



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

---

LISBOA · PORTO

## **RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

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

Ana Catarina Lopes Teixeira

**Porto, maio de 2024**





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

---

LISBOA · PORTO

# **RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

## **Internship Report**

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

Ana Catarina Lopes Teixeira

Sob a orientação da Professora Doutora Isabel Quelhas

**Porto, maio de 2024**



## Resumo

O presente relatório de estágio surge no âmbito da Unidade Curricular: “Estágio Final e Relatório”, inserida no 16º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, da Escola de Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, no Porto. Constitui uma análise crítico-reflexiva de todo o percurso experienciado, pondo a descoberto não só os conhecimentos e competências adquiridas, mas também as dificuldades encontradas. Este documento estrutura-se em torno de experiências pessoais e subjetivas alicerçadas em fundamentações teóricas apoiadas na evidência científica mais recente. Resulta de aprendizagens em vários contextos de estágio, nomeadamente numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, num Serviço de Urgência Pediátrica Polivalente, em Cuidados de Saúde Primários e num Serviço de Internamento Pediátrico Médico-Cirúrgico.

Neste trabalho encontram-se espelhadas as competências exigidas por este ciclo de estudos para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, bem como os objetivos e atividades desenvolvidas com vista à sua concretização. Numa tentativa de tornar mais fácil a interpretação do conteúdo que aqui se afigura, as competências foram agrupadas por domínios de atuação: Domínio da Prestação de Cuidados, Domínio da Formação, Domínio da Gestão e Domínio da Investigação.

Ao longo do estágio, emergiram diferentes áreas de especial pertinência para a assistência e da estrita competência do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, pelo que se encontram aqui também exploradas de forma particular, tais como: a assistência à criança e à respetiva família na maximização da sua saúde e na gestão de situações complexas, tendo em conta a fase de desenvolvimento da criança e do jovem; a gestão de cuidados especializados e dos recursos de Enfermagem; a investigação na respetiva área de especialidade e a promoção do processo formativo, quer pessoal, quer de outros profissionais.

**Palavras-Chave:** Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, Competências, Criança, Jovem, Família.



## **Abstract**

The present internship report appears within the scope of the Curricular Unit: “Final Internship and Report”, included in the 16th master's degree in Nursing with Specialization in Child and Pediatric Health Nursing, at the Nursing School of the Institute of Health Sciences of the Universidade Católica Portuguesa - Porto.

This report constitutes a critical-reflexive analysis of the entire journey experienced, exposing not only the knowledge and skills acquired but also the encountered difficulties. This document is structured around deeply personal and subjective experiences firmly grounded in theoretical foundations supported by the most recent scientific evidence. It results from learning experiences in various internship contexts, namely in a Neonatal Intensive Care Unit, a Multipurpose Pediatric Emergency Service, in Primary Health Care and a Medical-Surgical Pediatric Inpatient Service.

Here are reflected the skills required by this study cycle to obtain the Master's degree in Nursing, with specialization in Child and Pediatric Health Nursing, as well as the objectives and activities developed to achieve them. In an attempt to facilitate the interpretation of the content presented here, the skills have been grouped into domains of action: domain of care provision, domain of training, domain of management and domain of research.

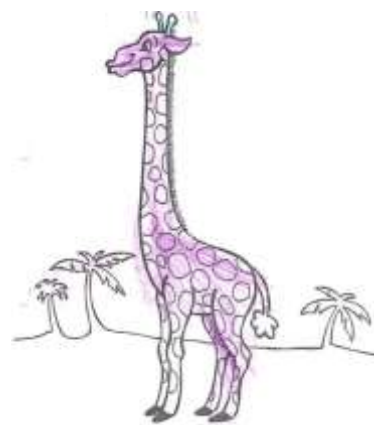
Throughout the internship, several areas of action were addressed, within the competence of the Specialist Nurse in Child and Pediatric Health Nursing, such as: assistance to the child and their family in maximizing their health and managing complex situations, taking into account the child and young person's developmental stage; management of nursing care and resources; research in the respective specialty area and promotion of the formative process, both personal and for other professionals.

**Keywords:** Specialist Nurse in Child and Pediatric Health Nursing, Skills, Child, Youth, Family.



*“Não há amor se não houver excesso de amor. Amar é dar o nosso amor ao outro sem controlar aquilo que o outro pode fazer com o nosso amor”.*

Tolentino de Mendonça



(Ilustração oferecida com amor em contexto clínico, 2023)



## Agradecimentos

Aos meus Pais, eles que são exemplo de dedicação, empenho e perseverança e desde cedo me mostraram o verdadeiro significado da palavra família. Sem eles este percurso teria sido muito mais tempestuoso.

Aos meus avós, que estejam eles onde estiverem, estou certa de que enxugaram todas as minhas lágrimas e me mostraram a luz.

Aos meus afilhados, que me recordam todos os dias o quão bom é amar uma criança.

À Professora Doutora Isabel Quelhas, pela orientação, rigor e disponibilidade ao longo de todo este percurso.

Aos meus amigos e família, que toleraram as minhas ausências e me incentivaram a não desistir.

Aos meus colegas de trabalho, pelas palavras de incentivo e pela sua colaboração na gestão do horário de trabalho.

Às minhas orientadoras de estágio, pela disponibilidade, empatia e partilha de conhecimentos.

A todos, os que de alguma forma se cruzaram no meu caminho e me tornaram na profissional que sou hoje.

O meu muito obrigada!



## **Lista de Siglas e Acrónimos**

**ACES** - Agrupamento de Centros de Saúde  
**aEEG** – Eletroencefalograma de Amplitude Integrada  
**APR** - Atendimento Pediátrico Referenciado  
**BLW** - *Baby Led Weaning*  
**CPCJ** - Comissão de Proteção de Crianças e Jovens  
**CPTAS** - *Canadian Triage and Acuity Scale*  
**CSP** - Cuidados de Saúde Primários  
**DGS** - Direção Geral da Saúde  
**ECTS** - *European Credit Transfer System*  
**EDIN** - *Échelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau- Né*  
**EEESIP** - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica  
**FLACC** - *Face, Legs, Activity, Cry, Consolability*  
**FPS-R** - *Revised Faces Pain Scale*  
**IASP** - Associação Internacional para o Estudo da Dor  
**IG** – Idade Gestacional  
**NACJR** - Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco  
**NHACJR** - Núcleo Hospitalar de Apoio a Crianças e Jovens em Risco  
**NIDCAP** - *Newborn Individualized Development Care and Assessment Program*  
**NSE** - Necessidades de Saúde Especiais  
**PES** - Promoção e Educação para a Saúde  
**PNSE** – Programa Nacional de Saúde Escolar  
**PNSIJ** - Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil  
**PNV** – Programa Nacional de Vacinação  
**PSI** – Plano de Saúde Individual  
**REPE** - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro  
**RN** – Recém-Nascido (s)  
**RNPT** - Recém-Nascido Pré-Termo  
**SIE** - Sistemas de Informação em Enfermagem  
**SIPMC** – Serviço de Internamento Pediátrico Médico-Cirúrgico  
**SUPP** – Serviço de Urgência Pediátrica Polivalente

**UCC** - Unidade de Cuidados na Comunidade  
**UCEN** - Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais  
**UCIN** - Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais  
**ULS** - Unidade Local de Saúde  
**UMAD** – Unidade Móvel de Apoio Domiciliário  
**USF** – Unidade de Saúde Familiar  
**WBFS** - *Wong-Baker Faces Pain Rating Scale*

## Índice

<b>1.</b>	<b>Introdução .....</b>	<b>15</b>
<b>2.</b>	<b>Desenvolvimento de Competências Especializadas – Início do Percorso .....</b>	<b>19</b>
<b>3.</b>	<b>Contextualização do Estágio Final .....</b>	<b>29</b>
	3.1. Cuidados de Saúde Primários .....	29
	3.2. Serviço de Internamento Pediátrico Médico – Cirúrgico .....	31
<b>4.</b>	<b>Desenvolvimento de Competências Especializadas .....</b>	<b>33</b>
	4.1. Domínio da Prestação de Cuidados .....	34
	4.2. Domínio da Formação .....	77
	4.3. Domínio da Gestão .....	84
	4.4. Domínio da Investigação .....	90
<b>5.</b>	<b>Implicações para a prática profissional .....</b>	<b>95</b>
<b>6.</b>	<b>Conclusão .....</b>	<b>97</b>
<b>7.</b>	<b>Referências Bibliográficas .....</b>	<b>99</b>
<b>8.</b>	<b>Apêndices .....</b>	<b>111</b>
	Apêndice I.....	113
	Apêndice II .....	155
	Apêndice III .....	225



## 1. Introdução

A elaboração do presente relatório surge no âmbito da Unidade Curricular: “Estágio Final e Relatório”, inserida no 16º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, da Escola de Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, no Porto.

Este documento faz referência ao trabalho desenvolvido ao longo de vários meses, ao relatar as experiências vivenciadas, bem como os conhecimentos e as competências adquiridas. É o consumo de um trabalho exaustivo, todavia enriquecedor, com vista à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Para isso, o estudante deve cumprir os objetivos gerais do curso e ser capaz de:

- Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a sua área de especialização;
- Demonstrar capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
- Demonstrar capacidade para decisões fundamentadas, incorporando na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências, atendendo às suas responsabilidades sociais e éticas;
- Ser capaz de comunicar as suas conclusões e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, de uma forma clara e sem ambiguidades, produzindo um discurso fundamentado para diferentes audiências;
- Ser capaz de desenvolver uma aprendizagem de forma autónoma.

A realização deste relatório representa a consolidação de um percurso de aperfeiçoamento pessoal e profissional e de integração de competências especializadas na área da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, que me permitirão dar resposta às exigências do binómio criança/família numa variedade de contextos de saúde e sociais. Neste sentido o presente documento tem como objetivos:

- Refletir sobre o percurso efetuado, pondo em destaque as experiências, conhecimentos e competências adquiridas, as provações enfrentadas e os sucessos alcançados, transmitindo – o de forma simples e numa perspetiva muito pessoal;
- Refletir criticamente sobre o processo de desenvolvimento pessoal e profissional;
- Documentar fundamentadamente a aquisição dos objetivos gerais e das competências previstas no plano de estudos do curso;
- Constituir um elemento de avaliação da Unidade Curricular.

Este trabalho pauta-se por uma abordagem crítico-reflexiva sobre as experiências vividas em contexto de estágio, sublinhando e pondo em destaque a evidência científica mais atual que suportou todo o processo de aprendizagem. Objetivou-se uma harmonização entre os contextos da prática clínica e os fundamentos encontrados na literatura, salvaguardando a minha perspetiva pessoal.

Este documento é constituído pela presente introdução, onde é feita uma contextualização da Unidade Curricular e dos objetivos gerais da mesma, são descritos os objetivos do relatório final, bem como a estrutura e a metodologia utilizada.

Segue-se um capítulo destinado à contextualização do 1º semestre do 16º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, onde faço referências aos contributos da componente teórica do curso e do estágio realizado. O terceiro capítulo, pretende contextualizar o Estágio Final, que decorreu em Cuidados de Saúde Primários (CSP) e num Serviço de Internamento Pediátrico Médico-Cirúrgico (SIPMC), sendo feita uma caracterização sumária dos mesmos. O quarto capítulo, pode considerar-se o cerne deste trabalho e é onde são destacadas as competências que se encontram descritas no plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica da Universidade Católica do Porto, que por sua vez são congruentes com as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP), preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros. Este capítulo procura evidenciar a forma como as competências acima mencionadas foram atingidas e, para isso, organizei-as em torno dos quatro domínios de atuação do enfermeiro: Domínio da Prestação de Cuidados, Domínio da Formação, Domínio da Gestão e Domínio da Investigação. Em cada um dos domínios, estão incluídas as competências atingidas, bem como os objetivos e atividades que foram desenvolvidas com

vista à sua concretização, utilizando para tal uma reflexão fundamentada entre estes diferentes elementos.

Segue-se um quinto capítulo onde se pretende fazer uma correlação entre o estágio final e as implicações para a prática profissional.

Após o quinto capítulo, deparamo-nos com a conclusão, onde se procura fazer uma síntese com análise crítica dos itens abordados ao longo do desenvolvimento, se destacam os principais contributos para a melhoria dos cuidados e se tecem algumas considerações finais sobre o processo de aprendizagem. Por último seguem-se as referências bibliográficas, segundo a norma APA 7ª edição e os apêndices que valorizam e clarificam o trabalho.



## **2. Desenvolvimento de Competências Especializadas – Início do Percorso**

O primeiro semestre do 16º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, da Escola de Enfermagem, do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica do Porto, contempla Unidades Curriculares teóricas e teórico-práticas que me permitiram ter o primeiro contacto com a área da especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Até então, a minha experiência profissional na área da Pediatria fora reduzida, concretizando-se num período de seis meses de trabalho numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN). Aí surgiu o meu gosto pela Pediatria, que mais tarde viria a ser consolidado com a inscrição neste Curso de Mestrado.

Durante o primeiro semestre tive oportunidade de ver abordadas, sob o ponto de vista teórico, áreas fundamentais da assistência de Enfermagem à saúde da criança e da respetiva família, nomeadamente no que diz respeito à promoção da saúde e prevenção da doença, bem como de desenvolver uma análise crítica, baseada na evidência em relação à conceptualização dos cuidados de enfermagem prestados à criança.

Após ter concluído as Unidades Curriculares comumente designadas de “teóricas”, tal como previsto no plano de estudos para o primeiro semestre, decorreu no segundo semestre, o estágio: “A Saúde da Criança e Família - Vigilância e Decisão Clínica”, que se revelou uma oportunidade de, juntamente com os conhecimentos teóricos previamente adquiridos, tomar consciência das competências que são exigidas a um EEESIP e desenvolvê-las no contexto da prática clínica, sob a supervisão de um perito (enfermeiro orientador).

O estágio supracitado decorreu de 15 de maio de 2023 a 6 de julho de 2023 e contemplou 12 European Credit Transfer System (ECTS), o correspondente a cerca de 300 horas de trabalho, das quais, 180 foram destinadas ao contacto direto em contexto clínico, nomeadamente numa unidade de Neonatologia de um hospital central do norte do país (90h) e num Serviço de Urgência Pediátrica Polivalente (SUPP) com trauma também de um hospital central do norte do país (90h). O horário de estágio foi definido em função do horário protocolado por cada instituição, da minha disponibilidade e do horário dos enfermeiros orientadores. Dei primazia aos turnos diurnos, perspetivando mais oportunidades de aprendizagem uma vez que a grande maioria dos procedimentos, quer

médicos, quer de Enfermagem, ocorrem essencialmente neste período. Considero também que as questões que envolvem a parentalidade podem mais facilmente ser abordadas durante o período diurno, assumindo uma maior facilidade de comunicação com os pais. Para além das horas destinadas ao estágio, 12h foram destinadas à orientação tutorial e as restantes horas ficaram reservadas para o trabalho e estudo individual.

A unidade de Neonatologia na qual tive oportunidade de desenvolver o meu estágio é considerada um dos centros de apoio perinatal mais diferenciado da zona norte do país, prestando assistência a Recém-Nascidos (RN) de risco das áreas de referência e de outros hospitais do país (Osório, 2019). O serviço de Neonatologia, subdivide-se na UCIN e na Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais (UCEN).

O ambiente da UCIN e da UCEN pareceu-me, desde logo, muito controlado, com normas bastante claras e com medidas efetivas no controlo da infeção. As instalações do serviço são relativamente recentes, com bastante exposição solar, cores atrativas e dispõem de equipamento moderno adequado às necessidades dos RN. De salientar a pouca privacidade de que os pais e/ou acompanhantes dispõem para permanecerem confortavelmente junto das crianças/RN.

A UCIN dispõe de doze incubadoras, três das quais com um maior distanciamento físico em relação às restantes, destinadas a bebés que necessitam de medidas de isolamento. São prestados cuidados a RN de alto risco, com competências técnicas altamente diferenciadas e elevado grau de complexidade, nomeadamente a Recém-Nascidos Pré-Termo (RNPT) de grande prematuridade: com idade gestacional (IG) < 32 semanas e de extrema prematuridade: IG < 28 semanas; RN criticamente doentes (choque, instabilidade hemodinâmica, risco neurológico ou encefalopatias) e RN com patologia cirúrgica (Osório, 2019). Os RN encontram-se em incubadoras, sob monitorização contínua (traçado eletrocardiográfico, frequência cardíaca e respiratória, saturações de oxigénio por oximetria de pulso, temperatura e tensão arterial e em casos específicos monitorização do traçado do eletroencefalograma de amplitude integrada (aEEG) e do índice de perfusão cerebral). O serviço conta com suporte ventilatório avançado: ventilação convencional e ventilação de alta frequência, apesar de não ter tido oportunidade de observar nenhum RN a necessitar deste último tipo de ventilação. A unidade dispõe de mecanismos para efetuar hipotermia induzida, técnicas de depuração renal e administração de óxido nítrico inalado. Verifiquei também que existe a colaboração de várias áreas de especialidade médicas, nomeadamente

cirurgia, cardiologia, neurorradiologia, oftalmologia, pneumologia, doenças do metabolismo, entre outras.

A UCEN possui doze unidades que podem ser ocupadas por RN em regime de cuidados intermédios. Conta ainda com a existência de dois quartos de isolamento com pressão positiva, que podem ser ocupados quer por RN em cuidados intermédios, quer por RN em cuidados intensivos com patologia infecciosa transmissível. Os RN internados em regime de cuidados intermédios diferenciam-se dos RN em cuidados intensivos por não necessitarem de suporte ventilatório e poderem ser instalados em berço ou incubadora, conforme a sua IG.

Para além da UCIN e da UCEN o Serviço de Neonatologia conta ainda com uma sala de amamentação, vulgarmente designada por “Cantinho da Amamentação”, onde as mães podem proceder à extração de leite, um vestiário de pais, onde estes deixam os seus pertences e se equipam com o equipamento de proteção individual adequando, no sentido de diminuir a possibilidade de transmissão de infeções aos RN. Os pais têm à sua disposição uma sala multiusos, onde podem conversar, descansar ou mesmo trabalhar. Existe uma casa de banho para pessoas externas ao serviço e um vestiário e casa de banho para os funcionários. Há uma sala de sujos e despejos, uma sala de limpos, uma zona de material de consumo e material de uso clínico, uma copa e gabinetes médicos e da chefia de Enfermagem.

Os cuidados de Enfermagem prestados nos turnos da manhã, tarde e noite são assegurados por oito enfermeiros, sendo o rácio variável em função da complexidade de cuidados que os RN exigem. O serviço conta com um total de cinquenta enfermeiros, sendo que destes, cerca de trinta são EEESIP e os restantes não possuem qualquer especialidade na área de Enfermagem.

Relativamente ao SUPP, trata-se de um serviço de referência a nível da região norte do país, presta assistência pediátrica urgente e emergente a crianças até aos 17 anos e 364 dias de vida. O SUPP é inevitavelmente pautado por uma agitação característica. Durante o período em que decorreu o meu estágio estava a funcionar em instalações provisórias e por conseguinte pouco adaptadas ao contexto de Pediatria.

Sob o ponto de vista organizacional é constituído por uma área de receção, com sala de espera e gabinete administrativo, uma sala de emergência, dois gabinetes de triagem, duas salas de espera pós triagem, gabinetes médicos (um deles destinado a procedimentos de pequena cirurgia e ortopedia), gabinete de enfermagem, sala de observação onde as crianças permanecem após a observação médica, ou sempre que necessitam de uma maior vigilância,

de fazer algum tratamento ou simplesmente enquanto aguardam vaga no internamento. O serviço possui uma sala de sujos e despejos, duas zonas destinadas à arrumação de material de consumo e equipamentos e duas copas.

A equipa do SUPP é constituída por cerca de cinquenta enfermeiros, sendo que destes, vinte são EEESIP e os restantes não possuem qualquer especialidade na área de Enfermagem.

Cada turno é assegurado por oito enfermeiros: três na sala de observação, um no gabinete de enfermagem, outro que, para além de estar no gabinete de enfermagem, presta apoio à pequena cirurgia/ortopedia, dois responsáveis pela triagem e um chefe de equipa, que é responsável pela gestão de recursos materiais e humanos e auxilia na prestação de cuidados. Relativamente à equipa médica, o SUPP conta sempre com a presença física de pediatras (normalmente a equipa é constituída por dois especialistas e médicos internos em número variável), médicos especialistas em cirurgia pediátrica e ortopedistas. Existem, contudo, especialidades, que não estando fisicamente presentes no SUPP, carecem de um reencaminhamento, como é o caso de oftalmologia, dermatologia e otorrinolaringologia. As equipas médicas presentes na urgência não são exclusivas do hospital onde realizei estágio, deslocam-se também a esta urgência equipas médicas de outros hospitais da região.

A escolha das duas instituições supracitadas para realizar o estágio: “A Saúde da Criança e Família - Vigilância e Decisão Clínica”, recaiu no facto de se tratar de instituições de elevada diferenciação na prestação de cuidados a crianças e jovens quer em contexto Urgência, quer em contexto de Neonatologia e por serem geograficamente perto do meu local de trabalho e/ou residência. Os dois contextos de estágio, foram potenciadores de aprendizagens e permitiram-me desenvolver as competências inicialmente previstas no Plano de Estudos do Curso. Importa salientar o esforço acrescido que me foi exigido, por não trabalhar na área da Pediatria, no entanto, não encarei esta condição como um obstáculo, mas como potenciadora de um maior investimento da minha parte e conseqüente crescimento profissional e pessoal.

Procuró expor, ao longo dos próximos parágrafos, as competências propostas pelo Plano de Estudos do Curso que consegui desenvolver durante este primeiro estágio. A par, farei referência a alguns objetivos individuais que tracei para este estágio e que considero terem sido importantes para alcançar algumas das competências enunciadas.

Este estágio permitiu-me **demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar.** Fui recebida em ambos os

contextos de forma empática e senti-me integrada na equipa de trabalho. Nos dois contextos assistenciais foi-me proporcionada uma visita guiada aos serviços e apresentada a equipa multidisciplinar. Ao longo deste estágio senti que pude expressar livremente a minha opinião, desde que devidamente fundamentada. Neste seguimento, evidenciou-se desde logo a necessidade de aprofundar os conhecimentos que detinha sobre os contextos específicos e a sua área de atuação, dada a minha pouca experiência na área e a especificidade característica dos contextos. Procurei, assim, **demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da especialização**, mobilizando diferentes fontes na busca da evidência científica e questionando todas as intervenções ou informação que não fosse do meu domínio, adotando uma postura crítico-reflexiva. Só mobilizado a evidência científica mais recente é que fui capaz de **tomar decisões fundamentadas** e comunicar de forma adequada o meu raciocínio clínico.

Os contextos onde estagiei proporcionaram-me oportunidades, que me permitiram **demonstrar conhecimentos sobre as situações de especial complexidade relacionadas com a criança e família e permitiram-me começar a desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência à criança e família**, embora ainda com algumas lacunas, que fui aprimorando ao longo do tempo. Exemplo disso, foi a oportunidade que o contexto de Neonatologia me proporcionou na medida em que me permitiu compreender e facilitar o processo de transição para a parentalidade dos pais, cujos filhos se encontravam internados naquela unidade.

O momento em que duas pessoas se tornam pais revela-se numa transição essencial na sua vida e num marco no processo de desenvolvimento da família. O processo de transição para a parentalidade inicia-se desde a conceção e prolonga-se até aos primeiros meses de vida da criança. Constitui uma oportunidade imperdível para os enfermeiros proporcionarem suporte educacional e social às famílias, promovendo a aquisição e domínio de novas competências e a reformulação da identidade individual (Halle et al., 2008).

Quando pensamos no nascimento de um RNPT ou de um RN que necessita de internamento numa UCIN por doença ou má adaptação à vida extrauterina, a situação assume contornos diferentes. O nascimento de um filho antes do tempo programado leva a que a transição para o papel parental ocorra antecipadamente, verificando-se transições parentais múltiplas, sequenciais e relacionadas, nomeadamente a adaptação ao papel parental, a hospitalização do RN e a perda do RN idealizado, o que se configura numa inevitável vulnerabilidade para os novos pais. O mesmo acontece quando um RN apesar de

ser de termo necessita de ficar hospitalizado por doença ou má adaptação à vida extrauterina. Esta situação de especial complexidade representou a realidade que experienciei durante o tempo que estagiei no Serviço de Neonatologia, o que me possibilitou aperfeiçoar competências no sentido de facilitar a transição para o papel parental, dos pais com quem contactei.

Importa também destacar a influência que o internamento de um RN tem sobre o processo de vinculação. O internamento de um filho RN é sinónimo de uma disrupção do normal processo de integração familiar e vinculação pais-filho, o que pode prejudicar a ligação da família com o RN (Barros, 2006). Quando um RN é internado num Serviço de Neonatologia, os pais veem-se privados da concretização plena do seu papel parental como seria desejado, agravado pelas barreiras físicas existentes nas unidades hospitalares e pela própria instabilidade clínica que pode estar associada. Nestes casos, é crucial que os pais, consigam manter um equilíbrio saudável entre dois sentimentos opostos: a angústia e a ligação ao RN, que só é conseguido quando os pais passam a ser detentores de conhecimento sobre as necessidades fisiológicas do seu filho e a adquirir competências no sentido de lhe prestar os cuidados de que necessita (Hoffenkamp et al., 2012). No sentido de facilitar o processo de vinculação, promovi a proximidade física entre o RN e os seus progenitores através do toque e do contacto pele a pele proporcionado pelo método canguru, encorajei o aleitamento materno sempre que possível e quando devido à instabilidade clínica do RN a amamentação não era possível incitei à extração de leite materno junto do RN com o objetivo de promover o desenvolvimento de uma maior ligação entre a mãe e o seu bebé e ao mesmo tempo potenciar a quantidade de leite extraído. Proporcionei a participação parental na realização da estimulação perioral com leite materno, a designada “higiene oral”, o que se revelou ser motivador para a mãe e potenciador da extração de leite e induziu experiências sensoriais positivas para o RN, além de fortalecer o seu sistema imunitário (Gephart & Weller, 2014). Fiz questão de incluir os pais na prestação de cuidados ao seu filho, estabelecendo uma parceria de cuidados efetiva, sempre que a sua condição clínica o permitisse, pois a vinculação entre os pais e o RN é facilitada pelo desenvolvimento das capacidades parentais e o seu envolvimento nos cuidados (Fleck, 2016) (Lindberg et al., 2008) (Mäkelä et al., 2018) (Kearvell & Grant, 2010).

Ambos os contextos de estágio favoreceram a **execução de intervenções adequadas em diferentes contextos de cuidados à criança e família**. No serviço de Neonatologia, tive oportunidade de prestar cuidados centrados no desenvolvimento segundo a filosofia

*Newborn Individualized Development Care and Assessment Program* (NIDCAP), que se traduz em práticas sistematizadas e adequadas a cada RNPT e à sua respetiva família, que promovem o desenvolvimento neurológico da criança prematura (Schermann & Alfaya, 2000)(Olshtain-Mann & Auslander, 2008) (Obeidat et al., 2009) (Halder et al., 2015). Esta filosofia preconiza que os cuidados centrados no desenvolvimento envolvem a minimização de estímulos nocivos e a individualização de cuidados, baseada nas respostas fisiológicas e comportamentais do RN (Constante , 2017). Procurei oferecer aos RN experiências táteis positivas: toque positivo, contenção física, colo e método canguru, atendendo sempre ao seu comportamento e grau de satisfação ou desconforto. Tive sempre que possível atenção ao ruído, por este ser considerado um fator de stress para o RNPT, relativamente aos estímulos luminosos, evitei a exposição dos RNPT a luzes intensas e brilhantes, adequando a luminosidade ao seu grau de desenvolvimento. Preservei o sono dos RN, ciente que esta necessidade humana básica é essencial para o desenvolvimento do sistema neurossensorial e motor, além de favorecer a aprendizagem, a memória, o sistema imunitário, o crescimento e a plasticidade cerebral (Watson & Buzsaki, 2015). No que concerne aos cuidados adotados durante o posicionamento de um RNPT, procurei que os movimentos fossem realizados de forma lenta e com contenção, além de garantir o alinhamento da cabeça e do pescoço na linha média e a posição neutra da cabeça.

Já no contexto de urgência, compreendi a importância do planeamento dos cuidados e priorização das intervenções. Adaptei as técnicas utilizadas na realização dos procedimentos em função da idade, grau de compreensão, nível de stress e ansiedade da criança e dos pais. O contexto de urgência é por si só um ambiente stressante, em que quer os pais, quer as crianças se veem envoltos em muito nervosismo e os procedimentos que aí possam ser realizados implicam um grande nível de preparação e destreza por parte do enfermeiro que os executa.

Numa fase inicial do meu percurso, foquei-me essencialmente em tentar compreender a tomada de decisão e as intervenções a ela associadas, para mais tarde poder ser eu a realizá-las de forma autónoma.

Um objetivo que defini para o meu percurso formativo e que foi transversal a ambos os contextos de estágio foi aprofundar competências na avaliação e controlo da dor no RN, Criança e Adolescente. A avaliação da dor deve ser feita a todas as crianças desde o primeiro contacto (Direção Geral da Saúde, 2010). No SUPP a avaliação da dor foi realizada em primeira instância no momento da triagem e depois subsequentemente, dada a avaliação da

necessidade. Relativamente ao contexto da Neonatologia, a avaliação da dor foi feita pelo menos uma vez por turno, segundo as orientações da Direção Geral da Saúde (DGS).

Tive o cuidado de fazer a avaliação da dor tendo como referência os instrumentos de avaliação da dor sugeridos pela DGS em função de cada faixa etária (Direção Geral da Saúde, 2010). Após uma correta avaliação da dor e sempre que verifiquei a sua existência, implementei medidas farmacológicas e não-farmacológicas para o seu alívio. Planeei e agrupei os procedimentos invasivos; informei as crianças, adolescentes e respetivos pais ou pessoas significativas acerca dos procedimentos, utilizando uma linguagem adequada ao seu desenvolvimento cognitivo; efetuei anestesia tópica da pele quando tive que efetuar manobras invasivas simples da pele e utilizei a contenção, a amamentação e a sacarose como medidas de alívio da dor, quando a idade da criança o permitia.

Saliento, como aspeto que foi parte integrante da minha atuação, as competências comunicacionais com a criança/jovem. Fui capaz de **demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-me de forma terapêutica no respeito pelas crenças e cultura de cada criança e família**. Procurei utilizar técnicas de comunicação adequadas ao estadió de desenvolvimento da criança/jovem e ao grau de compreensão da família e/ou pessoa significativa.

Assumi como prioridade o estabelecimento de uma relação empática com os pais, salvaguardando as suas crenças e apoiando-os nas suas dificuldades, pois acredito que a interação entre os pais e a equipa de enfermagem, influencia o sucesso de todo o internamento.

No SUPP tive ainda oportunidade de conhecer e desenvolver competências relativamente ao método de triagem: *Canadian Triage and Acuity Scale* (CPTAS), considerando, no entanto, muito elementar a minha participação. Apesar de escassa a minha intervenção, considero que a oportunidade concedida me permitiu **melhorar a capacidade de diagnóstico e juízo clínico, de tomar iniciativas e de ser criativa na interpretação e resolução de problemas**.

Quer no SUPP, quer no Serviço de Neonatologia, pude **manter, de forma contínua e autónoma, o meu processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional**. Com este propósito, e atendendo em simultâneo ao facto de exercer funções na área do intensivismo (de adultos), solicitei a observação de um turno no contexto dos Cuidados Intensivos Pediátricos, o qual foi autorizado. Esta experiência levou-me a comparar as grandes

diferenças, mas também semelhanças que existem entre os cuidados intensivos prestados a crianças e a adultos. Na minha visão, foi uma oportunidade interessante e potenciadora de reflexão acrescida.

Fiz igualmente questão de aproveitar as oportunidades que me foram sendo concedidas ao longo do tempo que estagiei no serviço de Neonatologia. Pude frequentar uma formação em serviço sobre a importância do sono tranquilo, além de ter tido o privilégio de realizar visitas domiciliárias a RN. O serviço onde estagiei dispõe de uma Unidade Móvel de Apoio Domiciliário (UMAD), que pressupõe a realização de visitas domiciliárias 2/3 dias após a alta do RN. A data da visita é negociada com os pais e são abordados temas tais como alimentação, amamentação, preparação de leite, higienização de biberões, sinais de fome e saciedade, prevenção e tratamento de cólicas (massagem abdominal/estimulação retal), precauções de segurança e prevenção de acidentes, recursos na comunidade, Programa Nacional de Vacinação (PNV), consultas, regime medicamentoso, tratamentos e necessidades especiais; sinais de alerta (febre, obstrução nasal/dificuldade respiratória, vômitos, diarreia, recusa alimentar, prostração/irritabilidade) e outras questões ou dúvidas. Após a análise de cada um destes temas é feita uma avaliação, tentando-se compreender se os pais adquiriram as competências necessárias, ou se pelo contrário há uma necessidade de reforçar os ensinamentos e treinar as habilidades. Esta experiência permitiu-me perceber a importância deste tipo de iniciativas no processo de transição para uma parentalidade saudável e segura. Aliás, considero que todas as experiências vivenciadas nestes primeiros contextos de estágio me permitiram **refletir de forma crítica sobre e na minha prática assistencial**, contribuindo para o sucesso dos estágios subsequentes.



### **3. Contextualização do Estágio Final**

A Unidade Curricular Estágio Final e Relatório, corresponde a 30 ECTS, num total de 840 horas de trabalho. Destas, 400 horas são destinadas a um contacto direto: 360 horas em Contexto Clínico, 20 horas de Orientação Tutorial e 20 horas destinadas ao Seminário. Acrescem ainda cerca de 200 horas destinadas à produção e discussão pública do presente Relatório de Estágio e 240 horas de trabalho autónomo e estudo individual.

O Estágio Final decorreu em dois contextos distintos, no período compreendido entre 4 de setembro de 2023 e 16 de dezembro de 2023. Este estágio permitiu aprofundar os conhecimentos até então adquiridos, muito por intermédio dos períodos teóricos e de prática do curso, já atrás referenciados, mas fundamentalmente proporcionou o desenvolvimento de novas habilidades e competências.

Faz todo o sentido, caracterizar este percurso formativo, começando pela contextualização dos locais onde foi realizado o Estágio Final. O primeiro contexto de estágio foi em CSP, numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) e numa Unidade de Saúde Familiar (USF), desde 4 de setembro de 2023 a 24 de outubro de 2023, perfazendo um total de 180 horas de contacto presencial. O segundo contexto de estágio decorreu num SIPMC, onde foram realizadas também um total de 180 horas de trabalho, entre o dia 25 de outubro de 2023 e o dia 16 de dezembro de 2023.

Como já destacado no capítulo anterior, a escolha dos locais de estágio esteve relacionada com a proximidade ao meu local de residência e em particular a escolha do SIPMC, por querer experienciar a realidade de um hospital que desconhecia, mas fortemente referenciado pela qualidade da assistência prestada e desta forma constituir uma mais-valia para o meu processo de aprendizagem.

#### **3.1. Cuidados de Saúde Primários**

A UCC onde realizei estágio pertence a um Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) da região Norte de Portugal, servindo um total de 82 337 utentes e opera em articulação com as várias unidades funcionais do ACES, como o preconizado no Decreto-Lei nº 28/2008 (Ministério da Saúde, 2008).

Presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em

situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e atua, ainda, na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção (Ministério da Saúde, 2009, p. 15438).

Tem ainda por missão atender, em tempo útil, com eficiência e qualidade a população da sua área geográfica, garantindo a acessibilidade, a globalidade e a continuidade dos cuidados.

A UCC é composta por uma equipa multidisciplinar competente, dinâmica, rigorosa e inovadora, que se encontra em íntima interação com a comunidade. É constituída por: 2 médicos com especialidade em Medicina Geral e Familiar; 13 enfermeiros (3 com especialidade em Enfermagem Comunitária, 3 com especialidade em Enfermagem de Reabilitação, 1 EEESIP, 1 enfermeira especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e os restantes são enfermeiros generalistas); 1 administrativa; 1 técnico superior de Nutrição e Dietética e 3 técnicos superiores de Serviço Social. A coordenação da UCC é da responsabilidade de um enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária.

As áreas de intervenção incluem a Saúde Infantil e Juvenil, a Saúde Materna, a Reabilitação, os Cuidados Continuados e a Doença Crónica.

Na área da Saúde Infantil esta unidade tem um elemento coordenador do Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR), mantendo a articulação com a Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ). É implementado o Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE) nas suas diferentes áreas de intervenção, inclusive Necessidades de Saúde Especiais (NSE) e no âmbito da parentalidade é ministrado o Curso de Massagem Infantil e o Curso de *Babywearing*.

A maioria dos turnos foram realizados na UCC, no entanto e com o intuito de desenvolver competências no âmbito da vigilância da saúde infantil e juvenil e do PNV, acompanhei uma EEESIP durante as consultas de vigilância de saúde infantil e juvenil numa USF do mesmo ACES, que fisicamente se localizava no andar acima da UCC. A USF na qual realizei o meu estágio presta cuidados a cerca de 11 821 utentes e tem como “... missão a prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita de uma determinada área geográfica, garantindo a acessibilidade, a globalidade, a qualidade e a continuidade dos mesmos” (Ministério da Saúde, 2007, p. 5589). Presta cuidados a indivíduos e famílias de forma acessível, equitativa e continuada ao longo de todo o ciclo vital. A equipa é constituída por 7 médicos com especialidade em Medicina Geral e Familiar, 4 médicos internos, 5

enfermeiros (2 EEESIP, 1 enfermeira especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, 1 enfermeira especialista em enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e 1 enfermeiro sem qualquer especialidade) e 5 secretários clínicos.

A USF tem diversos gabinetes médicos e de enfermagem. As consultas de vigilância de saúde infantil e juvenil realizam-se predominantemente num gabinete equipado para o efeito com os materiais necessários para a prestação de cuidados de enfermagem e com decoração adequada ao atendimento de crianças. Em termos de organização, em primeiro lugar a criança é observada pelo enfermeiro de família e em seguida é observada pelo médico, que se desloca ao gabinete de enfermagem para fazer a sua avaliação e terminar a consulta.

### **3.2. Serviço de Internamento Pediátrico Médico – Cirúrgico**

O estágio de Internamento Pediátrico Médico-Cirúrgico decorreu numa instituição hospitalar que integra uma Unidade Local de Saúde (ULS), na zona norte de Portugal. O SIPMC é assegurado por uma equipa que conta com um total de 16 enfermeiros que exercem funções no internamento médico-cirúrgico, destes, 12 têm Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e os restantes não possuem qualquer especialidade. Relativamente ao contexto de consulta e Atendimento Pediátrico Referenciado (APR), a equipa é constituída por 6 enfermeiros, sendo que apenas 1 não possui a Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

O serviço de internamento é composto por nove quartos: três deles, quartos individuais e portanto, preferencialmente destinados a crianças que carecem de medidas de isolamento; cinco quartos duplos e um quarto de maiores dimensões, com capacidade para quatro camas. Para além destas estruturas, possui a secretaria; uma sala de atividades lúdicas, onde se encontra uma educadora de infância, que desenvolve atividades com as crianças cuja sua condição física lhes permita; uma sala de sujos; dois gabinetes médicos; uma copa destinada à preparação de leites; uma sala de computadores; uma sala de trabalho de enfermagem; um gabinete para a enfermeira chefe; uma sala para a realização de procedimentos dolorosos e utilizada aquando do acolhimento de uma criança no serviço; 4 casas de banhos, uma para profissionais e as restantes para pais e crianças e uma sala de arrumação de material de uso clínico.

Relativamente ao APR e consulta, são estruturalmente e fisicamente distintos do serviço de internamento e comportam cerca de 14 gabinetes médicos e 2 gabinetes de enfermagem. Existe uma sala de observação; uma sala onde funciona o hospital de dia; um gabinete onde se realizam procedimentos; uma sala de trabalho de enfermagem; uma copa, sala de arrumos; 2 casas de banho e uma sala designada de “cantinho da amamentação”.

#### 4. Desenvolvimento de Competências Especializadas

O Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, pauta-se por princípios que pressupõem que os mestrandos adquiram um conjunto de conhecimentos e competências, que lhes permitam exercer a especialidade para a qual se propuseram com competências científicas, técnicas e humanas. Esta ideia segue os mesmos trâmites defendidos pela Ordem dos Enfermeiros no Regulamento nº140/2019 (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Ao enfermeiro especialista acresce o papel preponderante nas áreas de educação, orientação, aconselhamento e investigação, propondo-se a elevar o conhecimento de Enfermagem e melhorar a prática clínica (Ordem dos Enfermeiros, 2019). No artigo 4 do regulamento supracitado, encontram-se explícitos os domínios das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista: “a) Responsabilidade profissional, ética e legal; b) Melhoria contínua da qualidade; c) Gestão dos cuidados e d) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4745). A corroborar esta ideia, também o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), no seu artigo 9º, evidencia que os enfermeiros contribuem, no exercício da sua atividade na área de gestão, investigação, docência, formação e assessoria, para a melhoria e evolução da prestação dos cuidados de enfermagem (Ministério da Saúde, 1996)

O EEESIP centra os seus cuidados no binómio criança e família/pessoa significativa. O seu âmbito de atuação recai sobre crianças desde o nascimento até aos 18 anos de idade, ou em situações particulares até aos 21 ou 25 anos em caso de doença crónica, incapacidade ou deficiência. Trabalha em parceria com a criança e família/pessoa significativa em qualquer contexto em que se encontrem, nomeadamente hospitais, casa, cuidados continuados, centros de saúde, escola e comunidade com o propósito de promover o mais elevado estado de bem-estar e saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2018). O exercício profissional do EEESIP é regulamentado por uma série de princípios e competências específicas, a ele compete: “assistir a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde; cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade e prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19192).

O processo formativo, para a obtenção do grau de Mestre, pressupõe a aquisição de competências que se encontram descritas no plano de estudos do Curso de Mestrado em

Enfermagem com Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica da Universidade Católica do Porto, que por sua vez são congruentes com as competências específicas do EEESIP, preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros.

Este capítulo procura evidenciar a forma como as competências acima mencionadas foram atingidas, para isso e no sentido de facilitar a leitura e a melhor compreensão deste documento, organizo-as em torno dos quatro domínios de atuação do enfermeiro: Domínio da Prestação de Cuidados, Domínio da Formação, Domínio da Gestão e Domínio da Investigação.

Em cada um dos domínios, estão incluídas as competências atingidas, bem como os objetivos e atividades desenvolvidas com vista à sua concretização. Saliento que as atividades desenvolvidas e que doravante serão apresentadas, se encontram devidamente suportadas pela evidência científica mais recente e põem em destaque uma postura crítico-reflexiva.

#### **4.1. Domínio da Prestação de Cuidados**

No exercício da sua atividade, os enfermeiros contribuem para a qualidade e melhoria dos cuidados que prestam. A Enfermagem é uma ciência humana prática, tendo como foco da sua atenção as respostas humanas à doença e aos processos de vida.

Ao longo dos anos temos assistido a uma mudança de paradigma no cuidar em Enfermagem e mais concretamente no cuidar em Enfermagem Pediátrica. O EEESIP deve adotar uma visão holística da criança e da sua família/pessoa significativa quando planeia e executa cuidados de enfermagem. Ao EEESIP compete assistir a díade, criança/jovem e família na maximização da sua saúde, cuidar nas situações de especial complexidade e prestar cuidados específicos à criança/jovem em função das suas necessidades ou etapa do ciclo vital (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Assim, a prestação de cuidados deve ser personalizada e ajustada às necessidades de cada criança/jovem e da sua família.

Os cuidados de enfermagem devem ser baseados na evidência científica mais recente. A prática baseada na evidência é um “(...) processo em que os enfermeiros tomam decisões clínicas utilizando a melhor evidência científica, recorrendo à sua experiência e às preferências do paciente, no contexto dos recursos disponíveis” (Peixoto et al., 2016, p.27).

Irei abordar as competências que se enquadram no domínio da Prestação de Cuidados, assim como os objetivos formulados e atividades que realizei para os concretizar. As atividades aparecem destacadas no texto a negrito e são fundamentadas na evidência científica mais recente e no meu espírito crítico.

### **Competência:**

- Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar.

### **Objetivos:**

- Compreender a dinâmica estrutural, organizacional e funcional dos diferentes contextos assistenciais;
- Integrar a equipa interdisciplinar e multidisciplinar dos diferentes contextos assistenciais.

