). *Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista*. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2010b). *Regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciaCrian%C3%A7aJov_ aprovadoAG_20Nov2010.pdf
- Paruthi, S., Brooks, L., D'Ambrosio, C., Hall, W., Kotagal, S., Lloyd, R.,...Wise, M. (2016). Recommended 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.
- Richardson, A., Allsop, M., Coghill, E., & Turnock, C. (2007). Earplugs and eye masks: Do they improve critical care patients' sleep?. *Nursing in Critical Care*, 12(6), 278-286.
- Stafford, A., Haverland, A., & Bridges, E. (2014). Noise in the ICU. *American Journal of Nursing*, 114(5), 57-63.
- Stremler, R., Adams, S., & Dryden-Palmer, K. (2015). Nurses' views of factors affecting sleep for hospitalized children and their families: A focus group study. *Research in Nursing & Health*, 38, 311-322.
- Van Rompaey, B., Elseviers, M. M., Van Drom, W., Fromont, V., & Jorens, P. G. (2012). The effect of earplugs during the night on the onset of delirium and sleep perception: A randomized controlled trial in intensive care patients. *Critical Care*, 16, 1-10.

6. Apêndices

Apêndice I – Apresentação da Instrução de Trabalho “Promoção do Sono da Criança e Adolescente na UICD de Pediatria”



Promoção do Sono da Criança e Adolescente na UICD de Pediatria

Apresentação da Instrução de Trabalho

Elaborado por:
Enfª Sílvia Marques

Orientação:
EEESIP C. D.
Doutora Zaida Xarepe

 **CATOLICA**
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
LUMEN PARVO LUXEM

Novembro, 2016

Logotipo do Hospital

Objetivos

- Apresentação da Instrução de Trabalho.
- Promover o sono da criança e adolescente durante a sua permanência na UICD de Pediatria.



Porquê promover o sono?

Dormir bem em quantidade e qualidade é importante para a saúde das crianças e adolescentes

- Clicar para mais informações



Dormir bem ajuda na recuperação da saúde

- Clicar para mais informações



Dormir é importante para a saúde

Dormir bem melhora:

- a atenção
- o comportamento
- a aprendizagem
- a memória
- a regulação emocional
- a qualidade de vida
- a saúde física
- a saúde mental

Dormir pouco pode causar:

- problemas de atenção, de comportamento e aprendizagem
- aumento do risco de acidentes, lesões, hipertensão, obesidade, diabetes e depressão
- Adolescentes: pensamentos suicidas e tentativas de suicídio

(Paruthi et al., 2016)

 Voltar

Dormir bem ajuda na recuperação da saúde

Um sono adequado e reparador é essencial para a manutenção de uma boa imunidade (AlDabal & BaHammam, 2011).

Ibarra-Coronado e outros (2015) sugerem a existência de uma relação bidirecional entre o sono e a imunidade, na medida em que a privação de sono implica um aumento resposta inflamatória, ao mesmo tempo que a resposta imunitária a infecções (virais, bacterianas ou parasitárias) pode estar envolvida em alterações no padrão de sono.

A promoção do sono em crianças em estado crítico pode reduzir a morbidade através da redução da sedação, da neuroinflamação e da duração da hospitalização (Kudchadkar et al., 2014).

[Voltar](#)

Principais Causas de Perturbação do Sono na UICD de Pediatria



Para saber mais clique em cada retângulo



Ruído



- Alarmes dos equipamentos clínicos (bombas e seringas perfusoras, monitores,...).
- Conversas não clínicas dos profissionais de saúde próximo da criança e adolescente .
- Telefones e telemóveis.
- Localização do quarto/unidade próximo de zonas comuns (casa de banho, copa,...).

(Kaur et al., 2016; Stremmler et al., 2015; Oliveira et al., 2015; Herbert et al., 2014; Oliveira & Ferreira, 2014)

[Voltar](#)

Luminosidade



- A luminosidade é prejudicial para o sono no hospital.
- A luminosidade causa disrupção do ciclo de sono-vigília.
- Em situações de gravidade ou instabilidade clínica a luminosidade é elevada por razões de segurança e para a prestação de cuidados.

(Kudchadkar et al., 2016; Oliveira et al., 2015; Oliveira & Ferreira, 2014; Kudchadkar et al., 2014)

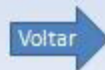
[Voltar](#)

Cuidados



- Prestação de cuidados de enfermagem.
- Avaliação de sinais vitais.
- Realização de procedimentos de enfermagem e médicos.
- Administração de medicação.

(Oliveira et al., 2015; Herbert et al., 2014; Linder & Christian, 2013)



Sintomas



- Dor
- Desconforto
- Tosse
- Necessidade de ir à casa de banho
- ...

(Oliveira et al., 2015; Herbert et al., 2014)



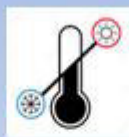
Hospitalização



- A hospitalização implica uma interrupção da rotina diária e um ambiente estranho que podem dificultar o sono (Oliveira et al., 2015).