### **Reflexão Crítica:**

A integração de um novo profissional ou estudante num serviço exige um conjunto de aprendizagens técnicas, onde a competência é atingida mediante os conhecimentos adquiridos e desenvolvidos na prática. A experimentação, a partilha de saberes, o questionamento e inquietação, são impulsionadores da integração e adaptação a um novo contexto laboral (Benner, 2001). “O período de integração constitui uma fase crucial da adaptação e do desenvolvimento de um relacionamento saudável entre o novo enfermeiro e a restante equipa” (Macedo, 2012, p. 28). Posto isto, em ambos os contextos de estágio, o primeiro dia foi dedicado a **realizar uma visita guiada às instalações**. Na UCC e na USF a visita às instalações foi conduzida pelas respetivas enfermeiras orientadoras, já no contexto de internamento, a mesma foi levada a cabo pela enfermeira chefe, que há medida que me apresentou o serviço, procurou transmitir-me a política da instituição que representa.

O Serviço de Pediatria engloba o SIPMC, a consulta e o APR. O SIPMC caracteriza-se por um ambiente calmo e acolhedor, com desenhos infantis nas paredes e uma sala de atividades lúdicas com vários brinquedos adequados a cada faixa etária. É um serviço relativamente pequeno, mas, que a meu ver, transmite tranquilidade e confiança quer aos pais, quer aos novos profissionais e estudantes que por lá passam. A consulta e o APR, localizam-se num espaço físico diferente do SIPMC, que sofreu remodelações há

relativamente pouco tempo e, por conseguinte, transmite uma sensação de conforto e segurança a crianças e pais. O serviço de consulta, como o próprio nome indica, recebe crianças provenientes do exterior com atendimento previamente agendado. São efetuadas consultas nas áreas de Patologias do Crescimento e Doenças Endócrinas; Perturbações do Desenvolvimento; Neuropediatria; Doenças Alérgicas e Respiratórias. Relativamente ao APR, trata-se de uma valência que permite atender crianças perante situações clínicas não emergentes, quando referenciadas pelo médico de família/assistente. Permite a observação de crianças no próprio dia, na Consulta de Pediatria, caso o médico de família/assistente ache pertinente a criança ser observada por um Pediatra.

Na USF, o gabinete de enfermagem destinado às consultas de vigilância de saúde infantil e juvenil encontra-se devidamente preparado para o efeito, com desenhos infantis nas paredes e material necessário para realizar adequadamente uma consulta de saúde infantil e juvenil. Os gabinetes são próximos uns dos outros, o que facilita a comunicação interprofissional e se reflete no cuidado ao utente.

A UCC dispõe de instalações algo limitadas em termos de espaço, possui apenas uma sala de maiores dimensões utilizada essencialmente nas aulas de preparação para o parto. Os restantes gabinetes são partilhados pelos enfermeiros das várias especialidades.

No sentido de me integrar mais facilmente nas instituições onde desenvolvi o meu estágio, bem como na equipa interdisciplinar, procurei **consultar normas, procedimentos e políticas das instituições**. Os protocolos facultam uma descrição operacional e específica do que se faz e como se deve fazer, orientando os profissionais no seu cuidado. O uso de procedimentos protocolados elaborados por cada instituição, tende a melhorar os cuidados prestados, favorece o uso de práticas cientificamente sustentadas, minimiza informações e condutas diversas, estabelece limites de ação e cooperação entre os diversos profissionais, conduzindo inevitavelmente à prestação de melhores e mais seguros cuidados de saúde (Lima et al., 2021).

No SIPMC, as normas e procedimentos foram consultados através do portal interno da respetiva instituição. Este contexto de estágio dispõe ainda de um conjunto de documentos informativos que visam fornecer orientações aos utentes e que me permitiram também a mim compreender aspetos mais específicos relativos à instituição hospitalar e ao próprio serviço, nomeadamente horários e normas de visitas e horários das refeições.

Relativamente ao contexto de CSP, quer a USF, quer a UCC possuem um manual de acolhimento, que apresenta a história e a organização da unidade, os seus valores e missão, faz a caracterização dos recursos humanos e dos projetos/programas a que se dedicam.

Nos primeiros turnos fiz também questão de me **integrar dos horários e planos de trabalho**, no sentido de facilitar a minha organização e a conciliação do meu horário de trabalho com o horário de estágio.

Vários estudos sugerem que o trabalho em equipa pressupõe uma colaboração efetiva entre os diversos grupos profissionais e que traz benefícios para a melhoria do cuidado prestado (Gorges, 2022). “A colaboração entre os profissionais é vista como oportunidade para favorecer a integralidade do cuidado” (Gorges, 2022, p. 50). O enfermeiro especialista ao ser detentor de um conjunto de competências que lhe confere uma elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2019), assume um papel indispensável na equipa interdisciplinar ao atuar como elo de ligação entre os outros profissionais e a criança/família, numa participação que se pretende que seja mais efetiva na decisão, planeamento e coordenação de cuidados (Neves, 2012). Partindo destes enunciados e reconhecendo a importância de uma boa relação interpessoal no ambiente de trabalho, tentei **integrar a equipa multiprofissional dos diversos contextos de estágio**. Importa mencionar, que a integração foi facilitada em grande parte pelas enfermeiras orientadoras, que fizeram questão de me apresentar aos diferentes profissionais e me permitiram **participar em reuniões de equipa**. Na UCC pude participar numa reunião relativa ao Plano de Saúde Individual (PSI) de uma criança com Diabetes Mellitus Tipo I, contando esta reunião com a presença de enfermeiros, professores, a própria criança e os seus pais. Ainda no contexto da UCC assisti a uma reunião de preparação do ano letivo com a coordenadora responsável pela Promoção e Educação para a Saúde (PES), onde foram definidas as atividades a efetuar durante o ano letivo, em função das necessidades dos alunos de cada escola. Participei numa reunião com a assistente social da UCC, relativa a um caso de negligência parental.

No SIPMC participei em todas as passagens de turno, numa fase inicial do percurso ouvia apenas a informação que era transmitida pela equipa e progressivamente comecei a participar na passagem de turno de forma mais ativa, transmitindo e questionando informações sobre as crianças que me eram atribuídas.

Ainda com o propósito de conhecer a dinâmica organizacional e funcional dos diferentes contextos assistenciais, procurei **compreender a articulação existente entre os**

**contextos de estágio e outras unidades da própria instituição ou recursos da comunidade.** Uma eficiente articulação entre diferentes instituições ou recursos da comunidade é crucial para melhorar as respostas face às necessidades da criança/jovem e da sua respetiva família/pessoa significativa, entendendo as limitações de resposta de cada profissional ou unidade. Geralmente esta articulação faz-se através de pedidos de colaboração, por exemplo a enfermeira de família da USF pode emitir um pedido de colaboração para a EEESIP da UCC quando se apercebe que uma criança/jovem e respetiva família/pessoa significativa necessitam de cuidados de enfermagem especializados que ultrapassam o seu limite de atuação. O mesmo se passa quando há necessidade de uma referenciação para diferentes especialidades médicas, Serviço de Nutrição ou Serviço Social. O oposto também pode acontecer, ou seja, os hospitais após a alta do utente podem referenciá-lo para os CSP, quando entendem que este carece de cuidados que não contemplam um internamento hospitalar.

Detive uma perceção mais clara de como ocorre a articulação entre o hospital e os CSP por ter estagiado numa ULS. Segundo a Entidade Reguladora da Saúde, uma ULS é uma entidade (única), responsável pelo estado de saúde de uma determinada população e que visa garantir uma prestação integrada de cuidados de saúde, com elevado grau de eficiência, qualidade e satisfação do utente, através da gestão dos vários níveis de prestação de cuidados nomeadamente CSP, cuidados hospitalares e cuidados continuados e da coordenação em rede de todos os elementos que fazem parte integrante do mesmo (Entidade Reguladora da Saúde, 2011). No fundo a criação das ULS vem providenciar uma melhor interligação entre os centros de saúde, os hospitais e outras entidades responsáveis pela saúde regional ou local, no sentido de garantir o bem-estar da população.

Considero que o esforço desenvolvido me permitiu atingir o objetivo de compreender e integrar a dinâmica estrutural, organizacional e funcional dos diferentes contextos assistenciais.

### **Competência:**

- Demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura.

### **Objetivo:**

- Aprofundar competências de comunicação com a criança/jovem e respetiva família/pessoa significativa, tendo em consideração o seu estágio de desenvolvimento, os seus valores, crenças e cultura.

### **Reflexão Crítica:**

A comunicação é uma atividade humana básica, trata-se de uma necessidade inata e universal. É impossível não se comunicar e todo o comportamento é uma forma de interação e tem valor de mensagem, ou seja, é comunicação. “Atividade ou inatividade, palavras ou silêncio, tudo possui valor de mensagem; influenciam outros e estes outros, por sua vez, não podem não responder, a essas comunicações e, portanto, também estão a comunicar” (Watzlawick et al., 1967, p.45). A comunicação não se restringe apenas à vertente linguística ou intencional.

É um elemento fulcral na qualidade da prestação dos cuidados de enfermagem. Segundo Phaneuf, a comunicação pressupõe a existência de uma componente informativa que se relaciona com o domínio cognitivo e que procura compreender a essência da mensagem e a componente afetiva que tem a ver com a forma como a informação é transmitida. A mesma autora defende ainda, que uma comunicação assertiva consiste em transmitir informações de forma firme e tranquila (Phaneuf, 2005).

Comunicar com a criança/jovem e a família, de forma apropriada ao seu estágio de desenvolvimento e à sua cultura é uma das competências específicas do EEESIP. Segundo o Regulamento nº 422/2018, o EEESIP deve demonstrar “(...) conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/jovem e família” e “(...) habilidades de adaptação da comunicação ao estado de desenvolvimento da criança” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19192). As palavras e o comportamento das crianças traduzem formas de comunicação e tanto a linguagem verbal, como a não verbal influenciam a perceção e permitem o estabelecimento de uma comunicação efetiva. As crianças têm diferentes formas de comunicar, que variam mediante o seu estágio desenvolvimental, torna-se por isso fundamental compreender as características do seu processo de pensamento e linguagem, para conseguir estabelecer uma comunicação eficaz (Hockenberry & Wilson, 2014).

A comunicação em Pediatria, constitui um enorme desafio tendo em consideração as diferentes faixas etárias e o facto de ser imprescindível uma comunicação múltipla,

nomeadamente com a criança/jovem e com os seus pais ou pessoa significativa. Embora os pais e a criança/jovem sejam indivíduos separados e distintos, as relações com a criança/jovem são frequentemente mediadas através deles, em particular no caso de crianças pequenas (Hockenberry & Wilson, 2014). Esta condição obrigou a inteirar-me das técnicas comunicacionais adequadas a cada faixa etária, para que pudesse obter uma comunicação eficaz. Ao longo de todo este percurso, procurei **utilizar técnicas de comunicação adequadas ao estágio de desenvolvimento da criança/jovem e ao grau de compreensão da família/pessoa significativa**. De salientar que durante a comunicação com as crianças tive muita atenção à comunicação não verbal, uma vez que estas são particularmente atentas ao ambiente e atribuem significado a cada gesto e movimento.

No contacto com os RN, que não compreendem a comunicação verbal, mas que são extremamente recetivos à comunicação não verbal, adotei uma postura tranquila, um tom de voz calmo, mas assertivo, um toque suave, seguro e de aconchego. Evitei utilizar sons agudos e movimentos súbitos, pois estes são considerados ameaçadores (Hockenberry & Wilson, 2014).

Perante a comunicação com lactentes e crianças pequenas, garanti que não tive uma postura demasiado invasiva, dando-lhes tempo para observar e para se sentirem confortáveis com a minha presença. Nos casos em que as crianças mostraram *à priori* alguma timidez, optei por falar em primeiro lugar com os pais e sempre que esta possuía um brinquedo especial, servi-me dele para estabelecer e facilitar o contacto. Quando necessária alguma contenção/manipulação e sempre que possível, assegurei que se mantinham ao colo dos pais, ou que estes permaneciam no seu campo de visão, no sentido de diminuir a ansiedade e evitar o choro e a agitação (Hockenberry & Wilson, 2014).

Com as crianças em idade pré-escolar procurei estabelecer um diálogo simples e sem analogias, uma vez que são incapazes de separar a fantasia da realidade e fazem leituras diretas daquilo que ouvem e veem (Hockenberry & Wilson, 2014). No meu discurso utilizei um tom de voz calmo e sempre que possível coloquei-me ao nível da criança no sentido de criar uma maior empatia. As crianças nesta faixa etária são egocêntricas e, portanto, tive o cuidado de focalizar o meu discurso nelas próprias, evitando fazer comparações com outras crianças. Dei-lhes oportunidade para tocarem nos objetos que iria utilizar durante a prestação de cuidados (ex: braçadeira de tensão arterial, seringa, balança, termómetro) e afastei do seu campo de visão objetos possivelmente assustadores. Comuniquei utilizando gestos e demonstrações (Hockenberry & Wilson, 2014).

Com as crianças em idade escolar fiz questão de explicar todos os procedimentos utilizando uma linguagem simples e facilmente acessível para que a pudessem entender, uma vez que as crianças nesta faixa etária exigem explicações e razões para tudo. Demonstram interesse no funcionamento de todos os procedimentos, instrumentos e atividades e necessitam de saber de antemão o que lhes vai acontecer (Hockenberry & Wilson, 2014). Dei oportunidade para as crianças desta faixa etária fazerem questões, no sentido de verem esclarecidas as suas dúvidas.

Relativamente aos adolescentes, devo realçar que antes do início dos estágios, era a faixa etária que mais receio me transmitia, mas admito que foi também a que mais me surpreendeu de forma positiva. Considero que consegui estabelecer uma relação empática com todos os adolescentes com quem trabalhei. Na abordagem ao adolescente, o EEESIP deve procurar ser empático, assertivo, saber estar e saber ouvir. A fase desenvolvimental da adolescência pressupõe o aparecimento de mudanças, situações novas, alterações próprias, que requerem conhecimento, compreensão e motivação por parte do enfermeiro (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Procurei explorar as suas preocupações e dúvidas, sempre com uma atitude assertiva e compreensiva, ressaltando a importância da privacidade e o respeito pelas suas ideologias e crenças, pois só assim se consegue iniciar uma relação de confiança que mais tarde favorece a relação terapêutica.

A comunicação com os pais/pessoa significativa também foi alvo do meu cuidado, pois uma comunicação eficaz é capaz de melhorar o envolvimento destes nos cuidados, fornece informações importantes relativas ao estado de saúde da criança/jovem, ao seu grau de desenvolvimento, preferências e receios. Procurei **estabelecer uma relação terapêutica com a criança/jovem e a sua respetiva família/pessoa significativa**. Pode definir-se comunicação terapêutica como um processo consciente e deliberado, que consiste na utilização do conhecimento sobre comunicação, estabelecendo uma relação de confiança e uma interação comunicativa intencional com a pessoa, de modo a ajudá-la a enfrentar os seus problemas (Sequeira, 2020). Foi utilizada com o propósito de reunir um conjunto de informações importantes sobre cada criança/jovem e a sua respetiva família e com a informação recolhida organizar e aplicar um conjunto de respostas para promover o bem-estar e melhorar os cuidados de enfermagem prestados. Com o propósito de estabelecer uma comunicação eficaz com cada criança/jovem e a sua respetiva família/pessoa significativa procurei **garantir um ambiente adequado**, minimizando fontes de ruído ou distração. A par dos cuidados acima mencionados, tentei focalizar a minha atenção na pessoa que tinha

à minha frente, sendo a minha prioridade escutá-la, evitar interrupções, criar uma relação empática, respeitosa e cooperativa. Estimulei o diálogo, utilizei uma linguagem clara e acessível, adequada ao seu grau de compreensão. Para além disto, tive a preocupação de **encorajar o esclarecimento de dúvidas, quer por parte da criança/jovem, quer por parte da família/pessoa significativa**. No que respeita às crianças, a maior parte das questões surgiram entre as crianças de idade escolar e adolescentes, devido ao seu maior grau de compreensão da situação a experienciar. Relativamente aos pais/pessoa significativa, procurei **encorajar uma comunicação expressiva de emoções**, mostrando disponibilidade para ouvir as suas preocupações, recorrendo à escuta ativa, uma ferramenta útil para identificar problemas, preocupações ou dúvidas e adequar as intervenções de enfermagem. Deparei-me com duas realidades díspares, pais/pessoas significativas que prontamente tentavam esclarecer as suas dúvidas, tive inclusive, a experiência de uma mãe que viu na televisão uma notícia em relação à vacinação e fez questão de a partilhar connosco para que, em conjunto a pudéssemos analisar; enquanto outros se mostravam um pouco renitentes ao esclarecimento de dúvidas. Perante estes casos de menor prontidão, fiz questão de demonstrar ainda mais a minha disponibilidade, dirigindo-me a eles e perguntando se tinham alguma dúvida que gostassem de ver esclarecida, objetivando sempre a sua tranquilização perante a mesma. Ouvir as preocupações dos pais é um cuidado que qualquer EEESIP deve ter, é importante que se crie espaço e condições para que os pais se sintam à vontade de partilhar as suas emoções e necessidades. Devo relatar que existiram pais que riram e se abraçaram a mim em momentos de felicidade, mas que o oposto também aconteceu. Há pais que choram desesperadamente ao nosso lado, que nos mostram o seu lado mais frágil e perante a vulnerabilidade somos convidados a escutar, a estar presentes e mais importante a apoiar e estimulá-los a percorrer o caminho que se vislumbra, com a maior esperança possível.

Salvuardei a individualidade de cada criança/jovem e da sua família/pessoa significativa **ao respeitar os seus valores, crenças e cultura**. Num mundo sem fronteiras e com o crescente número de migrantes que o nosso país recebe, inevitavelmente tive oportunidade de prestar cuidados a crianças e pais de diferentes culturas, com diferentes crenças e diferentes formas de encarar a parentalidade.

**Tive ainda oportunidade de aperfeiçoar técnicas de comunicação de más notícias**, no entanto devo aqui realçar que a decisão sobre a gravidade da informação transmitida não é determinada por nós, profissionais de saúde, mas pela pessoa/família que

a recebe, mediante o impacto que tem nas suas vidas e nas emoções que produz. Para esta determinação importam as crenças, os valores sociais o contexto cultural e a história de vida de cada pessoa (Pereira, 2008). A informação que afeta de forma negativa as expectativas e perspectivas futuras de cada indivíduo/família destruindo esperanças e sonhos e com potencial para provocar uma mudança negativa na vida dos mesmos, é percebida como uma má notícia (Costa, 2014). A transmissão de más notícias é uma realidade muito frequente no quotidiano dos enfermeiros e que requer uma preparação especial. Durante o período de estágio, tive oportunidade de desenvolver esta competência, com a ajuda da equipa multidisciplinar com quem trabalhei. Assisti e participei na comunicação do diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo I a uma criança em idade escolar e aos seus pais. Perante a comunicação desta má notícia a equipa multidisciplinar baseou-se no Protocolo SPIKES: a notícia foi transmitida num local o mais calmo possível; deu-se o espaço necessário para que aqueles pais e aquela criança decidissem o que queriam saber naquele momento; as informações foram transmitidas de forma tranquila e assertiva, atendendo ao grau de compreensão daquela família. No final deu-se tempo à família para expressar os seus sentimentos e garantiu-se que pudessem ficar um tempo sozinhos para assimilar a notícia que havia sido transmitida. Considero ser uma intervenção que ainda me suscita algum receio e admito necessitar de mais experiências para a poder desenvolver com maior perícia.

Considero, numa perspetiva global, que fui capaz de aprofundar competências de comunicação com a criança/jovem e respetiva família/pessoa significativa, tendo em consideração o seu estágio de desenvolvimento e os seus valores, crenças e cultura.

### **Competências:**

- Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na sua área de especialização;
- Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspetiva académica avançada;
- Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da sua área de especialização.

### **Objetivos:**

- Desenvolver competências na assistência à criança/jovem e família/pessoa significativa em situações complexas e imprevistas;

- Aprimorar o espírito crítico e a capacidade de reflexão perante situações imprevistas e complexas.

### **Reflexão Crítica:**

Segundo o Regulamento nº 422/2018, publicado pela Ordem dos Enfermeiros, o EEESIP, tem como função cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade, nomeadamente através do reconhecimento atempado de situações de instabilidade e risco de morte; da gestão diferenciada e eficaz da dor; da otimização dos cuidados de enfermagem perante doenças raras; da providência de cuidados à criança/jovem promotores de ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de Enfermagem comuns e complementares; da promoção da adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica e deficiência/incapacidade (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Perante o exposto, importa realçar no presente relatório as atividades desenvolvidas, que me permitiram adquirir e/ou desenvolver competências na abordagem de situações complexas relacionadas com a criança/jovem e a respetiva família.

Relativamente ao reconhecimento atempado de situações de instabilidade e risco de morte, considero que as experiências mais impactantes foram adquiridas no contexto dos estágios realizados no 1º semestre, nomeadamente quando prestei cuidados a RNPT e assisti crianças em contexto de urgência e emergência. Salvaguardado esta realidade, também nos contextos experienciados no 2º semestre, e com o propósito de me sentir mais segura perante situações complexas e imprevistas no contexto de internamento, consulta e APR, fiz questão de **consultar os protocolos de atuação face a situações de emergência** e pude **refletir junto da equipa multidisciplinar e interdisciplinar sobre formas de atuação e gestão de situações imprevistas e complexas**.

No contexto de internamento, tive a oportunidade de atuar e **gerir situações complexas no âmbito da parentalidade**, nomeadamente numa situação de parentalidade na adolescência.

Portugal, situa-se entre os países da União Europeia com taxas mais altas de nascimento em mães adolescentes, segundo o Instituto Nacional de Estatística, em 2022 nasceram em Portugal 1591 nados-vivos de mães adolescentes (Instituto Nacional de Estatística, 2023).

A Organização Mundial da Saúde define a gravidez na adolescência como todas as gravidezes que ocorrem em mulheres com idades compreendidas entre os 10 e os 19 anos à

data do parto (Organização Mundial da Saúde, 2018). Sabe-se que na maioria dos adolescentes a gravidez não foi planejada e muitas vezes decorre de relacionamentos pouco duradouros e com vínculos frágeis com o parceiro, não se tratando de uma realidade exclusiva de classes sociais mais desfavorecidas.

A maternidade na adolescência é considerada uma transição dupla, a adolescente encontra-se a viver uma transição desenvolvimental (adolescência) e em simultâneo uma transição para a parentalidade. Esta realidade pode causar um desequilíbrio na vida da adolescente, uma vez que tem de enfrentar mudanças inesperadas com vista à adaptação ao papel parental (Coelho, 2011). Um processo de transição bem-sucedido implica a utilização de mecanismos e recursos de suporte disponíveis para enfrentar e adaptar-se ao novo papel. Muitas vezes as mães adolescentes provêm de ambientes familiares disfuncionais e não obtêm o suporte que era desejável para o exercício do papel parental. Os enfermeiros são por diversas vezes os primeiros cuidadores de utentes e famílias a vivenciarem processos de transição e devem estar atentos às mudanças e exigências impostas pela nova condição, auxiliando-os na aquisição do novo papel (Meleis, 2007).

Prestar cuidados a adolescentes que vivenciam processos de transição para o papel parental exige do enfermeiro uma sensibilidade acrescida para identificar as necessidades sentidas e os conhecimentos sobre a transição, auxiliando assim a adolescente no seu processo de desenvolvimento (Coelho, 2011). É sabido de antemão que os adolescentes que experienciam o processo de transição: tornar-se pai/mãe, suportam sentimentos de insegurança, medo, stress emocional, conflito de papéis, desamparo e, por conseguinte, torna-se fundamental que os enfermeiros exerçam uma vigilância e um conjunto de intervenções, que tenham como propósito facilitar este processo de transição.

No contexto de internamento, tive oportunidade de prestar cuidados a uma mãe adolescente, enquanto esta experienciava o processo de transição para a parentalidade. Neste caso concreto, estive perante uma adolescente, com um filho de 30 dias, internado por uma infeção respiratória. Ao longo do internamento verifiquei que aquela jovem, para além de sentimentos de medo e insegurança associados ao exercício do seu novo papel de mãe, tinha também muitos receios potenciados pela doença aguda do seu filho. Foi para mim importante compreender a forma como poderia ajudar aquela família e para isso tentei estabelecer uma comunicação eficaz com a mãe, tentando compreender as suas preocupações e esclarecendo as suas dúvidas. Após ter identificado as necessidades parentais, foram formulados diagnósticos e realizadas intervenções no sentido de melhorar o conhecimento/capacidade

da mãe para prestar cuidados de higiene ao RN. Foram também abordadas questões relativas a precauções de segurança, quer em contexto hospitalar quer em contexto domiciliário e questões relacionadas com a prevenção e tratamento de cólicas, através da demonstração e treino da técnica de massagem abdominal e estimulação retal. A par de todo este processo, procurei perceber o suporte familiar por detrás desta família. Confirmei mais tarde tratar-se de uma família numerosa, com algumas dificuldades económicas e que apesar do pai da criança não se mostrar disponível para a ajudar, a avó materna do bebé tinha uma boa relação com a filha e estava disponível. Relativamente a questões mais específicas relacionadas com o estado de saúde do bebé, a mãe confidenciou que se sentia mais confortável se a sua mãe pudesse estar presente e a partir desse momento questões clínicas foram debatidas com a mãe e com a avó da criança.

Relativamente a este caso, foram ainda tomadas diligências no sentido de elaborar um pedido de colaboração no âmbito da Assistência Social.

### **Objetivo:**

- Promover a adaptação da criança/jovem e família/pessoa significativa à doença crónica, incapacidade ou alteração da funcionalidade.

### **Reflexão Crítica:**

O EEESIP tem ainda como função, facilitar a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica e deficiência/incapacidade. No contexto dos estágios desenvolvidos tive oportunidade de desenvolver competências no sentido de facilitar a adaptação de crianças/jovens e das respetivas famílias à realidade do diagnóstico de doença crónica.

A doença crónica em idade pediátrica, pode ser definida como uma condição física ou mental, que interfere de forma limitativa nas atividades de vida diária da criança/adolescente, por um intervalo de tempo igual ou superior a três meses e que cursa em hospitalizações frequentes, cuidados domiciliários e cuidados específicos (Teixeira, 2021). Esta condição gera impactos tanto na vida da criança, como na da sua família, pois em condições normais não seria expectável que a criança ficasse doente e que essa condição se prolongasse para toda a vida.

Quando uma criança/adolescente é diagnosticada com uma doença crónica, tanto ela, como a sua família necessitam de repensar e reorganizar a sua vida, para que seja possível

retornar ao equilíbrio, ou seja, são necessárias uma série de adaptações para fazer face à nova condição.

As doenças crônicas requerem adaptação em múltiplos domínios da vida; tanto os indicadores de adaptação positivos como negativos são relevantes; a adaptação não é um processo estático, mas sim um processo que se desenvolve ao longo do tempo; a adaptação não pode ser adequadamente descrita sem a referência ao contexto particular do indivíduo e a heterogeneidade na adaptação é a regra e não a exceção (Batista, 2016).

O diagnóstico de doença crônica produz uma série de reações e mecanismos de adaptação que diferem de famílias para famílias e inclusive entre membros do mesmo núcleo familiar. Estas reações dependem de vários fatores, como sejam, as experiências individuais, o contexto familiar, cultural e social, as crenças, e a gravidade da própria doença. Neste processo de adaptação, a família habitualmente passa por uma sequência de estádios mais ou menos previsíveis. De salientar que nem todas as famílias passam por todos os estádios, assim como não permanecem o mesmo tempo em cada um deles, existindo uma grande variabilidade interpessoal. Segundo a generalidade dos autores, encontram-se descritos três estádios: fase de impacto e/ou choque, fase de ajustamento e fase de aceitação.

A fase de impacto e/ou choque caracteriza-se por sentimentos de choque, negação, tristeza e revolta. A negação constitui-se como um sentimento normal em qualquer perda e deve ser respeitada numa fase inicial, pois permite que os indivíduos se distanciem do enorme impacto emocional e mobilizem energias para enfrentar a nova situação. Por vezes a negação pode tornar-se desajustada, quando impede os objetivos do tratamento e o crescimento e desenvolvimento da criança com doença crônica (Hockenberry & Wilson, 2014).

A fase de ajustamento pode ser mais curta ou mais longa dependendo da capacidade de ajuste de cada família. Nesta fase, há uma efetiva interiorização de que a doença crônica existe e predominam os sentimentos de culpa e raiva (Hockenberry & Wilson, 2014). A culpabilização característica decorre da necessidade que existe em encontrar uma causa para o problema. A raiva pode ser direcionada para dentro e a pessoa realiza uma autocensura adotando comportamentos punitivos ou pode ser direcionada para o exterior, manifestando-se em comportamentos de isolamento para com a família (Pedro, 2009). Durante o período de ajustamento, existem quatro tipos de reações parentais perante a criança com doença crônica: superproteção, em que os pais impedem que a criança conquiste qualquer nova habilidade e restringem muitas vezes as brincadeiras, com medo de que ela se magoe; são

inconsistentes no uso da disciplina e realizam todos os desejos da criança para evitar a sua frustração. A rejeição em que os pais se distanciam emocionalmente da criança, apesar de lhe prestarem os cuidados físicos adequados; a negação na qual os pais agem como se a doença não existisse e tentam fazer com que a criança o supere e a aceitação gradual, em que os pais impõem restrições realistas à criança, encorajam a sua participação nas atividades de autocuidado e promovem competências físicas e sociais (Hockenberry & Wilson, 2014). Ao longo desta fase e após um longo período crítico vai-se efetivamente aceitando a doença.

A fase de adaptação e aceitação enfatiza a autonomia e a criação de uma estrutura de vida ajustada à realidade da doença, o processo de ajuste culmina no desenvolvimento de expectativas realistas para a criança e a sua integração na vida familiar e social (Hockenberry & Wilson, 2014).

Perante uma criança diagnosticada com uma doença crónica, o EEESIP não deve reduzir o foco da sua intervenção à gestão de sintomas e prevenção de complicações, mas ampliar a sua atuação, fazendo um esforço efetivo por compreender e facilitar a aceitação e interiorização da doença na vida daquela criança/jovem e da sua respetiva família.

Durante o período em que estagiei no SIPMC tive oportunidade de prestar cuidados a um RN diagnosticado recentemente com a Síndrome de Cri du Chat. Em primeiro lugar e no sentido de ajudar esta família a lidar com o novo diagnóstico procurei inteirar-me desta síndrome através de suporte bibliográfico, uma vez que era uma patologia que desconhecia. Fiz um esforço por compreender a forma como aquela família estava a fazer o seu processo de adaptação à nova condição e nesse sentido procurei **avaliar os mecanismos de coping da família e recursos disponíveis**. Pude perceber que aquele casal lidava com o diagnóstico da doença da filha há mais ou menos duas semanas e que durante esse tempo foram tomando disposições e fazendo esforços para lidar com a nova condição. Apesar de jovens, mostraram-se unidos e responsáveis no processo de integração da doença, para além de contarem com uma rede de apoio favorável. Mostraram-se envolvidos nos tratamentos prestados à bebé, ainda que por vezes deixassem transparecer sentimentos de raiva e desespero. Quando os tratamentos não decorriam como o expectável, mostravam-se desagradados com os profissionais e ao mesmo tempo expressavam sensação de impotência. Nestes momentos, considerei importante **promover a escuta ativa, dando espaço à expressão de sentimentos e emoções**. No que diz respeito ao conhecimento destes pais sobre a doença, pude aperceber-me que já possuíam alguma informação que lhes veio sendo transmitida pelos vários profissionais com que se cruzaram até então. O meu papel enquanto

futura EEESIP passou por **identificar as necessidades parentais sentidas pela família e intervir mediante as mesmas**. A Síndrome Cri du Chat é uma doença genética rara, que se caracteriza por uma série de manifestações fenotípicas específicas, entre elas um choro semelhante ao miar de gato, dismorfismo facial (face arredondada), microcefalia, baixo peso à nascença, hipertelorismo ocular, atraso do desenvolvimento psicomotor, dificuldade de sucção e hipotonia (Almeida et al., 2022).

Neste caso em concreto, a hipotonia característica da doença condicionava a capacidade de sucção da RN, o que por sua vez comprometia a amamentação. Foram desenvolvidos esforços juntamente com a restante equipa multidisciplinar no sentido de facilitar a amamentação: foram adotados cuidados relativos ao posicionamento da bebé aquando da amamentação por biberão, foi realizada a estimulação dos reflexos de sucção e foram experimentadas várias tetinas, com o intuito de perceber a que facilitava o processo. Esta situação exigiu não só um esforço de toda a equipa multidisciplinar, mas também dos pais da bebé, que se mostraram bastante envolvidos no processo. Nas primeiras vezes em que tinham de dar o biberão, solicitavam sempre o auxílio do enfermeiro responsável pela RN, mas há medida que se foram sentindo mais confiantes passaram a desempenhar esta tarefa com mais autonomia, reinventando-se e arranjando estratégias de adaptação.

Ainda em relação a atividades desenvolvidas no sentido de facilitar a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, pude participar em reuniões relacionadas com o PSI de uma criança com o diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo I. O PSI trata-se de um plano concebido pela equipa de saúde escolar, para cada criança/jovem com NSE, no âmbito do PNSE, em que se procura avaliar o impacto das condições de saúde na funcionalidade e identifica as medidas de saúde a implementar, nomeadamente necessidades de saúde, medidas terapêuticas e de reabilitação, para melhorar o desempenho escolar da criança, tendo em conta os fatores ambientais, facilitadores ou barreira, do contexto escolar (Direção Geral da Saúde, 2015). Durante estas reuniões foi discutido o PSI do aluno juntamente com os seus pais e pessoal docente e não docente da escola frequentada pela criança. Numa primeira reunião, o objetivo foi identificar as necessidades sentidas pelo pessoal docente e não docente da escola, pelos pais e pela própria criança. Em reuniões subsequentes procurou-se **fornecer informação sobre a doença e capacitar o pessoal docente e não docente para a prestação de cuidados à criança em contexto escolar**. Ao longo destas reuniões, tivemos o cuidado de incluir a criança no processo, dando-lhe oportunidade de se exprimir e de ela própria relatar as suas experiências e dificuldades, no sentido de **promover a autogestão da**

**doença por parte da criança.** Foi fundamental **observar as reações da criança e os comportamentos de adaptação manifestados**, além de **explorar a sua compreensão sobre a doença e o impacto que ela tem na sua vida**. Em contexto formativo, a criança teve oportunidade de explicar aos docentes e não docentes como procedia para fazer a pesquisa de glicemia capilar, quais eram os sintomas que normalmente apresentava quando estava perante uma hipoglicemia e como deveriam agir nessas situações. Relativamente à contagem de hidratos de carbono, ainda se encontrava muito dependente dos pais, pois eram eles que normalmente faziam os cálculos, dispondo da ementa escolar antecipadamente. Foi sugerido pela equipa de saúde escolar, após discussão com os pais, que a criança pudesse ganhar mais autonomia neste aspeto e propôs-se o treino da contagem dos hidratos de carbono por parte da criança, que concordou com a sugestão apresentada.

### **Objetivo:**

- Desenvolver competências na gestão e controlo da dor da criança/jovem.

### **Reflexão Crítica:**

A dor é um fenómeno multidimensional complexo com uma forte componente fisiológica, sensorial, afetiva, cognitiva, comportamental e sociocultural (Batalha, 2016). Cada pessoa atribui um significado próprio à sua dor em função da unicidade do seu ser e das experiências pessoais por que passou. A dor é definida pela Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) como “uma experiência emocional e sensorial desagradável, associada com uma lesão tecidual real ou potencial ou descrita em termos de tal lesão” (IASP, 2010, p. 14).

A dor é transversal a todas as faixas etárias, não sendo exceção em idade pediátrica. Assume, no entanto, maior complexidade nesta idade, devido às particularidades inerentes ao desenvolvimento infantil (Batalha, 2016).

O controlo sintomático da dor em idade pediátrica é uma das principais preocupações do EEESIP e reconhecida como uma situação de especial complexidade. Atualmente, reconhece-se que as crianças têm dor, que guardam memória da dor e que se não for convenientemente tratada pode ter consequências a longo prazo (Direção Geral da Saúde, 2010), o que nem sempre assim foi. Esta mudança ideológica da conceção da criança e do reconhecimento da sua dor como um aspeto de especial importância iniciou-se em 1989 com a Convenção dos Direitos da Criança. A dor é considerada pela DGS como o 5º sinal vital.

A avaliação da dor na criança reveste-se de especial complexidade, uma vez que as suas respostas comportamentais face à experiência de dor são múltiplas e variam em função do seu estadio de desenvolvimento. Segundo a DGS, a avaliação da dor deve ser feita de forma regular e sistemática a todas as crianças desde o primeiro contacto, devendo ser registada e avaliada consoante a condição clínica, após cada intervenção dolorosa e perante sinais sugestivos de dor ou alteração dos sinais vitais (Batalha, 2016). A DGS preconiza que em situações de internamento, a avaliação da dor deve ser feita pelo menos uma vez em cada turno de trabalho (no mínimo de 8 em 8 horas), sempre que possível com a aplicação da mesma escala, para servir de comparação em momentos diferentes (Direção Geral da Saúde, 2010).

Durante a minha prática de cuidados, procurei **realizar juntamente com a criança/jovem e a sua respetiva família/pessoa significativa a história da dor**. A história da dor consiste na recolha de informação que permite orientar a avaliação e o controlo da dor, utilizando todas as fontes de informação disponíveis. A avaliação deve incluir questões que avaliem as características da dor (localização, intensidade, qualidade, duração, frequência e sintomas associados); fatores de alívio/agravamento; uso e efeito de medidas farmacológicas e não farmacológicas; formas de comunicar e expressar a dor; experiências anteriores traumatizantes e medos; habilidades e estratégias para enfrentar a dor e outros problemas de saúde e efeitos da dor na vida diária (Direção Geral da Saúde, 2010).

A avaliação da intensidade da dor foi conseguida **através da aplicação de instrumentos adequados ao estadio desenvolvimental da criança/jovem**. Existem variadas escalas que foram desenvolvidas com o propósito de avaliar e quantificar a intensidade da dor em função do tipo de dor, idade da criança/jovem e condição clínica. As escalas de avaliação da dor podem ser de autorrelato ou de heteroavaliação, devendo dar-se primazia às de autorrelato, ou seja, àquelas em que a criança exprime a sua dor, como uma experiência subjetiva e individual. Quando a autoavaliação da dor não é possível, ou porque a criança ainda não possui capacidades verbais ou porque apresenta défices cognitivos/comunicacionais que lhe impedem de classificar a sua dor, a avaliação da mesma é feita por terceiros. De um modo geral, preconiza-se a utilização de escalas de heteroavaliação da dor em crianças com idade inferior a 4 anos, uma vez que não conseguem relatar com precisão a intensidade da sua dor.

A identificação da dor no RN e no lactente constitui um enorme desafio para quem a avalia, uma vez que na criança em idade pré-verbal, a identificação da dor faz-se com recurso

à avaliação comportamental e fisiológica o que implica um elevado carácter subjetivo e um reconhecimento das manifestações não verbais da dor (Batalha, 2016).

Nos RN os indicadores de dor assentam na expressão facial e corporal, nas alterações comportamentais e nas manifestações físicas. As expressões faciais e corporais sugestivas de dor são caracterizadas por sulcos acima e entre as sobrancelhas, compressão da fenda palpebral, tremor do queixo, face cianosada com choro, grito e lágrimas, hipertonia, arqueamento do tronco, agitação, movimentos de flexão e extensão de forma brusca, mãos fechadas e punhos cerrados. A nível comportamental são verificadas alterações a nível alimentar e padrão de sono e repouso, falta de cooperação e irritabilidade. Já a nível físico o RN pode apresentar polipneia, taquicardia, cianose, palidez cutânea e hipertensão arterial (Batalha, 2016).

A avaliação da intensidade da dor em RN internados, foi essencialmente realizada com recurso à escala *Échelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau- Né* (EDIN). O seu objetivo é a avaliação da dor em procedimentos dolorosos, mas também pode ser utilizada no pós-operatório e na avaliação da dor prolongada. Contempla cinco parâmetros comportamentais (expressão facial, movimentos corporais, qualidade do sono, qualidade da interação e reconforto). Para a sua correta aplicação recomenda-se um contacto mínimo de uma hora com o RN, embora se aconselhe idealmente um contacto entre 4 a 8 horas (Batalha et al., 2005). Esta escala exclui a avaliação da dor em RN com alterações neurológicas graves (Silva J. , 2022).

Nos lactentes as respostas à dor mais evidentes são o choro, a expressão facial (olhos fechados, sobrancelhas elevadas e marcadas, abertura das fossas nasais, boca aberta e protusão da língua), hipertonia, arqueamento do tronco, agitação, movimento de retirada e flexão dos membros, localização e proteção da zona dolorosa. A nível comportamental e a nível físico as manifestações de dor são semelhantes às dos RN e incluem irritabilidade, falta de cooperação, alteração do padrão de sono e repouso, taquicardia, hipertensão e polipneia (Batalha, 2016).

O Toddler (1-3 anos) ainda não possui um conceito de corpo e imagem corporal desenvolvido, especialmente no que se refere aos limites corporais, daí todos os procedimentos realizados nesta faixa etária serem considerados altamente ansiogénicos (Batalha, 2016). Como manifestações comportamentais da dor mais frequentes, salientam-se o choro, o grito, a expressão facial de raiva, caretas, cerrar os lábios e os dentes, balançar, arregalar os olhos, agitação, agressividade (morder, bater ou fugir), proteção da zona

dolorosa, adoção de posição antiálgica e imobilidade. Por volta dos dezoito a vinte e quatro meses começam a sinalizar verbalmente a dor, sendo capazes de a descrever a partir dos vinte e quatro meses, embora não consigam identificar a sua intensidade (Batalha, 2016).

A escala de avaliação da dor mais utilizada em crianças com idade inferior a 4 anos, foi a FLACC (*Face, Legs, Activity, Cry, Consolability*). É segundo a DGS, uma escala que pode ser utilizada na avaliação da dor aguda associada a procedimentos, avaliação da dor prolongada e da dor pós-operatória. É composta por cinco parâmetros comportamentais (expressão facial, movimentos dos membros inferiores, atividade corporal, choro e dificuldade em ser consolado) (Direção Geral da Saúde, 2010).

Tive também oportunidade de aplicar a escala FLACC-Revised, quando prestei cuidados a uma criança com atraso de desenvolvimento cognitivo. Esta escala é uma adaptação da escala FLACC, em que há uma descrição mais pormenorizada de cada parâmetro e que engloba comportamentos específicos de dor em crianças com multideficiência e défice cognitivo (Batalha, 2016).

No período pré-escolar a criança já possui capacidade para verbalizar e caracterizar a sua dor e portanto, deve ser privilegiada a sua autoavaliação da dor (Direção Geral da Saúde, 2010). As reações mais frequentes são a expressão verbal, a descrição da sua intensidade, as alterações comportamentais como a agitação e agressão física, alterações na sociabilidade e dependência e alterações nos sinais vitais (Batalha, 2016). Perante esta faixa etária, utilizam-se predominantemente as escalas de faces, que se servem de desenhos animados ou representações ilustradas com gravuras de faces para descrever os vários graus de dor. Apesar de existirem muitas escalas de faces, apenas três estão devidamente validadas, nomeadamente a *Revised Faces Pain Scale (FPS-R)*, *Wong-Baker Faces Pain Rating Scale (WBFS)* e *OUCHER* (Batalha, 2016).

A *FPS-R* encontra-se validada a partir dos quatro anos de idade e é atualmente uma das mais utilizadas e recomendadas pela IASP. A escala apresenta seis faces sem expressões faciais felizes, tristes ou com lágrimas e usa a face neutra para indicar a ausência de dor. É importante, aquando da sua utilização a explicação clara do seu modo de funcionamento às crianças, referindo que face da extremidade esquerda corresponde à face sem dor e a face da extremidade direita é sugestiva de muita dor. Acrescentar também que a dor vai aumentando da esquerda para a direita (Batalha, 2016).

A *WBFS* é talvez das escalas mais conhecidas e divulgadas entre a população pediátrica, sendo a que utilizei preferencialmente em contexto de estágio, para crianças a

partir dos 3 anos de idade e sempre que o seu desenvolvimento cognitivo assim o justificasse (Direção Geral da Saúde, 2010). É composta por seis faces com expressões faciais de “feliz”, “triste” e “a chorar”. A face posicionada na extremidade esquerda, corresponde a um rosto sorridente e sugere a ausência de dor, as faces subsequentes apresentam-se da esquerda para a direita e são progressivamente mais tristes, indicando um agravamento da dor (Batalha, 2016) (Hockenberry & Wilson, 2014).

Nas crianças a partir dos seis anos, a resposta à dor está intimamente relacionada com o estado de desenvolvimento cognitivo e comportamentos como gritos e choro diminuem quando a criança desenvolve o pensamento operacional concreto por volta dos sete anos. Progressivamente vão comunicando cada vez melhor a sua dor e conseguem descrever de forma clara a sua intensidade e qualidade. Segundo a DGS, para a avaliação da dor a partir dos 6 anos pode utilizar-se a Escala Visual Analógica, a Escala Numérica, a FPS-R ou ainda a WBFS (Direção Geral da Saúde, 2010). Perante estas recomendações, a escolha da escala a utilizar dependeu do grau de desenvolvimento cognitivo da criança à qual prestei cuidados.

Sempre que utilizei os instrumentos acima mencionados para fazer a quantificação da dor em crianças/jovens, assegurei-me que transmitia uma correta explicação do seu modo de funcionamento e que a informação era compreendida pelos implicados.

O controlo sintomático da dor, deve ainda ser um dos principais objetivos do EEESIP e inclui todas as intervenções destinadas à sua prevenção e tratamento. “Sempre que se preveja a ocorrência de dor ou a avaliação evidencie a sua presença, o enfermeiro tem o dever de agir na promoção de cuidados que a eliminem ou reduzam para níveis aceitáveis pela pessoa” (Ordem dos Enfermeiros, 2008, p. 17).

Durante o período de hospitalização, a prevalência de momentos e procedimentos suscetíveis de infligir dor é muito elevada e os enfermeiros devem adotar intervenções no sentido de diminuir a perceção desagradável experienciada pelas crianças/jovens. Neste sentido e para auxiliar a minha prática, consultei literatura de referência sobre a melhor evidência disponível sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos. Tentei **gerir os cuidados e agrupar todos os procedimentos invasivos; preparar e informar os pais e as crianças/jovens sobre os procedimentos a efetuar, utilizando uma linguagem adequada ao seu grau de compreensão; realizar todos os procedimentos invasivos em sala própria, com ambiente calmo e agradável; respeitar a privacidade e os sentimentos da criança/adolescente; efetuar a anestesia tópica da pele**, em procedimentos como a punção venosa. Para além destas medidas considerei fundamental **implementar medidas**

**farmacológicas e não farmacológicas para o controlo e gestão da dor.** O tratamento farmacológico é uma das medidas mais eficazes na gestão da dor, embora consista numa intervenção interdependente de outros profissionais. Tive a preocupação de garantir uma rigorosa avaliação da dor e sempre que a mesma assim o justificasse e depois de verificar a respetiva prescrição médica, procedi à preparação e administração de fármacos. Fiz questão de explicar a indicação terapêutica dos fármacos à criança e aos pais, de avaliar a sua eficácia analgésica e de vigiar possíveis efeitos adversos.

Relativamente às medidas não farmacológicas para o controlo da dor, são suscetíveis de serem utilizadas em qualquer contexto clínico e consistem em intervenções de carácter psicológico, eficazes perante algumas situações de dor, procedimentos dolorosos ou como complemento de medidas farmacológicas, aumentam o sentimento de controlo da dor e promovem uma maior autonomia da criança e da família. A sua seleção deve basear-se no desenvolvimento cognitivo da criança, nas suas preferências, bem como na situação específica (Ordem dos Enfermeiros, 2013). As estratégias não farmacológicas para alívio da dor podem classificar-se como cognitivas, comportamentais, cognitivo-comportamentais, físicas ou periféricas, suporte emocional e ambientais. Fiz questão de transmitir sempre informação antecipatória sobre os procedimentos de forma simples, clara e honesta, utilizei estratégias de distração como música, vídeos e leitura de histórias, utilizei o reforço positivo e o elogio. No contexto da USF, como forma de reforçar e elogiar o comportamento das crianças aquando da realização de procedimentos, ofereci autocolantes, com frases motivacionais. Perante RN e lactentes utilizei diversos métodos não farmacológicos para alívio da dor, como a sucção não nutritiva, o uso de sacarose a 24%, o colo, o aconchego e a contenção.

A sucção não nutritiva pode ser realizada ou com o auxílio de chupeta, no caso dos RN e lactentes em que os pais optaram pela sua introdução, ou então com o dedo mínimo enluvado, voltando a polpa digital para o palato da cavidade oral do RN/lactente (Virgens et al., 2018). Ainda não se conhece ao certo o mecanismo pelo qual ocorre o efeito calmante quando se promove a sucção não nutritiva, mas acredita-se que a ação seja provocada pela libertação de serotonina durante os movimentos rítmicos, o que inibe a hiperatividade e modula o desconforto do bebé. No entanto o efeito de tranquilidade pode simplesmente ser induzido porque a estimulação sensorial associada à sucção bloqueia a perceção de dor e fornece distração (Virgens et al., 2018). Alguns estudos defendem que a sucção não nutritiva deve ser iniciada cerca de dois minutos antes dos procedimentos dolorosos, isto para que o

RN/lactente esteja já confortável e suficientemente adaptado ao estímulo da sucção, no momento em que for submetido ao estímulo doloroso (Virgens et al., 2018).

Relativamente ao uso de substâncias adoçadas para o controlo da dor, está comprovado que o uso de glicose, sacarose e leite materno tem benefícios importantes no alívio da dor. Num estudo realizado em 2022, concluiu-se que tanto a sacarose, como a sucção não nutritiva possuem um efeito analgésico aquando da realização de procedimentos dolorosos, porém ficou comprovado que a associação dos dois mostra melhor eficácia no alívio da dor e é recomendada como medida analgésica durante a realização de procedimentos dolorosos (Pereira et al., 2022).

Também a amamentação aquando da realização de procedimentos dolorosos foi uma medida implementada e incentivada durante a minha prática de cuidados. É sabido, que o leite materno contém “(...) propriedades analgésicas ou pode ser convertido endogenamente em substâncias analgésicas, além de conter maior concentração de triptofano, precursor da melatonina, que serve para aumentar a concentração de beta endorfinas, que é um dos mecanismos para os efeitos nociceptivos do leite” (Maciel et al., 2021, p.6).

Houve situações em que foi importante a aplicação de calor e frio, como medidas não farmacológicas para o alívio da dor. A crioterapia consiste na aplicação tópica de frio, diminuindo o stress, a angústia e a dor. O mecanismo pelo qual ocorre o alívio da dor está relacionado com a partilha de sinapses na medula espinal, em que fibras nervosas responsáveis pela condução do estímulo doloroso partilham vias sinápticas com as fibras de condução térmicas. Esta interferência promove a inibição da condução da informação dolorosa até à medula espinal, promovendo o alívio da dor (Maciel et al., 2021).

De uma forma geral, considero que tive oportunidade de desenvolver competências na gestão e controlo da dor em idade pediátrica. Apesar de a dor, ser um tema bastante aprofundado sob o ponto de vista teórico, considero haver ainda necessidade de reforçar a implementação de medidas não farmacológicas, como estratégias complementares às medidas farmacológicas, que como evidenciado na literatura, têm um potencial efetivo no alívio da dor.

### **Objetivo:**

- Desenvolver e aprofundar conhecimentos sobre os diferentes recursos da comunidade a nível nacional destinados à prevenção e resolução de situações de risco em crianças e jovens.

### **Reflexão Crítica:**

Quer o contexto de estágio da UCC, quer o SIPMC me permitiram integrar e tomar consciência das entidades e dos projetos existentes a nível nacional destinados à prevenção e resolução de situações de risco/perigo em crianças e jovens.

Os maus-tratos em crianças/jovens dizem respeito a toda a ação ou omissão não acidental, realizada pelos pais, cuidadores ou outro, que comprometa a segurança, dignidade e desenvolvimento biopsicossocial e afetivo da criança/jovem (Direção Geral da Saúde, 2011). Os maus-tratos podem ser encarados sob a perspetiva de diferentes apresentações: negligência, maus-tratos físicos, abuso sexual, maus-tratos psicológicos/emocionais e Síndrome de Munchausen por Procuração (Direção Geral da Saúde, 2011).

Os profissionais de saúde, neste caso em específico o EEESIP, devido à missão que lhe compete, é responsável pela deteção precoce e identificação de fatores de risco e sinais de alarme objetivados nas crianças e famílias com quem contacta. Tem a responsabilidade de acompanhar estas situações e sinalizá-las através do funcionamento de redes de apoio a nível da comunidade. Face a uma situação de suspeita de maus-tratos, a intervenção dos profissionais de saúde deve ter como objetivos major, proteger a criança/jovem; intervir no risco, para prevenir a evolução para perigo e evitar a sua recorrência (Direção Geral da Saúde, 2011).

Uma criança/jovem pode ser considerada em risco, quando pela sua vulnerabilidade, pode vir a experienciar situações que comprometem ou colocam em causa a sua segurança, saúde, formação, educação ou desenvolvimento pleno. Já o perigo, adquire um sentido mais concreto e corresponde à objetivação do risco, ou seja, uma criança/jovem em perigo é efetivamente vítima de situações que comprometem ou colocam em causa a sua segurança, saúde, formação, educação ou desenvolvimento pleno (Direção Geral da Saúde, 2011).

A intervenção perante uma criança/jovem em risco e ou perigo processa-se segundo um modelo que estabelece três níveis de ação: no primeiro nível é atribuída legitimidade às entidades com competência na área da infância e juventude, como as áreas da saúde, educação, formação profissional, ocupação dos tempos livres, para intervir na promoção dos direitos e proteção das crianças e dos jovens em geral e das que se encontram em situação de risco ou perigo. No segundo nível, quando as necessidades ultrapassam o âmbito de atuação das entidades acima mencionadas, são acionadas as CPCJ, por último e sempre que a situação assim o justifique é acionado o terceiro e último nível, que diz respeito à intervenção judicial, a quem compete assegurar a proteção de crianças e jovens em perigo.

A partir destas orientações constatamos que os serviços de saúde, enquanto instâncias de primeiro nível, adquirem um relevo particular e quer os ACES, quer os hospitais têm prioridade de intervenção junto de crianças e jovens face às CPCJ e aos Tribunais, que apenas devem ser acionados quando os primeiros não conseguirem solucionar o problema (Direção Geral da Saúde, 2011). Assim, com o propósito de salvaguardar os direitos das crianças e jovens, foram criadas equipas multidisciplinares a nível hospitalar e dos centros de saúde, designadas respetivamente por Núcleo Hospitalar de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NHACJR) e NACJR. Estas equipas são constituídas por diversos profissionais, em número variável, em função da dimensão da população que abrangem, mas em ambas, o papel do enfermeiro é preponderante.

Na UCC onde desenvolvi o estágio, pude compreender melhor o funcionamento do NACJR. A equipa mencionada é constituída por uma EEESIP, uma assistente social e um médico, embora momentaneamente ausente. Tive oportunidade de compreender o processo de sinalização de crianças em risco, bem como os procedimentos a adotar perante estas situações. Recebemos a sinalização de uma família, cujos pais eram imigrantes e que não conseguiam a legalização em Portugal. A criança foi sinalizada pelo Centro Hospitalar onde havia nascido e mais tarde apercebemo-nos de que nem esta criança, nem os restantes irmãos, também eles menores, estavam inscritos no centro de saúde e por conseguinte não estavam a ter uma vigilância de saúde adequada, nem a cumprir o PNV. Tentou-se junto da mãe, esclarecer a situação e proceder à regularização da situação, inscrevendo as crianças no centro de saúde e agendado as consultas necessárias. Após ter sido questionada do porquê de não ter feito a inscrição dos filhos no centro de saúde, a mesma respondeu que, como ela não estava legalizada em Portugal, não sabia se podia registar os filhos no centro de saúde.

A par da resolução da situação acima mencionada, reuniram-se esforços junto de outras entidades, no sentido de compreender as dificuldades inerentes ao processo de legalização desta mulher e tentar colmatá-las.

O NACJR para além de tentar resolver novas sinalizações, faz também o seu acompanhamento ao longo do tempo. Realço o seguimento de uma família que havia sido sinalizada por absentismo às consultas de saúde infantil no centro de saúde há algum tempo, mas que continuava a ser seguida pela equipa, apesar de no momento não existirem faltas registadas.

Apesar de todas as situações que experienciei terem tido uma resolução mais ou menos fácil e eficaz a verdade é que isto nem sempre acontece e nestes casos, o caso passa a instâncias superiores como a CPCJ ou mesmo os tribunais.

### **Competências:**

- Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da sua especialização;
- Demonstra consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na sua área de especialização;
- Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas.

### **Objetivo:**

- Promover os cuidados centrados na família, tendo como base a filosofia da parceria de cuidados.

### **Reflexão Crítica:**

Os cuidados centrados na família e a parceria de cuidados são modelos de cuidados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, que se complementam, enfatizando que os profissionais de saúde e as famílias são parceiros na prestação de cuidados à criança (Cerqueira & Barbieri-Figueiredo, 2020). A parceria de cuidados constitui uma filosofia em Enfermagem Pediátrica que reconhece e valoriza a importância da família no cuidar da criança durante a sua hospitalização. A Ordem dos Enfermeiros preconiza que durante a sua prática, o EEESIP deve utilizar um modelo conceptual centrado na criança e na família, sendo este binómio o beneficiário dos seus cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Quando falamos em cuidados pediátricos devemos remeter-nos automaticamente para os cuidados centrados na família (Young et al., 2006) e a forte influência que esta tem no crescimento e desenvolvimento da criança. Este modelo de cuidados coloca a criança e a sua família, no centro de todas as decisões de cuidados e reconhece-os como seres únicos. Admite que uma verdadeira colaboração entre a criança, a sua família e a equipa de enfermagem só é realmente conseguida, quando existe um respeito evidente pelos valores, perspetivas e escolhas deste binómio (Smith, 2018). A dignidade, o respeito e a flexibilidade na parceria de cuidados com a família contribuem para a criação de uma atmosfera de

respeito mútuo, comunicação aberta e colaboração, o que conduz à diminuição do stress da família e consequentemente à melhoria dos resultados (Matosa, 2022).

Anne Casey desenvolveu o Modelo da Parceria de Cuidados em 1988. Este modelo comporta conceitos centrais como criança, família, saúde, ambiente e enfermeiros pediátricos. Trata-se de um modelo de enfermagem pediátrica em que os pais são envolvidos ativamente pelos profissionais de saúde nos cuidados a prestar ao seu filho, em função das suas capacidades e do seu envolvimento (Monteiro & Cerqueira, 2020). A parceria de cuidados é sustentada por crenças que defendem que os pais são os melhores cuidadores da criança, uma vez que a conhecem como ninguém (Casey, 1993). Anne Casey defende que a participação dos pais nos cuidados à criança doente ajuda a manter o lugar da criança na família e garante o direito da família a estar unida num momento de dor (Monteiro & Cerqueira, 2020). Para (Casey, 1993) existem dois pressupostos fundamentais quando se fala em parceria de cuidados. O primeiro pressuposto defendido é que os enfermeiros devem proporcionar os conhecimentos e as habilidades à criança e à sua família para os capacitar na tomada de decisão e no processo de cuidados e o segundo pressuposto assenta na negociação destes cuidados, o que supõe o estabelecimento de uma relação de confiança entre o enfermeiro, os pais e a criança. Implica um processo de negociação que conduz a um plano de cuidados e a um nível de participação por parte dos pais que depende do nível de conhecimentos e do desejo de cada um dos progenitores em prestar cuidados (Casey, 1993). Caracteriza-se pela partilha de poder e partilha de conhecimentos, definição de objetivos comuns, centrados na pessoa e participação ativa de todos os parceiros (Mendes & Martins, 2012). O envolvimento dos pais nos cuidados representa para a criança internada, uma garantia de afeto, segurança e apoio, aproximando-se o mais possível aos cuidados que lhe eram prestados antes do internamento. A hospitalização de uma criança provoca nesta e nos pais sentimentos de medo, inquietação e stress que agrava quando os pais se vêm impedidos de exercer o seu papel, levando ao desenvolvimento de sentimentos de culpa e impotência. Posto isto e no sentido de tornar a hospitalização da criança o menos traumática possível, procurei **estabelecer uma relação empática e de respeito com os pais/cuidadores**. Vários estudos têm demonstrado que os pais valorizam as interações em que o enfermeiro procura conhecer e compreender a criança e a sua família, respeitando os seus ideais e as suas preferências. Os pais valorizam também a sensibilidade e a atenção demonstrada pelo enfermeiro na adaptação das circunstâncias da vida real, ao potencial da criança e da família (Alves et al., 2018). Procurei salvaguardar sempre que possível as preferências de cada

família, tentando compreender o motivo das suas escolhas e respeitando as mesmas. Portanto, dignidade, respeito e flexibilidade na parceria de cuidados com a família, fomenta uma atmosfera de respeito mútuo, colaboração, negociação e comunicação efetiva, que por sua vez contribui para a diminuição do stress e melhoria dos resultados. Para além disso, tive o cuidado de **estabelecer uma relação de colaboração com os pais e com a criança**. Fomentei o envolvimento dos pais nas decisões acerca dos cuidados à criança e na prestação dos mesmos. Prezei a negociação, a partilha de cuidados e a tomada de decisões conjuntas com base nos conhecimentos detidos por cada um dos intervenientes. Neste processo de parceria de cuidados assegurei que o envolvimento dos pais foi voluntário e negociado e que os cuidados que prestei, foram um complemento aos cuidados prestados pela família. Enquanto enfermeira, prestei cuidados de enfermagem especializados e negocieei com os pais a sua intervenção na prestação de cuidados familiares, ou seja, aqueles que normalmente fazem parte do quotidiano da família. No caso dos pais que se mostraram interessados em prestar cuidados mais específicos ao seu filho, procurei **capacitar as famílias, criando oportunidades para que pudessem desenvolver habilidades e competências de modo a satisfazer as suas próprias e as necessidades da criança**. Os profissionais de saúde devem empoderar as famílias para que estas adquiram confiança, autoestima, conhecimento e perícia nos cuidados a prestar à criança. Os cuidados foram planeados e supervisionados, para que os pais se sentissem mais confiantes na sua prestação.

Os dois contextos de estágio, onde prestei cuidados, utilizam o Modelo da Parceria de Cuidados. Na UCC, pude constatar que os pais são encarados como uma peça fundamental na elaboração dos PSI, sendo detentores de informação privilegiada sobre a criança, o que contribui para o sucesso das intervenções planeadas e implementadas.

Nas consultas de vigilância da saúde infantil e juvenil a opinião dos pais é muito valorizada e estes são incentivados a colaborar na prestação de cuidados à criança. Foi perceptível que quando os pais estavam envolvidos nos cuidados, as crianças se sentiam mais tranquilas e colaborantes. No caso de procedimentos dolorosos, a presença e o carinho dos pais, frequentemente envolvidos nas estratégias de controlo de dor, demonstrou ser crucial para minimizar a experiência traumática. Eram os pais quem despia e pesava as crianças, com a supervisão da enfermeira. Aquando da avaliação do perímetro cefálico e do comprimento, os pais eram cruciais para acalmar a criança e fazer contenção, facilitando o processo.

Olhando a perspectiva do internamento, pude constatar que num primeiro momento os pais se sentiam inibidos de prestar os cuidados básicos que outrora prestavam em contexto domiciliário, nomeadamente dar banho, trocar a fralda e alimentar o seu filho, pois segundo eles os dispositivos médicos, mesmo que reduzidos e simples, lhes causavam receio. Perante esta realidade, tive o cuidado de desmistificar o medo atribuído a dispositivos médicos e sugeri algumas estratégias que poderiam usar no sentido de tornar mais fácil a realização destes cuidados. Furneci informação aos pais sobre todos os procedimentos que pretendiam realizar ao seu filho, negociando a sua colaboração, nomeadamente aquando da realização de punções venosas, da administração de medicação, da aspiração de secreções, dos posicionamentos, entre outros. Foi meu objetivo durante todo o estágio que os pais se sentissem seguros nos cuidados que prestavam aos seus filhos, lembrando-os que o filho era deles e que eu era apenas a profissional de saúde que lhe estava a prestar alguns cuidados, dada a sua condição de saúde.

Considero o Modelo da Parceria de Cuidados um dos pilares fundamentais da assistência em Enfermagem Pediátrica e julgo ter orientado o meu percurso por este modelo que coloca no centro do olhar do enfermeiro, a criança e a sua família.

### **Objetivos:**

- Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à criança/jovem e respetiva família/pessoa significativa, tendo por base o processo de Enfermagem;
- Desenvolver conhecimentos sobre os sistemas de informação em enfermagem (SIE).

### **Reflexão Crítica:**

O processo de enfermagem procura a sistematização do trabalho dos enfermeiros, de forma a proporcionar uma prestação de cuidados segura e a atender às necessidades dos utentes, o que acrescenta qualidade ao cuidado e melhora a visibilidade do papel do enfermeiro, levando conseqüentemente ao seu reconhecimento profissional (Ribeiro et al, 2018). É a base científica que dá sustentação às ações dos enfermeiros. A sua implementação assume como vantagens: facilitar a documentação de dados e permitir mais facilmente a identificação de problemas e o planeamento de intervenções de enfermagem. Para além disso permite a utilização de uma linguagem comum (Almeida F. , 2011) . O processo de enfermagem consiste num conjunto de cinco etapas inter-relacionadas e interdependentes.

A primeira fase consiste na colheita de dados. Nesta fase procede-se à recolha de informação sobre o utente, sendo que esta etapa é contínua ao longo de todo o processo de enfermagem, devendo as informações ser atualizadas conforme a necessidade, ao longo do tempo. Segue-se a fase do diagnóstico de enfermagem, esta fase dá significado aos dados recolhidos, pondo em destaque as necessidades dos utentes. A fase seguinte denomina-se de planeamento. É nesta fase que se delineiam objetivos centrados no utente e se programam intervenções para que se possam alcançar esses mesmos objetivos. Requer do enfermeiro uma ponderação na tomada de decisões e na resolução de problemas. Sucede-se a implementação, que consiste em colocar o plano de enfermagem em ação, com vista à concretização dos objetivos e dos resultados esperados. A última fase, corresponde à avaliação daquilo que foi realizado, sendo que avaliação não se deve resumir ao culminar do processo, mas deve estar presente ao longo de todo o percurso (Almeida F. , 2011).

Tanto no contexto CSP como no SIPMC procurei **prestar cuidados especializados à criança e à família segundo a metodologia do processo de enfermagem**, sendo este um processo dinâmico que foi sofrendo as devidas adaptações em função das necessidades das crianças e da sua família. Constituiu um propósito do meu estágio em contexto de CSP e em contexto de internamento pediátrico médico-cirúrgico, **identificar os principais focos e diagnósticos de enfermagem**, estabelecendo um plano de cuidados de enfermagem individualizado, que procurasse destacar as necessidades de cuidados da criança e da sua família.

Na USF os focos de enfermagem identificados com maior frequência foram: “Desenvolvimento Infantil”, “Papel Parental”, “Vacinação”, “Vinculação”, “Amamentação” e “Ligação Mãe-Filho”. Em relação aos diagnósticos de enfermagem identificados com maior frequência, salientam-se: “Potencial para melhorar conhecimento da mãe e/ou pai sobre amamentação”, “Potencial para melhorar conhecimento da mãe e/ou pai sobre precauções de segurança”, “Potencial para melhorar conhecimento da mãe e/ou pai sobre desenvolvimento infantil” e “Potencial para melhorar capacidade da mãe e/ou pai para estimular o desenvolvimento infantil”.

Na UCC os principais focos de enfermagem identificados foram: “Gestão Comunitária”, “Interação Social”, “Saúde Comunitária”, “Comportamento de Procura de Saúde” e “Comportamento de Adesão”. Os diagnósticos mais frequentes são: “Potencial para melhorar gestão comunitária (PNSE)”, “Potencial para melhorar gestão comunitária (PNSO)”, “Potencial para melhorar o conhecimento da comunidade sobre saúde oral”,

“Potencial para melhorar a capacidade da comunidade para a escovagem dos dentes” e “Potencial para melhorar conhecimento para promover a interação social”.

No SIPMC os focos de enfermagem mais comumente utilizados são: “Eliminação Intestinal”, “Eliminação Urinária”, “Conforto”, “Queda”, “Úlcera de Pressão”, “Vinculação”, “Ligação Mãe-Filho”, “Papel Parental”, “Ingestão Nutricional”, “Sono”, “Desenvolvimento Infantil”, “Febre”, “Limpeza das Vias Aéreas” e “Dor. Em relação aos diagnósticos pode destacar-se: “Conforto comprometido”, “Risco de Queda”, “Risco de Úlcera de Pressão”, “Ingestão Nutricional Comprometida”, “Febre”, “Dor”, “Risco de compromisso do papel parental especial durante a hospitalização”, “Potencial para melhorar papel parental especial durante a hospitalização” e “Potencial para melhorar a capacidade da mãe e/ou pai para tomar conta (necessidades desenvolvimentais)”.

Em todos os contextos refleti de forma crítica sobre o plano de cuidados, os focos de enfermagem, as vigilâncias, as intervenções e os resultados obtidos. O plano de cuidados em enfermagem deve refletir a tomada de decisão e o pensamento crítico do EEESIP, sendo um plano dinâmico que varia com as necessidades da criança/jovem e da família.

A par da identificação dos focos/diagnósticos de enfermagem e do planeamento de intervenções para dar resposta as necessidades identificadas, tive a preocupação de proceder à sua documentação nos sistemas de informação em uso em cada contexto.

Os sistemas de informação possibilitam o processamento, análise e transmissão da informação para a organização e operacionalização dos dados. Através destes dados, as instituições, as organizações e a população conseguem planear, financiar, administrar, medir e avaliar os serviços de saúde (Silva P. , 2016).

Os SIE contribuem para a produção de indicadores, potenciam o desenvolvimento da investigação, a monitorização da qualidade, a formação, o financiamento e a tomada de decisão em relação às políticas de saúde. Para além disto, é espectável que procurem refletir com rigor a prática dos enfermeiros, tendo em consideração os diferentes contextos da sua assistência (Ordem dos Enfermeiros, 2007) . Segundo a Ordem dos Enfermeiros, os sistemas de informação e os registos eletrónicos devem contemplar a utilização obrigatória da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2007), procurando assim a uniformização da linguagem.

A utilização de sistemas de informação permite a partilha de conhecimentos e informação entre os diversos elementos da equipa de saúde, o que se reflete na qualidade e

continuidade de cuidados e conseqüentemente no aumento da satisfação dos profissionais de saúde, das crianças e das suas famílias.

Considero que consegui atingir os objetivos a que me propus no que diz respeito à prestação de cuidados, tendo por base o processo de enfermagem e que fui capaz de desenvolver e aplicar conhecimentos sobre os SIE.

### **Objetivo:**

- Desenvolver competências no apoio à transição e desempenho da parentalidade;

### **Reflexão Crítica:**

O conceito de parentalidade foi assumido pela primeira vez por Thomas Benedekt em 1950. Este autor preconiza tratar-se de um processo de desenvolvimento psicoafectivo comum ao pai e à mãe, a partir de uma determinada conceção da criança (Vidigal & Tafuri, 2010). A Parentalidade pode ser definida como a “Ação de tomar conta”, que contempla o:

(...) assumir as responsabilidades de ser mãe/pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados (International Council of Nurses, 2019, p. 96).

A parentalidade desenvolve-se ao longo do ciclo vital e vai mudando de acordo com as fases de crescimento e de desenvolvimento da criança.

O processo de se tornar pai ou mãe é uma das transições desenvolvimentais mais marcantes na vida de um casal. A transição para a parentalidade é um fenómeno complexo que pressupõe a aprendizagem de novos conhecimentos e de novas habilidades para a assunção efetiva do novo papel. Os pais passam a relacionar-se de modo diferente entre si e com a sociedade, assumindo uma nova identidade social, perante a qual são esperados comportamentos adequados de cuidado à criança. A transição é um processo, que decorre ao longo de diversas etapas, associada a uma noção de movimento e que pressupõe a rutura com a vida tal como era conhecida (Chick & Meleis, 2010).

As transições humanas constituem um foco central para a Enfermagem. Para Meleis, os enfermeiros enquanto cuidadores de pessoas a vivenciarem processos de transição, ajudam-nos a lidar com as mudanças, as diferenças e as exigências inerentes à nova

condição, facilitando a adaptação às mesmas (Meleis, 2010). O enfermeiro deve assumir um papel de facilitador na capacitação e no empowerment dos pais nos cuidados à criança. Só depois de perceber as necessidades e as capacidades dos pais é que poderá responder às mesmas “... promovendo os processos de adaptação, e a máxima independência na realização das atividades no cuidar dos seus filhos, suprimindo os défices de conhecimentos e aumentando as suas capacidades e habilidades” (Rebeca, 2013, p. 19).

De acordo com o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, o EEESIP implementa e gere, em parceria, um plano de saúde promotor da parentalidade, além de avaliar o seu desenvolvimento (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Pude ao longo do meu percurso de estágio conviver com famílias, que se encontravam a vivenciar o processo de transição para a parentalidade, tanto em contexto de internamento, como nos CSP.

Na USF, nas primeiras consultas após o nascimento de uma criança, procurei **avaliar o processo de transição para a parentalidade** de cada uma das famílias, tentando compreender as dificuldades, as dúvidas e os receios, os fatores facilitadores e dificultadores do processo de transição. Procurei dar-lhes oportunidade para esclarecerem dúvidas, informar sobre estratégias e treinar habilidades. Discuti com eles temas como a amamentação, o sono, hábitos intestinais e cólicas, a vacinação, a segurança e sinais de alerta relativos ao desenvolvimento infantil. Na UCC, encontrava-se implementado o curso de massagem infantil, que, para além de benefícios para o bebé e para os seus pais, foi uma oportunidade, para a assistência de enfermagem, na medida em que permitiu compreender as dificuldades sentidas pelos progenitores, havendo um momento destinado ao esclarecimento de dúvidas e partilha de ideias. Nestes momentos de partilha, conseguimos aperceber-nos da forma como os pais estavam a vivenciar o processo de transição para a parentalidade e pudemos apoiá-los nesse mesmo processo.

Uma das estratégias que utilizei para facilitar o processo de transição para a parentalidade e potenciar as competências parentais, foi dotar os pais de conhecimento, para compreenderem o desenvolvimento do seu filho e a existência de surtos evolutivos característicos, que podem afetar o exercício da parentalidade. Procurei explorar com eles o Modelo *Touchpoints* criado por Berry Brazelton, dando-lhes a saber que os primeiros anos de vida da criança são marcados por *touchpoints*, ou seja, períodos nos quais ocorrem surtos evolutivos na criança, que podem resultar numa perturbação do sistema familiar. Em cada

*touchpoint* surge uma desorganização temporária da criança e dos pais, emergindo a dúvida e o sentimento de que estão a falhar (Silva A. , 2022). Neste sentido, para evitar que mais tarde os pais se sentissem pouco competentes no exercício do seu papel parental e dominassem a possível ansiedade informei-os sobre os cuidados antecipatórios de modo a melhorar a sua compreensão acerca das competências das crianças em cada fase de desenvolvimento, antevendo problemas e estratégias de resolução dos mesmos.

Já no contexto de internamento, os pais experienciam um evento crítico no desempenho do seu papel parental. A condição de doença de um filho acarreta ainda mais dificuldades no exercício do papel parental, já por si bastante complexo.

O processo de hospitalização de uma criança, representa um evento crítico na transição parental que, não só pode dificultar a experiência dos indivíduos enquanto pais, como também desafiar o decurso do exercício parental (Sousa et al., 2023, p.5). O internamento de uma criança tem repercussões na dinâmica familiar já instituída, na satisfação familiar, nas expectativas e no padrão de relacionamento entre os pais. Os pais têm necessidade de gerir incertezas, adquirir novos conhecimentos e habilidades e em alguns casos construir novos significados sobre as suas vidas e as vidas dos seus filhos (Figueiredo et al., 2013). A sua atitude perante o processo de hospitalização de um filho é variável, dependendo da própria personalidade, da atitude dos enfermeiros e das características pessoais da criança (Sousa et al., 2023). Uma boa relação entre a equipa de enfermagem, os pais e a criança é crucial para um processo de hospitalização mais saudável.

A hospitalização da criança implica muitas vezes uma crise na identidade parental com incerteza dos pais relativamente àquilo que podem ou não fazer e/ou o que os profissionais esperam que eles façam. É importante que os enfermeiros estejam atentos às expectativas dos pais e os envolvam nos cuidados ao seu filho, salvaguardando a ideia que o filho não deixa de ser deles, só por se encontrar hospitalizado. Neste sentido procurei **identificar as necessidades parentais**, esclarecendo dúvidas relativamente ao estado de saúde da criança; avaliei o conhecimento e habilidades dos pais no desempenho do papel parental à criança hospitalizada e fiz questão de **promover o envolvimento dos pais no desempenho do papel parental durante a hospitalização**, para que desta forma se sentissem seguros e dotados de conhecimentos e habilidades para, de forma autónoma, se tornarem os melhores gestores de cuidados e do regime terapêutico dos seus filhos.

Destaco uma situação com alguma complexidade experienciada no contexto de internamento: uma família a viver transições múltiplas e simultâneas. O casal referido

encontrava-se a viver o processo de transição para a parentalidade (transição desenvolvimental) e, simultaneamente lidava com o processo de adaptação à doença crónica da sua bebé (transição saúde-doença). Esta experiência reforçou a ideia de que o ser humano pode viver em simultâneo vários processos de transição e acarretou um esforço acrescido por parte de toda a equipa, na medida em que tiveram de facilitar a vivência não de apenas um processo de transição, mas de vários, que neste caso ocorreram em simultâneo. A equipa de enfermagem, enquanto procurou facilitar o processo de transição para a parentalidade esclarecendo dúvidas relacionadas com a amamentação e a prestação de cuidados ao RN, tentou compreender as dúvidas, inquietações e receios desta família, decorrentes do diagnóstico da doença crónica.

Na minha ótica, a situação acima elencada revela-se um desafio para a Enfermagem e uma oportunidade de atuação para o EEESIP, que é a pessoa mais preparada para ajudar esta família.

### **Objetivos:**

- Implementar os diferentes Programas de Saúde, aplicáveis à população pediátrica;
- Desenvolver conhecimentos e competências no âmbito da vigilância da saúde infantil e juvenil.

### **Reflexão Crítica:**

As consultas de vigilância da saúde infantil e juvenil destinam-se à vigilância, manutenção e promoção da saúde da criança e do jovem, desde o nascimento até ao final da adolescência. Têm como objetivos, avaliar o crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem; estimular a adoção de comportamentos promotores de saúde, nomeadamente alimentação saudável, prática regular de exercício físico, sexualidade responsável, brincadeira, atividades de lazer ao ar livre e em ambientes despoluídos; estimular a prevenção de comportamentos de risco associados a consumos nocivos, stress, maus tratos e exposição solar inadequada; promover o cumprimento do PNV, a suplementação vitamínica e mineral nas idades e situações indicadas, a saúde oral, a adoção de medidas de segurança, o desenvolvimento pessoal e social e a autodeterminação para o autocuidado e a tomada de decisão responsável na saúde; detetar precocemente e encaminhar malformações congénitas e doenças crónicas, perturbações da visão, audição e linguagem, perturbações no desenvolvimento estatuto-ponderal e psicomotor, alterações comportamentais, emocionais

e relacionais, maus-tratos e problemas orais; apoiar e estimular a autoestima do adolescente e a sua progressiva responsabilização pelas escolhas de saúde, o exercício das responsabilidades parentais e o bem estar da família (Direção Geral da Saúde, 2013) (Fernandes & Andrade, 2020).

As consultas de vigilância da saúde infantil e juvenil constituem um espaço privilegiado da prática clínica, que favorece a aquisição do autocuidado e facilita a obtenção e desenvolvimento de conhecimentos e habilidades que visam a melhoria da qualidade de vida da criança, adolescente e família (Fernandes & Andrade, 2020). Na sua concretização, os enfermeiros servem-se de instrumentos, protocolos assistenciais e orientações do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ). A última versão do PNSIJ foi emitida pela DGS em 2013 e apresenta como linhas de ação a calendarização de consultas de vigilância da saúde infantil e juvenil em idades chave, conciliadas com o esquema cronológico preconizado pelo PNV, de forma a reduzir o número de deslocações aos CSP; a valorização dos cuidados antecipatórios como fator de promoção da saúde e de prevenção da doença proporcionando aos pais ou pessoa significativa, os conhecimentos e as habilidades necessárias para o exercício da parentalidade, salvaguardando sempre os direitos das crianças; responsabilização progressiva das crianças e dos jovens em questões relacionadas com a sua saúde; investimento na prevenção de perturbações emocionais; deteção precoce e encaminhamento de situações que possam afetar de forma negativa a saúde e vida da criança/adolescente; efetivação do trabalho multidisciplinar e articulação entre estruturas, programas e projetos, dentro e fora do setor da saúde que contribuam para o bem estar, crescimento e desenvolvimento das crianças e jovens (Direção Geral da Saúde, 2013).

Durante o estágio, tive oportunidade de **realizar 8 consultas de vigilância da saúde infantil e juvenil** a crianças e jovens de diferentes faixas etárias, salientando, no entanto, o maior volume de consultas a crianças com idades inferiores a 10 anos. As consultas foram realizadas em gabinete próprio, equipado para o efeito e com decoração adaptada à faixa etária em causa. Foi prezada a relação de cooperação multiprofissional. Numa primeira instância a criança e os seus pais eram chamados pela EEESIP e por mim, que nos apresentávamos e acolhíamos a família. Posteriormente era solicitado o Boletim de Saúde Infantil e Juvenil e em função da idade da criança era pedida a colaboração dos pais para despir a criança. A avaliação dos dados antropométricos foi sempre realizada com a colaboração dos pais, ou da própria criança consoante a idade em causa, isto depois de lhes

ter sido explicado o procedimento. Posteriormente eram efetuados os registos no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil.

Para crianças na faixa etária dos 0 aos 6 anos de idade procedeu-se à avaliação do desenvolvimento, tendo por referência a escala de Mary Sheridan Modificada. Para além desta escala é importante valorizar toda a interação e comportamentos da criança, para se obter uma avaliação rigorosa do seu desenvolvimento.

Perante uma suspeita de alteração do desenvolvimento com recurso à escala de Mary Sheridan, impõe-se a necessidade de avaliações subsequentes. Importa referir que a aquisição de competências desenvolvimentais é um processo flexível e dinâmico, e não é expectável que todas as crianças adquiram todas as competências na mesma idade. No caso de se confirmar alguma alteração desenvolvimental, é importante proceder a uma adequada referenciação e encaminhamento.

Procurei abordar junto dos pais, atividades e estratégias promotoras do desenvolvimento, para que os seus filhos pudessem atingir o máximo das suas potencialidades.

Um outro aspeto que privilegiei nas consultas de vigilância da saúde infantil e juvenil foram os cuidados antecipatórios, como fatores de promoção da saúde. Ao abordar estes aspetos, procurei utilizar uma linguagem acessível, ter credibilidade e transmitir uma informação relevante para a criança/jovem e respetiva família. Assegurei-me de que a mensagem disponibilizada fosse clara, concisa e transmitida no momento certo. Tive a preocupação de atender aos condicionalismos de cada uma das famílias e estabelecer uma efetiva parceria de cuidados com estas, de forma a **facilitar e desenvolver ações de promoção de saúde**.

Os cuidados antecipatórios consistem num conjunto de informações sobre temas chave em função da idade da criança. O fornecimento desta informação deve ser dirigido à família ou à própria criança, com vista à maximização do potencial de desenvolvimento infantojuvenil. Os temas sugeridos podem ser abordados individualmente ou em grupo e em diferentes contextos. Alguns dos temas abordados remetem-nos para a alimentação, hábitos de vida saudável, saúde oral, higiene, hábitos de sono, hábitos intestinais e cólicas, acidentes e segurança, sinais e sintomas de alerta, adaptação à creche/escola, relações emocionais, sexualidade e comportamentos.

Para além dos aspetos acima elencados, as consultas de vigilância da saúde infantil e juvenil permitiram **promover a imunização, de acordo com o PNV**.

O PNV é um programa universal, gratuito e acessível a todas as pessoas presentes em Portugal. Foi implementado em 1965 e desde então mantém os seus princípios básicos: universalidade, gratuidade, acessibilidade, equidade e aproveitamento de todas as oportunidades para a vacinação. Visa proteger a população contra doenças suscetíveis de ameaçarem a saúde pública e individual e para as quais há proteção eficaz através da vacinação (Direção Geral da Saúde, 2020). Aquando das consultas tentei perceber o conhecimento e a reação dos pais perante a imunização, procurando reforçar junto deles a importância individual e coletiva subjacente à vacinação. A imunização está devidamente planeada e coincide na maior parte dos casos com as 18 consultas de vigilância planeadas até aos 18 anos de idade, todavia estas consultas calendarizadas não são rígidas, podendo sofrer ajustes de acordo com a necessidade particular de cada criança. Durante os momentos de vacinação, aproveitava para verificar o esquema vacinal, registava a inoculação do momento e procedia ao agendamento das próximas vacinas. Antes da sua administração, informava os pais do nome das vacinas e doenças contra as quais oferecia proteção. Explicava possíveis efeitos adversos e modo de agir perante os mesmos. A transmissão destes conhecimentos e a disponibilidade que demonstrei para que os pais esclarecessem as suas dúvidas, permitiu que se sentissem mais empoderados relativamente ao exercício do seu papel parental.

No momento da vacinação, pedia autorização à criança e aos respetivos pais para realizar o procedimento. Utilizei, sempre que possível, estratégias de distração e de alívio da dor e incentivei as mães a amamentarem os seus bebés aquando da administração das vacinas, se se sentissem confortáveis em fazê-lo, pois, de acordo com a OMS esta estratégia diminui a dor associada a este procedimento (Organização Mundial da Saúde, 2015).

Após estas intervenções, a criança era observada pelo médico, que se deslocava ao gabinete de enfermagem para fazer a sua avaliação e terminar a consulta.

No final de todas as consultas de vigilância da saúde infantil e juvenil, procedi ao adequado registo da informação obtida ao longo da mesma, quer no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil, quer no S-Clínico, de forma a poder dar continuidade aos cuidados de saúde.

Ainda relativamente aos diferentes Programas de Saúde, aplicáveis à população pediátrica, procurei **compreender a operacionalização do PNSE**. O Plano Nacional de Saúde, reconhece a escola como sendo um contexto ideal no que diz respeito a oportunidades de educação para a saúde e prevenção da doença, por ser o local onde as crianças passam a

maior parte do tempo. O PNSE visa contribuir para a saúde, educação, equidade, participação e responsabilização de todos para o bem-estar e qualidade de vida das crianças e dos jovens (Direção Geral da Saúde, 2015). É um instrumento orientador das políticas nacionais no que se refere à promoção da saúde em meio escolar e tem como destinatários toda a comunidade educativa, nomeadamente crianças, alunos/as, pessoal docente e não docente, pais/mães ou encarregados de educação. O PNSE defende e apoia a promoção de estilos de vida saudáveis e a elevação do nível de literacia em saúde da comunidade educativa; contribui para a melhoria da qualidade do ambiente escolar e para a minimização dos riscos para a saúde; promove a saúde, previne a doença da comunidade educativa e reduzir o impacto dos problemas de saúde no desempenho escolar dos/as alunos/as e estabelece parcerias para a qualificação profissional, a investigação e a inovação em promoção e educação para a saúde em meio escolar (Direção Geral da Saúde, 2015). A nível local, a operacionalização do PNSE é da responsabilidade dos ACES, nomeadamente das equipas de saúde escolar da UCC (Direção Geral da Saúde, 2015)

Este programa está organizado em torno de seis eixos estratégicos: Capacitação, Ambiente Escolar e Saúde, Condições de Saúde, Qualidade e Inovação, Formação e Investigação em Saúde Escolar e Parcerias.

No processo de capacitação, a saúde escolar contribui para elevar o nível de literacia em saúde da comunidade educativa e são desenvolvidas intervenções no âmbito da Saúde Mental e Competências Socioemocionais; Educação para os afetos e a sexualidade; Alimentação saudável e Atividade Física; Higiene corporal e Saúde Oral; Hábitos de sono e repouso; Educação postural e Prevenção do consumo de tabaco, bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas (Direção Geral da Saúde, 2015). Neste eixo estratégico, tive oportunidade de **planear, implementar e avaliar ações de educação para a saúde**, no âmbito da promoção da saúde oral (Apêndice I) junto de quatro turmas do primeiro ciclo. Para além disso contei com a possibilidade de **participar numa reunião com a docente responsável pelo projeto PES**, de um agrupamento da área de abrangência do ACES onde efetuei o meu estágio. Esta reunião realiza-se todos os anos no início de cada ano letivo, de forma a avaliar as necessidades em saúde da comunidade educativa para posterior planeamento de ações de educação para a saúde.

No eixo estratégico de Condições de Saúde, pude **compreender o processo de sinalização e referenciação de crianças com NSE**. As NSE resultam de problemas de saúde com impacto na funcionalidade e necessidade de intervenção em meio escolar, como

sejam, irregularidade ou necessidade de condições especiais na frequência escolar e impacto negativo no processo de aprendizagem ou no desenvolvimento individual (Direção Geral da Saúde, 2015, p. 43).

É importante que se identifiquem e referenciem as crianças com NSE, por forma a diminuir o impacto que a sua condição de saúde tem no desempenho e vida escolar.