Temperatura



- A temperatura ambiente desadequada (muito quente ou muito frio) é prejudicial para um sono reparador (Oliveira et al., 2015).



Promover o Sono da Criança e Adolescente na UICD de Pediatria



Ruído

- Usar telefones e telemóveis em modo vibratório ou volume baixo.
- Evitar conversas não clínicas próximo da unidade da criança/adolescente.
- Antecipar os alarmes dos equipamentos, diminuir o seu volume para o mínimo ou silenciar (se apropriado) durante os períodos de sono.

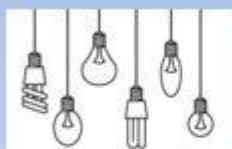
Promover o Sono da Criança e Adolescente na UICD de Pediatria



Ruído

- Central de alarmes clínicos, para que os alarmes soem junto dos enfermeiros e não das crianças/adolescentes.
- Promover o uso de tampões para os ouvidos, porque há sempre ruído que não é evitável.
- Definir período de silêncio noturno.
- Definir protocolos de redução do ruído.

Promover o Sono da Criança e Adolescente na UICD de Pediatria



Luminosidade

- Utilizar a luz de cabeceira em detrimento da luz do teto durante o sono da criança/adolescente.
- Usar lanternas para a observação da criança/adolescente durante o sono.
- Promover o uso de máscara de dormir, em situações em que é difícil controlar a luminosidade.

Promover o Sono da Criança e Adolescente na UICD de Pediatria



Temperatura

- Evitar o sobreaquecimento (temperatura ambiente superior a 24°C) do ambiente.

Promover o Sono da Criança e Adolescente na UICD de Pediatria



Unidade da Criança/Adolescente

- Para um maior controlo de fatores ambientais prejudiciais do sono como a luz e o ruído:
 - Promover o uso do quarto privado (SO 4) sempre que possível.
 - Manter a porta do quarto fechada ou as cortinas da unidade fechadas (se a situação clínica permitir)

Promover o Sono da Criança e Adolescente na UICD de Pediatria



Prestação de Cuidados

- Conhecer o padrão de sono habitual da criança/adolescente, de modo a poder promovê-lo, adaptando os cuidados prestados.
- Promover a manutenção da rotina de sono habitual da criança/adolescente (brinquedo para dormir, leite à ceia, ler antes de dormir,...).

Promover o Sono da Criança e Adolescente na UICD de Pediatria



Prestação de Cuidados

- Planear os cuidados de modo a promover a sua concentração em momentos únicos. Evitar acordar a criança/adolescente múltiplas vezes, pois dificulta o regresso ao sono.
- Prestar apenas os cuidados absolutamente necessários durante os períodos de sono.

Clicar para mais informações



Interações de Enfermagem Noturnas

- Um estudo realizado em diferentes tipos de unidades de cuidados intensivos (médica, cirúrgica, cardiotorácica, pediátrica e neonatal) concluiu que cerca de 14% das interações de enfermagem noturnas podiam ter sido omitidas com segurança.

(Le et al., 2012)



Interações de Enfermagem Noturnas

- Um estudo realizado em diferentes tipos de unidades de cuidados intensivos (médica, cirúrgica, cardiotorácica, pediátrica e neonatal) concluiu que cerca de 14% das interações de enfermagem noturnas podiam ter sido omitidas com segurança.

(Le et al., 2012)



Promover o Sono da Criança e Adolescente na UICD de Pediatria



Prestação de Cuidados

- Avaliar sinais vitais com menor frequência na criança/adolescente estável.
- Promover a mobilidade o mais precocemente possível. A atividade promove o sono.
- Comunicar aos pais o estado da criança/adolescente e o plano de cuidados.

Qual a sua opinião?

- Gostaria de saber a sua opinião sobre o conteúdo da Instrução de Trabalho e o modo da sua apresentação.
- Para isso, por favor, responda ao questionário online através do endereço:

<https://goo.gl/1owQ3C>

Obrigada pela sua colaboração
e bom sono!



Referências Bibliográficas

- AlDabal, L., & BaHamam, A. S. (2011). Metabolic, Endocrine, and Immune Consequences of Sleep Deprivation. *The Open Respiratory Medicine Journal*, 5, 31-43.
- Carnevale, F. A., & Gaudreault, J. (2013). The experience of critically ill children: A phenomenological study of discomfort and comfort. *Dynamics*, 24(1), 19-27.
- Herbert, A. R., Lima, J., Fitzgerald, D. A., Seton, C. Waters, K. A., & Collins, J. J. (2014). Exploratory study of sleeping patterns in children admitted to hospital. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 50, 632-638.
- Ibarra-Coronado, E. G., Pantaleón-Martínez, A. M., Velazquez-Moctezuma, J., Prospéro-García, O., Méndez-Díaz, M., Pérez-Tapia, M., ... Morales-Montor, J. (2015). The Bidirectional Relationship between Sleep and Immunity against Infections. *Journal of Immunology Research*, 2015, 1-14.
- Kaur, H., Rohlik, G. M., Nemergut, M. E., & Tripathi, S. (2016). Comparison of staff and family perceptions of causes of noise pollution in the Pediatric Intensive Care Unit and suggested intervention strategies. *Noise Health*, 18, 78-84.