Pude **acompanhar a elaboração de um PSI**, de uma criança com Diabetes Tipo I, que havia mudado de escola. A equipa de saúde escolar foi contactada no sentido de poder sensibilizar a comunidade educativa sobre a doença, sinais e sintomas de hipoglicemia e hiperglicemia e modo de atuação em cada uma destas situações.

O PSI é elaborado pela equipa de saúde escolar, em articulação com os recursos dos serviços de saúde, tendo em consideração as condições de saúde da criança/jovem e os fatores facilitadores e/ou barreira do contexto escolar, envolvendo um elemento do estabelecimento de educação e ensino e o/a pai/mãe ou encarregado/a de educação (Direção Geral da Saúde, 2015). No decorrer do PSI supramencionado, **assisti a uma ação de formação realizada pela EEESIP no âmbito da Diabetes Tipo I**, que teve como público alvo o pessoal docente e não docente, os pais e a criança em causa. Durante esta sessão incentivou-se a partilha de conhecimentos dos pais e da própria criança, pois efetivamente são eles que estão mais habituados a conviver com a doença e com as suas particularidades. A EEESIP mostrou disponibilidade para esclarecer as dúvidas existentes e referiu a possibilidade de voltar à escola, caso a situação o justificasse.

Esta pequena reflexão, põem em destaque alguns dos programas de saúde aplicáveis à população pediátrica e a forma como procedi para lhes dar resposta ao longo do período de estágio. Acredito que as experiências que me foram proporcionadas me permitiram ter uma visão abrangente do papel do EEESIP e da sua importância nos diversos contextos assistenciais.

### **Objetivo:**

- Desenvolver competências relativas à promoção da adaptação da criança e família à doença e ao processo de hospitalização.

### **Reflexão Crítica:**

A hospitalização de uma criança, afeta não apenas a criança, mas toda a família, estando associada a momentos de stress. A doença e a hospitalização de uma criança

provocam sofrimento no seio das famílias e pode mesmo refletir-se de forma negativa no desenvolvimento da criança e da família que vivenciaram esta crise (Antão et al., 2018).

O ambiente desconhecido, os procedimentos dolorosos, as alterações da rotina diária, são alguns dos fatores que causam ansiedade e medo na criança e na família e que podem contribuir para que a experiência de hospitalização tenha efeitos negativos. A hospitalização pode refletir-se no desenvolvimento da criança, nomeadamente regressões em termos de desenvolvimento, alterações no padrão de sono, alterações na alimentação e falta de energia (Carvalhais et al., 2022).

Para os pais, a hospitalização de um filho é um acontecimento atípico, que conduz à necessidade de modificação de rotinas e adaptação a uma nova realidade. Está associada a sentimentos de impotência, desconfiança, medo, revolta, tristeza, angústia e culpa (Hockenberry & Wilson, 2014). O medo que sentem está associado às intervenções médicas e ao medo da morte (Antão et al., 2018). Durante a permanência no hospital, os pais, têm muitas vezes de conciliar tarefas, como o cuidado ao filho hospitalizado, as tarefas domésticas, o cuidado a outros filhos e atender às repercussões económicas que advém da ausência laboral. Sentem a hospitalização de um filho como uma separação e uma rutura com os hábitos familiares quotidianos, o que se traduz em sentimentos capazes de afetar o desempenho do papel parental (Antão et al., 2018). A forma como os pais reagem à hospitalização de um filho depende de vários fatores, entre os quais se destacam, a gravidade da doença, experiências anteriores, os procedimentos médicos envolvidos no diagnóstico e tratamento, a rede de apoio disponível, as suas características pessoais e estratégias de enfrentamento, a existência de outros problemas familiares, crenças religiosas e a comunicação entre os membros da família (Hockenberry & Wilson, 2014).

Para a criança, a doença e consequentemente a hospitalização corresponde muitas vezes a uma das primeiras crises com que se depara. Este evento traumático provoca na criança ansiedade e pode ter um impacto no seu desenvolvimento físico e emocional (Monteiro R. , 2021). Os principais elementos stressores associados à hospitalização são: a separação dos pais, o medo do desconhecido, a perda de controlo e autonomia, a lesão corporal e o medo da morte (Tavares, 2020). Estes fatores adquirem mais ou menos importância consoante a idade da criança, a sua rede de apoio, as experiências de saúde anteriores e a gravidade da situação (Hockenberry & Wilson, 2014).

Uma das estratégias para desmistificar a hospitalização aos olhos das crianças e dos seus pais é a preparação da mesma por parte dos profissionais de saúde (Tavares, 2020),

sendo que esta preparação começa no momento da admissão, quando os internamentos não são programados, o que acontece na maior parte das vezes. Sabendo isto de antemão, **participei no processo de admissão das crianças e das suas famílias.** Segundo Sanders a preparação da hospitalização de uma criança tem como objetivo desmistificar a ideia de que o hospital é um local estranho e inóspito e fomentar uma relação de confiança entre a família e os profissionais de saúde (Sanders, 2014). Aquando do momento de admissão da díade, procurei que a mesma fosse feita em local próprio para o efeito, longe da “confusão” das enfermarias e dos corredores, dando-me a oportunidade de estabelecer a partir daquele momento o início de uma relação terapêutica com aquela família. Apresentei-me e fiz questão de saber quem eram aqueles pais e aquela criança, estabelecendo *à priori* uma relação de empatia com cada uma das famílias. Expliquei as normas de funcionamento do serviço e os horários de visitas. Como a informação facultada pode ser difícil de assimilar num momento stressante, como a hospitalização de um filho, facultei um panfleto informativo, elaborado pelo serviço, para que a informação pudesse ser consultada mais tarde. Mostrei as instalações às crianças e à família e fiz questão que as crianças compreendessem que existia uma sala de atividades que podiam utilizar sempre que quisessem e se a sua situação clínica o permitisse. Um outro aspeto que vários autores realçam como importante, durante a hospitalização de uma criança é o ambiente. É importante proporcionar à criança um ambiente hospitalar seguro e afetuoso, que contorne a ideia de um ambiente ameaçador, envolto em barulhos estranhos e materiais mais estranhos ainda. Neste seguimento existem medidas que podem ser adotadas, como a caracterização das paredes com ilustrações, tendo em atenção a diversidade de faixas etárias, a possibilidade de colocar música nos quartos e na sala de atividades, a existência de televisões em que seja possível aceder a programas infantis (Diogo , 2012). A par disto, permiti que a criança pudesse trazer consigo para o hospital alguns dos seus brinquedos preferidos, que lhe dão a ideia de casa e lhe transmitem uma maior sensação de segurança (Sposito et al., 2018).

Quer no momento de admissão, quer ao longo do restante tempo de internamento, **mantive uma comunicação eficaz, adaptada à idade da criança e culturalmente sensível,** privilegiei uma linguagem simples e explicações claras, adequadas quer ao grau de desenvolvimento da criança, quer ao nível de compreensão dos pais/pessoa significativa. Antes de qualquer procedimento, expliquei à criança e aos seus pais o que ia fazer e o porquê de o fazer, solicitando sempre a sua colaboração. Pretendi ser honesta com as crianças e muni-las de conhecimento em função da sua idade, criando também oportunidades para

esclarecerem as suas dúvidas. Está comprovado, que as crianças respondem melhor quando estão devidamente informadas acerca do que lhes vai acontecer (Tavares, 2011).

Um outro aspeto de extrema importância quando nos reportamos à hospitalização de uma criança são os cuidados atraumáticos. O principal pressuposto dos cuidados atraumáticos é evitar o afastamento da criança da sua família, estimular um sentido de controlo e evitar ou minimizar o sofrimento corporal ou dor (Hockenberry & Wilson, 2014). A prestação de cuidados atraumáticos tem o potencial de diminuir os efeitos negativos associados à hospitalização na criança e na família (Carvalhais et al., 2022). Durante o estágio, **privileiei a prestação de cuidados atraumáticos.**

Para proporcionar à criança uma maior sensação de controlo e minimizar o sofrimento corporal e a dor, envolvi-a, sempre que oportuno, nos cuidados dando-lhe a oportunidade de mexer nos dispositivos e solicitando a sua colaboração. Tentei manter ao máximo os hábitos e as rotinas da família, por exemplo a hora do banho, as rotinas antes de dormir e as brincadeiras.

Para minimizar a experiência de dor, utilizei estratégias farmacológicas e não farmacológicas, como sejam a utilização de pomada anestésica EMLA®, a utilização de técnicas de distração, a imaginação guiada e o reforço positivo (Carvalhais et al., 2022). A brincadeira é uma outra estratégia que está associada a um impacto menos negativo da hospitalização e da dor, é capaz de proporcionar diversão e relaxamento, ajuda a criança a sentir-se mais segura num ambiente estranho, minimiza a ansiedade da separação e as saudades de casa, alivia tensões e constitui uma forma de expressão de sentimentos, estimula a interação e o desenvolvimento de atitudes positivas em relação a outros, ajuda na realização de objetivos terapêuticos e coloca a criança em posição ativa, oferecendo-lhe a possibilidade de fazer escolhas e de se sentir no controle da situação (Tavares, 2011) (Sanders, 2014).

Para além destes aspetos mais específicos subjacentes à experiência da hospitalização, esta também constituiu uma oportunidade para as crianças se tornarem capazes de gerir situações stressantes e de desenvolverem as suas capacidades para enfrentar situações menos favoráveis. Além disso o ambiente hospitalar pode fornecer às crianças novas experiências de socialização, o que lhes permite ampliar as suas relações interpessoais e pode constituir um ambiente favorável para a promoção de hábitos de saúde (Hockenberry & Wilson, 2014). Aproveitei todas as oportunidades para **educar para a saúde e dotar os pais de conhecimentos** sobre o crescimento e o desenvolvimento infantil, tornando-os capazes de prestar cuidados de saúde específicos aquando do regresso a casa.

De uma forma geral e atendendo à realidade vivida, considero que fui capaz de tornar menos penoso o processo de hospitalização das famílias e de as apoiar num momento de grande vulnerabilidade. Todavia, apenas contactei com hospitalizações curtas, o que no fundo é uma tarefa mais facilitada. Acredito que processos de hospitalização mais longos, são acrescidos de desafios, que não tive a oportunidade de experimentar.

## **4.2. Domínio da Formação**

A formação é um elemento essencial para a excelência que se pretende obter nos cuidados de enfermagem, sendo que a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem está diretamente relacionada com o investimento formativo a nível pessoal e profissional por parte dos enfermeiros.

Todos os enfermeiros têm um percurso formativo que se inicia com a sua formação académica inicial, onde obtém as qualificações necessárias para o desempenho da sua profissão. Todavia, a formação inicial carece de um complemento, com necessidade de aperfeiçoamento de competências e renovação de conhecimentos, para possibilitar o acompanhamento do progresso científico e tecnológico (Marques, 2021). A formação permanente, consiste num processo contínuo de aprendizagem com início após a formação básica e através do qual se aprofundam os conhecimentos com vista ao desenvolvimento pessoal e profissional. Esta formação envolve a formação contínua e a formação em serviço. A formação contínua estimula o desenvolvimento pessoal e profissional e a formação em serviço pretende corrigir ou colmatar as necessidades formativas dos profissionais de uma equipa (Marques, 2021).

A formação apresenta-se como:

(...) um processo de transformação individual que acarreta a tripla dimensão, do saber, no qual se inclui o conhecimento; do saber fazer, que diz respeito às capacidades (competências); e do saber ser, que integra as atitudes (Marques, 2021, p. 2).

Marques (2021), considera que a formação contínua em enfermagem envolve três grandes dimensões: conhecimento, competências e atitudes, que constituem para além de uma forma de desenvolvimento pessoal e profissional um dever para com a profissão (Marques, 2021).

Segundo o Regulamento nº140/2019, é uma das competências do Enfermeiro Especialista, assegurar a “(...) formulação e a implementação de processos de formação e desenvolvimento na prática clínica” (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

### **Competências:**

- Manter, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional;
- Gerir de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiência profissional e de vida, e da sua formação pós-graduada.

### **Objetivos:**

- Desenvolver competências no âmbito da formação pessoal e profissional;
- Atualizar os conhecimentos adquiridos com a formação inicial, a experiência profissional e a formação pós-graduada.

### **Reflexão Crítica:**

A formação contínua é necessária para o desenvolvimento de um processo considerado ininterrupto e sempre inacabado, com potencialidade para ser renovado de forma permanente. As necessidades formativas surgem não só pela crescente complexidade das situações clínicas, mas também pela exigência da criança e família em obterem respostas eficazes por parte dos profissionais de saúde. A formação contínua do enfermeiro constitui não só uma forma de desenvolvimento pessoal e profissional, mas um dever para com a profissão que representa.

A Ordem dos Enfermeiros, no Regulamento nº656/2021, propõe que a formação profissional assume uma importância considerável na capacidade de resposta da Enfermagem e dos enfermeiros aos desafios atuais, isto com vista à obtenção de um exercício profissional de excelência, o que por sua vez constitui um fator diferenciador e determinante em matéria de empregabilidade, adaptabilidade, desenvolvimento profissional e realização pessoal (Ordem dos Enfermeiros, 2021).

O Código Deontológico do Enfermeiro, inserido no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, refere que o enfermeiro assume o dever de manter a atualização contínua dos seus conhecimentos, através de ações de qualificação profissional (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Entre as ações de qualificação profissional salientam-se as formações internas,

também designadas de formações em serviço, ou então formações externas que se baseiam sobretudo em práticas de autoformação e frequência de seminários, congressos, palestras e formações pós-graduadas.

Durante o meu estágio pude **participar em formações internas organizadas pelos serviços**.

No contexto de internamento, pude participar numa formação, cujo público-alvo eram médicos e enfermeiros, sobre a terapia de alto fluxo. Nesta formação, para além dos contributos recebidos na área pediátrica em específico, pude partilhar os contributos da minha experiência com esta técnica em adultos. Desenvolvi uma compreensão mais efetiva sobre indicações para a utilização da cânula nasal de alto fluxo em crianças, o modo de funcionamento do equipamento e as suas particularidades no utente pediátrico. Refleti sobre a importância de escolher cânulas devidamente ajustadas à estrutura anatómica da criança e de ter em atenção os parâmetros de oxigénio, fluxo de ar e temperatura programados. Esta formação revelou-se de particular importância uma vez que nenhum membro da equipa estava familiarizado com esta técnica, estando até então destinada exclusivamente ao serviço de cuidados intensivos neonatais. Pude aperceber-me que toda a equipa estava disponível para aprender apesar de receosa por utilizar uma técnica nova. No final da formação foi levantada a possibilidade da formação poder ser repetida, por forma a que todos os profissionais pudessem usufruir da mesma e esclarecer dúvidas decorrentes da utilização do equipamento.

Relativamente a formações externas aos serviços, **participei no webinar “Alimentação no primeiro ano de vida: o pediatra responde”**. Este webinar foi promovido por um hospital privado, decorreu em formato online no dia 18 de setembro de 2023, teve como palestrante uma pediatra e como público-alvo profissionais de saúde e pais. Incluiu um momento expositivo em que foram explicados os benefícios do aleitamento materno, a importância da alimentação infantil durante os primeiros meses de vida e a introdução alimentar. Durante este webinar procurou-se ainda abordar as diferenças, riscos e benefícios entre o método tradicional de alimentar a criança e o método Baby Led Weaning (BLW). No final houve um momento destinado à exposição de dúvidas e à partilha de experiências.

Este webinar surgiu aquando da realização do estágio em CSP e foi importante para aumentar o meu conhecimento sobre a introdução alimentar e para poder responder às

dúvidas colocadas pelos pais sobre este tema nas consultas de vigilância de saúde infantil e juvenil.

Pude assistir a um webinar na área da neonatologia: **“Pensar em Neonatologia: da complexidade à essência dos cuidados”**, sob o tema **“Impacto da morte e de situações de elevada complexidade nos profissionais de saúde”**. Este webinar foi organizado pelo departamento de Pediatria de um hospital da zona sul do país e realizado no dia 23 de setembro de 2023. O momento de partilha contou com a participação de vários profissionais, nomeadamente Médicos, EESIP e Psicólogos, permitindo refletir sobre os conceitos da morte e a perspetiva da morte em contexto profissional; o luto dos profissionais após a morte das crianças/jovens que assistem e o impacto que esta situação tem quer na sua vida pessoal, quer na vida profissional. A par disto foram discutidas algumas estratégias para os profissionais de saúde lidarem com a morte das crianças/jovens a quem prestaram cuidados. Infelizmente este é um tema com que todos os profissionais de saúde se veem confrontados no decorrer da sua prática. A participação neste webinar contribuiu para o meu desenvolvimento profissional na medida em que me forneceu estratégias para melhor lidar com a morte em idade pediátrica.

**Participei na formação “Health Insights”**, que se realizou no dia 19 de setembro de 2023, em formato online. Esta formação foi promovida por uma associação e contou com a participação de vários enfermeiros. Abordou temas tão diversos como a promoção da saúde sexual, sinais de saúde relacionados com o ciclo fértil feminino e conservação de células estaminais do cordão umbilical. A formação realizou-se durante o período de estágio na UCC e foi sugerida pela enfermeira orientadora, como forma de melhorar a minha capacidade de abordar temas mais sensíveis, como a sexualidade na adolescência. Apesar de não ter realizado nenhuma ação de formação sobre sexualidade, junto dos jovens considero que os temas debatidos e a forma simples como se falou da sexualidade na adolescência me permitiu ganhar conhecimentos e competências para um dia mais tarde abordar este tema junto dos mais jovens.

A minha prática de cuidados baseou-se, para além dos conhecimentos adquiridos com estas formações, nos conhecimentos teóricos e práticos que já detinha da minha licenciatura, pós-graduação, componente teórica do curso de mestrado e experiência profissional. Houve, no entanto, situações em que estes conhecimentos se revelaram insuficientes e tive a necessidade de realizar pesquisa bibliográfica mais sistematizada, ou para responder às questões dos pais ou para melhorar a minha prática de cuidados. Realço

por exemplo a necessidade de pesquisas mais aprofundadas sobre materiais de tratamento de feridas complexas, uma vez que tive de prestar cuidados a uma jovem com uma ferida extensa na região genital. Após discussão com vários enfermeiros cheguei à conclusão que teria de fazer uma pesquisa mais exaustiva no sentido de conhecer as opções disponíveis no mercado para tratar este tipo de feridas. Dado o grande número de cirurgias do foro da otorrinolaringologia, no contexto de internamento, senti necessidade de aprofundar os meus conhecimentos relativos aos cuidados de enfermagem após estas cirurgias. Considerando a realidade atual e a inquietação demonstrada por muitos pais em contexto de internamento e nas consultas de vigilância de saúde infantil e juvenil em relação ao sono dos seus filhos, tive necessidade de consultar as recomendações atuais sobre as estratégias de promoção do sono.

### **Competências:**

- Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros;
- Identificar as necessidades formativas na sua área de especialidade;
- Promover formação em serviço na área da especialização;
- Analisar problemas de maior complexidade relacionados com a formação em Enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica.

### **Objetivos:**

- Realizar formação em serviço atendendo às necessidades de formação identificadas;
- Refletir e debater as necessidades formativas na área da saúde infantil e pediátrica;
- Orientar a planificação de uma ação de formação realizada por uma estudante do curso de licenciatura.

### **Reflexão Crítica:**

Segundo o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, um Enfermeiro Especialista detém a responsabilidade de facilitar as aprendizagens em contexto de trabalho, cabe-lhe a ele diagnosticar as necessidades formativas, gerir programas e dispositivos formativos, favorecer a aprendizagem e o desenvolvimento de habilidades de outros enfermeiros, atuar como formador em contexto de trabalho e avaliar o impacto das formações que realiza (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Assume, portanto, um papel de relevo na área da formação em serviço.

A formação em serviço é uma atividade formativa desenvolvida em resposta a problemáticas/situações identificadas no seio de uma profissão e que pressupõe a aquisição de conhecimentos, capacidades e atitudes para o exercício dessa mesma profissão. Deve ser programada e desenvolvida face às necessidades do serviço, de maneira a refletir e valorizar as necessidades formativas e não apenas ser uma programação efetuada abordando um conjunto de temas soltos (Relvas, 2018). A formação em serviço tem como objetivo a contextualização do conhecimento teórico na resolução de problemas da prática dos enfermeiros (Menoita, 2011). Segundo esta autora, os ambientes laborais devem criar oportunidades de reflexão e atualização do conhecimento, permitindo aos profissionais o debate de ideias e a aprendizagem em equipa. A formação em serviço, decorre simultaneamente com a prática profissional e visa a resolução de problemas específicos dos diferentes serviços (Ferreira, 2015). O contexto de trabalho é uma excelente fonte de formação e é neste mesmo contexto que o enfermeiro assimila e aprofunda a maior parte dos conhecimentos adquiridos (Ferreira, 2015).

Seguindo estes pressupostos e como futura enfermeira especialista, pretendi também eu, contribuir para o processo formativo de outros enfermeiros, propondo-me a **realizar formação a pares, concretizando o processo desde a avaliação das necessidades, à avaliação.**

Segundo Chiavenato, o processo formativo envolve a construção de um plano de formação, que envolve quatro fases: identificação das necessidades, planeamento da formação, implementação da formação e avaliação da formação (Chiavenato, 2015).

Neste sentido, cumpriu-se o dever de **identificar as necessidades formativas da equipa**. A anteceder qualquer intervenção em saúde, tem de existir um diagnóstico da situação, que seja fiável e atualizado (Relvas, 2018). Na UCC após um processo de reflexão com a EEESIP, chegamos à conclusão de que o “Sono das Crianças e dos Jovens” era um tema que suscitava alguma inquietação entre os membros da equipa e que preocupava os pais e os educadores. Nas deslocações às escolas foram muitos os professores que nos reportaram que as crianças não dormiam, ou que dormiam mal. Também os restantes colegas que desenvolviam trabalho no âmbito da saúde escolar referiam esta mesma preocupação. Perante a realidade constatada e sabendo que os hábitos de sono constituem uma função vital básica, compreendemos que uma formação na área do sono seria uma vantagem para a equipa. Neste sentido, **planeei, realizei e avaliei a formação de pares sobre a “Higiene do Sono em Crianças e Jovens”.**

Para preparar a sessão comecei por realizar uma pesquisa bibliográfica sobre o tema e mobilizei alguns conhecimentos que detinha previamente. Posteriormente **realizei o planejamento da sessão educativa.**

Seguiu-se a fase de implementação da sessão. A ação de formação realizou-se no dia 12 de outubro de 2023 na sala de reuniões da UCC, pelas 14h. Contou com a participação de enfermeiros e assistentes técnicos da UCC, num total de 12 participantes. Teve como objetivo capacitar os enfermeiros relativamente à promoção de hábitos de sono saudáveis nas crianças e nos jovens e foram abordados aspetos dentro da temática como: o sono e a sua importância para o desenvolvimento das crianças e jovens; os principais distúrbios do sono, característicos da idade pediátrica; as consequências para as crianças e jovens associados à privação do sono e estratégias para promover a higiene do sono nas crianças e nos jovens.

Em primeira instância procedeu-se à gestão do ambiente onde ocorreu a formação, garantindo uma luminosidade adequada e a acomodação dos participantes. Assegurou-se o adequado funcionamento dos aparelhos eletrónicos, como computador e projetor.

Preparado o ambiente deu-se início à ação de formação, cujo planeamento e material necessário para a realização da mesma pode ser consultado no Apêndice II. Como forma de avaliar o conhecimento detido pelos participantes sobre a temática em causa, foram colocadas questões antes do início da apresentação. Privilegiou-se o método expositivo no decorrer da sessão, no entanto foi dada oportunidade aos formandos para partilharem experiências e colocarem as suas dúvidas.

No final da sessão e como forma de avaliar o conhecimento adquirido com a mesma, fizeram-se exatamente as mesmas questões que haviam sido feitas no início da formação, seguindo os mesmos métodos. Inevitavelmente esta forma de avaliação dos objetivos a atingir acarreta vantagens e desvantagens. A elaboração de um questionário como atividade de diagnóstico do conhecimento existente e um outro após a realização da intervenção seria o ideal uma vez que estaria sujeito a menos vieses, no entanto implicaria uma maior disponibilidade e tempo por parte dos participantes, o que não foi possível nesta intervenção.

De uma forma geral, pode constatar-se que houve uma melhoria do conhecimento relativamente às questões colocadas sobre o sono, nomeadamente na questão: “Serão as fases do ciclo de sono iguais em crianças e jovens e nos adultos?”, em que todos os participantes responderam corretamente. Salienta-se ainda, um número substancial de respostas corretas na questão: “Qual o distúrbio do sono mais comum em idade pediátrica?”.

Todas as outras questões demonstram melhoria nas respostas, existindo, no entanto, questões que continuaram a ser respondidas de forma incompleta ou não foram respondidas.

Quanto à avaliação da formação por parte dos formandos, esta foi feita através de um questionário escrito aplicado no fim da formação de forma a avaliar a pertinência da mesma e qualidade da intervenção realizada. As respostas foram anónimas e voluntárias.

A realização do planeamento e concretização desta formação, permitiu-me obter um conhecimento mais aprofundado sobre a temática e sobre as fases que envolvem o processo formativo, para além de ter potenciado o desenvolvimento de competências comunicacionais e expositivas junto dos pares. Considero assim, ter cumprido os objetivos a que me propus com esta formação.

No contexto de internamento, não tive oportunidade de realizar formação em serviço, fruto da intensa carga de trabalho que se fazia sentir na altura do estágio. Fiz questão, no entanto, de consultar o planeamento das ações de formação previstas para o ano corrente e debater a pertinência das mesmas com a EEESIP.

Em suma, considero ter alcançado as competências no domínio da formação, uma vez que me predispus a desenvolver o meu próprio processo formativo, ao mesmo tempo que contribuí para o desenvolvimento do processo formativo de outros profissionais. Proporcionei e participei em processos reflexivos sobre a formação e a sua importância para o desenvolvimento da prática profissional de Enfermagem.

### **4.3. Domínio da Gestão**

A gestão de cuidados em enfermagem, desempenha hoje um papel preponderante no alcance de metas estratégicas, como a qualidade, a eficiência e a eficácia dos cuidados de saúde em Portugal. No seio das instituições de saúde, o EEESIP tem um papel decisivo no domínio da gestão de cuidados quando adequa os recursos de que dispõe às necessidades identificadas, quando supervisiona e otimiza as respostas da equipa de enfermagem, com o intuito de promover a qualidade dos cuidados e quando adequa os estilos de liderança, como forma de melhorar as relações interprofissionais, com vista a atingir os objetivos da instituição que representa.

A Ordem dos Enfermeiros, considera que os enfermeiros especialistas são detentores de competências que são

(...) demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4745).

É o Enfermeiro Especialista quem “gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde” e “adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a otimização da qualidade dos cuidados” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4748).

### **Competências:**

- Liderar equipas de prestação de cuidados especializados na área de especialização;
- Colaborar no processo de integração de novos profissionais;
- Gerir os cuidados de enfermagem na área da especialização;
- Exercer supervisão do exercício profissional na sua área de especialização;
- Zelar pela qualidade dos cuidados prestados na sua área de especialização.

### **Objetivos:**

- Desenvolver competências de gestão de cuidados e de recursos em enfermagem;
- Compreender o papel do EESIP enquanto gestor da dinâmica organizacional dos serviços e na gestão dos recursos;
- Colaborar com o EESIP nas diferentes atividades de gestão.

### **Reflexão Crítica:**

No domínio da gestão de cuidados, o enfermeiro especialista adequa os recursos de que dispõe, às necessidades de cuidados, de modo a garantir a qualidade dos mesmos. Na gestão de cuidados, o enfermeiro especialista, desenvolve ações dirigidas para a organização do trabalho, dos recursos humanos e equipamentos, com o propósito de viabilizar as condições de trabalho da sua equipa. Encontra-se, pois, numa posição privilegiada, face aos cuidados que defende, de ser um agente de mudança. O enfermeiro especialista tem competências acrescidas que lhe permitem planear, organizar e gerir os cuidados de saúde (Soares, 2017).

Melo (2011), refere que as organizações de saúde, por serem atualmente tão complexas na sua estrutura, no processo de trabalho e na especificidade dos recursos

materiais, requerem enfermeiros gestores que considerem a liderança como uma ferramenta-chave no processo de gestão para superar os desafios impostos (Melo, 2011).

Liderar faz parte do processo de gestão, e por sua vez, das funções do gestor. Pode definir-se liderança como um “conjunto de processos e comportamentos, usados por alguém para motivar, inspirar e influenciar comportamentos de outras pessoas com vista a alcançar os objetivos da organização” (Mações, 2018, p. 285). Estudos desenvolvidos por Lewin, permitiram identificar três estilos principais de liderança. O estilo autocrático, que é caracterizado pelo processo centralizado na tomada de decisão do gestor, autoritarismo e fraca participação dos colaboradores; o estilo democrático, que contempla a participação dos colaboradores nas tomadas de decisão, procedendo à delegação de poderes e tarefas e o estilo *Laissez-faire*, em que a figura do líder se encontra praticamente ausente, apresenta fracas diretivas e uma completa liberdade dos colaboradores (Mações, 2018) (Lisboa et al., 2011).

Também o EEESIP no decorrer da sua prática, demonstra ter capacidade de gestão e espírito de liderança. A ele, está muitas vezes atribuída a função de gerir as equipas e os recursos nos diferentes turnos de trabalho. No decorrer do estágio, constatei muitas vezes que quando o enfermeiro gestor, vulgarmente designado por enfermeiro chefe, não está presente no turno, verifiquei que é o Enfermeiro Especialista quem fica encarregue das atividades inerente à gestão de cuidados. Nos diferentes contextos de estágio pude **testemunhar a presença de estilos de liderança predominantemente democráticos**, em que é tida em consideração a opinião de toda a equipa, estimulada a discussão e a partilha de ideias, para que posteriormente se chegue a um consenso. Todavia, ao longo da minha prática profissional, contactei com enfermeiros gestores que privilegiavam o modelo autocrático e os restantes colaboradores não tinham qualquer voto na matéria. Pude assim **confrontar os diferentes tipos de liderança e tecer uma opinião crítica sobre os benefícios de cada um deles**. No decorrer do estágio, apercebi-me que o EEESIP é tido como perito e pessoa de referência, a quem recorrem muitas vezes os enfermeiros com menos experiência para esclarecer dúvidas, solicitar ajuda na realização de procedimentos mais complexos ou validar decisões tomadas.

É o EEESIP, que fica encarregue de elaborar os planos de trabalho, na ausência do enfermeiro gestor. Numa dessas oportunidades, tentei perceber junto do EEESIP, quais os critérios que utilizava para elaborar o plano de trabalho, ao que me foi respondido que eram atendidos vários fatores, como o grau de dependência da criança, a necessidade de medidas de isolamento, as características pessoais e profissionais de cada enfermeiro e a existência

de possíveis limitações por parte da equipa. Isto demonstra, que o enfermeiro especialista tem de possuir uma boa relação com a restante equipa de saúde, de forma a assegurar que são prestados cuidados de enfermagem de qualidade e seguros.

Após me terem sido explicados estes critérios, solicitei à EEESIP para **colaborar na elaboração dos planos de trabalho.**

Saliento, nesta reflexão um exemplo prático, que realça as dificuldades que muitas vezes surgem durante a gestão de cuidados e recursos humanos, **observando o papel de gestor/mediador de conflitos do EEESIP.** O papel de gestor de conflitos é um papel inerente ao de líder, para o qual o enfermeiro tem de desenvolver competências sociais e humanas. Um mediador de conflitos deve promover um ambiente acolhedor e propício ao diálogo e ao entendimento entre as diversas partes (Gaulia & Pacheco, 2019).

Durante um turno no SIPMC, verificou-se um pequeno atrito entre uma mãe e a enfermeira que estava encarregue de prestar cuidados ao seu filho, tendo a mesma referido que não queria que a enfermeira em causa continuasse a prestar cuidados à criança. A questão foi debatida juntamente com a enfermeira responsável de turno (EEESIP) e a mesma teve de gerir a situação. Após tentar perceber o que se tinha passado junto da mãe e da colega, deliberou que a mesma não prestasse mais cuidados à criança durante aquele turno, por forma a evitar mais desentendimentos e um ambiente laboral desagradável. Perante a colega, teve uma atitude tranquilizadora e compreensiva, tentando-a fazer entender que a mãe poderia estar numa situação mais vulnerável decorrente da hospitalização do filho. Esta atitude prova, que o EEESIP, para além das inegáveis competências no domínio da prestação de cuidados à criança e à sua família, possui ainda competências especializadas no âmbito da gestão de conflitos, o que lhe obriga a ser detentor de uma excelente capacidade de comunicação e interação.

Outro aspeto que mereceu a minha atenção foi **procurar conhecer os métodos e dinâmica de trabalho dos serviços.**

Na USF o enfermeiro de família “... assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais a famílias, em todas as fases da vida e em todos os contextos da comunidade” (Ministério da Saúde, 2014, p. 4070), em colaboração com outros profissionais o que nos remete para o método de enfermeiro de referência.

O método do enfermeiro de referência favorece a interação entre o enfermeiro/equipa/doente/família, pois permite uma maior articulação e confiança entre todos os intervenientes, possibilita a tomada de decisões em conjunto e facilita o

esclarecimento de dúvidas, receios e medos diminuindo a ansiedade e angústia da pessoa doente. O foco de atenção do enfermeiro na USF é a família e os cuidados que lhe são prestados, sendo que estes deverão ser humanizados e de qualidade (Costa J. , 2004).

No SIPMC, o método de trabalho é o individual: em cada turno, o enfermeiro responsável distribui as crianças internadas pelos enfermeiros, em função do nível de cuidados que exigem. Ao longo do turno os cuidados são prestados à mesma criança, pelo mesmo enfermeiro, o que não invalida que possa existir ajuda entre colegas.

O método individual de trabalho baseia-se numa dinâmica assistencial, em que um único enfermeiro é responsável pela conceção e execução dos cuidados a um ou mais utentes, em função da carga de trabalho, garantindo a satisfação de todas as suas necessidades (Winslow et al., 2019) (Parreira et al., 2021) (Gentile & Marzinski, 2020). Considero que este método de trabalho privilegia a relação enfermeiro-utente, garante a individualização dos cuidados e consequentemente uma maior satisfação dos utentes. Também o enfermeiro se sente mais responsabilizado pelos cuidados que presta, sendo estes da sua inteira responsabilidade.

Na UCC, o método de trabalho é um pouco distinto das realidades já evidenciadas, cada enfermeiro têm a sua área específica de atuação, ajustada à respetiva área de especialidade.

O EEESIP assume muitas vezes a responsabilidade de gestão de vagas, em colaboração com a equipa médica, com outros serviços ou mesmo com outras unidades hospitalares. O meu estágio de internamento decorreu numa altura em que predominavam as infeções respiratórias e a ida às urgência e consequente internamento era uma constante. Pude presenciar a dificuldade sentida pela enfermeira gestora e pelos EEESIP (enfermeiros responsáveis de turno) em agilizar vagas para poderem internar crianças que tinham critérios para tal, esta dinâmica muitas vezes implicava a mudança de camas, a transferência de crianças para hospitais mais próximos da área de residência ou mesmo a alta hospitalar.

No SIPMC **acompanhei o EEESIP na verificação de stock e material**, para além de ter ajudado a solucionar pequenos problemas logísticos. O meu estágio coincidiu com uma altura em que foram feitas atualizações no sistema informático, o que interferiu com o pedido das refeições para os pais e para as crianças. Esta situação implicou que à hora de almoço não tivessem sido disponibilizadas refeições para os pais e para as crianças. Juntamente com a EEESIP, tentamos contactar a cozinha e a nutricionista da instituição

hospitalar, para que pudéssemos providenciar pequenos snacks às famílias e impedir que estas ficassem sem se alimentar.

O EEESIP tem ainda como responsabilidade **contribuir para a integração de novos profissionais e de alunos**. O enfermeiro especialista é detentor de competências especializadas, que lhe permitem ter um papel facilitador da aprendizagem de alunos em contexto da prática clínica. Considerando as competências do enfermeiro especialista no domínio da gestão, este pode, juntamente com o enfermeiro gestor/chefe participar na preparação do ensino clínico, nomeadamente na adequação do contexto e das oportunidades aos objetivos delineados pelo estudante ou pela própria instituição de ensinos. É também um interlocutor entre o aluno, a escola e o contexto clínico, cabendo-lhe a função de orientar o aluno, de forma a que este consiga atingir os objetivos a que se propôs.

No papel de aluna, pude testemunhar o esforço que as minhas enfermeiras orientadoras fizeram no sentido de me proporcionar aprendizagens, que por sua vez me permitiram atingir os objetivos que havia delineado para os diferentes contextos. Não tive oportunidade de contribuir para a integração de alunos, mas considero que o exemplo que me foi transmitido, reflete aquilo que é expectável perante a integração de novos profissionais ou alunos.

As funções de gestão no contexto da UCC diferem um pouco do contexto de internamento. Os enfermeiros especialistas da UCC, têm um imenso grau de autonomia, na gestão de recursos materiais e humanos. Obviamente que têm de justificar a necessidade dos mesmos em primeira instância ao enfermeiro coordenador da unidade e posteriormente a outras instâncias, quando assim se justificar, no entanto, cabe-lhes a eles de forma autónoma o planeamento das suas intervenções. Não existe um enfermeiro responsável de turno, existem um conjunto de enfermeiros especialistas, que trabalham com vista à consecução dos seus projetos.

Analisando o meu percurso, considero ter alcançado os objetivos no âmbito da gestão, que me havia proposto. Devo admitir ser o domínio que me causa mais receio e para o qual necessito de um investimento acrescido.

#### **4.4. Domínio da Investigação**

A investigação em enfermagem é fundamental para o desenvolvimento contínuo da profissão, busca a melhor evidência científica com vista a uma melhor qualidade dos cuidados. “É um processo sistemático, científico e rigoroso que procura incrementar o conhecimento nesta disciplina, respondendo a questões ou resolvendo problemas para benefício dos utentes, famílias e comunidades” (Ordem dos Enfermeiros, 2006, p. 1).

Procura-se com a investigação em enfermagem fomentar uma atitude de carácter crítico-reflexivo, refletindo-se naquilo que se faz, nos modelos de trabalho usados e nas práticas profissionais. Pode afirmar-se que o domínio da investigação se interliga com todos os outros domínios. Analisando a sua relação com o domínio da prestação de cuidados, facilmente se entende que é com base na evidência científica mais atual que se norteiam os cuidados, garantido a excelência dos mesmos; na área da gestão possibilita estratégias inovadoras de gestão e de liderança; na formação e educação, proporciona formação no desenvolvimento de competências e educação para a saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2006).

Perante o Regulamento nº140/2019, o Enfermeiro Especialista é incumbido de suportar a sua prática clínica na melhor e mais recente evidência científica (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Reconhece-se a importância da investigação para o desenvolvimento contínuo da profissão e a tomada de decisões adequadas para prestar os melhores cuidados aos utentes, para alicerçar o saber e para demonstrar a outros os fundamentos que regem a prática de Enfermagem, contribuindo para aumentar a visibilidade social da profissão (Martins, 2008).

#### **Competências:**

- Comunicar informação complexa de âmbito profissional e académico, resultante da prática clínica e da investigação, tanto a audiências especializadas quanto ao público em geral, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas com que se depara;
- Incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências;
- Demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência;
- Participar e promover a investigação em serviço na sua área de especialização.

### **Objetivos:**

- Compreender a importância da investigação para a disciplina e para a profissão de enfermagem;
- Suportar a prática clínica na melhor evidência científica disponível;
- Aperfeiçoar competências na área da investigação;
- Partilhar os resultados da investigação científica efetuada com diferentes audiências.

### **Reflexão Crítica:**

A Enfermagem, como qualquer outra disciplina, necessita de produção e renovação contínua do seu corpo de conhecimentos, o que apenas pode ser assegurado através da investigação (Ordem dos Enfermeiros, 2006). O mais recente conhecimento científico adquirido pela investigação em Enfermagem deve ser transponível para a prática de cuidados. Uma prática baseada na evidência define-se como a “incorporação da melhor evidência científica existente (quantitativa e qualitativa), conjugada com a experiência, opinião de peritos e os valores e preferências dos utentes, no contexto dos recursos disponíveis” (Ordem dos Enfermeiros, 2006, p. 1).

Regida por estes pressupostos defendidos pela Ordem dos Enfermeiros, também eu **procurei refletir sobre as implicações da investigação na prática baseada na evidência.** A prática de cuidados baseada na evidência constitui uma forma rigorosa, metódica e estruturada de promover práticas profissionais seguras, otimizando os recursos à disposição e considerando o envolvimento de todos os intervenientes nos processos terapêuticos e processos de tomada de decisão (Pereira et al., 2012). Afigura-se como um imperativo das sociedades modernas, onde a exigência dos utentes, os desafios clínicos e a complexidade são cada vez maiores, exigindo dos profissionais respostas de qualidade e que proporcionem segurança (Pereira R. , 2021). Considero que os cuidados em enfermagem não devem ser prestados com base no que alguém disse ou fez. É importante ter um substrato teórico que permita saber qual a melhor decisão a ser tomada e porquê. Acredito que uma prática de cuidados baseada na evidência contribui para a excelência e a segurança dos cuidados, assim como para a otimização dos resultados de enfermagem, isto porque, segundo o Regulamento nº140/2019 emitido pela Ordem dos Enfermeiros, um enfermeiro especialista deve possuir conhecimentos na prestação de cuidados especializados, seguros e competentes (Ordem dos Enfermeiros, 2019)

Tendo esta ideia como premissa, procurei **prestar cuidados de enfermagem baseados na melhor evidência disponível**, o que só foi possível após ter **efetuado pesquisa bibliográfica em fontes de informação credíveis e fidedignas**. Ao longo do estágio foram vários os momentos em que senti necessidade de aprofundar ou mesmo renovar o meu corpo de conhecimentos, quer para satisfação pessoal e benefício profissional, quer para dar respostas aos pais, que felizmente são cada vez mais informados e pretendem ter um papel ativo na saúde do seu filho. Para isso, recorri a bases de dados na área da Enfermagem e de outras disciplinas do conhecimento, consultei documentos emitidos pela Ordem dos Enfermeiros, pela DGS, pela Sociedade Portuguesa de Pediatria, pela Organização Mundial de Saúde, pelos docentes durante o 1º semestre do curso de mestrado e por outras fontes bibliográficas, que me permitiram ajustar a linguagem para os pais e ter noção das suas dúvidas e dificuldades.

Durante o estágio na USF, senti necessidade de pesquisar sobre a introdução alimentar e métodos de introdução alimentar. Apesar de ter abordado esta temática durante a componente teórica do curso, as questões dirigidas e específicas dos pais, levaram-me a compreender que necessitava de mais conhecimento nesta área para dar resposta às suas inquietudes.

Na UCC, foi necessário aprofundar conhecimentos sobre áreas diversas como a saúde oral e estratégias pedagógicas a adotar perante crianças do 1º ciclo do ensino básico. Deixo aqui uma pequena reflexão sobre a necessidade do enfermeiro ser polivalente no que toca a áreas do conhecimento. As estratégias pedagógicas que o enfermeiro utiliza adquirem grande importância nos resultados em saúde, razão pela qual considerei importante um investimento nesta área. No sentido de estar convenientemente preparada para dinamizar a formação de pares, tive de efetuar uma pesquisa direcionada para a temática do sono na criança e nos jovens. Consultei fontes de referência nesta área, no sentido de transmitir à equipa a evidência científica mais recente, sobre um tema que muito se tem escrito e discutido. Outro tema que necessitei de explorar com mais profundidade durante o contexto da UCC, foi a massagem infantil, não só, por não ter grande conhecimento nesta área, mas por me ter despertado atenção. Tentei compreender a massagem para além dos aspetos mais básicos e numa dessas pesquisas surgiu-me uma inquietude maior, que mais tarde viria a ser palco da minha revisão da literatura. Aliei assim o interesse despertado pela massagem com o gosto já existente pela área da neonatologia e **desenvolvi uma pesquisa sistematizada, sob a forma de revisão integrativa da literatura**: “A massagem infantil em recém-

nascidos prematuros internados em Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais: Revisão Integrativa da Literatura”. Pretendi com esta pesquisa aprofundar os conhecimentos sobre a temática, alicerçar a minha prática na evidência científica disponível e ser um indicador de produção científica, exigido a um estudante de mestrado.

O objetivo da revisão integrativa da literatura (Apêndice III) foi conhecer os efeitos da massagem infantil em recém-nascidos prematuros internados em Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais. A pesquisa foi efetuada em bases de dados de referência na área da Enfermagem, utilizando descritores em Ciência da Saúde. O período temporal definido foram os últimos 10 anos, artigos com texto integral disponível e escritos em português ou inglês. Os artigos obtidos, foram posteriormente submetidos a um processo de seleção, tendo no final ficado com um total de 12 artigos, que foram analisados na íntegra. A maioria dos estudos tratou-se de ensaios clínicos randomizados, embora também tivesse encontrado revisões sistemáticas da literatura e estudos piloto.

De uma forma geral, ficou demonstrado que a massagem infantil pode e deve ser realizada a RNPT, estando associada a efeitos positivos em termos de crescimento, aumento de peso, diminuição do tempo de internamento, melhorias gastrointestinais, diminuição da dor, melhoria nos estados de sono e progressos no neurodesenvolvimento. São poucos os efeitos adversos associados à implementação da massagem em UCIN e ainda não existe uma unanimidade em relação à técnica de massagem que deve ser aplicada, no entanto a maior parte dos estudos fazem referência à técnica de Field.

A realização deste estudo, permitiu-me aprofundar conhecimentos e habilidades na área da investigação, nomeadamente competências na elaboração da questão de investigação, na pesquisa mais sistemática usando bases de dados e na análise mais cuidada e crítica dos resultados alcançados.

Todo este processo de pesquisa, incita a uma atitude de carácter reflexivo e desenvolvimento da capacidade de análise crítica, o que só foi conseguido graças ao envolvimento de todos os enfermeiros com quem debati as minhas preocupações. Todo este investimento na área da investigação contou com o apoio e colaboração de EEESIP, professores e colegas de trabalho que me incitaram a querer saber mais e a contribuir para o desenvolvimento da disciplina e profissão de Enfermagem.

No entanto, a investigação produzida, se não for partilhada, é inútil. Como refere Ribeiro (2019), “num mundo em que a globalização e a comunicação síncrona são realidades omnipresentes e incontornáveis, a Ciência não pode continuar a ser uma atividade

individual...” (Ribeiro F. , 2019, p. 198). Não é mais uma informação privilegiada, só acessível a alguns, mas deve ser partilhado e publicitado de forma aberta e transparente para que todos o possam utilizar e disseminar (Ribeiro F. , 2019). Neste sentido pretendi **partilhar e discutir com os enfermeiros da equipa os resultados mais recentes da investigação**. Todos os resultados alcançados com as pesquisas efetuadas foram discutidos com as enfermeiras orientadoras e com os outros elementos da equipa multidisciplinar. Tecemos momentos de discussão e partilha, que sem dúvida foram importantes para o meu desenvolvimento pessoal e profissional. Concomitantemente pude comunicar os resultados da minha revisão integrativa da literatura, sob a forma de comunicação oral (Anexo III), no VII Fórum de Especialidades de Enfermagem, sob o tema: “Vulnerabilidade(s) no olhar dos Enfermeiros Especialistas”, promovido pela Escola de Enfermagem da Universidade Católica, no Porto e que contou com a participação de estudantes de mestrado, professores e outros enfermeiros.

Em suma, considero que tive oportunidades para desenvolver as minhas capacidades na área da investigação, devendo admitir que a experiência de realizar uma revisão integrativa da literatura, me fez ganhar um gosto ainda maior pela investigação, apesar de todas as dificuldades que fui encontrando ao longo do percurso. Assumo assim, que este seja o início de um caminho, que só se consegue passo a passo e focada no desenvolvimento da disciplina de Enfermagem.

## **5. Implicações para a prática profissional**

Todo este percurso está carregado de um profundo crescimento pessoal e profissional. Pessoalmente, este caminho exigiu uma reestruturação da minha dinâmica familiar, da minha capacidade de gestão de tempo e da minha maneira de gerir prioridades. Profissionalmente, permitiu-me melhorar a minha capacidade crítico-reflexiva, a minha capacidade de argumentação e a minha capacidade de investigação, condições essenciais, a meu ver, para diferenciar um enfermeiro especialista.

Este percurso, foi para mim, a vontade de perseguir um novo rumo. Como já referido ao longo deste relatório, neste momento trabalho numa Unidade de Cuidados Intensivos de adultos e não na área da Pediatria, todavia as experiências vividas tornaram mais convicta a certeza de que é por aqui o meu caminho. Espero que o esforço realizado e o conhecimento que indubitavelmente adquiri sejam potenciadores de uma oportunidade para prestar cuidados como enfermeira especialista, a crianças, jovens e respetivas famílias.

Termino com a certeza de que dei o meu melhor, que me dispus a aprender com quem mais sabe e que mantive uma atitude de empenho e dedicação ao longo de todo o percurso. Não foi um caminho isento de dificuldades e posso adiantar, que exigiu de mim um esforço acrescido por não ser esta a minha realidade profissional diária, mas de uma forma geral acredito ter atingido com distinção os objetivos a que me propus. Os estágios realizados foram oportunidades para efetivar o conhecimento teórico adquirido. Aprendi com os profissionais com quem contactei, com os pais e muito com as crianças. Acredito que o conhecimento adquirido ao longo deste ciclo de estudos será determinante para o início do meu percurso na área da Pediatria.

Creio que serei uma EEESIP empenhada, com atenção às necessidades da criança/jovem e respetiva família, pois para mim, este binómio é indissociável. Preocupar-me-ei em prestar cuidados centrados na família e assentes na evidência científica mais recente. O âmbito de atuação do EEESIP é extenso e exigente o que me obriga à necessidade de continuar a investir no meu percurso formativo. Este é, pois, o início de uma jornada, que se prevê longa mas gratificante.



## 6. Conclusão

A elaboração deste relatório, permitiu a abordagem e a reflexão sobre grande parte das experiências vivenciadas, bem como sobre os conhecimentos adquiridos e desenvolvidos, as dificuldades sentidas, algumas ultrapassadas mais facilmente, outras com a necessidade de um maior investimento. Destaco as críticas construtivas que foram sendo tecidas ao longo deste percurso e que me permitiram prestar cuidados de qualidade junto das crianças/jovens e respetivas famílias.

O percurso efetuado ao longo de todo o mestrado permitiu-me adquirir competências especializadas na área da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Os conhecimentos teóricos obtidos pela investigação, pela formação pessoal e profissional e pela própria componente teórica ministrada durante as aulas, a par das experiências vividas em contexto de estágio, permitiram-me o desenvolvimento de competências específicas, exigidas a um EEESIP. Este relatório expressa a forma como estas competências foram sendo adquiridas. No sentido de se tornar mais aprazível e clara a leitura deste documento, as competências adquiridas foram agrupadas por domínios: Domínio da Prestação de Cuidados, Domínio da Formação, Domínio da Gestão e Domínio da Investigação.

No domínio da prestação de cuidados foram abordados aspetos essenciais da prática de enfermagem, nomeadamente competências comunicacionais, gestão de situações complexas, como a doença crónica, a dor e situações de risco em crianças e jovens. Foi realizada uma análise crítico-reflexiva sobre as atividades realizadas em contexto de estágio no sentido de promover os cuidados centrados na família, a parceria de cuidados e o apoio à transição e desempenho da parentalidade. É ainda feita uma exploração da forma como foram abordados os programas de saúde e vigilância da saúde infantil e juvenil e a forma como se facilitou a adaptação da criança e da sua família ao processo de hospitalização.

Analisando o domínio da formação, procurou-se abordar e refletir sobre a importância da formação contínua, quer a nível pessoal, quer a nível profissional. Aos enfermeiros é-lhes exigida uma constante atualização do conhecimento, sendo eles próprios os responsáveis não só pelo seu próprio processo de formação, mas também pela formação dos pares.

No que diz respeito ao domínio da gestão, o enfermeiro especialista tem um papel importante na gestão de cuidados e de recursos materiais e humanos. Neste relatório pode refletir sobre o papel do enfermeiro neste domínio e as atividades realizadas para atingir as competências que lhe são exigidas.

Relativamente ao domínio da investigação, nenhuma disciplina evolui se não produzir conhecimento e a Enfermagem não é exceção. Pude aqui destacar a investigação realizada com vista a prestar cuidados de enfermagem seguros e de qualidade e o contributo que dei à Enfermagem, através da elaboração de uma revisão integrativa da literatura. Procurei fomentar discussões e momentos de reflexão sobre os problemas decorrentes da prática de cuidados entre várias plateias.

Considero que consegui atingir os objetivos da unidade curricular e do próprio ciclo de estudos, na medida em que fui capaz de mobilizar e integrar os conhecimentos da minha formação inicial e da minha formação atual para responder aos desafios que foram surgindo ao longo do estágio. Acredito que consegui lidar com situações de alguma complexidade, o que só foi possível graças ao meu investimento pessoal e ao apoio dos orientadores, professores e dos vários profissionais com quem me cruzei.

Não tenho dúvidas que as aprendizagens que resultaram deste meu percurso formativo terão implicações no sucesso da minha prestação de cuidados, contribuindo para a qualidade de vida das crianças/jovens e famílias a quem prestarei cuidados de enfermagem especializados.

## 7. Referências Bibliográficas

- Almeida, F. (2011). *A Essência do Processo de Enfermagem*. Universidade Fernando Pessoa. [https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/2283/3/TG\\_17068.pdf](https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/2283/3/TG_17068.pdf)
- Almeida, V., Chehimi, S., Gasparini, Y., Nascimento, A., Carvalho, G., Montenegro, M., . . . Kulikowski, L. (2022). Cri-du-Chat Syndrome: Revealing a Familial Atypical Deletion in 5p. *Molecular Syndromology*, 13, 527-536. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/20171/2/Dissertao%20de%20Mestrado%20de%20Joo%20Pedro.pdf>
- Alves, J., Amendoeira, J., & Charepe, Z. (2018). A pareceria de cuidados pelo olhar dos pais de crianças com necessidades especiais de saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 38 (4). <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.04.2016-0070>
- Antão, C., Rodrigues, N., Sousa, F., Anes, E., & Pereira, A. (2018). Hospitalização da Criança: Sentimentos e Opiniões dos Pais. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2 (1), 125-133. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2018.n1.v2.1201>
- Barros, L. (2006). A unidade de cuidados intensivos de neonatologia como unidade de promoção do desenvolvimento. In M. C. Canavarro, *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp. 297-316). Quarteto Editores.
- Batalha, L. (2016). *Avaliação da Dor. Manual de estudo - Versão 1*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/20171/2/Dissertao%20de%20Mestrado%20de%20Joo%20Pedro.pdf>
- Batalha, L., Santos, L., & Guimaraes, H. (2005). Avaliação da Dor no Período Neonatal. *Acta Pediatrica Portuguesa*, 36 (nº4), 201-207. [https://www.aped-dor.org/images/diversos/documentos/iasp\\_guia.pdf](https://www.aped-dor.org/images/diversos/documentos/iasp_guia.pdf)
- Batista, J. (2016). *Adaptação à doença crónica. O caso das doenças auto-imunes*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/88103/2/168724.pdf>
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Quarteto Editora.

- Carvalhais, M., Oliveira, A., Silva, C., Rocha, J., & Roque, M. (2022). Perspetiva dos Enfermeiros Especialistas sobre Cuidados Atraumáticos em Pediatria. *Millenium*, 2 (17). 31-39. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/8235211.pdf>
- Casey, A. (1993). Development and use of the partnership model of nursing care. Em E. Glasper, & A. Tucker, *Advances in child health nursing*. Scutari Press.
- Cerqueira, C., & Barbieri-Figueiredo, M. (2020). Cuidados Centrados na Família. In A. Ramos, & M. Barbieri-Figueiredo, *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (pp. 28-32). Lidel.
- Chiavenato, I. (2015). *Gerenciando com as Pessoas: Transformando o Executivo em um Excelente Gestor de Pessoas*. Manole.
- Chick, N., & Meleis, A. (2010). Transitions: A Nursing Concern. Em A. Meleis, *Transition Theory-middle range and specific theories in nursing research and practice*. (pp. 24– 37). Springer Publishing Company.
- Coelho, F. (2011). *Maternidade na Adolescência: Transição para o Papel Materno*. Escola Superior de Enfermagem do Porto. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9066/3/Maternidade%20na%20Adolesc%20%C3%A7%C3%A3o%20para%20o%20Papel%20Materno.pdf>
- Constante, A. (2017). *Eficácia do NIDCAP na morbidade neonatal e no neurodesenvolvimento – Scoping Review*. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. <https://hdl.handle.net/10316/82618>
- Costa, A. (2014). *Comunicação de Más Notícias no Cuidado de Enfermagem*. Universidade Católica Portuguesa. <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/18289/1/203015410.pdf>
- Costa, J. (2004). *Métodos de Prestação de Cuidados*. Instituto Politécnico de Viseu. <https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/560/1/M%c3%a9todos%20de%20pres ta%c3%a7%c3%a3o%20de%20cuidados.pdf>
- Diogo, P. (2012). *Trabalho com as emoções em Enfermagem Pediátrica: Um Processo de metamorfose da experiência emocional no acto de cuidar*. Lusociência.
- Direção Geral da Saúde. (2010). *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças*. Obtido em fevereiro de 2024, de [https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/ORIENTACAO%20DGS\\_014.2010%20DE%20DEZ.2010.pdf](https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/ORIENTACAO%20DGS_014.2010%20DE%20DEZ.2010.pdf)

- Direção Geral da Saúde. (2011). *Maus Tratos em Crianças e Jovens. Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção. Acção de Saúde para Crianças e Jovens em Risco*. Obtido em fevereiro de 2024, de [https://www.spp.pt/UserFiles/file/Noticias/Guia\\_Maus\\_tratos.pdf](https://www.spp.pt/UserFiles/file/Noticias/Guia_Maus_tratos.pdf)
- Direção Geral da Saúde. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Obtido em maio de 2024, de [https://www.spp.pt/UserFiles/file/Protocolos\\_Manuais\\_DGS/Programa\\_Nacional\\_Saude\\_Infantil\\_Juvenil.pdf](https://www.spp.pt/UserFiles/file/Protocolos_Manuais_DGS/Programa_Nacional_Saude_Infantil_Juvenil.pdf)
- Direção Geral da Saúde. (2015). *Programa Nacional de Saúde Escolar 2015*. Obtido em fevereiro de 2024, de <https://observatorio-lisboa.eapn.pt/ficheiro/Programa-Nacional-de-Sa%C3%BAde-Escolar-2015.pdf>
- Direção Geral da Saúde. (2020). *Programa Nacional de Vacinação*. Obtido em maio de 2024, de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/20070/pnv-2020-set-2020.pdf>
- Entidade Reguladora da Saúde. (2011). *Análise da Sustentabilidade Financeira do Serviço Nacional de Saúde*. Obtido em fevereiro de 2024, de [https://www.ers.pt/uploads/writer\\_file/document/36/Relatorio\\_Sustentabilidade\\_do\\_SNS.pdf](https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/36/Relatorio_Sustentabilidade_do_SNS.pdf)
- Fernandes, I., & Andrade, L. (2020). Nas Consultas de Enfermagem em Contexto de Cuidados de Saúde Primários. In A. Ramos, & M. Barbieri-Figueiredo, *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (pp. 86-94). Lidel.
- Ferreira, C. (2015). *Gestão em Enfermagem e a Formação em Serviço: Tecnologias de Informação e Padrões de Qualidade*. Escola Superior de Enfermagem do Porto. [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9756/1/tese\\_finalCarla%20Rego\\_fev2015.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9756/1/tese_finalCarla%20Rego_fev2015.pdf)
- Figueiredo, S., Gomes, I., Pennafort, V., Monteiro, A., & Figueiredo, J. (2013). Sentimentos de mães atribuídos à hospitalização de um filho. *Cogitare Enfermagem*, 18 (3), 552-557. <https://doi.org/10.5380/ce.v18i3.33571>
- Fleck, P. (2016). Connecting Mothers and Infants in the Neonatal Intensive Care Unit. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 16 (2), 92-96. <https://doi.org/10.1053/j.nainr.2016.03.007>
- Gaulia, C., & Pacheco, N. (2019). Mediação de Conflitos - Um novo paradigma. *Direito em Movimento*, 17 (1), 32-50.

[https://www.emerj.tjrj.jus.br/revistadireitoemovimento\\_online/edicoes/volume17\\_numero1/volume17\\_numero1\\_32.pdf](https://www.emerj.tjrj.jus.br/revistadireitoemovimento_online/edicoes/volume17_numero1/volume17_numero1_32.pdf)

- Gentile, D., & Marzinski, S. (2020). Theory-Driven Evaluation of a Multisite Nursing Professional Practice Model. *The Journal of Nursing Administration*, 50 (7/8), 419-425. <https://doi.org/10.1097/nna.0000000000000910>
- Gephart, S., & Weller, M. (2014). Colostrum as Oral Immune Therapy to Promote Neonatal Health. *Advances in Neonatal Care*, 14 (1), 44-51. <https://doi.org/10.1097/anc.0000000000000052>
- Gorges, B. (2022). *Relações de Trabalho em Equipe Multiprofissional em Ambiente Hospitalar: Uma Revisão Integrativa*. Universidade Federal de Santa Catarina. [https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/232208/TCC\\_Versao\\_final\\_-\\_Bruno\\_Luiz\\_Gorges.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/232208/TCC_Versao_final_-_Bruno_Luiz_Gorges.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Halder, P., Bera, D., & Banerjee, A. (2015). Developmentally Supportive Care in Neonatal Intensive Care Unit (NICU): A Review. *Indian Journal of Medical Research and Pharmaceutical Sciences*, 2,(2), 17-23.
- Halle, C., Dowd, T., Fowler, C., Rissel, K., Hennessy, K., MacNevin, R., & Nelson, M. (2008). Supporting fathers in the transition to parenthood. *Contemporary Nurse*, 31, (1), 57-70. <https://doi.org/10.5172/conu.673.31.1.57>
- Hockenberry, M., & Wilson, D. (2014). *Wong - Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. Elsevier.
- Hoffenkamp, H., Tooten, A., Hall, R. A., & A Croon, M. (2012). The impact of Premature Childbirth on Parental Bonding. *Evolutionary Psychology*, 10, (3), 542-561. <https://doi.org/10.1177/147470491201000311>
- IASP. (2010). *Guia para o Tratamento da Dor em Contextos de Poucos Recursos*. Obtido em fevereiro de 2024, de [https://www.aped-dor.org/images/diversos/documentos/iasp\\_guia.pdf](https://www.aped-dor.org/images/diversos/documentos/iasp_guia.pdf)
- Instituto Nacional de Estatística. (2023). *Nados-vivos de mães adolescentes (N.º) por Idade da mãe*. Obtido em fevereiro de 2024, de [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_indicadores&indOcorrCod=0001541&contexto=pgi&selTab=tab10](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0001541&contexto=pgi&selTab=tab10)
- International Council of Nurses. (2019). *CIPE*. Obtido em maio de 2024, de [https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/icnp-Portuguese\\_translation.pdf](https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/icnp-Portuguese_translation.pdf)

- Kearvell, H., & Grant, J. (2010). Getting connected: how nurses can support mother/infant attachment in the neonatal intensive care unit. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 27 (3), 75-82.
- Lima, R., Matos, J., Walter, K., Oliveira, A., Moura, M., Araujo, V., . . . Nunes, V. (2021). Conhecimento dos enfermeiros acerca da importância do uso de protocolos de cuidados: Discurso do sujeito coletivo. *Research Society and Development*, 10, (1), 1-10. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i1.11186>
- Lindberg, B., Axelsson, K., & Öhring, K. (2008). Adjusting to being a father to an infant born prematurely: experiences from Swedish fathers. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22 (1), 79-85. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2007.00563.x>
- Lisboa, J., Coelho, A., Coelho, F., & Almeida, F. (2011). *Introdução à Gestão de Organizações*. Vida Económica.
- Macedo, M. (2012). *Supervisão na Integração de Enfermeiros à Lux do Modelo Bioecológico*. Universidade de Aveiro. <https://ria.ua.pt/bitstream/10773/9956/1/7045.pdf>
- Maciel, E., Santos, B., Maciel, E., Silva, S., Carvalho, T., Pena, L., . . . Pena, H. (2021). Redução da dor e ansiedade na vacinação: Revisão integrativa da literatura. *Research, Society and Development*, 10 (8). <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i8.16508>
- Mäkelä, H., Axelin, A., Feeley, N., & Niela-Vilen, H. (2018). Clinging to closeness: The parental view on developing a close bond with their infants in a NICU. *Midwifery*, 62, 183-188. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.04.003>
- Mações, M. (2018). *Manual de Gestão Moderna - Teoria e Prática*. Actual Editora.
- Marques, M. (2021). *A Importância da Formação na Qualidade dos Cuidados Prestados no Serviço de Urgência Básica*. Universidade do Minho. <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/76449/1/TESE%2bMARTA%2bSUSANA.pdf>
- Martins, J. (2008). Investigação em Enfermagem: Alguns apontamentos sobre a dimensão ética. *Pensar Enfermagem*, 12(2), 62-66. <http://hdl.handle.net/10400.26/23998>
- Matosa, A. (2022). *A Parceria de Cuidados: A intervenção do enfermeiro especialista no cuidar da criança com necessidades paliativas e família*. Obtido em

março de 2024, de  
[https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/46411/1/MESIP\\_10498\\_original.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/46411/1/MESIP_10498_original.pdf)

- Meleis, A. (2007). *Theoretical Nursing Development & Progress Fourth* (Vol. 4ª Edição). Copyright.
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: Middle Rang and Situation Specific Theories in Nursing Reserch and Practice*. Springer Publishing.
- Melo, D. (2011). *A Performance nos Serviços de Saúde Influência da Fiabilidade, Aprendizagem Organizacional e Coordenação Relacional*. Universidade da Beira Interior. <https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/3014/1/Performance%20nos%20Servi%C3%A7os%20de%20Sa%C3%BAde.pdf>
- Mendes, M., & Martins, M. (2012). Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência, III Série* (6), 113-121. <https://doi.org/10.12707/riii1144>
- Menoita, E. (2011). *Formação em serviço: Um contributo para o desenvolvimento de competências*. Formasau.
- Ministério da Saúde. (1996). *Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de Setembro de 1996*. Obtido em janeiro de 2024, de <https://files.dre.pt/1s/1996/09/205a00/29592962.pdf>
- Ministério da Saúde. (2007). *Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto de 2007*. Obtido em fevereiro de 2024, de <https://files.dre.pt/1s/2007/08/16100/0558705596.pdf>
- Ministério da Saúde. (2008). *Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro*. Obtido em janeiro de 2024, de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/28-2008-247675>
- Ministério da Saúde. (2009). *Despacho n.º10143/2009, de 16 de Abril de 2009*. Obtido em janeiro de 2024, de [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MCEEC\\_Despacho\\_10143\\_2009.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MCEEC_Despacho_10143_2009.pdf)
- Ministerio da Saude. (2014). *Decreto-Lei n.º 118/2014, de 5 de agosto*. Obtido em janeiro de 2024, de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/118-2014-55076561>
- Monteiro, A., & Cerqueira, C. (2020). Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey. In A. Ramos, & M. Barbieri-Figueiredo, *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (pp. 33-38). Lidel - Edições Técnicas, Lda.

- Monteiro, R. (2021). *Papel Parental Durante a Hospitalização da Criança: Perceção dos Pais/Mães*. Politécnico de Viseu. [https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/7274/1/RuiManuelMiragaiaMonteiro\\_RM.pdf](https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/7274/1/RuiManuelMiragaiaMonteiro_RM.pdf)
- Neves, M. (2012). O papel dos enfermeiros na equipa multidisciplinar em Cuidados de Saúde Primários – Revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem Referência, III Série*(8), 125-134. <https://doi.org/10.12707/riii11124>
- Obeidat, H., Bond, E., & Callister, L. C. (2009). The Parental Experience of Having an Infant in the Newborn Intensive Care Unit. *The Journal of Perinatal Education, 18* (nº3) 23-29. <https://doi.org/10.1624/105812409x461199>
- Olshtain-Mann, O., & Auslander, G. (2008). Parents of preterm infants two months after discharge from the hospital: are they still at (parental) risk? *Health & Social Work, 33* (4), 299-308. <https://doi.org/10.1093/hsw/33.4.299>
- Ordem dos Enfermeiros. (2006). *Investigação em Enfermagem. Tomada de Posição*. Obtido em agosto de 2023, de [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao\\_26Abr2006.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2007). *Sistema de Informação de Enfermagem (SIE) - Princípios básicos da arquitectura e principais requisitos técnico-funcionais*. Obtido em maio de 2024, de [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/SIE-PrincipiosBasicosArq\\_RequisitosTecFunc-Abril2007.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/SIE-PrincipiosBasicosArq_RequisitosTecFunc-Abril2007.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dor. Guia Orientador de Boa Prática. Cadernos OE - Série I - Número 1*. Obtido em fevereiro de 2024, de <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Obtido em maio de 2023, de [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8911/guiasorientadores\\_boapratica\\_saude\\_infantil\\_pediatria\\_volume1.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8911/guiasorientadores_boapratica_saude_infantil_pediatria_volume1.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guia Orientador de Boa Prática. Estratégias Não Farmacológicas no Controlo da Dor na Criança. Cadernos OE - Série I - Número 6*. Obtido em fevereiro de 2024, de

[https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8899/gobp\\_estrategiasnaofarmacologicasc ontrolodorcrianca.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8899/gobp_estrategiasnaofarmacologicasc ontrolodorcrianca.pdf)

- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Código Deontológico*. Obtido em maio de 2024, de <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento n.º 422/2018 de 12 de julho - Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Obtido em janeiro de 2024, de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/422-2018-115685379>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro de 2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Obtido em janeiro de 2024, de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Regulamento n.º 656/2021 - Regulamento de Formação Profissional da Ordem dos Enfermeiros*. Obtido em maio de 2024, de <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2021/07/137000000/0017300191.pdf>
- Organização Mundial da Saúde. (2015). Reducing pain at the time of vaccination: WHO position paper. *Weekly Epidemiological Record*, n<sup>o</sup>39, 506-509. [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/242426/WER9039\\_505-510.PDF?sequence=1](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/242426/WER9039_505-510.PDF?sequence=1)
- Organização Mundial da Saúde. (2018). *Survive, Thrive, Transform Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health (2016–2030) 2018 monitoring report: current status and strategic priorities*. Obtido em fevereiro de 2024, de [https://platform.who.int/docs/default-source/mca-documents/rmncah/global-strategy/ewecgsmonitoringreport2018.pdf?Status=Master&sfvrsn=4f518ece\\_4](https://platform.who.int/docs/default-source/mca-documents/rmncah/global-strategy/ewecgsmonitoringreport2018.pdf?Status=Master&sfvrsn=4f518ece_4)
- Osório, M. (2019). *Organização e plano funcional da Neonatologia num Hospital terciário*. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/121280/2/343608.pdf>
- Parreira, P., Santos-Costa, P., Neri, M., Marques, A., Queirós, P., & Salgueiro-Oliveira, A. (2021). Work Methods for Nursing Care Delivery. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18 (4), 2088. <https://doi.org/10.3390/ijerph18042088>

- Pedro, J. (2009). *Parceiros no Cuidar: A Perspectiva do Enfermeiro no Cuidar com a Família, a Criança com Doença Crónica*. Instituto de Ciências da Saúde Abel Salazar - Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/20171/2/Dissertao%20de%20Mestrado%20de%20Joo%20Pedro.pdf>
- Peixoto, M., Pereira, R., Martins, A., Martins, T., & Barbieri, C. (2016). *Enfermagem baseada em evidência: atitudes, barreiras e práticas entre contextos de cuidados*. Jornadas Internacionais de Enfermagem Comunitária 2016 - Livro de Comunicações Obtido em maio de 2023, de [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/31753/1/2016\\_Jornadas26-34.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/31753/1/2016_Jornadas26-34.pdf)
- Pereira, M. (2008). *Comunicação de Más Notícias e Gestão do Luto*. Formasau.
- Pereira, R. (2021). *Eficácia clínica e prática baseada em evidências: avaliação de atitudes, competências e práticas*. Universidade do Minho. [https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/72449/1/Cap%C3%83%C2%ADtulo\\_EC\\_PBE\\_publicado.pdf](https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/72449/1/Cap%C3%83%C2%ADtulo_EC_PBE_publicado.pdf)
- Pereira, R., Cardoso, M., & Martins, M. (2012). Atitudes e barreiras à prática de enfermagem baseada na evidência em contexto comunitário. *Revista de Enfermagem Referência, III Série* (7), 55-62. <https://doi.org/10.12707/rrii11146>
- Pereira, T., Silva, P., Pacheco, S., Marta, C., Silva, L., & Araujo, B. (2022). Métodos não farmacológicos no alívio da dor em neonatos prematuros. *Global Academic Nursing Journal*, 3 (Sup.3), 1-16. <https://doi.org/10.5935/2675-5602.20200292>
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lusodidacta.
- Rebeca, C. (2013). *Transição para a Parentalidade: Intervenção em Enfermagem na Promoção de Competências Parentais*. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/16168/1/Relat%c3%b3rio%20de%20est%c3%a1gio%20Transi%c3%a7%c3%a3o%20para%20a%20Parentalidade.pdf>
- Relvas, R. (2018). *Implementação e Organização da Formação em Serviço na USF Salus*. Instituto Politécnico de Portalegre. <http://hdl.handle.net/10400.26/23528>
- Ribeiro, F. (2019). Obtido em maio de 2024, de Partilhar e Divulgar a Ciência: Um Caminho para Fortalecer a Lusofonia. Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/127836/2/407849.pdf>

- Ribeiro, O., Martins, M., Tronchin, D., & Forte, E. (2018). Aplicação do processo de enfermagem em hospitais portugueses. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 39. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0174>
- Sanders, J. (2014). Cuidados centrados na família em situação de doença e hospitalização. In M. Hockenberry, & D. Wilson, *Wong - Enfermagem da Criança e do adolescente*. (pp. 1025-1060). Lusociência.
- Schermann, L., & Alfaya, C. (2000). Depressão pós-parto: interação mãe-bebé e intervenções psicoterapêuticas. *Revista de Medicina*, 10 (3), 243-248.
- Sequeira, C. (2020). Comunicação Terapêutica. In C. Sequeira, & F. Sampaio, *Enfermagem em Saúde Mental - Diagnósticos e Intervenções* (pp. 80-83). Lidel.
- Silva, A. (2022). *Modelo Desenvolvimental e Relacional Touchpoints: Caracterização e Conhecimentos dos Participantes do Curso Intensivo em Touchpoints em Portugal*. Universidade Católica Portuguesa. <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/40790/1/203223896.pdf>
- Silva, J. (2022). *Avaliação da dor em procedimentos e do conforto em cuidados intensivos neonatais através do Newborn Infant Parasympathetic Evaluation*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/141798/2/568786.pdf>
- Silva, P. (2016). *Satisfação dos enfermeiros na utilização de sistemas de informação em enfermagem: Um estudo nos hospitais do Funchal*. Escola Superior de Enfermagem do Porto. [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/17330/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o\\_Satisfa%C3%A7%C3%A3o%20dos%20enfermeiros%20na%20utiliza%C3%A7%C3%A3o%20de%20Sistemas%20de%20Informa%C3%A7%C3%A3o%20em%20Enfermagem\\_Um%20estudo%20nos%20Hospitais%20do%20Funchal.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/17330/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o_Satisfa%C3%A7%C3%A3o%20dos%20enfermeiros%20na%20utiliza%C3%A7%C3%A3o%20de%20Sistemas%20de%20Informa%C3%A7%C3%A3o%20em%20Enfermagem_Um%20estudo%20nos%20Hospitais%20do%20Funchal.pdf)
- Smith, W. (2018). Concept Analysis of Family-Centered Care of Hospitalized Pediatric Patients. *Journal of Pediatric Nursing*, 42, 57-64. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.06.014>
- Soares, A. (2017). *Conceções dos Enfermeiros Especialistas - Contributos para a Qualidade*. Escola Superior de Enfermagem do Porto. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/18940/1/Mestrado%20Ana%20Soares.pdf>

- Sousa, P., Paiva, A., Pereira, F., Parente, P., & Sousa, P. (2023). O exercício parental durante a hospitalização do filho: modelo de intencionalidades terapêuticas de enfermagem face à parceria de cuidados. *Cadernos de Saúde*, 15 (1), 4-17. <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/40790/1/203223896.pdf>
- Sposito, A., Garcia-Schinzari, N., Mitre, R., Pfeifer, L., Garcia de Lima, R., & Nascimento, L. (2018). O melhor da hospitalização: contribuições do brincar para o enfrentamento da quimioterapia. *Avances en Enfermería*, 36 (3), 328-337. [https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/7274/1/RuiManuelMiragaiaMonteiro\\_RM.pdf](https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/7274/1/RuiManuelMiragaiaMonteiro_RM.pdf)
- Tavares, P. (2011). *Acolher Brincando: A Brincadeira Terapêutica no Acolhimento de Enfermagem à Criança Hospitalizada*. Lusociência.
- Tavares, P. (2020). Apreciação em enfermagem da criança e do jovem: No Contexto de Internamento. In A. Ramos, & M. Barbieri-Figueiredo, *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (pp. 95-103). Lidel.
- Teixeira, V. (2021). *Integração da Doença Crónica Pediátrica na Vida Familiar: Estudo Preliminar da Versão Portuguesa do Instrumento "Family Adaptation to Chronic Illness Questionnaire"*. Escola Superior de Enfermagem do Porto. [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/39346/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado\\_Vera%20Teixeira.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/39346/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado_Vera%20Teixeira.pdf)
- Vidigal, M., & Tafuri, M. (2010). Parentalização: uma questão psicológica. *Latin American Journal of Fundamental Psychopathology*, 7 (2), 65-74. [https://www.fundamentalpsychopathology.org.br/wp-content/uploads/2019/10/parentalizacao\\_uma\\_questao\\_psicologica.pdf](https://www.fundamentalpsychopathology.org.br/wp-content/uploads/2019/10/parentalizacao_uma_questao_psicologica.pdf)
- Virgens, T., Greco, C., & Carvalho, M. (2018). A influência da sucção não nutritiva como analgesia não farmacológica em recém-nascidos durante procedimentos dolorosos: revisão sistemática. *Revista de Ciências Médicas*, 27 (1), 23-37. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/141798/2/568786.pdf>
- Watson, B., & Buzsaki, G. (2015). Sleep, Memory & Brain Rhythms. *Daedalus*, 144, (1), 67- 82. [https://doi.org/10.1162/daed\\_a\\_00318](https://doi.org/10.1162/daed_a_00318)
- Watzlawick, P., Beaum, J., & Jackson, D. (1967). *A Pragmática da Comunicação Humana*. Culturix.

- Winslow, S., Cook, C., Eisner, W., Hahn, D., Maduro, R., & Morgan, K. (2019). Care delivery models: Challenge to change. *Journal of Nursing Management*, 27 (7), 1438-1444. <https://doi.org/10.1111/jonm.12827>
- Young, J., McCann, D., Watson, K., Pitcher, A., Bundy, R., & Greathead, D. (2006). Negotiation of care for a hospitalised child: nursing perspectives. *Neonatal, Paediatric and Child Health Nursing*, 9 (3), 7-14. [https://www.researchgate.net/publication/43497125\\_Negotiation\\_of\\_Care\\_for\\_a\\_Hospitalised\\_Child\\_Parental\\_Perspectives](https://www.researchgate.net/publication/43497125_Negotiation_of_Care_for_a_Hospitalised_Child_Parental_Perspectives)

## **8. Apêndices**



## **Apêndice I**

Planeamento da Ação de Educação para a Saúde no âmbito da  
Promoção da Saúde Oral





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

---

LISBOA · PORTO

## **CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E  
PEDIÁTRICA**

### **Planeamento Ação de Educação para a Saúde: Promoção da Saúde Oral**

Ana Catarina Lopes Teixeira

**Porto, outubro de 2023**





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

---

LISBOA · PORTO

## **CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E  
PEDIÁTRICA**

**Planeamento:**

**Promoção da Saúde Oral**

**Estudante:** Ana Catarina Lopes Teixeira

**Sob orientação de:**

Professora Doutora Isabel Quelhas

**Porto, outubro de 2023**



## **LISTA DE SIGLAS**

**ACES** – Agrupamento de Centros de Saúde

**ARS NORTE** - Administração Regional de Saúde do Norte

**DGS** - Direção Geral da Saúde

**EEESIP** - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

**OMS** - Organização Mundial de Saúde

**PNPSO** - Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral

**PNSE** - Programa Nacional de Saúde Escolar

**SNS** - Serviço Nacional de Saúde

**UCC** – Unidade de Cuidados na Comunidade



## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	7
<b>1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA</b> .....	9
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	13
<b>3. CONTEÚDOS SELECIONADOS</b> .....	15
<b>4. RECURSOS E ESTRATÉGIAS DE ENSINO/APRENDIZAGEM</b> .....	17
4.1) Recursos humanos .....	17
4.2) Recursos físicos .....	17
4.3) Recursos materiais .....	17
4.4) Estratégias de ensino/aprendizagem .....	18
<b>5. POPULAÇÃO-ALVO</b> .....	19
<b>6. PLANO DA SESSÃO</b> .....	21
<b>7. ESTRATÉGIAS DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO</b> .....	25
<b>8. CONCRETIZAÇÃO DA INTERVENÇÃO E AVALIAÇÃO FINAL</b> .....	27
<b>CONCLUSÃO</b> .....	29
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	31
<b>APÊNDICES</b> .....	33



## INTRODUÇÃO

O planeamento da intervenção de Promoção da Saúde Oral em contexto escolar, surge no âmbito do estágio do Curso de Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica, realizado em contexto de Cuidados de Saúde Primários na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) I., integrada num ACES do Grande Porto. A presente intervenção conta com a orientação da Professora Doutora Isabel Quelhas e da Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP), segundo o Regulamento nº 422/2018, emitido pela Ordem dos Enfermeiros, tem como competência assistir a criança/jovem, bem como a sua família, na maximização da sua saúde e intervém em programas no âmbito da saúde escolar (Ordem dos Enfermeiros, 2018). A saúde escolar, apresenta um percurso assinalável e inequivocamente relevante na promoção da saúde e prevenção da doença em contexto escolar. A promoção da saúde em meio escolar,

“... tem como ponto de partida as necessidades reais da população escolar, desenvolve processos de ensino e aprendizagem que melhoram os resultados académicos e contribui para elevar o nível de literacia para a saúde e melhorar o estilo de vida da comunidade educativa.” (Direção Geral da Saúde, 2015, p. 12).

A aquisição de competências em matéria da prevenção da doença e promoção da saúde em meio escolar, passa por valorizar os fatores pessoais protetores, que favoreçam a saúde, num equilíbrio entre os alunos, o contexto escolar onde estão inseridos, a gestão de emoções, o estabelecimento de relações gratificantes e a compreensão das implicações das suas escolhas individuais (CASEL GUIDE, 2013).

A promoção da saúde e a prevenção da doença é conseguida por intermédio da educação para a saúde, que se assume como uma forma de excelência para a obtenção de ganhos em saúde do ponto de vista individual e coletivo, a médio e a longo prazo. Obviamente que as estratégias de educação para a saúde, envolvem toda uma comunidade, independentemente da sua faixa etária, no entanto as crianças e os jovens são vistos como potenciais e supremos interessados, pois à partida estarão mais recetivos à aprendizagem de hábitos e assimilação de conhecimentos (Precioso, 2004). Os Programas de Educação para a Saúde Escolar devem fornecer estratégias às crianças e aos jovens, para que, depois de abandonarem o contexto escolar, sejam capazes de zelar pela sua própria saúde, adotando

estilos de vida saudáveis e que permitam o desenvolvimento máximo das suas capacidades (Rocha et al., 2011).

Uma das áreas de intervenção, consideradas prioritárias pela Direção Geral da Saúde (DGS) e pela Administração Regional de Saúde do Norte (ARS Norte) e que consta do Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE) 2015 é a Saúde Oral, que possui um guia de orientação próprio denominado Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral (PNPSO) 2021-2025. Este último, estrutura-se em torno de dois eixos estratégicos: a prevenção e o diagnóstico e o tratamento das doenças orais. Visa promover a saúde oral ao longo da vida, com eficiência, equidade e tendência para a universalidade, melhorando o estado de saúde oral da população através da redução das doenças orais (Direção Geral da Saúde, 2021).

Com vista a dar resposta ao preconizado pelo PNPSO, irei, enquanto estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica, efetuar o planeamento de uma intervenção orientada para a Promoção da Saúde Oral, tendo como público-alvo alunos do 1º ciclo de uma escola do distrito do Porto.

Este documento procura expor o planeamento da ação de educação para a saúde, sendo sustentado na mais recente evidência científica sobre a Promoção da Saúde Oral, assim como nas orientações do PNPSO.

A elaboração do planeamento desta intervenção procura:

- Servir de instrumento de avaliação para o Estágio Final e Relatório;
- Servir de orientação para a ação de educação para a saúde relativa à promoção da higiene oral.

Estruturalmente, este documento é constituído pela introdução, onde é destacada a importância do EEESIP na promoção da saúde e a sua intervenção no âmbito da saúde escolar, nomeadamente no que diz respeito ao PNPSO. São ainda elencados, os objetivos major desta planificação. Segue-se um capítulo destinado à contextualização do tema e em seguida são expostos os objetivos gerais, específicos e educacionais subjacentes a esta intervenção. O terceiro capítulo enuncia os conteúdos que serão abordados na formação e o quarto capítulo os recursos necessários e estratégias de ensino/aprendizagem para a consecução da mesma. O quinto capítulo destaca a população-alvo e o seguinte capítulo inclui o plano de sessão. O sétimo capítulo comporta as estratégias de avaliação da seção, o oitavo a concretização da intervenção propriamente dita e a avaliação final. Termina com a conclusão, referências bibliográficas, segundo a norma APA, 7ª edição e apêndices.

## 1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA

A Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu a saúde oral como a ausência de dores crônicas na cavidade oral e face, cancrôs, infecções e outras condições que possam inibir a habilidade de uma pessoa mastigar, morder, sorrir ou falar (Petersen, 2008).

A saúde oral é fundamental para a saúde em geral, bem-estar (físico, mental e social), e qualidade de vida, tendo um impacto significativo na vida das pessoas. As doenças da cavidade oral são uma realidade, e, por conseguinte, devem ser alvo de esforços por parte de toda a população, tendo os governos um papel fundamental na implementação de medidas que visem a prevenção e o tratamento destas doenças (Direção Geral da Saúde, 2021).

A avaliação efetuada pela OMS reconhece que apesar de todos os esforços que têm sido feitos ao longo dos anos e da grande melhoria observada em muitos países em matéria da saúde oral, os problemas ainda persistem (Direção Geral da Saúde, 2021).

Os problemas de saúde oral incluem a cárie dentária, a doença periodontal, que pode culminar na deterioração do osso e perda de dentes e a patologia da mucosa oral (Al-Ahmad et al., 2010). As doenças orais são um problema de saúde pública, com um impacto substancial na saúde, crescimento e desenvolvimento das crianças e dos jovens. A DGS refere que os pilares para a manutenção da saúde oral são a alimentação saudável, a higiene oral adequada e o reforço da resistência dentária (Direção Geral da Saúde, 2021).

A cárie dentária é a doença oral com maior prevalência na idade pediátrica (69 a 90% das crianças em idade escolar) e está intimamente relacionada com a falta de higiene oral (Direção Geral da Saúde, 2021). É definida como uma doença infecciosa, pós eruptiva, transmissível e caracterizada por uma destruição progressiva dos tecidos mineralizados dos dentes, sendo o seu aparecimento baseado na interação de três fatores essenciais: os tecidos do hospedeiro, os constituintes da dieta e os microrganismos da placa bacteriana (Vasconcelos et al., 2004). A dieta tem uma influência direta na manutenção de uma adequada saúde oral, sendo que os alimentos ingeridos podem conduzir a alterações de pH da cavidade oral, podem promover a proliferação de microrganismos e podem levar à produção de ácidos metabólicos por parte dos microrganismos presentes na cavidade oral (Sheiham, 2001). Uma dieta baseada predominantemente no consumo de hidratos de carbono vai facilitar a proliferação bacteriana e conseqüentemente o aparecimento da cárie dentária. O consumo de açúcares, refrigerantes e snacks provoca a diminuição do pH, que

promove a desmineralização do dente, observando-se uma correlação entre o nível de acidez e a presença de lesões cariogénicas (Harris et al., 2012). O açúcar também funciona como substrato que se vai difundir para a placa bacteriana para ser metabolizada pelos microrganismos presentes e conseqüentemente provocar cáries dentárias (Bendgude et al., 2012).

A dor associada à presença de cáries dentárias pode concorrer para a abstenção escolar, diminuição do apetite e pode ainda comprometer a linguagem e o crescimento das crianças (Marshall et al., 2003), além de comportar gastos importantes associados ao seu tratamento (Alkarimi et al., 2012). A ausência de tratamento das cáries dentárias pode levar ao aparecimento de pulpites e outras complicações como celulite, abscessos cerebrais e septicémia (Brook, 1995). É um importante problema de saúde pública que tem merecido a atenção por parte da OMS, através do desenvolvimento de programas para a sua prevenção. O aparecimento de cáries dentárias está associado a uma má higiene oral e outros hábitos considerados pouco saudáveis, nomeadamente uma alimentação rica em açúcares. No entanto também pode resultar da falta de conhecimento dos pais e dos educadores, no que respeita ao tema da higiene oral. Deste modo, a educação para a saúde em matéria da higiene oral, deverá fazer parte do currículo escolar, envolvendo para além dos alunos, os professores, os pais e o pessoal não docente.