Referências Bibliográficas

- Kudchadkar, S. R., Beers, C., Ascenzi, J. A., Jastaniah, E., & Punjabi, N. M. (2016). Nurses' Perceptions of Pediatric Intensive Care Unit Environment and Work Experience After Transition to Single-Patient Rooms. *American Journal of Critical Care*, 25(5), e98-e107.
- Kudchadkar, S., Aljohani, O., & Punjabi, N. M. (2014). Sleep of Critically Ill Children in the Pediatric Intensive Care Unit: A Systematic Review. *Sleep Medicine Reviews*, 18(2), 103-110.
- Le, A., Friese, R. S., Hsu, C. H., Wynne, J. L., Rhee, P., & O'Keeffe, T. (2012). Sleep disruptions and nocturnal nursing interactions in the intensive care unit [Abstract]. *Journal of Surgical Research*, 177(2), 310.
- Linder, L. A., & Christian, B. J. (2013). Nighttime sleep characteristics of hospitalized school-age children with cancer. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 18, 13-24.

Referências Bibliográficas

- Linder, L. A., & Christian, B. J. (2011). Characteristics of the Nighttime Hospital Bedside Care Environment (Sound, Light, and Temperature) for Children with Cancer. *Cancer Nursing*, 34(3), 176-184.
- Makic, M. B. F., Rauen, C., Watson, R., & Poteet, A. W. (2014). Examining the Evidence to Guide Practice: Challenging Practice Habits. *Critical Care Nurse*, 34(2), 28-45.
- Meltzer, L. J., Davis, K. F., & Mindell, J. A. (2012). Patient and Parent Sleep In a Children's Hospital. *Pediatric Nursing*, 38(2), 64-71.
- 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. B., Ferreira, L., & Ferreira, R. (2015). Environment in pediatric wards: light, sound, and temperature. *Sleep Medicine*, 16, 1041-1048.

Referências Bibliográficas

- Paruthi, S., Brooks, L., D'Ambrosio, C., Hall, W., Kotagal, S., Lloyd, R., ...Wise, M. (2016). Recommended 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.
- Richardson, A., Allsop, M., Coghill, E., & Turnock, C. (2007). Earplugs and eye masks: do they improve critical care patients' sleep?. *Nursing in Critical Care*, 12(6), 278-286.
- Stafford, A., Haverland, A., & Bridges, E. (2014). Noise in the ICU. *American Journal of Nursing*, 114(5), 57-63.
- Stremler, R., Adams, S., & Dryden-Palmer, K. (2015). Nurses' Views of Factors Affecting Sleep for Hospitalized Children and Their Families: A Focus Group Study. *Research in Nursing & Health*, 38, 311-322.
- Van Rompaey, B., Elseviers, M. M., Van Drom, W., Fromont, V., & Jorens, P. G. (2012). The effect of earplugs during the night on the onset of delirium and sleep perception: a randomized controlled trial in intensive care patients. *Critical Care*, 16, 1-10.

Apêndice II – Questionário de Avaliação da Instrução de Trabalho e da Apresentação

Quadro 1 – Questionário de Avaliação da Instrução de Trabalho e da Apresentação

Questão	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente
As suas expetativas em relação ao tema da Instrução de Trabalho foram satisfeitas?				
Para a sua atividade profissional esta Instrução de Trabalho foi útil?				
A Instrução de Trabalho favoreceu a sua aquisição/consolidação de conhecimentos?				
A teoria foi relacionada com a prática?				
Foram abordados todos os pontos sobre o tema que considera importantes?				
Considera que a Instrução de Trabalho tem qualidade?				
As suas expetativas em relação à apresentação da Instrução de Trabalho foram satisfeitas?				
Os objetivos da apresentação da Instrução de Trabalho foram atingidos?				
A apresentação da Instrução de Trabalho foi adequada?				
Comentários e Sugestões:				



Watterson, B. (s.d.). Calvin and Hobbes. In V. Victorelli (2012, 6 de maio). Para refletir [Web log post]. Disponível em <http://www.vestiddepapel.com/2012/05/para-refletir.html>



Watterson, B. (s.d.). Calvin and Hobbes. In N. Neves (2006, 6 de maio). As minhas BD preferidas #6: Calvin & Hobbes [Web log post]. Disponível em <http://notasbedefilas.blogspot.pt/2006/05/as-minhas-bd-preferidas-6-calvin.html>



Watterson, B. (s.d.). Calvin and Hobbes. In M. J. Mas (2014). El insomnio en verano es una pesadilla... [Web log post]. Disponível em <https://neuropediatra.org/2014/07/24/insomnio-verano/>