O PNPSO 2021-2025, elaborado pela DGS e atualmente em vigor pressupõe que os cuidados de saúde oral devem ser iniciados logo desde o nascimento e implicam um envolvimento por parte dos pais, dos cuidadores, dos profissionais da área da saúde e da educação. Envolve a transmissão de informação, de conhecimentos e o exemplo, que constitui um forte preditor do comportamento que virá a ser adotado pela criança (Direção Geral da Saúde, 2021).

A higiene oral deve ser iniciada logo após o nascimento, utilizando uma compressa ou dedeira para higienização das mucosas. A partir do aparecimento do primeiro dente decíduo, a higienização dos dentes deve ser feita com dentífrico fluoretado (1000-1500 ppm), pelo menos duas vezes por dia, sendo uma delas à noite antes de deitar (Tabela 1). A utilização de uma pasta fluoretada é fundamental, dado que o flúor é o agente preventivo de cárie mais importante, disponível atualmente (Lewis, 2014). A escovagem deve ser complementada com a utilização de fio ou fita dentária ou escovilhões. A escovagem dos dentes deve ser realizada em ambiente escolar, no pré-escolar e no 1º ciclo com supervisão

e a partir daí de forma autónoma pelos alunos, tendo em consideração o seu grau de maturidade (Direção Geral da Saúde, 2021).

**Tabela 1:** Recomendações sobre a frequência da escovagem dos dentes, material utilizado, responsabilidade pela execução e dentífrico fluoretado (dosagem de fluoretos e quantidade).

RECOMENDAÇÕES IDADE	Frequência da escovagem dos dentes	Material utilizado na escovagem dos dentes	Execução da escovagem dos dentes	Dentífrico fluoretado
0-3 Anos	Pelo menos 2 x dia - uma obrigatória/ antes de deitar	Gaze, dedeira antes da erupção do 1º dente; escova macia de tamanho pequeno	Pais/cuidadores	1000-1500 ppm quantidade idêntica ao tamanho de um bago de arroz cru
3-6 Anos	Pelo menos 2 x dia - uma obrigatória/ antes de deitar	Escova macia de tamanho adequado à boca da criança	Pais/cuidadores e/ou criança sob supervisão, se já adquiriu destreza manual	1000-1500 ppm quantidade idêntica ao tamanho de uma ervilha
Mais de 6 Anos	Pelo menos 2 x dia - uma obrigatória/ antes de deitar	Escova macia ou média, de tamanho adequado à boca da criança ou do jovem	Pais/ cuidadores e/ou criança/jovem sob supervisão, se já adquiriu destreza manual	1000-1500 ppm

**Fonte:** Adaptado do Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral 2005 da DGS

O PNPSO pretende reduzir a prevalência das doenças orais, as quais são controláveis através de medidas de prevenção. As orientações do programa assentam nas seguintes estratégias: promoção da saúde oral no contexto familiar e escolar, prevenção de doenças orais, diagnóstico precoce e tratamento dentário (Direção Geral da Saúde, 2021). Os objetivos gerais deste programa consistem em:

Promover a progressiva capacitação da população em matéria de literacia e promoção da saúde, prevenindo as doenças orais ao longo do percurso da vida; aumentar e melhorar a capacidade de resposta do Serviço Nacional de Saúde (SNS) às necessidades de saúde oral da população e promover a universalidade e a equidade, dando prioridade aos grupos mais vulneráveis (Direção Geral da Saúde, 2021, p. 3).

Apesar da existência e da implementação do PNPSO, a cárie dentária em crianças em idade escolar continua a ser um problema. Desta forma torna-se importante continuar o esforço que tem sido feito através de intervenções de promoção da saúde oral em contexto escolar.

Partindo desta linha de pensamento, em 2012 surgiu o projeto SOBE<sup>+</sup>, que pretende integrar a temática da saúde oral nos currículos escolares. Este projeto preconiza a

introdução da temática da saúde oral através de estratégias didáticas em contexto de sala de aula. Utiliza estratégias como:

1 - Dinâmicas de leitura, expressão dramática, música, ilustração, ciências, exercícios matemáticos;

2 - Apelo à participação de escritores, ilustradores, artistas plásticos...;

3 - Envolvimento de estruturas educativas;

4 - Favorecimento da prática de atividades de enriquecimento curricular (propondo a criação de laboratórios multidisciplinares);

5 – Articulação com cursos profissionais (saúde, restauração e bar, animação, entre outros);

6 - Extravasamento dos muros da escola, envolvendo autarquias, Bibliotecas Municipais, Associações de Pais e outras Associações e Grupos de Teatro locais;

7 - Dinamização de exposições, festivais de teatro, concursos, sessões de (in) formação (Direção Geral da Saúde, 2014).

Este projeto, conta com inúmeros materiais pedagógicos, que auxiliam a dinamizar as sessões e pode comportar ainda, a distribuição de um kit para a escovagem dos dentes (Kit Sobe), que será distribuído às escolas após o Agrupamento de Escolas efetuar a candidatura e se comprometer a viabilizar a realização diária da escovagem dos dentes, em ambiente escolar, por parte dos alunos que vão receber o material (Direção Geral da Saúde, 2014).

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1) Objetivos Gerais**

- Reduzir as doenças orais das crianças em contexto escolar;
- Promover a literacia dos alunos do 1º ciclo da Escola A, no sentido de prevenir as doenças orais ao longo do percurso de vida.

### **2.2) Objetivos Específicos**

- Promover o autocuidado em saúde oral dos alunos do 1º ciclo;
- Melhorar o conhecimento sobre saúde oral dos alunos do 1º ciclo;
- Melhorar a capacidade dos alunos do 1º ciclo para efetuarem a escovagem dos dentes.

### **2.3) Objetivos da Formação**

- Que os alunos descrevam, três consequências negativas de não escovar os dentes;
- Que os alunos demonstrem capacidade para escovar os dentes de modo correto;
- Que os alunos identifiquem o número de vezes recomendado para a escovagem dos dentes e o momento em que a devem realizar;
- Que os alunos reconheçam os alimentos suscetíveis de provocar cáries;
- Que os alunos identifiquem o material necessário para a escovagem dos dentes.



### 3. CONTEÚDOS SELECIONADOS

Durante a formação pretende abordar-se os seguintes assuntos:

- A importância da escovagem dos dentes;
- As complicações associadas à não escovagem dos dentes;
- O número de vezes recomendado para a escovagem dos dentes e os momentos em que deve ser realizada;
- Alimentos suscetíveis de provocar cáries;
- Material necessário para a escovagem dos dentes;
- Técnica de escovagem dos dentes.



## **4. RECURSOS E ESTRATÉGIAS DE ENSINO/APRENDIZAGEM**

Esta formação, como qualquer outra, requer a utilização de recursos humanos, materiais e físicos, que serão expostos em seguida. Relativamente às estratégias de ensino/aprendizagem, é necessário incluí-las no planeamento de uma formação, com vista a definir de antemão a forma como vai ser transmitida a informação e como os alunos a vão receber.

### **4.1) Recursos humanos**

- Estudante do 16º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, da Faculdade de Ciências da Saúde e Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa do Porto sob a orientação da EEESIP;
- Alunos do 1ºA, 2ºA, 3ºA e 4ºA da Escola “A” localizada no distrito do Porto;

### **4.2) Recursos físicos**

- Sala de aulas da Escola “A”.

### **4.3) Recursos materiais**

- Uma dentadura;
- Uma escova de dentes;
- Peças de puzzle previamente realizadas com questões para serem respondidas alusivas à higiene oral (Apêndice 1);
- Computador;
- Projetor;
- Colunas de som;
- Acesso à internet;

#### **4.4) Estratégias de ensino/aprendizagem**

Esta intervenção terá uma componente expositiva, interativa e demonstrativa.

Numa primeira instância, é suposto explicar a importância da escovagem dos dentes e as consequências da sua não realização. Será referido o número de vezes, o período em que se deve proceder à escovagem dos dentes e material necessário para a realização da técnica, segundo orientações da DGS. Serão ainda elencados alguns alimentos suscetíveis de provocar cáries.

Posteriormente será demonstrado com o auxílio de uma dentadura de tamanho grande e escova de tamanho proporcional a técnica adequada da escovagem dos dentes. Após a demonstração é expectável que os alunos executem a técnica com uma escova em tamanho real. Procurarei corrigir eventuais falhas na técnica que os alunos forem demonstrando e reforçar comportamentos positivos. Segue-se um momento destinado à visualização de um pequeno vídeo, para os alunos do 1º e 2º ano, com a duração aproximada de 3 minutos, intitulado “Kiko o dentinho de leite”, que procura sistematizar a informação partilhada.

No final da formação proceder-se-á, à avaliação do conhecimento adquirido durante a intervenção, com recurso a uma atividade didática: serão realizadas peças de puzzle com perguntas e respostas consoante o Apêndice 1. Os alunos deverão escolher de entre as peças existentes em cima da mesa, aquela que encaixa e que responde à peça que contém a pergunta.

## 5. POPULAÇÃO-ALVO

Esta intervenção no âmbito da promoção da saúde oral tem como população-alvo os alunos do 1º ciclo da Escola “A”, integrada no Agrupamento de Escolas de “S.B”, localizada no distrito do Porto.

A população é constituída por:

- **20 alunos do 1º ano (1ºA)** – 9 rapazes e 11 raparigas, com idades compreendidas entre os 6 e os 7 anos.
- **19 alunos do 2º ano (2ºA)** – 6 rapazes e 13 raparigas, com idades compreendidas entre os 7 e os 8 anos.
- **21 alunos do 3º ano (3ºA)** – 11 rapazes e 10 raparigas, com idades compreendidas entre os 7 e os 10 anos.
- **22 alunos do 4ºano (4ºA)** – 10 rapazes e 12 raparigas, com idades compreendidas entre os 8 e 9 anos.



## 6. PLANO DA SESSÃO

### Plano da Sessão “Promoção da Saúde Oral”

<b>Curso:</b> Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica	
<b>Tema:</b> Promoção da Saúde Oral	<b>Duração da sessão:</b> 30 min
<b>Local:</b> Escola “A”	<b>Data:</b> 19/10/2023
<b>Público-alvo:</b> Alunos do 1º ciclo da Escola “A”	<b>Hora:</b> 09:30h
<b>Dinamizador da sessão:</b> Enfermeira Catarina Teixeira (Estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica)	
<b>Objetivos da Formação:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Que os alunos descrevam, três consequências negativas de não escovar os dentes;</li><li>• Que os alunos demonstrem capacidade para escovar os dentes de modo correto</li><li>• Que os alunos identifiquem o número de vezes recomendado para a escovagem dos dentes e o momento em que a devem realizar;</li><li>• Que os alunos reconheçam os alimentos suscetíveis de provocar cáries;</li><li>• Que os alunos identifiquem o material necessário para a escovagem dos dentes.</li></ul>	



<p style="text-align: center;"><b>Conclusão</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resumo das principais ideias abordadas;</li> <li>• Avaliação do conhecimento adquirido com recurso à realização de um puzzle;</li> <li>• Encerramento da sessão.</li> </ul>	<p style="text-align: center;">Interativo</p>	<p style="text-align: center;">Projetor</p> <p style="text-align: center;">Computador com acesso à Internet</p> <p style="text-align: center;">Colunas</p> <p style="text-align: center;">Peças de puzzle</p>	<p>Para alunos do 1º e 2º ano o resumo das ideias principais será através da visualização do vídeo “Kiko e o dentinho de leite”</p> <p>Para os alunos do 3º e 4º ano serão reforçadas de forma verbal as ideias chave transmitidas ao longo da sessão.</p> <p>Para avaliar o conhecimento adquirido serão disponibilizadas peças de puzzle com questões sobre o tema e peças com as respostas (corretas e incorretas) e os alunos deverão escolher de</p>	<p style="text-align: center;">10 min</p>	<p style="text-align: center;">Jogo/Questionário</p>
---	--	---	---	---	---	--

				entre as peças disponíveis aquela que melhor responde à questão colocada, sendo o registo das respostas assinalado em documento próprio (apêndices 1 e 2).		
--	--	--	--	--	--	--

## **7. ESTRATÉGIAS DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO**

A avaliação assume-se como um momento fulcral do processo formativo, de forma a compreender o alcance dos objetivos preconizados para a formação. Relativamente à avaliação da formação esta será feita através de duas estratégias, de acordo com a avaliação respetiva dos conhecimentos ou das habilidades dos alunos. A técnica de escovagem dos dentes aprendida pelos alunos, será avaliada através da observação, seguindo o instrumento criado para o efeito (Apêndice 3). A avaliação dos conhecimentos, será realizada com recurso a uma atividade lúdica (jogo) (Apêndice 1 e 2).



## 8. CONCRETIZAÇÃO DA INTERVENÇÃO E AVALIAÇÃO FINAL

A intervenção de promoção da saúde oral ocorreu no dia programado (23 de outubro de 2023) e teve início por volta das 09:30h com as turmas do 1º e 2º A e mais tarde, por volta das 11:00h com as turmas do 3º e 4ºA da Escola da “A”, situada no distrito do Porto.

A intervenção nas turmas do 1º e 2º ano contou com a participação das duas professoras titulares, da estudante de mestrado, da respetiva enfermeira orientadora e dos alunos do 1º e 2º ano de escolaridade.

Em primeira instância procedeu-se à gestão do ambiente, garantindo uma luminosidade adequada e acomodação dos alunos. Assegurou-se o adequado funcionamento dos aparelhos eletrónicos, como computador e projetor. Preparado o ambiente, deu-se início à sessão com a apresentação do dinamizador e dos objetivos da intervenção.

Nas turmas do 1º e 2º ano, a intervenção decorreu sem complicações major, apesar dos alunos terem alguma dificuldade em prestar atenção, pelo que se solicitou a intervenção das professoras titulares para se conseguir manter um ambiente propício à aprendizagem no interior da sala de aula. Foi possível concluir através de questões realizadas no início da intervenção, que alguns dos alunos não compreendiam a importância da escovagem dos dentes e que limitavam a escovagem a uma vez ao dia. Mais de metade dos alunos do 1º e 2º anos verbalizaram a importância de efetuar uma correta escovagem e afirmaram escovar os dentes pelo menos duas vezes ao dia. A maioria dos alunos inquiridos reconhece o momento após o jantar e antes de ir para a cama como sendo o mais importante para a escovagem dos dentes.

Dos alunos inquiridos, todos foram capazes de identificar o material necessário para a escovagem dos dentes e alguns alimentos suscetíveis de provocar cáries.

Relativamente à técnica de escovagem dos dentes nenhum dos alunos inquiridos efetuou a técnica corretamente antes desta ter sido demonstrada pela estudante de mestrado. No final da atividade, foi possível verificar que, dos 5 alunos incitados a demonstrar a técnica de escovagem dos dentes (n=5), 3 deles (n=3) realizaram a técnica corretamente, segundo o descrito no Apêndice 3, enquanto os outros 2 demonstraram alguma dificuldade em cumprir com rigor a técnica demonstrada.

Relativamente à atividade lúdica utilizada como estratégia de avaliação, dos alunos selecionados para realizar a atividade (n=10), todos responderam corretamente às questões,

escolhendo a peça correta para completar o puzzle (Apêndice 1 e 2). Para culminar e reforçar as ideias transmitidas durante a intervenção, foi projetado o vídeo “Kiko o dentinho de leite”.

No que diz respeito à intervenção realizada juntos dos alunos do 3º e 4º anos de escolaridade, existiu também o cuidado de garantir uma luminosidade adequada e respeitar a acomodação dos alunos.

A intervenção contou com a participação das duas professoras titulares, da estudante de mestrado, da respectiva enfermeira orientadora e dos alunos do 3º e 4º ano de escolaridade.

A intervenção iniciou-se com a apresentação do dinamizador e a exposição dos objetivos da intervenção.

Em primeira instância procurou-se compreender o que os alunos sabiam sobre o tema da promoção da higiene oral. Todos os alunos presentes reconheceram a importância da escovagem dos dentes e enumeraram possíveis complicações associadas à sua não realização. Mais de metade da turma, quando questionados sobre a frequência da escovagem dos dentes, respondeu que escovavam pelo menos duas vezes por dia os dentes, na grande maioria das vezes após o pequeno-almoço e depois de jantar, antes de irem para a cama. Todos os presentes na sala identificaram sem dificuldade o material necessário para a escovagem dos dentes. Relativamente à questão dos alimentos suscetíveis de provocar cáries, constatou-se que alguns dos alunos não identificam o potencial cariogénico de certos alimentos, mantendo o seu consumo regular. No que diz respeito à técnica de escovagem dos dentes, após demonstração, dos 5 alunos inquiridos (n=5), 4 foram capazes de realizar a técnica de escovagem dos dentes de forma correta.

Relativamente à atividade lúdica utilizada como estratégia de avaliação, dos alunos selecionados para realizar a atividade (n=10), todos responderam corretamente às questões, escolhendo a peça correta para completar o puzzle (Apêndice 1 e 2).

A intervenção realizada junto dos alunos do 3º e 4º ano decorreu de forma tranquila e produtiva, os alunos mostraram-se interessados perante o tema e realizaram questões no decurso da atividade.

## CONCLUSÃO

A saúde oral assume uma importância significativa na qualidade de vida das populações, na medida em que afeta o seu estado de saúde geral. Apesar de nos últimos anos se ter verificado uma melhoria na saúde oral das crianças portuguesas, muito caminho há ainda a percorrer para erradicar os problemas relacionados com a higiene oral, ou a falta dela.

A promoção e a prevenção da saúde oral em contexto escolar, contribui para a melhoria de hábitos e conduz à redução da prevalência do número de doenças relacionadas com a cavidade oral. As crianças e os jovens são indivíduos em constante transformação, sofrem influência do meio externo e de quem os rodeia, sendo considerados beneficiários privilegiados dos programas de educação para a saúde, nomeadamente do Programa Nacional para Promoção da Saúde Oral. O programa elencado anteriormente é considerado prioritário e carece de uma intervenção estruturada por parte dos enfermeiros. A educação para a saúde oral deve fazer parte do currículo escolar e envolver os alunos, os seus pais e todo o pessoal presente na escola (docentes e não docentes), através de atividades de promoção da saúde oral na escola.

As escolas devem ajudar a envolver os seus membros no cumprimento de programas dirigidos às necessidades de saúde dos alunos, de forma a atingir os objetivos pretendidos e em última instância a qualidade de vida e o adequado desenvolvimento das crianças e jovens.



## 9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Al-Ahmad, A., Roth, D., Wolkewitz, M., Wiedmann-Al-Ahmad, M., Follo, M., Ratka-Kruger, P., . . . Hanning, C. (2010). Change in diet and oral hygiene over an 8-week period: effects on oral health and oral biofilm. *Clinical Oral Investigations*, 14 (4), 391-396. <https://doi.org/10.1007/s00784-009-0318-9>
- Alkarimi, H., Watt, R., Pikhart, H., Jawadi, A., Sheiham, A., & Tsakos, G. (2012). Impact of treating dental caries and schoolchildren's antropometric, dental, satisfaction and appetite outcomes: a randomized controlled trial. *BMC Public Health*, 12 (1). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-706>
- Bendgude, V., Jawale, B. A., Kulkarni, H., Mahuli, A. V., Dave, B., & Mittal, S. (2012). Dental Plaque pH Variation with Regular Soft Drink, Diet Soft Drink and High Energy Drink: An in vivo Study. *The Journal of Contemporary Dental Practice*, 13(2), 201–204. <https://doi.org/10.5005/jp-journals-10024-1121>
- Brook, I. (1995). Brain abscess in children: microbiology and management. *J. Child Neurology*, 10 (4), 283-288. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7594262/>
- CASEL GUIDE. (2013). *Effective Social and Emotional Learning Programs - Preschool and Elementary School Edition*. Obtido em outubro de 2023, de <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED581699.pdf>
- Direção Geral da Saúde. (2014). Plano Nacional de Leitura, Rede de Bibliotecas Escolares, & Ordem dos Médicos Dentistas. *SOBE 2014 Saúde Oral Bibliotecas Escolares: Manual de utilização*. Obtido em outubro de 2023, de [https://www.sobe.pt/wp-content/uploads/2020/09/Manual\\_SOBE2\\_2014\\_.pdf](https://www.sobe.pt/wp-content/uploads/2020/09/Manual_SOBE2_2014_.pdf)
- Direção Geral da Saúde. (2015). *Programa Nacional de Saúde Escolar 2015*. Obtido em outubro de 2023, de [https://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2018/01/Programa\\_NSE\\_2015.pdf](https://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2018/01/Programa_NSE_2015.pdf).
- Direção Geral da Saúde. (2021). *Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral 2021-2025*. Obtido em 2023, de <https://ucccb.pt/wp-content/uploads/2021/10/programa-nacional-de-promocao-da-saude-oral-2021-2025.pdf>

- Harris, R., Gamboa, A., Dailey, Y., & Ashcroft, A. (2012). One-to-one dietary interventions undertaken in a dental setting to change dietary behaviour. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 5. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd006540.pub2>
- Lewis, C. W. (2014). Fluoride and dental caries prevention in children. *Pediatrics in Review*, 35(1), 3-15. <https://doi.org/10.1542/pir.35-1-3>
- Marshall, T., Levy, S., Broffitt, B., Warren, J., Eichenberger-Gilmore, J., Burns, T., & Stumbo, P. (2003). Dental Caries and Beverage Consumption in Young Children. *PEDIATRICS*, 112 (3), 184-191. <https://doi.org/10.1542/peds.112.3.e184>
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento n.º 422/2018 Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Obtido em outubro de 2023, de <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2018/07/133000000/1919219194.pdf>
- Petersen, P. (2008). *The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century - the approach of the WHO Global Oral Health Programme*. Obtido em 2023, de <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1046/j..2003.com122.x>
- Precioso, J. (2004). Educação para a Saúde na Escola um direito dos alunos que urge satisfazer. *Revista O Professor, Série III* (85), 17-24. <https://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/3980>
- Rocha, A., Correia, C., Pestana, L., Bento, M., & Preto, O. (2011). Saúde Escolar em Construção: Que Projetos? *Millenium*, 41, 89-113. <https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8209>
- Sheiham, A. (2001). Dietary effects on dental diseases. *Public Health Nutrition*, 4 (2b), 569-591. <https://doi.org/10.1079/phn2001142>
- Vasconcelos, N., Melo, P., & Gavinha, S. (2004). Estudo dos Factores Etiológicos das Cáries Precoces da Infância numa População de Risco. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial*, 45, (2), 69-77. [https://spemd.pt/imagens/anexo\\_321.pdf](https://spemd.pt/imagens/anexo_321.pdf)

## APÊNDICES



# Apêndice 1 – Puzzle utilizado para avaliação de conhecimentos.



**Apêndice 2** – Instrumento de registo das respostas da atividade didática.

<b>Instrumento de registo das respostas da atividade didática</b>		
	<b>Resposta Correta</b>	<b>Resposta Errada</b>
<b>Pergunta 1:</b> “Se não escovar os dentes posso ficar com ...”		
<b>Pergunta 2:</b> “Quantas vezes devo escovar os dentes por dia?”		
<b>Pergunta 3:</b> “Quais são os momentos indicados para a escovagem dos dentes?”		
<b>Pergunta 4:</b> “Que material necessito para a escovagem dos dentes?”		
<b>Pergunta 5:</b> “Que alimentos podem provocar cáries?”		

**Apêndice 3** – Instrumento de avaliação da técnica de escovagem dos dentes.

<b>Instrumento de avaliação da técnica de escovagem dos dentes</b>			
	<b>Cumpre sem dificuldade</b>	<b>Cumpre com dificuldade</b>	<b>Não cumpre</b>
Escova todos os dentes da superfície externa da arcada dentária superior realizando movimentos circulares.			
Escova todos os dentes da superfície interna da arcada dentária superior realizando movimentos circulares.			
Escova a superfície mastigatória dos dentes da arcada dentária superior, com movimentos circulares.			
Escova todos os dentes da superfície externa da arcada dentária inferior realizando movimentos circulares.			
Escova todos os dentes da superfície interna da arcada dentária inferior realizando movimentos circulares.			
Escova a superfície mastigatória dos dentes da arcada dentária inferior, com movimentos circulares.			
Escova a língua.			
Realiza a escovagem dos dentes durante 2 minutos.			



## **Apêndice II**

Planeamento e Apresentação da Formação de Pares:  
Higiene do Sono em Crianças e Jovens





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

---

LISBOA · PORTO

## **CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E  
PEDIÁTRICA**

### **Planeamento da Formação de Pares: Higiene do Sono em Crianças e Jovens**

Ana Catarina Lopes Teixeira

**Porto, outubro de 2023**





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

---

LISBOA · PORTO

## **CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E  
PEDIÁTRICA**

**Planeamento da Formação de Pares:  
Higiene do Sono em Crianças e Jovens**

**Estudante:** Ana Catarina Lopes Teixeira

**Sob orientação de:**

Professora Doutora Isabel Quelhas

**Porto, outubro de 2023**



## **LISTA DE SIGLAS**

**EEESIP** - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil

**UCC** – Unidade de Cuidados na Comunidade



# ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	7
<b>1. SELEÇÃO DO TEMA</b> .....	9
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	11
<b>3. CONTEÚDOS SELECIONADOS</b> .....	13
<b>4. RECURSOS E ESTRATÉGIAS DE ENSINO/APRENDIZAGEM</b> .....	15
4.1) Recursos humanos .....	15
4.2) Recursos físicos .....	15
4.3) Recursos materiais .....	15
4.4) Estratégias de ensino/aprendizagem .....	16
<b>5. POPULAÇÃO-ALVO</b> .....	17
<b>6. ENQUADRAMENTO TEÓRICO: O SONO NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA</b> .....	19
6.1) Distúrbios do sono.....	23
6.2) Consequências da privação do sono .....	26
6.3) Estratégias de Promoção do Sono na Infância e Adolescência .....	28
<b>7. PLANO DA SESSÃO</b> .....	33
<b>8. ESTRATÉGIAS DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO</b> .....	37
<b>9. EXECUÇÃO DA FORMAÇÃO E AVALIAÇÃO FINAL</b> .....	39
<b>CONCLUSÃO</b> .....	41
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	43
<b>APÊNDICES</b> .....	47



## INTRODUÇÃO

O planeamento desta ação de formação surge no âmbito do estágio realizado no contexto de cuidados de Saúde Primários na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC). O tema da Higiene do Sono em Crianças e Jovens surge após ter sido efetuado um levantamento das necessidades formativas da equipa e por ser um tema que preocupa os pais, educadores, jovens e os próprios profissionais de saúde, constituindo assim, na minha visão, uma excelente oportunidade para aumentar/atualizar o conhecimento detido pelos membros da equipa de saúde.

A formação é um processo contínuo, que vai tendo um papel crucial ao longo de toda a vida. Após uma formação inicial que permite a obtenção de qualificações para o exercício profissional, existe a necessidade de aperfeiçoamento de competências e aquisição de novos conhecimentos, que apenas é conseguida através da formação contínua. A formação em serviço é uma atividade formativa desenvolvida em resposta a problemáticas/situações identificadas no seio de uma profissão e que pressupõe a aquisição de conhecimentos, capacidades e atitudes para o exercício dessa mesma profissão. Deve ser programada e desenvolvida face às necessidades do serviço, de maneira a refletir e valorizar as necessidades formativas e não apenas ser uma programação efetuada abordando um conjunto de temas soltos (Relvas, 2018).

A Enfermagem enquanto disciplina de conhecimento não é exceção à regra, sendo exigido aos enfermeiros uma aposta contínua no conhecimento e na formação, para que desta forma seja garantido um exercício profissional de excelência (Ordem dos Enfermeiros, 2021).

Os hábitos de sono constituem uma função vital básica, sujeita a algumas alterações ao longo do ciclo de vida. Nas crianças e jovens assume uma importância major, não só porque esta faixa etária carece de um maior período de sono, mas também porque ao aprenderem a ter bons hábitos de sono na infância, ajuda a que se estabeleça um padrão de sono adequado na idade adulta. Face ao exposto, é necessário o conhecimento sobre as práticas de sono recomendadas e as consequências da privação do sono e do repouso no crescimento, desenvolvimento, comportamento e aprendizagens das crianças e jovens.

Este trabalho procura expor a mais recente evidência científica sobre este tema, na perspetiva de complementar a informação já detida pelos enfermeiros da UCC onde me

encontro a realizar o estágio, por forma a que estes possam ajudar os jovens, os pais e os educadores a implementarem e terem conhecimento sobre o sono e estratégias para promover um padrão de sono de qualidade.

Assim, a elaboração desta formação tem como objetivos principais:

- Servir de instrumento de avaliação para o Estágio Final e Relatório;
- Aumentar o conhecimento dos enfermeiros sobre o sono das crianças e jovens, nomeadamente distúrbios, consequências da privação do sono e estratégias para promover a higiene do sono;
- Promover um espaço de partilha de opiniões e experiências em relação ao sono das crianças e jovens.

Estruturalmente, este documento é constituído pela introdução, onde é destacada a importância da formação contínua em enfermagem e mais concretamente da formação em serviço, faz uma breve referência à pertinência do tema escolhido para ser abordado na formação de pares: Higiene do Sono em Crianças e Jovens, além de expor os objetivos major deste trabalho. Segue-se um capítulo destinado ao motivo da escolha deste tema e em seguida são expostos os objetivos desta formação. O terceiro capítulo enuncia os conteúdos que serão abordados na formação e o quarto capítulo os recursos necessários e estratégias de ensino/aprendizagem para a consecução da mesma. O quinto capítulo destaca a população-alvo e o seguinte capítulo é destinado ao enquadramento teórico: o sono na infância e na adolescência, procurando expor a definição do conceito de sono, abordar os principais distúrbios do sono e consequências da sua privação, além de destacar as estratégias promotoras do sono em idade pediátrica. O sétimo capítulo inclui ao plano de sessão, o oitavo as estratégias de avaliação da sessão, o nono a execução da formação propriamente dita e a avaliação final. Termina com a conclusão, referências bibliográficas, segundo a norma APA, 7ª edição e apêndices.

## 1. SELEÇÃO DO TEMA

Esta formação surge com base na necessidade de dar uma resposta efetiva às necessidades manifestadas pelos enfermeiros da UCC onde me encontro a realizar estágio. O sono é um tema que preocupa os pais, educadores, jovens e os próprios profissionais de saúde. Assim sendo, pareceu-me uma excelente oportunidade, realizar uma formação em serviço com o objetivo de atualizar/aumentar o conhecimento detido pelos enfermeiros da equipa, por forma a que estes possam auxiliar os pais, educadores e os próprios jovens, no sentido de se obter hábitos de sono saudáveis junto da população em idade pediátrica.

A qualidade e os hábitos de sono saudáveis têm benefícios no crescimento, desenvolvimento e saúde das crianças e dos jovens. Os enfermeiros têm um papel preponderante no que toca à promoção/prevenção da doença e relativamente ao sono devem assumir os cuidados antecipatórios como uma necessidade de intervenção. Relativamente ao sono infantojuvenil, fazem parte dos cuidados antecipatórios previstos no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, o ritmo circadiano, os rituais/hábitos ao adormecer, as horas de sono adequadas em função de cada faixa etária e os sinais de alerta (Direção Geral da Saúde, 2013). A importância da promoção de hábitos de sono saudáveis é também evidenciada no Programa Nacional de Saúde Escolar, sugerindo que a Saúde Escolar deverá colaborar com a escola na melhoria da literacia sobre os hábitos de sono e repouso e promover a sua adequação ao longo de toda a escolaridade (Direção Geral da Saúde, 2015). Concorre para corroborar esta ideia, o Regulamento nº 422/2018, emitido pela Ordem dos Enfermeiros, que atesta que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil (EEESIP), tem como função a “... avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem, com orientação antecipatória às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19194).

Perante o exposto, é notória a importância que o enfermeiro tem junto das crianças, jovens e pais no sentido da promoção de hábitos de sono saudáveis, pelo que se torna importante a sua constante atualização sobre a mais recente evidência científica relativamente a este tema.



## **2. OBJETIVOS**

### **2.1) Objetivos Gerais**

- Promover a adoção de hábitos de sono saudáveis nas crianças e nos jovens;
- Capacitar os enfermeiros relativamente à promoção de hábitos de sono saudáveis nas crianças e nos jovens;
- Promover a formação contínua em serviço.

### **2.2) Objetivos Específicos**

- Melhorar o conhecimento dos enfermeiros sobre o sono em idade pediátrica;
- Melhorar o conhecimento dos enfermeiros sobre os principais distúrbios do sono em idade pediátrica;
- Melhorar o conhecimento dos enfermeiros sobre as consequências da privação do sono em idade pediátrica;
- Melhorar o conhecimento dos enfermeiros sobre estratégias promotoras da higiene do sono;
- Fomentar a partilha de experiências e opiniões em relação ao sono em idade pediátrica.



### **3. CONTEÚDOS SELECIONADOS**

Durante a formação pretende abordar-se os seguintes assuntos:

- O sono e a sua importância para o desenvolvimento das crianças e jovens;
- Os principais distúrbios do sono, característicos da idade pediátrica;
- As consequências para as crianças e jovens associados à privação do sono;
- Estratégias para promover a higiene do sono nas crianças e nos jovens.



## **4. RECURSOS E ESTRATÉGIAS DE ENSINO/APRENDIZAGEM**

Esta formação, como qualquer outra requer a utilização de recursos humanos, materiais e físicos, que serão expostos em seguida. Relativamente às estratégias de ensino/aprendizagem, é necessário incluí-las no planeamento de uma formação, com vista a definir de antemão a forma como vai ser transmitida a informação e como os formandos a vão receber.

### **4.1) Recursos humanos**

- Aluna do 16º Curso de Mestrado com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, da Faculdade de Ciências da Saúde e Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa do Porto sob a orientação de uma EEESIP da UCC

### **4.2) Recursos físicos**

- Sala de formações de uma UCC.

### **4.3) Recursos materiais**

- Um computador portátil;
- Um projetor;
- Canetas;
- Power Point® com a apresentação;
- Questionários de avaliação da formação;
- Folha de presenças.

#### 4.4) Estratégias de ensino/aprendizagem

As estratégias utilizadas nesta formação são a reflexão, o debate e a exposição.

Numa primeira instância, é suposto suscitar a reflexão dos enfermeiros, sobre o conhecimento que possuem sobre o tema do sono. Será um momento de diagnóstico do ponto da situação e um momento dedicado à partilha de experiências enquanto profissionais. Serão realizadas questões como: **“O que é o sono?”**; **“Serão as fases do ciclo de sono iguais em crianças e jovens e nos adultos?”**; **“O que distingue os ciclos de sono em crianças e jovens e nos adultos?”**; **“Que consequências existem para a criança e jovem associados à privação do sono?”**; **“Qual o distúrbio do sono mais comum em idade pediátrica?”**; **“Que estratégias se podem utilizar para promover o sono?”**.

Posteriormente serão abordados os conteúdos teóricos recorrendo ao método expositivo, tendo com o auxílio, uma apresentação de Power Point® elaborada por mim e que contém as ideias principais referentes ao tema selecionado.

No final da formação proceder-se-á, à avaliação do conhecimento adquirido realizando as mesmas questões que foram efetuadas no início da formação.

## **5. POPULAÇÃO-ALVO**

Esta formação tem como população-alvo os enfermeiros da UCC “I”, integrada num ACES do Grande Porto, que se encontram a realizar turno no dia da formação.



## **6. ENQUADRAMENTO TEÓRICO: O SONO NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA**

O sono pode ser entendido como um período caracterizado pela diminuição do estado de consciência, da atividade motora e do metabolismo, tendo uma função regeneradora de conservação de energia, consolidação da memória e de recuperação (SNS 24, 2023).

Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), o sono pode ser definido como um “processo corporal: diminuição recorrente da atividade corporal evidenciada pela diminuição de consciência; não acordado acompanhado de; não consciente; diminuição do metabolismo; postura imóvel; atividade corporal diminuída; sensibilidade a estímulos externos” (International Council of Nurses, 2019, p.126).

O sono é entendido como um importante indicador de saúde e um determinante de qualidade de vida, é uma necessidade biológica, considerada imprescindível para a manutenção da vida. Segundo a Sociedade Portuguesa de Pediatria e a Associação Portuguesa do Sono (2017) a alternância entre ciclos de sono e de vigília, constituem ritmos fundamentais da espécie humana, com particular importância durante a fase da infância e adolescência. O sono não se trata apenas de uma ausência do estado de vigília, mas constitui um momento importante para a restauração física e psíquica. Durante o período em que se está a dormir, há renovação celular, produção de hormonas e anticorpos que melhoram a capacidade de defesa perante infeções, síntese de proteínas e regulação metabólica (Sociedade Portuguesa de Pediatria & Associação Portuguesa de Sono, 2017). Está comprovado que a secreção da hormona de crescimento, ocorre nas primeiras horas de sono profundo (Vaz, 2017) e, por conseguinte, o sono adquire também um papel fundamental no desenvolvimento estatuto-ponderal da criança. O sono tem ainda, um papel fundamental no desenvolvimento do SNC, daí a importância dos bebés dedicarem grande parte do seu tempo a dormir. Durante o sono é filtrada toda a informação recebida pelo cérebro, o que facilita o processo de retenção de memórias importantes, a capacidade de concentração, a aprendizagem, o controlo das emoções e a impulsividade (Sociedade Portuguesa de Pediatria & Associação Portuguesa de Sono, 2017). É durante a primeira infância que ocorrem importantes alterações na estrutura do sono e por conseguinte, estabelecer práticas

de sono saudáveis durante a primeira infância é essencial para o desenvolvimento saudável e o bem-estar a curto e a longo prazo (Schlieber & Han, 2021).

O aumento da literacia em saúde do sono dos pais/cuidadores é fundamental para aumentar o seu conhecimento, a sua motivação e as suas competências para promoverem hábitos de sono saudáveis e reconhecerem problemas de sono nos seus filhos, promovendo a saúde infantil (Bonuck et al., 2016).

O sono pode ser dividido em dois tipos *Rapid Eye Movement* (Sono REM) ou **Estádio R** e *Non-Rapid Eye Movement* (Sono NREM), que se distinguem pelo tipo de atividade elétrica do cérebro, do tónus muscular e do movimento ocular, sendo que os seus padrões se modificam ao longo do desenvolvimento.

O sono REM caracteriza-se por ser um sono mais superficial, com movimentos rápidos dos olhos; atividade elétrica dessincronizada: EEG com ondas de baixa amplitude e elevada frequência e hipotonia muscular. Esta fase do sono parece ter um papel importante no desenvolvimento do sistema nervoso central e na consolidação e integração de memória (Silva, 2014).

O sono não REM, é considerada uma fase do sono mais restauradora, mais tranquila e caracterizada por menor ativação cerebral. A atividade elétrica torna-se progressivamente mais sincronizada, com ondas de mais baixa frequência e maior amplitude (Silva, 2014).

O sono REM, durante o qual ocorre a maior parte dos sonhos corresponde a cerca de 20% - 25% do sono total e diminui com a idade, enquanto, o sono NREM ocupa cerca de 75% do tempo de sono (Collins, 2004).

A proporção de sono REM/NREM diminui com a idade e pode ser influenciada por fatores extrínsecos como a privação de sono, a disrupção dos seus horários, o exercício físico e a utilização de fármacos (Silva, 2014).

No adulto e jovem adulto, um ciclo completo de sono caracteriza-se por 5 fases: a fase do sono dos movimentos oculares rápidos (REM) e quatro fases de sono de movimentos oculares não-rápidos (NREM), numeradas de I a IV pela lentificação crescente e progressiva que se regista através do EEG.

A **fase I** caracteriza-se pelo adormecimento, é o período de transição entre estar acordado e a dormir. Ocorre o relaxamento dos músculos, a diminuição da frequência respiratória, lentificação dos movimentos oculares, diminuição do ritmo cardíaco e da temperatura corporal (Coelho, 2009). A **fase II** é caracterizada por uma respiração mais ruidosa, relaxamento completo do corpo, aumento das ondas delta e as ondas cerebrais são

um pouco mais lentas que as anteriores. Ainda não é um sono profundo (Coelho, 2009). Seguem-se as **fases III e IV**, fases de sono mais profundo com ondas cerebrais muito lentas, em que apenas estímulos vigorosos são capazes de acordar a pessoa. No EEG são perceptíveis ondas delta, de baixa frequência e elevada amplitude (Coelho, 2009).

Durante a noite, os estádios de sono REM e NREM alternam entre si, constituindo ciclos com duração de 45 a 60 minutos nos lactentes, que se prolongam até 90-100 minutos na idade escolar e no adulto. Estes ciclos de sono sucedem-se 4 a 6 vezes por noite, podendo haver períodos de despertar nas transições (Silva, 2014). Em termos de organização: na primeira metade da noite passa-se mais tempo em sono profundo (fases III e IV) que na segunda parte, na qual predominam as fases II e REM (Estivill, 2007).

Nos recém-nascidos, o sono é diferente do dos adultos e Prenchtl e O'Brien estabeleceram uma classificação que divide o sono do recém-nascido de termo em 5 estádios, correspondendo o primeiro a um sono calmo e o último à agitação do despertar com ou sem choro.

O **Estádio I – “sono calmo”**, tem a duração aproximada de cerca de 20 minutos e é neste estádio que é segregada a hormona de crescimento. O recém-nascido mantém-se calmo, sem movimentos corporais, olhos fechados sem movimentos oculares, respiração regular, diminuição da frequência cardíaca. Pode apresentar alguns movimentos de sucção. O **Estádio II – “sono agitado”**, é menos calmo do que o anterior e tem uma duração que pode variar entre os 10 e os 45 minutos. O sono pode ser interrompido por movimentos corporais frequentes, através da expressão facial o bebé é capaz de expressar os seus sentimentos. Caracteriza-se pela hipotonicidade corporal, a respiração é mais rápida e irregular do que no sono calmo e pode verificar-se algumas pausas respiratórias. Também o ritmo cardíaco é rápido e instável. O **Estádio III – “vigília calma”**, há um despertar calmo e o recém-nascido fica atento ao meio envolvente, mexe-se pouco e reconhece o rosto da mãe. Há medida que o bebé cresce este período prolonga-se, sendo que no primeiro mês de vida este estádio pode durar até 30 minutos e a partir dos três meses de idade pode prolongar-se até duas horas seguidas. Os **Estádios IV e V – “vigília agitada, com ou sem choro”**, é um estádio mais prolongado que o anterior; o recém-nascido encontra-se menos recetivo ao meio externo, geme, mexe-se, faz caretas e chora frequentemente. O seu coração bate rápido e a sua respiração é rápida e irregular (Mendes, 2005).

Ao nascer, os ciclos de sono não são influenciados pela alternância entre o dia e a noite, o bebé dorme em média 17 horas e é a necessidade de saciar a fome que o desperta.

Dos 3 meses ao ano de idade, o padrão de sono do bebê é mais facilmente influenciado por fatores externos como ambiente, ruídos ou temperatura, enquanto, depois desse período o sono vai se tornando cada vez mais estável.

Após o primeiro mês de vida, o sono vai-se consolidando em torno do período noturno. Por volta dos 6 meses, o lactente faz 2 a 3 sestas por dia; a partir do ano de idade a duração do sono diminui em média para 14/11 horas e a criança faz três períodos de sono, um de noite e dois de dia: de manhã e à tarde. Entre os 15 e os 30 meses de idade suspende espontaneamente a sesta da manhã, mantendo a sesta da tarde que só abandonará entre os 3 e os 5 anos, ou mais tarde, em algumas crianças.

As crianças são seres individuais e por essa razão não se pode advogar a existência de horas estandardizadas de sono em função da idade, pois cada criança tem as suas próprias necessidades de sono. Kecchierini (1997) sintetiza esta ideia dizendo que “o sono é um imperativo para todo o homem, mas a sua necessidade é um fator que decorre de importantes variações interindividuais” (Coelho, 2009, p. 24). No entanto, e apesar desta premissa, a Sociedade Portuguesa de Pediatria (2017), a Associação Portuguesa do Sono (2017) e o SNS24 (2023), recomendam um número médio horas de sono, em função da idade:

- **Lactentes (4-12 meses)** – 12 a 16h por dia (incluindo sestas);
- **Crianças de 1 a 2 anos** – 11 a 14h por dia (10-11h de sono noturno e 2-4h de sesta);
- **Crianças dos 3 aos 5 anos** – 10 a 13h por dia (10-11h de sono noturno e 1-3h de sesta);
- **Crianças dos 6 aos 12 anos** – 9 a 12h de sono noturno;
- **Adolescentes dos 13 aos 18 anos** – 8 a 10h de sono noturno.

Ao longo do desenvolvimento das crianças, observa-se uma maturação progressiva da organização do sono que se aproxima do padrão do adulto, no final da adolescência, com diminuição do tempo total de sono diário; diminuição do número de sestas até desaparecerem por volta dos 4/5 anos; consolidação do sono noturno, com diminuição do número de despertares; aumento de duração dos ciclos de sono; redução da latência do sono REM; redução da proporção de sono REM/NREM até aos níveis do adulto (Silva, 2014).

## 6.1) Distúrbios do sono

Os problemas de sono são universais e as suas repercussões negativas são comuns a todas as crianças e às suas famílias, transcendendo todas as culturas. Estima-se que entre 20% e 30% das crianças apresentem, até a adolescência, alguma alteração do sono, sendo essa prevalência ainda mais elevada entre crianças com comorbidades neuropsiquiátricas (Maski & Owens, 2016).

Segundo a Classificação Internacional de Distúrbios do Sono terceira edição (ICSD-3), podemos dividir os distúrbios nas seguintes categorias:

- Transtornos de insónia;
- Transtornos respiratórios do sono;
- Transtornos de hipersónias de origem central;
- Transtornos do ritmo circadiano;
- Parassónias e transtornos do despertar;
- Transtornos de movimento relacionados ao sono;
- Outros transtornos do sono.

A **insónia** é considerada o distúrbio do sono, mais prevalente em idade pediátrica e acomete cerca de 30% das crianças e adolescentes (De Campos et al., 2021). A Classificação Internacional de Distúrbios do Sono (ICSD-3) define insónia como a dificuldade de iniciar ou manter o sono, despertar mais cedo que o desejado, resistência para se iniciar o sono, ou dificuldade em iniciar o sono sem alguma intervenção de pais num ambiente propício para o início do sono (sem uso de smartphones, tablets e outros recursos digitais que são utilizados na hora de dormir). A condição pode tornar-se persistente, e é considerada crónica quando se apresenta com frequência mínima de 3 episódios semanais durante, no mínimo, 3 meses. Contudo, o diagnóstico depende da presença de algum grau de disfunção diurna, em resultado da má qualidade do sono, como, por exemplo, sonolência, fadiga, alterações de comportamento, de humor, de concentração e atenção em atividades escolares, ocupacionais, ou alteração da capacidade intelectual e comprometimento da memória (American Academy of Sleep Medicine, 2014). A etiologia da insónia varia de acordo com a faixa etária: até aos dois anos a insónia pode ter como causa associações inadequadas para o início do sono, alterações gastrointestinais (refluxo gastroesofágico, alergia alimentar, cólica do lactente) ou ingestão líquida excessiva. Entre os 2 e os 3 anos, a insónia aparece por associações

inadequadas para o início do sono, medo e ansiedade de separação dos pais e realização de sestas de duração ou horário inapropriado ao longo do dia. A partir desta idade as causas passam a ser a inexistência de estabelecimento de limites, medo ou pesadelos. Nos adolescentes, as insónias parecem estar relacionadas com o atraso da fase, problemas de higiene do sono, comorbilidades psiquiátricas, pressão familiar e/ou escolar, distúrbios respiratórios do sono ou distúrbios do movimento (De Campos et al., 2021). O primeiro passo no tratamento da insónia, é a informação sobre hábitos de sono corretos, bem como a aplicação de terapias comportamentais (Coelho, 2009).

Um outro distúrbio do sono tem a ver com os **distúrbios respiratórios relacionados ao sono**, inclui patologias que causam anormalidades da respiração e ventilação durante o sono, nomeadamente a apneia obstrutiva do sono (SAOS), mais prevalente em idade pediátrica, síndromes de apneia central, hipoventilação e hipoxemia relacionada com o sono.

A apneia obstrutiva do sono (SAOS) caracteriza-se por uma obstrução parcial ou completa das vias aéreas superiores e causa um aumento do esforço respiratório, hipoxia e hipercapnia (El Halal & Nunes, 2018). Está frequentemente associada a hipertrofia adenomigdaliana em crianças entre os 2 e os 8 anos de idade. Clinicamente a criança pode apresentar respiração difícil ao menos 3 noites por semana (na ausência de patologia aguda de vias aéreas superiores), enurese noturna, hiperextensão cervical durante o sono, cefaleia matinal, sonolência diurna ou sensação do sono não reparador, sintomas de desatenção e/ou hiperatividade, e dificuldades de aprendizagem (Ehsan et al., 2017)

A **hipersónia de origem central** é caracterizada por um distúrbio no sistema nervoso central, em que os períodos de sono são prolongados e, mesmo assim, há sonolência excessiva depois do descanso (El Halal & Nunes, 2018).

Os **distúrbios do ritmo circadiano de sono e vigília**, incluem o atraso e avanço de fase e o *jet-lag*. Os adolescentes, cerca de 16%, segundo um estudo realizado por (Gradisar & Crowley, 2013), sofrem de atraso de fase, caracterizado por um atraso no momento de início do sono, normalmente mais de duas horas em relação ao esperado. Esta situação cursa em dificuldade de se levantarem pela manhã, sonolência excessiva durante o dia, que por sua vez condiciona o rendimento escolar (El Halal & Nunes, 2018).

As **parassonias** são mais comuns na infância e representam uma dissociação entre a vigília e o sono REM ou NREM, com sobreposição de características de um estado sobre o outro, traduzindo-se em fenómenos comportamentais indesejáveis (Matwiyoff & Lee-Chiong, 2010). As parassonias são classificadas como do sono NREM (despertar

confusional, o sonambulismo e o terror noturno), do sono REM (pesadelos) e outras parassonias, dentre as quais encontra-se a enurese noturna (Sateia, 2014).

O despertar confusional é característico dos lactentes, crianças em idade pré-escolar e escolar e caracterizam-se por despertar parcial a partir do sono profundo, nas primeiras 2 a 3 horas de sono, nos quais a criança costuma sentar-se na cama e, apesar de não responsiva, apresenta face de medo, gritos e agitação motora. A duração dos episódios é variável após os quais a criança volta a dormir, e desperta no dia seguinte sem se conseguir lembrar do que aconteceu (Kotagal, 2009).

O sonambulismo caracteriza-se por uma repetição automática, durante o sono profundo, de condutas aprendidas durante os períodos de vigília. Acontece cerca de 3-4 horas depois da criança adormecer e normalmente tende a desaparecer na fase da adolescência. A criança, pode levantar-se da cama, caminhar de olhos abertos, estando, no entanto, a dormir profundamente. Não se recomenda acordar a criança durante este episódio, pois pode sentir-se estranha e insegura por não se recordar do que aconteceu (Coelho, 2009).

Os terrores noturnos acontecem normalmente no primeiro terço da noite entre os 3-10 anos de idade. A criança encontra-se numa agitação extrema, aparenta estar confusa e assustada, pode chorar, gritar, levantar-se da cama, pode apresentar-se sudorética, taquicárdica e taquipneica. Os episódios são curtos e não há lembrança por parte da criança do ocorrido (Kotagal, 2009).

Os pesadelos costumam ocorrer na segunda metade da noite, predominantemente durante o sono REM. Trata-se de sonhos associados a emoções negativas levando ao despertar, com lembrança do mesmo, sendo mais prevalentes entre os 5 e 10 anos de idade (Schredl et al. 2009).

A enurese noturna é um dos problemas mais persistentes do sono nas crianças. É definida como a persistência de perda de urina durante o sono após os 5 anos de idade, sem a presença de um intervalo de pelo menos 6 meses de continência noturna (Kotagal, 2009).

Os **distúrbios do movimento relacionado ao sono**, consistem em movimentos efetuados pela criança, com a cabeça ou com o corpo, e podem ser acompanhados de sons, e aos quais a criança recorre numa tentativa de adormecer. Estes movimentos automáticos, geralmente desaparecem de forma espontânea ainda antes de chegar à adolescência (Coelho, 2009).

A síndrome das pernas inquietas (SPI) é um distúrbio sensoriomotor caracterizado pela necessidade de movimentar o corpo para aliviar as sensações desconfortáveis

(Fernandes & Santos, 2019). Outro distúrbio do movimento do sono, é o bruxismo e consiste em movimentos regulares e repetidos entre os dentes durante o sono, com consequente desgaste anormal dos mesmos. Estes movimentos inconscientes podem provocar fadiga ao acordar, cefaleias, predominantemente nas regiões temporais, ou travamento da mandíbula ao despertar.

## **6.2) Consequências da privação do sono**

É manifestamente conhecido, que a privação do sono, tem várias repercussões na saúde e na vida de crianças e adolescentes.

A má qualidade do sono em crianças, pode afetar a qualidade de vida e o seu desenvolvimento cognitivo (Santos et al., 2022). Um sono de quantidade ou qualidade inadequados pode comprometer o desenvolvimento físico, cognitivo, emocional, neurocomportamental e social da criança, além de prejudicar o sono e a dinâmica de toda a família (Fernandes & Santos, 2019)

Há um período na infância da criança pré-escolar (3-5 anos), onde a falta de sono é considerada prejudicial em vários aspetos do desenvolvimento, mesmo se a duração e os hábitos de sono normalizarem mais tarde. A privação do sono nas crianças e jovens pode ter repercussões negativas a nível da atenção, da memória de trabalho, da aprendizagem, da regulação do comportamento e do humor. Vários estudos fazem referência a que a privação do sono, está intimamente relacionada com um risco aumentado de acidentes e quedas frequentes na faixa etária da infância e adolescência e comportamentos de risco nos adolescentes, além de contribuir para o excesso de peso, uma vez que a privação de sono pode aumentar a ingestão calórica, o que poderá estar relacionado com o aumento dos níveis de grelina e diminuição da leptina, hormonas envolvidas na regulação do apetite (Silva, 2014). A amplitude destas repercussões parece depender do número de horas de sono perdidas e da cronicidade da privação do sono (Silva, 2014).

Uma criança pequena, se não tiver um sono de qualidade andar irritada, demonstrar falta de atenção, choro fácil e uma maior dependência por parte da pessoa que cuida dela (mãe, pai, educadora, auxiliar...) (Coelho, 2009). Também as crianças em idade escolar, são sobejamente afetadas por um sono de fraca qualidade, refletindo-se em insegurança, timidez, mau humor, falta de atenção/concentração, sonolência e insucesso escolar (Coelho, 2009).

A perda de sono e a sua fragmentação afetam o humor, provocam irritabilidade e distúrbios na modulação dos afetos. Cursam em comportamentos como esfregar os olhos ou deitar a cabeça na mesa de trabalho, aumento da irritabilidade, impulsividade (que pode ser confundida com perturbação de défice de atenção e hiperatividade), agitação motora e agressividade, distração e incapacidade para concluir tarefas (Tabela 1) (Sociedade Portuguesa de Pediatria & Associação Portuguesa de Sono, 2017).

Para além das consequências no neurodesenvolvimento e comportamento, os distúrbios do sono na infância têm sido associados a patologia cardiovascular, imunológica, do metabolismo da glicose e da função endócrina, nomeadamente com risco aumentado de excesso ponderal/obesidade e hipertensão arterial (Sociedade Portuguesa de Pediatria & Associação Portuguesa de Sono, 2017). Alguns estudos apontam para uma relação entre a insónia e a existência de diversos transtornos psiquiátricos em idade pediátrica, como os transtornos bipolares, a depressão e a esquizofrenia (De Campos et al., 2021).

**Tabela 1-** Repercussões da Privação do Sono na Criança

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

**Fonte:** De “Recomendações SPP: Prática da sesta da criança nas creches e infantários, públicos ou privados” de Recomendações SPS-SPP: prática da sesta da criança, (S.D), Sociedade Portuguesa de Pediatria, p. 6.

### **6.3) Estratégias de promoção do sono na infância e na adolescência**

O padrão de um bom sono pode ser aprendido na infância e ser mantido até à vida adulta, desde que sejam estabelecidas regras de higiene do sono adequadas a cada grupo etário. A consistência e a regularidade no cumprimento dessas regras oferecem maior sensação de segurança à criança e ao jovem (Sociedade Portuguesa de Pediatria & Associação Portuguesa de Sono, 2017).

A “higiene do sono” é um conceito de literacia em saúde do sono que compreende modificações no ambiente do sono, práticas e rotinas dos pais e da criança, favoráveis a um sono de boa qualidade e de duração suficiente (Jesus et al., 2019). É importante estabelecer as rotinas e rituais do deitar. O momento do deitar deve ser um encaminhamento para o sono, devagar, com passos rotinizados, de preferência sempre os mesmos, para que o bebé/criança aprenda que o culminar de toda essa caminhada é o dormir tranquilo (Cordeiro, 2006). As rotinas de sono das crianças constroem-se pela sequência diária de horários de sono, regras, rotinas, interações com os cuidadores e pelo tipo de ambiente na hora de adormecer, que podem ser mais ou menos previsíveis na hora de adormecer. A fase que precede o ir para a cama (pelo menos uma hora antes), deve envolver uma “desaceleração”, com atividades menos estimulantes, dar-se preferência a refeições ligeiras e evitar bebidas que contenham estimulantes. Também a luminosidade do espaço físico tem uma função importante no sono, assim como os aparelhos eletrónicos, que estão desaconselhados na hora anterior a ir para a cama e não devem permanecer no quarto durante a noite (Sociedade Portuguesa de Pediatria & Associação Portuguesa de Sono, 2017).

As rotinas de sono consistem num conjunto de comportamentos observáveis e repetidos, que envolvem diretamente a criança e pelo menos um adulto, num ambiente consistente, ocorrendo com regularidade e previsibilidade nos momentos que antecedem o deitar (Henderson & Jordan, 2010). Incluem a hora de deitar e as ações que antecedem a ida da criança para a cama, os eventuais procedimentos de adormecimento, a hora de levantar e as ações que lhe estão inerentes assim como as eventuais sestadas diárias. Estas

rotinas apresentam uma enorme diversidade, associada não só à idade da criança, mas sobretudo a aspetos culturais e práticas educativas parentais. Jenni e O'Connor em 2005, efetuaram uma revisão da literatura que procurou evidenciar diferentes padrões e hábitos de sono em vários países do mundo. Nos EUA parece existir uma cultura de horários de sono regulares e autonomia no adormecer, nos países do sul da Europa os horários de sono são mais inconsistentes, as crianças deitam-se na generalidade mais tarde e são mais dependentes dos pais para adormecer. A mesma dependência dos pais é verificada nos países asiáticos (Silva, 2014).

Para Brazelton e Sparrow (2009) existem algumas estratégias universais e alguns hábitos que é preciso criar no momento da criança ir para a cama:

- Criar um ritual para marcar o momento de dormir (ex: banho, pijama, jantar, lavar os dentes, ler uma história, chupeta);
- Proporcionar um ambiente calmo e confortável;
- Manter uma luz de presença no quarto;
- Deixar a porta do quarto aberta;
- Permitir o uso do objeto preferido da criança, designado de objeto de transição;
- Manter a calma, não gritar mesmo perante a teimosia da criança;
- Não ceder ao protelar da hora de dormir;
- Deitar a criança sempre à mesma hora e de preferência acordada;
- Alargar os períodos de vigília;
- Não ceder á primeira birra ou choro;
- Ensinar o filho a voltar a adormecer sozinho. (Brazelton & Sparrow, 2009)

Já a Sociedade Portuguesa de Pediatria e a Associação Portuguesa do Sono no seu guia da Higiene do Sono da Criança e Adolescente, enumeram oito conselhos na hora de preparar a criança para ir dormir (Sociedade Portuguesa de Pediatria & Associação Portuguesa de Sono , 2017)

1. **Ter um horário regular de sono** | O horário de levantar e deitar deve ser o mesmo em todos os dias, não deve variar mais do que uma hora em fins de semana ou férias.

2. **Ter rotina da hora de deitar** | Antes de deitar deve haver uma sequência habitual de atitudes para a preparação para o sono, como: banho, jantar, ida para o quarto, leitura, música calma.
3. **Ter ambiente do quarto sossegado e escuro, temperatura amena (18-21°C)** | O quarto deve ser sentido como um local agradável. O quarto não deve ser visto como o local indicado para castigos ou sítio para estudar e idealmente não deve ter tecnologia.
4. **Desligar o equipamento eletrónico uma hora antes de dormir e deixá-lo fora do quarto** | A luminosidade e o ruído dos computadores, telemóveis, consolas de jogos, televisão, atrasam a chegada do sono e provocam despertares durante a noite.
5. **Não ter fome ao deitar** | A sensação de fome pode perturbar o adormecimento.
6. **Evitar alimentos ou bebidas com estimulantes nas várias horas que antecedem o sono** | Várias bebidas (ex. coca-cola, refrigerantes, chá, café) e alimentos (ex. chocolate) contêm cafeína, que podem perturbar o sono se ingeridos depois da hora do lanche.
7. **Não ingerir líquidos excessivos ao deitar ou durante as horas noturnas** | A necessidade de ir ao WC durante a noite pode levar a despertares repetidos.
8. **Evitar atividades vigorosas nas 2 horas que antecedem a hora de deitar** | O exercício físico é muito importante, mas as atividades muito enérgicas podem atrasar o sono.

Ainda a respeito das práticas indutoras de sono, defende-se que seja evitada a partilha de camas, o manuseamento de aparelhos eletrónicos, como computadores, televisão, videojogos que estimulam a criança, expondo os seus olhos à luz clara e causando excitação, que pode interferir com o ritmo circadiano (Oka et al., 2008). Vários estudos confirmam uma relação causal entre o uso de aparelhos eletrónicos e distúrbios relacionados com o sono. Estes distúrbios cursam pela:

(...) substituição das horas que estariam reservadas ao sono pelo consumo de tempo inerente aos meios tecnológicos; a ação excitatória provocada pela diversidade de estímulos dos conteúdos disponíveis; o efeito associado à exposição à luz brilhante desses aparelhos, com alterações no ritmo circadiano; a radiação eletromagnética que

também parece provocar um efeito negativo no sono; a repercussão física, nomeadamente dores musculares ou cefaleias que podem ser causadas pelo seu uso prolongado ou, ainda, o seu uso recorrente no quarto, interferindo com as propriedades indutoras do sono que lhe são inerentes (Nascimento, 2018, p.20).

Deve ter-se em conta que é muito difícil mudar hábitos de sono de uma criança a partir do primeiro ano de idade, daí a importância de uma rotina de sono consistente logo desde o nascimento.



## 7. PLANO DA SESSÃO

### Plano da Sessão “Higiene do Sono em Crianças e Jovens”

<b>Curso:</b> Mestrado em Enfermagem com Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica	
<b>Tema:</b> Higiene do Sono em Crianças e Jovens	<b>Duração da sessão:</b> 40 min
<b>Local:</b> UCC	<b>Data:</b> 12/10/2023
<b>Público-alvo:</b> Enfermeiros da UCC	<b>Hora:</b> 14:00h
<b>Dinamizador da sessão:</b> Enfermeira Catarina Teixeira (Aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica)	
<b>Objetivos da Formação:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Que os enfermeiros melhorem os seus conhecimentos sobre o sono na idade pediátrica;</li><li>• Que os enfermeiros distingam os principais distúrbios do sono em idade pediátrica;</li><li>• Que os enfermeiros conheçam as consequências da privação do sono em idade pediátrica;</li><li>• Que os enfermeiros enumerem estratégias para promover a higiene do sono;</li><li>• Que os enfermeiros partilhem as suas opiniões e experiências em relação ao sono em idade pediátrica.</li></ul>	

<b>FASE</b>	<b>CONTEÚDOS</b>	<b>MÉTODOS</b>	<b>RECURSOS</b>	<b>ATIVIDADES</b>	<b>TEMPO</b>	<b>AValiação</b>
<b>Introdução</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentação do dinamizador</li> <li>• Apresentação dos objetivos da formação</li> <li>• Referência aos conteúdos que irão ser abordados</li> <li>• Introdução ao tema: Higiene do Sono em Crianças e Jovens com análise do conhecimento existente</li> </ul>	<p>Expositivo</p> <p>Interativo</p>	<p>Apresentação de Power Point</p> <p>Projeter</p> <p>Computador Portátil</p>	<p>Realizar questões sobre o sono como forma de diagnóstico do conhecimento existente</p>	10 minutos	Questionário
<b>Desenvolvimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exposição do tema: Higiene do Sono em Crianças e Jovens</li> </ul>	Expositivo	<p>Apresentação de Power Point</p> <p>Projeter</p> <p>Computador Portátil</p>		20 min	

<p><b>Conclusão</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resumo das principais ideias abordadas</li> <li>• Esclarecimento de dúvidas</li> <li>• Avaliação do conhecimento adquirido</li> <li>• Preenchimento do questionário de avaliação da formação</li> <li>• Encerramento da sessão</li> </ul>	<p>Expositivo Interrogativo</p>	<p>Apresentação de Power Point</p> <p>Projektor</p> <p>Computador Portátil</p>	<p>Realizar questões como forma de avaliação do conhecimento adquirido</p>	<p>10 min</p>	<p>Questionário</p>
-------------------------	--	-------------------------------------	--	--	---------------	---------------------



## 8. AVALIAÇÃO DA SESSÃO

A avaliação assume-se como um momento fulcral do processo formativo, de forma a compreender o sucesso da formação. Relativamente à formação realizada, pôde concluir-se que os participantes consideraram o tema da Higiene do Sono em Crianças e Jovens pertinente, demonstrando interesse ao longo de todo o período formativo.

A sessão contou com a participação de enfermeiros e assistentes técnicos da UCC, num total de 12 participantes.

Em primeira instância procedeu-se à gestão do ambiente onde ocorreu a formação, garantindo uma luminosidade adequada e a acomodação dos participantes. Assegurou-se o adequado funcionamento dos aparelhos eletrónicos, como computador e projetor. Preparado o ambiente, distribuir-se a folha de presenças (Apêndice 2) e deu-se início à sessão com a apresentação do dinamizador, do sumário e dos objetivos a serem atingidos.

Como forma de compreender o conhecimento detido pelos presentes relativamente ao tema colocaram-se questões que a seguir se encontram expostas. De notar que as questões foram colocadas ao grupo de forma oral e respondeu às mesmas, quem se sentiu preparado para o fazer. As respostas obtidas foram registadas por uma pessoa que não se encontrava a dinamizar a sessão, mas que estava inteirada do tema em causa (enfermeira orientadora), como corretas, incorretas, incompletas ou, não sabe/não responde.

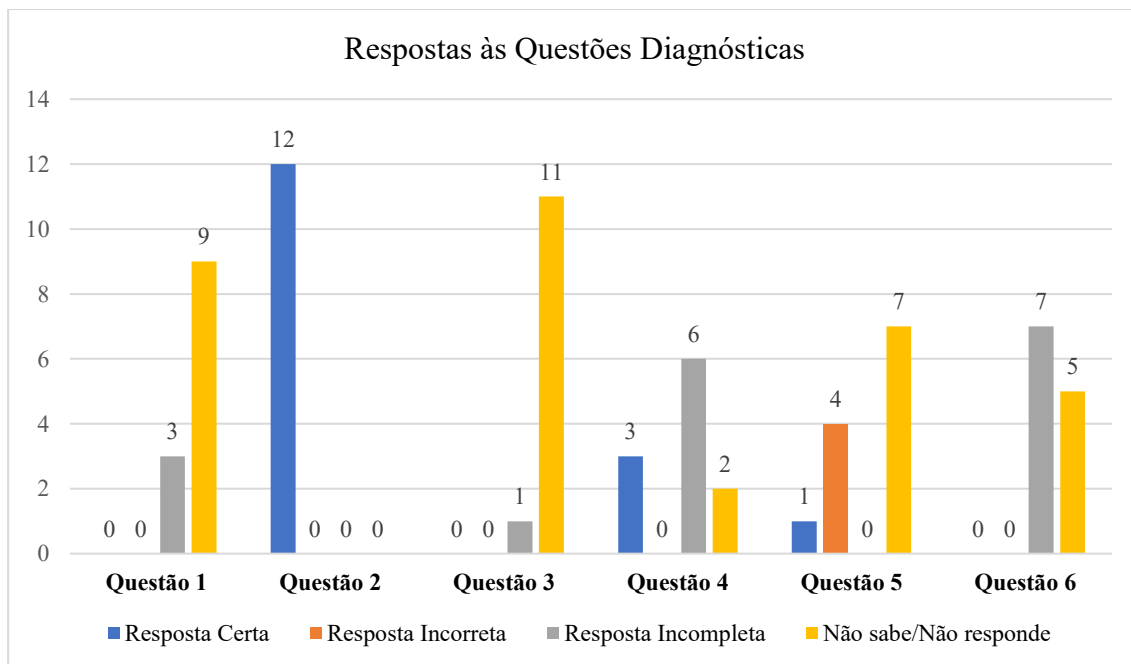
- 1- O que é o sono?
- 2- Serão as fases do ciclo de sono iguais em crianças e jovens e nos adultos?
- 3- O que distingue os ciclos de sono em crianças e jovens e nos adultos?
- 4- Que consequências existem para a criança e jovem associados à privação do sono?
- 5- Qual o distúrbio do sono mais comum em idade pediátrica?
- 6- Que estratégias se podem utilizar para promover o sono?

Os resultados das questões colocadas encontram-se expostos na Tabela 2 e no Gráfico 1.

**Tabela 2** – Contabilização das respostas às questões efetuadas no início da formação

Questão	Resposta Correta	Resposta Incorreta	Resposta Incompleta	Não sabe/Não responde
1	0	0	3	9
2	12	0	0	0
3	0	0	1	11
4	3	0	6	2
5	1	4	0	7
6	0	0	7	5

**Gráfico 1** – Distribuição gráfica das respostas às questões efetuadas no início da formação

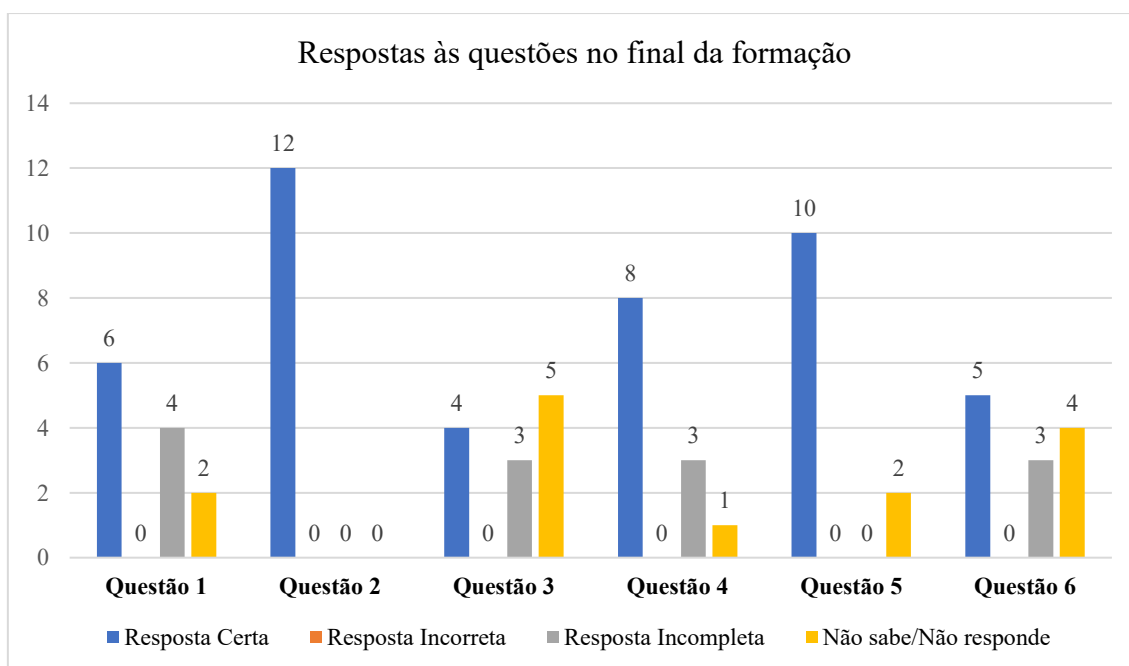


No final da formação e como forma de objetivar o conhecimento adquirido com a mesma, fizeram-se exatamente as mesmas questões que haviam sido feitas no início da formação, seguindo os mesmos métodos. Os resultados podem ser consultados na Tabela 3 e graficamente no Gráfico 2.

**Tabela 3** – Contabilização das respostas às questões efetuadas no final da formação

Questão	Resposta Correta	Resposta Incorreta	Resposta Incompleta	Não sabe/Não responde
1	6	0	4	2
2	12	0	0	0
3	4	0	3	5
4	8	0	3	1
5	10	0	0	2
6	5	0	3	4

**Gráfico 2** – Distribuição gráfica das respostas às questões efetuadas no final da formação



De uma forma geral e como podemos constatar pelos gráficos 1 e 2 houve uma melhoria do conhecimento relativamente às questões colocadas sobre o sono. De salientar a **questão 2**: “Serão as fases do ciclo de sono iguais em crianças e jovens e nos adultos?” em que todos os presentes responderam corretamente. Salienta-se também um número substancial de respostas corretas na **questão 5**: “Qual o distúrbio do sono mais comum em

idade pediátrica?”. Todas as outras questões demonstram melhoria nas respostas, existindo, no entanto, questões que continuaram a ser respondidas de forma incompleta, ou não foram respondidas. Estas duas situações podem ser explicadas ou por necessitarem de um reforço em termos de conhecimento ou então por os participantes se sentirem intimidados a apresentarem a sua perspetiva em público.

Inevitavelmente esta forma de avaliação dos objetivos a atingir acarreta vantagens e desvantagens. A elaboração de um questionário como atividade de diagnóstico do conhecimento existente e um outro após a realização da intervenção seria o ideal uma vez que estaria sujeito a menos vieses, no entanto implicaria uma maior disponibilidade e tempo por parte dos participantes, o que não foi possível nesta intervenção.

Relativamente à avaliação da formação por parte dos formandos, esta foi feita através de um questionário escrito (Apêndice 1) aplicado no fim da formação de forma a avaliar a pertinência da mesma e qualidade da intervenção realizada. As respostas foram anónimas e voluntárias.

A formação decorreu sem intercorrências, contou com a participação e partilha de experiências da maior parte dos participantes e houve oportunidade para o esclarecimento de dúvidas.

Como aspeto menos positivo saliento a gestão do tempo. Considero que o conteúdo abordado foi demasiado extenso para o tempo disponível. Será certamente um aspeto a ter em atenção em formações futuras.

## CONCLUSÃO

O sono é um elemento fundamental para a manutenção e preservação da vida e não é por acaso que passamos cerca de um terço da nossa vida a dormir. Esta função vital, reveste-se de particular importância quando falamos em crianças e jovens, cujo seu desenvolvimento está intimamente relacionado com a qualidade e padrões de sono. É sobejamente conhecido o esforço que tem sido feito pelos profissionais de saúde e pelos próprios educadores no sentido de melhorar os hábitos de sono das crianças e jovens do mundo inteiro. Atualmente, face à quantidade crescente de estímulos externos e à alteração dos hábitos de vida, protela-se a hora de dormir e criam-se rotinas que não favorecem um sono tranquilo e seguro, o que inevitavelmente tem implicações no desenvolvimento cognitivo, físico e emocional da criança e do jovem.

A elaboração do planeamento desta formação para enfermeiros, permitiu expor a evidência científica mais recente no que diz respeito ao sono, nomeadamente a sua importância, distúrbios do sono, consequências da sua privação e estratégias práticas promotoras do sono, que possam ser usadas, no sentido de mudar hábitos e criar rotinas de sono saudáveis. O conhecimento disponibilizado nesta formação, pretende ser uma mais-valia para os enfermeiros, dado o papel importante destes profissionais na avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento da criança, assim como na orientação e promoção da parentalidade. Todos os esforços são realizados com vista à maximização do potencial de desenvolvimento infantil.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Academy of Sleep Medicine. (2014). *International classification of sleep disorders (ICSD)*. Obtido em 2023, de <https://aasm.org/>
- Bonuck, K. A., Blank, A., True-Felt, B., & Chervin, R. (2016). Promoting Sleep Health Among Families of Young Children in Head Start: Protocol for a Social-Ecological Approach. *Preventing Chronic Diseases*, 13. <https://doi.org/10.5888/pcd13.160144>
- Brazelton, T., & Sparrow, J. D. (2009). *A Criança e a Disciplina*. Editorial Presença.
- Coelho, S. (2009). *Sono-Vigília na Infância: Conhecimentos dos Educadores*. Universidade de Aveiro. <https://ria.ua.pt/handle/10773/1048>
- Collins, J. (2004). *Saúde do bebé e da criança*. Civilização, Editores, Lda.
- Cordeiro, M. (2006). *O Grande Livro do Bebê - O primeiro ano de vida*. A Esfera dos Livros.
- De Campos, P. F., Júnior, J. C. F. R., Salim, I., Chaves, R. M., Brandão, L. M., Bragagnolo, J. C. B., Dos Santos, N. F. F., & Vilela, P. P. (2021). A insônia na pediatria e as principais formas de abordagem diagnóstica e terapêutica. *Brazilian Journal of Development*, 7(8), 84494–84507. <https://doi.org/10.34117/bjdv7n8-590>
- Direção Geral da Saúde. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Obtido em outubro de 2023, de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil-png.aspx>
- Direção Geral da Saúde. (2015). *Programa Nacional de Saúde Escolar 2015*. Obtido em outubro de 2023, de <https://observatorio-lisboa.eapn.pt/ficheiro/Programa-Nacional-de-Sa%C3%BAde-Escolar-2015.pdf>
- El Halal, C., & Nunes, M. (2018). Distúrbios do sono na infância. *Residência Pediátrica*, 8 (supl 1), 86-92. <https://cdn.publisher.gn1.link/residenciapediatrica.com.br/pdf/v8s1a14.pdf>
- Ehsan, Z., Ishman, S. L., Kimball, T. R., Zhang, N., Zou, Y., & Amin, R. S. (2017). Longitudinal Cardiovascular Outcomes of Sleep Disordered Breathing in Children: A Meta-Analysis and Systematic Review. *Sleep*, 40(3). <https://doi.org/10.1093/sleep/zsx015>

- Estivill, E. (2007). *Dormir a sono solto. Como prevenir os distúrbios do sono*. Círculo de Leitores.
- Fernandes, A. E., & Santos, C. (2019). Manejo dos principais distúrbios do sono em pediatria. *Rev Med Minas Gerais*, 29 (Supl 13), 62-67. <https://www.rmmg.org/artigo/detalhes/2626>
- Gradisar, M., & Crowley, S. (2013). Delayed Sleep Phase Disorder in Youth. *Current Opinion in Psychiatry*, 26 (6), 580-585. <https://doi.org/10.1097/yco.0b013e328365a1d4>
- Henderson, J., & Jordan, S. S. (2010). Development and Preliminary Evaluation of the Bedtime Routines Questionnaire. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 32 (2), 271-280. <https://doi.org/10.1007/s10862-009-9143-3>
- International Council of Nurses. (2019). CIPE. Obtido em setembro de 2023, de [https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/icnp-Portuguese\\_translation.pdf](https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/icnp-Portuguese_translation.pdf)
- Jesus, C., Conceicao, J. L., & Espadaneira, S. (2019). Literacia em Saúde do Sono de Crianças em idade pré-escolar: instrumentos facilitadores no aumento das competências parentais. In C. Lopes, & C. Vaz de Almeida, *Literacia em Saúde na Prática* (pp. 75-96). Edições ISPA [ebook]. Obtido em outubro de 2023, de [https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/7664/1/Literacia%20em%20sa%C3%BAde%20na%20pr%C3%A1tica\\_75.pdf](https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/7664/1/Literacia%20em%20sa%C3%BAde%20na%20pr%C3%A1tica_75.pdf)
- Kotagal, S. (2009). Parasomnias in childhood. *Sleep Med Rev*, 13 (2), 157-168. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19064329/>
- Maski, K., & Owens, J. (2016). Insomnia, parasomnias, and narcolepsy in children: clinical features, diagnosis, and management. *The Lancet Neurology*, 15 (11) 1170-1181. [https://doi.org/10.1016/s1474-4422\(16\)30204-6](https://doi.org/10.1016/s1474-4422(16)30204-6)
- Matwiyoff, G., & Lee-Chiong, T. (2010). Parasomnias: an overview. *Indian J Med Res*, 131, 333-337. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20308758/>
- Mendes, R. (2005). *A criança, o sono e a escola*. Formasau – Formação e Saúde, Lda.
- Nascimento, F. (2018). *Sono e Luz: Repercussões da Era Digital*. Universidade da Beira Interior. <http://hdl.handle.net/10400.6/8528>
- Oka, Y., Suzuki, S., & Inoue, Y. (2008). Bedtime activities, sleep environment, and sleep/wake patterns of Japanese elementary school children. *Behavioral Sleep Medicine*, 6 (4), 220-233. <https://doi.org/10.1080/15402000802371338>

- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento n.º 422/2018 Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Obtido em outubro de 2023, de <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2018/07/133000000/1919219194.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Regulamento nº656/2021*. Obtido em setembro de 2023, de <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2021/07/137000000/0017300191.pdf>
- Relvas, R. (2018). *Implementação e Organização da Formação em Serviço na USF*. Instituto Politécnico de Portalegre. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/23528>
- Santos, T. L. B., Lira, A. L. e., Viana, G. R., Picinato-Pirola, M., & Corrêa, C. d. C. (2022). O impacto da qualidade do sono na memória em escolares. *Revista Neurociências*, 30, 1–19. <https://doi.org/10.34024/rnc.2022.v30.14435>
- Sateia, M. (2014). International Classification of sleep disorders-third edition: highlights and modifications. *Chest*, 146 (5), 1387-1394. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25367475/>
- Schlieber, M., & Han, J. (2021). The Role of Sleep in Young Children's Development: A Review. *The Journal of Genetic Psychology*, 182 (4), 205-217. [https://www.researchgate.net/publication/350708307\\_The\\_Role\\_of\\_Sleep\\_in\\_Young\\_Children's\\_Development\\_A\\_Review](https://www.researchgate.net/publication/350708307_The_Role_of_Sleep_in_Young_Children's_Development_A_Review)
- Schredl, M., Fricke-Oerkermann, L., Mitschke, A., Wiater, A., & Lehmkuhl, G. (2009). Longitudinal study of nightmares in children: stability and effect of emotional symptoms. *Child Psychiatry and Human Development*, 40 (3), 439-449. <https://doi.org/10.1007/s10578-009-0136-y>
- Silva, F. (2014). *Hábitos e Problemas do Sono das Crianças dos 2 aos 10 anos*. Universidade Nova de Lisboa. <https://run.unl.pt/bitstream/10362/14234/1/Silva%20Filipe%20TD%202014.pdf>
- SNS 24. (2023). *Sono na criança*. Obtido em setembro de 2023, de <https://www.sns24.gov.pt/tema/saude-da-crianca/sono-na-crianca/>
- Sociedade Portuguesa de Pediatria, & Associação Portuguesa de Sono. (2017). *Recomendações SPS-SPP: prática da sesta da criança nas creches e infantários, públicos ou privados*. Obtido em setembro de 2023, de [https://www.spp.pt/UserFiles/file/Noticias\\_2017/VERSAO%20PROFISSIONAIS%20DE%20SAUDE\\_RECOMENDACOES%20SPS-SPP%20SESTA%20NA%20CRIANCA.pdf](https://www.spp.pt/UserFiles/file/Noticias_2017/VERSAO%20PROFISSIONAIS%20DE%20SAUDE_RECOMENDACOES%20SPS-SPP%20SESTA%20NA%20CRIANCA.pdf)

- Vaz, I. M. (2017). *Abordagem terapêutica dos distúrbios do sono: recentes avanços farmacológicos*. Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa.  
[https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/36029/1/MICF\\_Ines\\_Vaz.pdf](https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/36029/1/MICF_Ines_Vaz.pdf)

## APÊNDICES



## Apêndice 1 – Avaliação da Formação



### AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO

<b>Formação</b>	Higiene do Sono em Crianças e Jovens
-----------------	--------------------------------------

<b>Local da Formação</b> <b>Data</b> <b>Duração</b>	12 de outubro de 2023 30 min
---	---------------------------------

#### 1. CONTEÚDO PROGRAMÁTICO

	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom
O tema abordado foi interessante.				
Os conteúdos abordados adequaram-se aos objetivos propostos pelo formador.				
Os conteúdos abordados são úteis para a função que desempenho.				

#### 2. INTERVENÇÃO DO FORMADOR

	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom
O formador revelou ter conhecimentos técnicos e pedagógicos.				
O formador adaptou os conteúdos e objetivos às necessidades dos formandos.				
O formador estabeleceu um bom relacionamento interpessoal.				
O formador revelou possuir capacidade de dinamismo, inovação e comunicação.				
O formador revelou possuir capacidade para gerir e organizar o tempo da formação.				

#### 3. APOIO LOGÍSTICO E MÉTODOS UTILIZADOS

	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom
A metodologia utilizada facilitou a compreensão do tema.				

As instalações são adequadas à formação.				
Os equipamentos são adequados à formação.				

#### 4. HORÁRIO

	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom
O horário praticado foi apropriado.				
O nº de horas da formação foi adequado.				

#### 5. MATERIAL DE APOIO

	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom
Adequado ao tema.				
Bem elaborado/construído.				
Será de utilidade no futuro profissional.				

#### 6. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom
Adquiri e renovei conhecimentos sobre o sono em idade pediátrica.				
Adquiri e renovei conhecimentos sobre os principais distúrbios do sono em idade pediátrica.				
Adquiri e renovei conhecimentos sobre as consequências da privação do sono em idade pediátrica.				
Adquiri e renovei conhecimentos sobre estratégias para promover o sono em idade pediátrica.				

#### COMENTÁRIOS E SUGESTÕES

--

Muito obrigada pela sua colaboração!

## Apêndice 2 – Folha de Registo de Presenças



### FOLHA DE REGISTO DE PRESENCAS

<b>Formação</b>	Higiene do Sono em Crianças e Jovens
-----------------	--------------------------------------

<b>Local da Formação</b> <b>Data</b> <b>Duração</b>	12 de outubro de 2023 30 min
---	---------------------------------

<b>Nome</b>	<b>Rúbrica da Presença</b>



# Higiene do Sono em Crianças e Jovens

- Formação em Serviço -

Ana Catarina Lopes Teixeira

Sob a orientação (...)



## SUMÁRIO:

- Definição conceitual de sono;
- Importância do sono em idade pediátrica;
- Tipos de sono e fases do ciclo do sono;
- Recomendações do número médio de horas de sono em função da idade;
- Distúrbios do sono;
- Consequências da privação do sono;
- Estratégias de promoção do sono na criança e no jovem;
- A nova realidade: tecnologias e sono.



## OBJETIVOS DA FORMAÇÃO:

No final desta formação espera-se que os enfermeiros da UCC

- Melhorem os seus conhecimentos sobre o sono na idade pediátrica;
- Distingam os principais distúrbios do sono em idade pediátrica;
- Conheçam as consequências da privação do sono em idade pediátrica;
- Enumerem estratégias para promover a higiene do sono;
- Partilhem as suas opiniões e experiências em relação ao sono em idade pediátrica.



**O QUE É O SONO?**



**SERÃO AS FASES DO CICLO DE SONO IGUAIS EM CRIANÇAS E JOVENS E NOS ADULTOS?**



**O QUE DISTINGUE OS CICLOS DE SONO EM CRIANÇAS E JOVENS E NOS ADULTOS?**



**QUE CONSEQUÊNCIAS EXISTEM  
PARA A CRIANÇA E JOVEM  
ASSOCIADOS À PRIVAÇÃO DO  
SONO?**



**QUAL O DISTÚRBO DO SONO MAIS  
COMUM EM IDADE PEDIÁTRICA?**



**QUE ESTRATÉGIAS SE PODEM UTILIZAR  
PARA PROMOVER O SONO?**

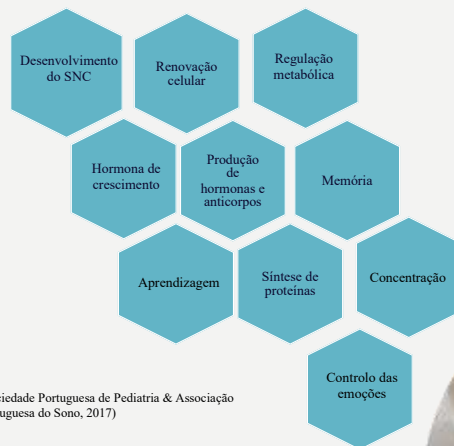


O sono pode ser entendido como um período caracterizado pela diminuição do estado de consciência, da atividade motora e do metabolismo, tendo uma função regeneradora de conservação de energia, consolidação da memória e de recuperação (SNS 24, 2023).

Particular importância na infância e adolescência  
(Sociedade Portuguesa de Pediatria & Associação Portuguesa do Sono, 2017)



## Porque é que o sono é importante?



(Sociedade Portuguesa de Pediatria & Associação Portuguesa do Sono, 2017)



## Tipos de sono

O sono pode ser dividido em dois tipos **Rapid Eye Movement (Sono REM)** ou **Estádio R e Non-Rapid Eye Movement (Sono NREM)**



Distinguem-se por:

- Atividade elétrica do cérebro
- Tônus muscular
- Movimento ocular



Os padrões modificam-se ao longo do desenvolvimento

## Sono REM

- Sono mais superficial;
- Movimentos rápidos dos olhos;
- Atividade elétrica dessincronizada;
- EEG com ondas de baixa amplitude e elevada frequência;
- Hipotonia muscular;
- Importante no desenvolvimento do SNC e na consolidação da memória;
- Maior parte dos sonhos;
- Diminui com a idade;
- Ocupa 20-25% do tempo de sono.

## Sono NREN

- Sono restaurador com menor ativação cerebral;
- Atividade elétrica sincronizada;
- EEG com ondas de maior amplitude e baixa frequência;
- Ocupa 75% do tempo de sono (Collins, 2004)

(Silva, 2014)



## FASES DO SONO

O sono possui duas fases:

Sono NREM  
4 Estádios

Sono REM

**Estádio 1** – Transição entre estar acordado e a dormir.

**Estádio 2** – Sono mais leve. A temperatura, o ritmo cardíaco e respiratório diminuem.



**Estádio 3** – Início do sono profundo.



**Estádio 4** – Sono profundo. Ocorre a libertação de hormonas ligadas ao crescimento e recuperação de células e órgãos.

**Sono REM** – Intensa atividade cerebral. É nesta fase que acontecem os sonhos, a fixação da memória e o descanso profundo.



Durante a noite, os estádios de sono REM e NREM alternam entre si, constituindo ciclos com duração de **45 a 60 minutos nos lactentes**, que se prolongam até **90-100 minutos na idade escolar e no adulto**.

Estes ciclos de sono sucedem-se **4 a 6 vezes por noite**, podendo haver períodos de despertar nas transições

(Silva, 2014)

**1ª metade da noite** – mais tempo em sono profundo (fases 3 e 4)

**2ª metade da noite** – fases 2 e REM

(Estivill, 2007)



## Fases do sono no recém-nascido



## Recomendações: número médio de horas de sono, em função da idade

- ❑ **Lactentes (4-12 meses)** – 12h a 16h por dia (incluindo sesta);
- ❑ **Crianças de 1 a 2 anos** – 11h a 14h por dia (10-11h de sono noturno e 2-4h de sesta);
- ❑ **Crianças dos 3 aos 5 anos** – 10h a 13h por dia (10-11h de sono noturno e 1-3h de sesta);
- ❑ **Crianças dos 6 aos 12 anos** – 9h a 12h de sono noturno;
- ❑ **Adolescentes dos 13 aos 18 anos** – 8h a 10h de sono noturno.

(Sociedade Portuguesa de Pediatria & Associação Portuguesa do Sono, 2017)

## Distúrbios do sono

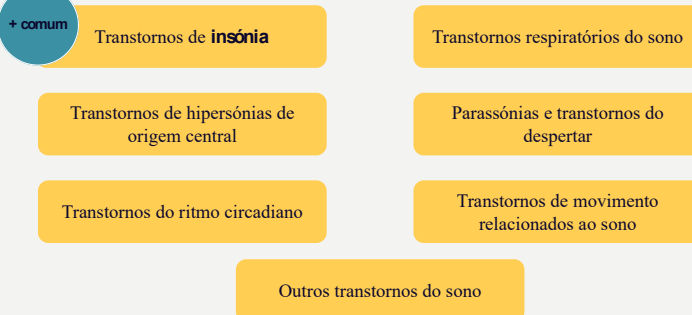
Os problemas de sono são universais e as suas repercussões negativas são comuns a todas as crianças e às suas famílias, transcendendo todas as culturas. Estima-se que entre 20% e 30% das crianças apresentem, até a adolescência, alguma alteração do sono, sendo essa prevalência ainda mais elevada entre crianças com comorbidades neuropsiquiátricas.

Maski & Owens, 2016



## Distúrbios do sono

Segundo a Classificação Internacional de Distúrbios do Sono terceira edição (ICSD-3), podemos dividir os distúrbios nas seguintes categorias:



## Consequências da privação do sono

Consequências a curto prazo	
<b>Distúrbios na modulação do humor e dos afetos</b>	Irritabilidade Maior reatividade emocional Humor variável Perda de controlo emocional
<b>Perturbação da função neuro-cognitiva</b>	Falta de atenção/distração Incapacidade de concluir tarefas Diminuição da flexibilidade do pensamento Diminuição do raciocínio abstrato Perturbação da memória
<b>Alteração do comportamento</b>	Sonolência diurna Agressividade Impulsividade/hiperatividade
<b>Alteração motora</b>	Diminuição da destreza motora Aumento de lesões acidentais e quedas frequentes
Consequências a longo prazo	
<b>Aprendizagem</b>	Mau rendimento escolar
<b>Comportamento</b>	Hiperatividade e défice de atenção
<b>Psicológicas</b>	Ansiedade Depressão
<b>Alterações orgânicas</b>	Alteração da função endócrina Alteração da função imunológica Alteração do metabolismo da glicose Obesidade/excesso ponderal Hipertensão arterial
<b>Perturbação da vida familiar</b>	Aumento do risco de depressão materna Aumento do risco de disfunção familiar

**Fonte:** De "Recomendações SPP: Prática da sesta da criança nas creches e infantários, públicos ou privados" de Recomendações SPS-SPP: prática da sesta da criança, (S.D), Sociedade Portuguesa de Pediatria, p. 6.

## Estratégias de promoção do sono na criança e no jovem

O padrão de um bom sono pode ser aprendido na infância e ser mantido até à vida adulta, desde que sejam estabelecidas **regras de higiene do sono adequadas a cada grupo etário**.

A **consistência** e a **regularidade** no cumprimento dessas regras oferecem maior sensação de segurança à criança e ao jovem.

(Sociedade Portuguesa de Pediatria & Associação Portuguesa de Sono, 2017)

A “**higiene do sono**” é um conceito de literacia em saúde do sono que compreende modificações no ambiente do sono, práticas e rotinas dos pais e da criança, favoráveis a um sono de boa qualidade e de duração suficiente.

(Jesus et al., 2019)

É importante estabelecer as rotinas e rituais do deitar.



Sequência diária de horários de sono, regras, rotinas, interações com os cuidadores.

## Estratégias para a promoção do sono



**1. Ter um horário regular de sono** | O horário de levantar e deitar deve ser o mesmo em todos os dias, não deve variar mais do que uma hora em fins de semana ou férias.



**2. Ter rotina da hora de deitar** | Antes de deitar deve haver uma sequência habitual de atitudes para a preparação para o sono, como: banho, jantar, ida para o quarto, leitura, música calma.



**3. Ter ambiente do quarto sossegado e escuro, temperatura amena (18-21°C)** | O quarto deve ser sentido como um local agradável. O quarto não deve ser visto como o local indicado para castigos ou sítio para estudar e idealmente não deve ter tecnologia.

**4. Manter uma luz de presença no quarto.**

## Estratégias para a promoção do sono



**5. Permitir o uso do objeto preferido da criança, designado de objeto de transição.**

**6. Deixar a porta do quarto aberta.**



**7. Desligar o equipamento eletrónico uma hora antes de dormir e deixá-lo fora do quarto** | A luminosidade e o ruído dos computadores, telemóveis, consolas de jogos, televisão, atrasam a chegada do sono e provocam despertares durante a noite.



**8. Manter a calma, não gritar mesmo perante a teimosia da criança.**

**9. Não ceder ao protelar da hora de dormir.**

**10. Não ceder à primeira birra ou choro.**

## Estratégias para a promoção do sono



**11. Não ter fome ao deitar** | A sensação de fome pode perturbar o adormecimento.



**12. Evitar alimentos ou bebidas com estimulantes nas várias horas que antecedem o sono** | Várias bebidas (ex. coca-cola, refrigerantes, chá, café) e alimentos (ex. chocolate) contêm cafeína, que podem perturbar o sono se ingeridos depois da hora do lanche.



**13. Não ingerir líquidos excessivos ao deitar ou durante as horas noturnas** | A necessidade de ir ao WC durante a noite pode levar a despertares repetidos.

## Estratégias para a promoção do sono



**14. Evitar atividades vigorosas nas 2 horas que antecedem a hora de deitar** | O exercício físico é muito importante, mas as atividades muito enérgicas podem atrasar o sono.

(Sociedade Portuguesa de Pediatria & Associação Portuguesa de Sono, 2017)

(Brazelton & Sparrow, 2009)

Ainda a respeito das práticas indutoras de sono, defende-se que **seja evitada a partilha de camas, o manuseamento de aparelhos eletrónicos, como computadores, televisão, videojogos** que **estimulam a criança**, expondo os seus olhos à luz clara e causando excitação, que pode interferir com o **ritmo circadiano**.

(Oka, Suzuki, & Inoue, 2008)

## A questão que a todos preocupa: tecnologias e sono!



Vários estudos confirmam uma relação causal entre o uso de aparelhos eletrónicos e **distúrbios relacionados com o sono, isto porque:**

- As horas que estariam reservadas ao sono são usadas para utilização de tecnologias;
- Os aparelhos eletrónicos provocam uma ação excitatória pela diversidade de estímulos;
- A luz brilhante dos aparelhos provoca alterações no ritmo circadiano;

## A questão que a todos preocupa: tecnologias e sono!



- A radiação eletromagnética pode provocar um efeito negativo no sono;
- Repercussão física, nomeadamente dores musculares ou cefaleias que podem ser causadas pelo seu uso prolongado;
- O seu uso recorrente no quarto, interfere com as propriedades indutoras do sono que lhe são inerentes.

(Nascimento, 2018)



height of continuous light during the night. In the last century, widespread use of electric artificial lighting has, for the first time, created a situation in which humans are routinely exposed to bright light at times in the subjective night, when the clock is susceptible to phase shifts. However, the historical use of tungsten light during much of this time probably protected us from sleep disruption, as the circadian system is relatively insensitive to the yellow-red light of tungsten filaments (11, 12).

Enter the tablet. The backlights of laptop and computer screens are based on light-emitting diodes (LEDs) rich in blue light (as measured in Chang et al., with a peak of 452 nm), which are near the maximal absorption of melatonin (at 480 nm). The brightness of these devices at their usual distances from the eye also falls well within the melatonin

(Van Gelder, 2015)



increasingly popular technology affects sleep. Here we compare the biological effects of reading an electronic book on a light-emitting device (LE-eBook) with reading a printed book in the hours before bedtime. Participants reading an LE-eBook took longer to fall asleep and had reduced evening sleepiness, reduced melatonin secretion, later timing of their circadian clock, and reduced next-morning alertness than when reading a printed book. These results demonstrate that evening exposure to an LE-eBook phase-delays the circadian clock, acutely suppresses melatonin, and has important implications for understanding the impact of such technologies on sleep, performance, health, and safety.

(Chang et al., 2015)

Original article

**Blue Blocker Glasses as a Countermeasure for Alerting Effects of Evening Light-Emitting Diode Screen Exposure in Male Teenagers**

Solphanee van der Lely, M.Sc.<sup>1</sup>, Silvia Troy, Ph.D.<sup>2</sup>, Camilla Garbarino, M.D.<sup>3</sup>, Anna White-Baskin, Ph.D.<sup>4</sup>, Oskar G. Jernst, M.D.<sup>5</sup>, Roland Steiner, B.Sc.<sup>6</sup>, Stefan Wödl, Ph.D.<sup>7</sup>, Christian Cajochen, Ph.D.<sup>8</sup>, Vivere Bronckow, Ph.D.<sup>9,10</sup>, and Christika Schmidt, Ph.D.<sup>11</sup>

<sup>1</sup>Center for Chronobiology, University Hospital of the University of Basel, Basel, Switzerland  
<sup>2</sup>Light Interactions from Neuroscience Children's Hospital, Zurich, Switzerland  
<sup>3</sup>Department of Health Services at Basel Area, Switzerland  
<sup>4</sup>Department of Behavioral Epigenetics, Light Interactions from Neuroscience University of Fribourg, Fribourg, Switzerland  
<sup>5</sup>Health Service Research, May 23, 2014; Received August 7, 2014  
 Accepted: LED screen use, Alerting effects of light, Sleep, male (15-16), Melatonin, Suppression, Attention

**Abstract**

**Purpose:** Adolescents prefer sleep and wake times that are consistently delayed compared with younger children or adults. Consequently, melatonin use in the evening is prevalent among teenagers and reduces light exposure, particularly in the blue-enriched range to which the biological clock and its associated circadian system is the most sensitive. We investigated whether the use of blue light-blocking glasses (BB) during the evening, before going to bed, of a light-emitting diode (LED) computer screen, alters sleep architecture at the initiation, regulation, and physiological level.

**Methods:** The stationary part of the study compared 2 weeks during which the sleep-wake sleep was recorded by polysomnography.

**Results:** Compared with clear lenses, BB significantly attenuated LED-induced melatonin suppression in the evening and decreased vigilant attention and subjective alertness before bedtime. Visually scored sleep stages and behavioral measures collected the morning after were not modified.

**Conclusions:** BB glasses may be useful in adolescents as a countermeasure for alerting effects induced by light exposure through LED screens and therefore potentially impede the negative effects modern lighting imposes on circadian physiology in the evening.


**Keywords:** Adolescents, Alerting effects of light, Attention, Circadian rhythm, Light exposure, Melatonin, Polysomnography, Sleep, Teenagers

**Introduction**

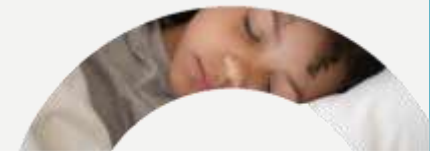
Computer screen lighting, including blue-enriched light, is a major source of light exposure in the evening and is associated with circadian disruption, melatonin suppression, a more vigilant attention, and reduced sleep quality (1). Adolescents in particular are particularly vulnerable to circadian disruption and sleep deprivation (2). Adolescence is characterized by a prominent developmental shift of the internal

(Lely, et al., 2015)

# DÚVIDAS ...



# O QUE É O SONO?



**SERÃO AS FASES DO CICLO DE SONO IGUAIS EM CRIANÇAS E JOVENS E NOS ADULTOS?**



**O QUE DISTINGUE OS CICLOS DE SONO EM CRIANÇAS E JOVENS E NOS ADULTOS?**



**QUE CONSEQUÊNCIAS EXISTEM PARA A CRIANÇA E JOVEM ASSOCIADOS À PRIVAÇÃO DO SONO?**





## QUAL O DISTÚRPIO DO SONO MAIS COMUM EM IDADE PEDIÁTRICA?



## QUE ESTRATÉGIAS SE PODEM UTILIZAR PARA PROMOVER O SONO?



### Referências Bibliográficas

- Brazelton, T., & Sparrow, J. D. (2009). *A Criança e a Disciplina*. Editorial Presença.
- Chang, A.-M., Aeschbach, D., Duffy, J., & Czeisler, C. (2015). Evening use of light-emitting eReaders negatively affects sleep, circadian timing, and next-morning alertness. *Proceedings of National Academy of Sciences*, 112 (4), 1232-1237. <https://doi.org/10.1073/pnas.1418490112>
- Collins, J. (2004). *Saúde do bebé e da criança*. Civilização, Editores, Lda.
- Estivill, E. (2007). *Dormir a sono solto. Como prevenir os distúrbios do sono*. Circulo de Leitores.
- Jesus, C., Conceicao, J. L., & Espadaneira, S. (2019). Literacia em Saúde do Sono de Crianças em idade pré-escolar: instrumentos facilitadores no aumento das competências parentais. In C. Lopes, & C. Vaz de Almeida, *Literacia em Saúde na Prática* (pp. 75-96). Edições ISPA [ebook]. Obtido em outubro de 2023, de [https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/7664/1/Literacia%20em%20sa%C3%BAde%20na%20pr%C3%A1tica\\_75.pdf](https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/7664/1/Literacia%20em%20sa%C3%BAde%20na%20pr%C3%A1tica_75.pdf)
- Lely, S., Frey, S., Garbaza, C., Wirz-Justice, A., Jenni, O., Steiner, R., . . . Schmidt, C. (2015). Blue Blocker Glasses as a Countermeasure for Alerting Effects of Evening Light-Emitting Diode Screen Exposure in Male Teenagers. *Journal of Adolescent Health*, 56, 113-119. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25287985/>



## Referências Bibliográficas

- Maski, K., & Owens, J. (2016). Insomnia, parasomnias, and narcolepsy in children: clinical features, diagnosis, and management. *The Lancet Neurology*, 15 (11) 1170-1181. [https://doi.org/10.1016/s1474-4422\(16\)30204-6](https://doi.org/10.1016/s1474-4422(16)30204-6)
- Nascimento, F. (2018). Sono e Luz: Repercussões da Era Digital. Universidade da Beira Interior. <http://hdl.handle.net/10400.6/8528>
- Oka, Y., Suzuki, S., & Inoue, Y. (2008). Bedtime activities, sleep environment, and sleep/wake patterns of Japanese elementary school children. *Behavioral Sleep Medicine*, 6 (4), 220-233. <https://doi.org/10.1080/15402000802371338>
- Silva, F. (2014). Hábitos e Problemas do Sono das Crianças dos 2 aos 10 anos. Universidade Nova de Lisboa. <https://run.unl.pt/bitstream/10362/14234/1/Silva%20Filipe%20TD%202014.pdf>
- Sociedade Portuguesa de Pediatria, & Associação Portuguesa de Sono. (2017). Recomendações SPS-SPP: prática da sesta da criança nas creches e infantários, públicos ou privados. Obtido em setembro de 2023, de [https://www.spp.pt/UserFiles/file/Noticias\\_2017/VERSAO%20PROFISSIONAIS](https://www.spp.pt/UserFiles/file/Noticias_2017/VERSAO%20PROFISSIONAIS)
- Van Gelder, R. (2015). A tablet that shifts the clock. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 112 (4), 946-947. <https://doi.org/10.1073/pnas.1423498112>



**Obrigada pela atenção dispensada!**



### **Apêndice III**

A massagem infantil em recém-nascidos prematuros internados em Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais: Revisão Integrativa da Literatura e Apresentação da Comunicação Oral



## **A massagem infantil em recém-nascidos prematuros internados em Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais: Revisão Integrativa da Literatura**

*Infant massage in premature newborns admitted to Neonatal Intensive Care Units: Integrative Literature Review*

**Ana Catarina Teixeira<sup>1</sup>, Isabel Quelhas<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, Universidade Católica Portuguesa - Escola de Enfermagem (Porto), Portugal. Enfermeira no Serviço de Cuidados Intensivos

<sup>2</sup> Universidade Católica Portuguesa, Escola de Enfermagem (Porto), Portugal.

### **Resumo**

**Introdução:** Os recém-nascidos prematuros sofrem uma privação sensorial precoce resultante do seu nascimento antecipado. As Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) apesar de garantirem a estabilidade clínica e sobrevivência dos recém-nascidos prematuros, configuram-se como um ambiente totalmente diferente do meio intrauterino, apresentando efeitos nocivos e colocando em risco o seu neurodesenvolvimento.

A massagem é uma técnica terapêutica antiga, documentada pela primeira vez na literatura médica chinesa há cerca de 4000 anos e a sua aplicação em UCIN remonta ao ano de 1980. Consiste na aplicação sistemática de estimulação tátil através de uma variedade de técnicas, estimulando os recetores sensoriais da pele, músculos, ossos e articulações. Os estudos efetuados têm revelado que esta técnica proporciona estímulos sensoriais positivos aos recém-nascidos prematuros, com benefícios marcados no seu crescimento e desenvolvimento. Neste seguimento surgiu a questão de investigação “Quais os efeitos da massagem infantil em recém-nascidos prematuros internados em Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais”.

**Objetivo:** O objetivo desta revisão da literatura é compilar os resultados da evidência científica existente sobre os efeitos da massagem infantil em recém-nascidos prematuros internados em UCIN.

**Material e Métodos:** Foi realizada uma revisão integrativa da literatura através da pesquisa nas bases de dados: “Medline”, “Cochrane Central Register of Controlled Trials”, “CINAHL

Complete”, “MedicLatina” e “Cochrane Clinical Answers”. A pesquisa foi efetuada com os descritores selecionados e decorreu entre março e abril de 2024. Desta pesquisa emergiram um total de 357 artigos. Foi posteriormente aprimorada a pesquisa, que passou a contemplar apenas os estudos publicados em inglês e português e com texto integral disponível, realizados no período compreendido entre 2014 e 2024, independentemente da sua metodologia. Após o processo de seleção foram analisados um total de 12 artigos, entre eles revisões sistemáticas da literatura, ensaios clínicos randomizados e estudos piloto.

**Resultados e Discussão:** Os artigos analisados permitiram verificar que a maioria dos estudos realizados se reportam ao efeito positivo que a massagem apresenta no aumento de peso de recém-nascidos prematuros. Alguns estudos demonstraram também que a massagem comporta benefícios na diminuição do tempo de internamento, melhoria de sintomas gastrointestinais, diminuição da dor, melhoria dos padrões de sono, diminuição do risco de infecções e diminuição dos níveis de bilirrubina transcutânea. A maioria dos estudos comprovou, ainda, a existência de uma relação positiva entre a realização da massagem e progressos a nível do neurodesenvolvimento e comportamento dos recém-nascidos.

**Conclusão:** A massagem em contexto de UCIN deverá ser encarada como parte dos cuidados centrados no desenvolvimento de recém-nascidos prematuros, mas são ainda necessários mais estudos nesta área. Não se sabe qual a melhor técnica de massagem, embora a mais amplamente descrita na literatura seja a técnica de Field; quais os bebés que beneficiam mais com a massagem; se deve ser usado algum óleo durante a massagem e qual o melhor momento, duração e frequência da massagem.

Os estudos analisados não identificaram risco na realização da massagem a recém-nascidos prematuros clinicamente estáveis e sem contraindicações para a realização da mesma.

Parece haver ainda alguma renitência por parte dos enfermeiros na realização da intervenção e é sugerido pelos autores dos estudos o reforço da formação e do treino quer dos profissionais de saúde, quer dos pais.

**Palavras-Chave:** Massagem, Recém-Nascidos Prematuros, UCIN, Cuidados Centrados no Desenvolvimento.

## **Abstract**

**Background:** Premature newborns suffer early sensory deprivation resulting from their early birth. Neonatal Intensive Care Units (NICUs), despite guaranteeing the clinical stability and survival of premature newborns, are a completely different environment from the intrauterine environment, presenting harmful effects and putting their neurodevelopment at risk.

Massage is an ancient therapeutic technique, first documented in Chinese medical literature around 4000 years ago and its application in NICUs dates back to the year 1980. It consists of the systematic application of tactile stimulation through a variety of techniques, stimulating the sensory receptors of the skin, muscles, bones and joints. The studies carried out revealed that this technique provides positive sensory stimuli to premature newborns, with indicated benefits in their growth and development. In this context, the research question arose “What are the effects of infant massage on premature newborns admitted to Neonatal Intensive Care Units.”

**Objective:** The objective of this literature review is to compile the results of existing scientific evidence on the effects of infant massage on premature newborns admitted to NICUs.

**Materials and methods:** An integrative literature review was carried out by searching the databases: “Medline”, “Cochrane Central Register of Controlled Trials”, “CINAHL Complete”, “MedicLatina” and “Cochrane Clinical Answers”. The research was carried out using the selected descriptors and took place between March and April 2024. A total of 357 articles emerged from this research. The research was subsequently improved, which now includes only studies published in English and Portuguese and with full text available, carried out in the period between 2014 and 2024, regardless of their methodology. After the selection process, a total of 12 articles were analyzed, including systematic literature reviews, randomized clinical trials and pilot studies.

**Results:** The articles analyzed allowed us to verify that the majority of studies carried out reported the positive effect that massage has on increasing the weight of premature newborns. Some studies have also shown that massage has benefits in decreasing length of stay, improving gastrointestinal symptoms, reducing pain, improving sleep patterns, reducing the risk of infections and decreasing transcutaneous bilirubin levels. Most studies have also proven the existence of a positive relationship between massage and progress in the neurodevelopment and behavior of newborns.

**Conclusion:** Massage in the NICU context should be seen as part of care focused on the development of premature newborns, but more studies are still needed in this area. It is not known which massage technique is best, although the most widely described in the literature is the Field technique; which babies benefit most from massage; whether any oil should be used during the massage and what is the best time, duration and frequency of the massage.

The studies analyzed did not identify any risk in performing massage for premature newborns who were clinically stable and had no contraindications for performing it.

There still seems to be some reluctance on the part of nurses in carrying out the intervention and it is suggested by the authors of the studies to reinforce education and training for both health professionals and parents.

**Keywords:** Massage, Premature Newborns, NICU, Development-Centered Care.

## **Introdução**

Globalmente, um em cada dez bebês nasce prematuro (antes das 37 semanas de gestação) e, em Portugal, essa taxa ronda os 7-8% (Instituto de Saúde Pública Universidade do Porto, 2021). A prematuridade é a principal causa de morbilidade e mortalidade perinatal e tem sido associada a um maior risco de desenvolver problemas de saúde, que podem surgir e persistir ao longo da vida (Vinther et al., 2023). A prematuridade está associada a problemas respiratórios, défices cognitivos e neurológicos, alterações sensoriais e restrições de desenvolvimento antropométrico (Álvarez et al., 2019). O recém-nascido prematuro carece de necessidades especiais ao nível da assistência perinatal e o ambiente de cuidados intensivos, onde lhe é prestada essa mesma assistência, por sua vez envolve uma sobrecarga de estímulos sensoriais diferentes daqueles que experienciaria no útero materno, interferindo no desenvolvimento do seu sistema nervoso central (Ferraz, 2017). O ambiente da UCIN é caracterizado por ruídos excessivos, sensações dolorosas, luminosidade forte e constante e múltiplas manipulações (Freitas, 2009).

Encontra-se extensivamente estudada a relação que o ambiente tem no desenvolvimento cerebral, sendo por isso encorajadas as melhores práticas de cuidados neonatais. Vários autores defendem a necessidade da implementação de programas de intervenção precoce no período neonatal, centrados no desenvolvimento infantil e que proporcionem estímulos sensoriais favoráveis ao seu adequado crescimento e desenvolvimento. Foi partindo destes pressupostos que ganharam revelo os cuidados centrados no desenvolvimento ou cuidados desenvolvimentais. Estes consistem em práticas sistematizadas, promotoras do desenvolvimento neurológico da criança e adequadas às necessidades de cada recém-nascido prematuro e respetiva família (Ferraz et al., 2022)

Existem várias UCIN cientes da importância da adequada estimulação sensorial e que têm implementado ações com o objetivo de proporcionar uma adequada estimulação do sistema somatossensorial, tendo em vista o desenvolvimento neuromotor e emocional dos recém-nascidos

prematturos (Fiels et al., 2010). Uma das intervenções utilizadas para promover a estimulação somática é a massagem terapêutica.

A massagem é uma técnica terapêutica antiga, documentada pela primeira vez na literatura médica chinesa há cerca de 4000 anos e a sua aplicação em UCIN remonta ao ano de 1980 (Badr et al., 2015). Consiste na estimulação tátil através de uma variedade de técnicas, estimulando os recetores sensoriais da pele, músculos, ossos e articulações (Kulkarn et al., 2010).

O propósito deste estudo foi realizar uma revisão integrativa da literatura, com o objetivo de conhecer os efeitos da massagem infantil em recém-nascidos prematturos internados em UCIN.

## **Material e Métodos**

A presente revisão integrativa da literatura partiu da questão de investigação: “Quais os efeitos da massagem infantil em recém-nascidos prematturos internados em Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais?”. Para determinar os critérios de inclusão foi utilizada a mnemônica PCC, de acordo com as recomendações do JBI, traduzindo-se em população, conceito e contexto. A população são os recém-nascidos prematturos, o conceito é a massagem e o contexto são as unidades de cuidados intensivos neonatais.

Foram analisados os termos-chave/descriptores orientadores da pesquisa bibliográfica, recorrendo ao browser Medical Subject Hedings (MeSH), onde se obtiveram os seguintes descritores: “Infant, Premature”, “Massage”, “Massage Therapy” e “Intensive Care Units, Neonatal”. Para além dos descritores mencionados foram utilizados outros termos de entrada: “Infant, Preterm”, “Infants, Premature”, “Infants, Preterm”, “Premature Infant”, “Premature Infants”, “Preterm Infant”, “Preterm Infants”, “Infant Massage”, “Newborn Intensive Care Unit”,

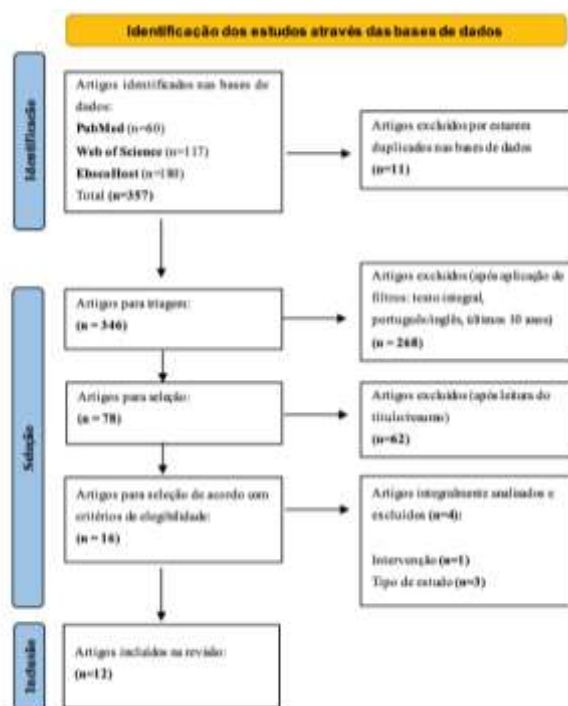
“Neonatal Intensive Care Unit”, “Newborn Intensive Care Units (NICU)”, “Neonatal ICU”, “Newborn ICU”, “ICU, Newborn”, “ICUs, Newborn”, “Newborn ICUs”, “Newborn Intensive Care Units”, “Neonatal Intensive Care Units ICU, Neonatal”, “ICUs, Neonatal” e “Neonatal ICUs”

A obtenção dos termos de entrada e dos descritores possibilitou estruturar a frase booleana, recorrendo à conjugação dos operadores booleanos AND e OR, resultando em: (“Infant, Premature” **OR** “Infant, Preterm” **OR** “Infants, Premature” **OR** “Infants, Preterm” **OR** “Premature Infant” **OR** “Premature Infants” **OR** “Preterm Infant” **OR** “Preterm Infants”) **AND** (“Massage” **OR** “Massage Therapy” **OR** “Infant Massage”) **AND** (“Intensive Care Units, Neonatal” **OR** “Newborn Intensive Care Unit” **OR** “Neonatal Intensive Care Unit” **OR** “Newborn Intensive Care Units (NICU)” **OR** “Neonatal ICU” **OR** “Newborn ICU” **OR** “ICU, Newborn” **OR** “ICUs, Newborn” **OR** “Newborn ICUs” **OR** “Newborn Intensive Care Units” **OR** “Neonatal Intensive Care Units ICU, Neonatal” **OR** “ICUs, Neonatal” **OR** “Neonatal ICUs”).

A pesquisa decorreu entre março e abril de 2024, com recurso às bases de dados: “Medline”, “Cochrane Central Register of Controlled Trials”, “CINAHL Complete”, “MedicLatina” e “Cochrane Clinical Answers”.

A seleção dos artigos foi feita apenas por um revisor, tendo em consideração a questão de investigação, o objetivo definido e os critérios de inclusão e exclusão. Desta pesquisa emergiram um total de 357 artigos. Foram excluídos os artigos duplicados, permanecendo um total de 346 artigos. Destes, foram apenas incluídos os estudos publicados em inglês e português, com texto integral disponível e que haviam sido realizados no período compreendido entre 2014 e 2024, independentemente da sua metodologia. Desta seleção, restaram um total de 78 artigos, dos quais 62 foram excluídos após a leitura do título e do resumo. Após o processo de seleção, foram analisados na sua totalidade 16 artigos. Destes, 4 foram excluídos, 1 deles pela intervenção, uma vez que os recém-nascidos do estudo haviam recebido estimulação tátil de forma global e não apenas massagem e 3, por se tratarem de protocolos de estudos e não de estudos propriamente ditos. Restaram, por conseguinte, 12 artigos que foram incluídos na presente revisão integrativa da literatura. A Figura 1 ilustra o procedimento para a identificação e inclusão dos estudos. Os estudos foram integrados considerando o objetivo da revisão integrativa e a questão de investigação. A análise foi efetuada com recurso uma tabela previamente construída o que facilitou o mapeamento dos dados recolhidos. Não foi efetuada a avaliação da qualidade metodológica dos estudos incluídos, uma vez que se pretendia identificar todas os efeitos descritos na literatura, associados à massagem infantil realizada em recém-nascido prematuros internados em UCIN.

**Figura 1** - Processo de Identificação e Inclusão dos Estudos – Diagrama Prisma



## Resultados

Os estudos obtidos a partir desta revisão integrativa da literatura são heterogêneos quanto aos objetivos, método e resultados, incluem: ensaios clínicos randomizados (n=7), revisões da literatura (n=3), estudos experimentais (n=1) e estudos piloto (n=1). Os artigos analisados foram publicados entre 2015 e 2022, sendo a maioria referentes ao ano de 2019. Na Tabela 1 é possível consultar as evidências recolhidas de cada um dos estudos submetidos a análise.

**Tabela 1.** Tabela de Evidência dos estudos incluídos na Revisão Integrativa da Literatura

Título, Ano, Referência Completa	Objetivos	Tipo de Estudo	Amostra	Metodologia	Resultados/Conclusões
<b>The Effect of Massage on Salivary Secretory Iga Level in Preterm Infants</b>  2022  Karamian, A., Firouzi, M., Modiri, R., & Karamian, A. (2022). The Effect of Massage on Salivary	Avaliar o efeito da massagem no nível de IgA salivar em bebês prematuros e o efeito da massagem no ganho de peso neonatal.	Ensaio Clínico Randomizado	<b>150</b> RNPT (Grupo de controlo: n=75; Grupo experimental: n=75). Destes foram excluídos 18. Assim: Grupo de controlo: n=64; Grupo experimental: n=68.  <u>Crítérios de inclusão:</u> • RNPT alimentados com leite adaptado (possível efeito do leite	Apenas os investigadores sabiam que bebês pertenciam ao grupo de controlo ou ao grupo experimental. O laboratório não tinha conhecimento a que grupo os RNPT pertenciam.  A massagem efetuada baseou-se na <b>técnica Field</b> e foi realizada por uma enfermeira treinada para o efeito, que não sabia qual era a hipótese do estudo. Foi usado <b>óleo de girassol</b> .	<b>Não houve diferença significativa no aumento de peso entre o grupo de controlo e o grupo experimental.</b>  O nível médio de IgA aumentou <b>significativamente</b> no <b>grupo experimental</b> , relativamente ao grupo de controlo, quer ao 2º, quer ao 14º dia.

<p>Secretary Iga Level in Preterm Infants. J Pediatr Res, 9(1), 46-51</p>			<p>materno nos níveis de IgA);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• IG &lt;37 semanas;</li> <li>• Peso entre 1500g e 2000g;</li> <li>• Ausência de infecções ou anomalias congénitas;</li> <li>• Sem contraindicações para a massagem (ex: lesões da pele, hematomas, luxação de membros).</li> </ul> <p><u>Crítérios de exclusão:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Presença de infeção;</li> <li>• Necessidade de ventilação mecânica;</li> <li>• Convulsões;</li> <li>• Historial de imunodeficiência;</li> <li>• Necessidade de transfusão sanguínea;</li> <li>• Transferência ou alta hospitalar;</li> <li>• História materna de hepatite B ou sífilis;</li> <li>• Necessidade de cirurgia durante o estudo;</li> <li>• Recusa dos pais em continuar o estudo;</li> <li>• Necessidade de administração de fármacos (ex: antibióticos e Ig endovenosa).</li> </ul>	<p>A massagem foi realizada num ambiente silencioso sob um aquecedor radiante. Os bebés do grupo de intervenção receberam massagens com a duração de <b>15 minutos, três vezes por dia, durante 12 dias.</b></p> <p>Cada sessão de massagem consiste em 3 fases de 5 minutos. Os RNPT receberam a massagem 1h após terem sido alimentados. Na 1ª e 3ª fase os RNPT foram colocados em decúbito ventral e massajados segundo a sequência:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>12 movimentos desde o topo da cabeça até ao pescoço e depois no sentido inverso;</li> <li>12 movimentos desde o pescoço até aos ombros e depois no sentido inverso;</li> <li>12 movimentos desde a parte superior das costas até a cintura e depois no sentido inverso;</li> <li>12 movimentos desde as coxas até aos tornozelos e depois no sentido inverso;</li> <li>12 movimentos desde o ombro à mão em ambos os braços e depois no sentido inverso.</li> </ol> <p>Na 2ª fase, o bebé foi colocado em decúbito dorsal e foram realizados 6 movimentos de flexão/extensão dos membros na seguinte ordem: cada braço, cada perna e por fim ambas as pernas juntas.</p> <p>As amostras de saliva foram obtidas no 2º e no 14º dia após o nascimento com um extrator de muco infantil estéril.</p> <p>Em ambos os grupos, o peso dos RNPT foi avaliado no 2º e no 14º dia após o nascimento.</p>	
<p><b>Effect of tactile/kinesthetic massage therapy on growth and body composition of preterm infants</b></p> <p>2021</p> <p>Elmoneim, M., Mohamed, H., Awad, A., El-Hawary, A., Salem, N., El helaly, R., . . . Abdel-Hady, H. (2021). Effect of tactile/kinesthetic massage therapy on growth and body composition of preterm infants. <i>European Journal of Pediatrics</i>, 180, 207-215</p>	<p>Avaliar os efeitos da massagem (estimulação tátil e cinestésica) no crescimento e composição corporal de RNPT.</p>	<p>Ensaio Clínico Randomizado</p>	<p><b>60</b> RNPT (Grupo de controlo: n=30; Grupo experimental: n=30).</p> <p><u>Crítérios de inclusão:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• IG &lt;32 semanas;</li> <li>• Clinicamente estáveis (ausência de O2 suplementar, apneias, bradicardias antibioterapia e cateter venoso central);</li> <li>• Alimentação oral ou entérica de pelo menos 100ml/kg/dia</li> </ul> <p><u>Crítérios de exclusão:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• História de enterocolite necrotizante;</li> <li>• Infeção ativa;</li> <li>• Malformações congénitas;</li> <li>• Anomalia cromossómica;</li> <li>• Hemorragia intraventricular (&gt;grau II);</li> <li>• Meningite;</li> <li>• Encefalopatia;</li> <li>• Bebés pequenos para a IG;</li> <li>• Submetidos a procedimentos cirúrgicos.</li> </ul>	<p>A massagem foi iniciada às 35 semanas (idade corrigida).</p> <p>Os bebés do grupo experimental receberam 3 massagens seguindo o <b>protocolo de Field</b> com a duração de <b>15 minutos</b> cada uma (<b>5 minutos estimulação tátil, 5 minutos de estimulação cinestésica e 5 minutos estimulação tátil</b>), durante <b>5 dias consecutivos.</b></p> <p>Os RNPT receberam a massagem 30 min após terem sido alimentados e entre cada uma das 3 massagens decorreu um intervalo de 45 minutos.</p> <p><b>Fase de estimulação tátil</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• RNPT colocado em decúbito ventral. Recebeu movimentos de pressão moderada na cabeça, pescoço, ombros, nádegas, braços e pernas.</li> </ul> <p><b>Fase de estimulação cinestésica</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• RNPT colocado em decúbito dorsal e realizados 6 movimentos passivos de flexão/extensão semelhantes a uma bicicleta (braço direito, braço esquerdo, perna direita, perna esquerda e ambas as pernas simultaneamente).</li> </ul> <p>Durante a massagem foi observado o <b>comportamento do bebé</b>, nomeadamente sinais de sofrimento (bocejar, estender os dedos, chorar).</p> <p>Foram monitorizados os <b>sinais vitais</b> (temperatura axilar, SpO2, frequência cardíaca, tensão arterial e frequência respiratória). As avaliações foram realizadas: <b>15 minutos antes do início da massagem; após a primeira sessão de 15 minutos de massagem e 15 minutos após o procedimento de massagem.</b></p> <p>Em ambos os grupos, os <b>parâmetros de composição corporal</b> foram avaliados no <b>início e no final dos 5 dias</b> do procedimento de massagem.</p>	<p>Não se observaram alterações comportamentais ou fisiológicas que indicassem stress nos bebés submetidos à intervenção.</p> <p>A massagem realizada aos RNPT do grupo experimental foi associada a um <b>maior ganho de peso diário</b>, assim como a um <b>maior ganho de peso cumulativo</b> (5 dias), comparativamente aos RNPT do grupo de controlo.</p> <p>A massagem também foi associada a um <b>aumento significativo no ganho cumulativo e diário do comprimento</b> (8,9 g/kg/dia) e <b>aumento da circunferência braquial</b> em comparação com os cuidados de rotina, a que os bebés do grupo de controlo foram sujeitos.</p> <p>Os bebés do <b>grupo experimental</b> apresentaram um <b>aumento</b> significativo nos valores de <b>massa corporal total, massa gorda</b> (total/pernas), <b>massa magra</b> (total/braços/pernas/tronco) e <b>densidade mineral óssea</b> (braços/pernas/tronco) em comparação com o grupo de controlo.</p> <p>A <b>frequência cardíaca</b> dos prematuros durante a massagem foi significativamente <b>maior</b> do que a frequência cardíaca dos prematuros no grupo de controlo, embora não tenha ultrapassado o limite predefinido de 180 bpm.</p> <p>Durante a massagem <b>4 bebés diminuíram a SpO2</b>, mas a situação acabou por se resolver espontaneamente. <b>2 bebés desenvolveram episódios de apneia</b> e necessitaram de oxigenoterapia.</p> <p>Não houve diferenças significativas em comparação com os valores pré-massagem, valores pós-massagem ou grupo de controlo. A massagem terapêutica foi interrompida no dia em que os bebés desenvolveram apneia e continuou no dia seguinte <b>sem efeitos colaterais.</b></p> <p>São necessários <b>mais estudos</b> para avaliar a <b>segurança da massagem infantil em RNPT.</b></p>

<p><b>Benefits of Infant Massage for Infants and Parents in the NICU</b></p> <p>2019</p> <p>Pados, B., &amp; McGlothen-Bell, K. (2019). Benefits of Infant Massage for Infants and Parents in the NICU. <i>Nurs Womens Health, 23</i> (3), 265-271</p>	<p>Rever a literatura existente sobre a massagem infantil em Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN).</p>	<p>Revisão da Literatura</p>			<p>Na literatura foram relatados uma série de efeitos da massagem realizada a RNPT em UCIN, entre esses benefícios destacam-se o <b>aumento de peso</b>, a <b>diminuição do tempo de internamento</b>, <b>melhorias em termos gastrointestinais</b>, <b>diminuição da dor</b> e <b>progressos no neurodesenvolvimento</b>.</p> <p>O <b>aumento de peso</b> é o efeito da massagem mais amplamente relatado. Também é possível encontrar estudos que evidenciam um <b>aumento do comprimento</b> e do <b>perímetro cefálico</b> de crianças sujeitas a massagem.</p> <p>Existem estudos que demonstram uma <b>diminuição do tempo de internamento</b>, de RNPT que foram submetidos a massagem.</p> <p>Estudos apontam para uma <b>melhoria da motilidade gástrica</b> e <b>redução dos sintomas de intolerância alimentar</b>, associados à massagem.</p> <p>O <b>neurodesenvolvimento</b> de RNPT teve um aumento significativo quando estes receberam massagem.</p> <p>Há uma forte evidência, que a massagem infantil <b>reduz a dor</b> durante procedimentos dolorosos. Existem várias técnicas de massagem relatadas na literatura, mas a que se encontra melhor estudada é a <b>técnica desenvolvida por Field</b> (15 minutos de massagem aplicando uma moderada pressão).</p> <p><b>Ainda não se sabe qual a melhor técnica de massagem; quais os bebês que beneficiam mais com a massagem;</b> se deve ser usado algum óleo durante a massagem e qual o <b>melhor momento, duração e frequência da massagem</b>.</p> <p>Os enfermeiros que prestam cuidados em UCIN devem ter formação especializada em massagem infantil, para que possam ensinar os pais a realizarem massagem aos seus filhos.</p> <p>A <b>estabilidade clínica</b> de um bebê e os <b>sinais de prontidão e tolerância</b> devem sempre ser avaliados, de forma a evitar a hiperestimulação.</p> <p>RNPT gravemente doentes ou com instabilidade clínica, não devem ser submetidos a massagem.</p> <p>São <b>poucos os efeitos adversos</b> relatados na literatura associados à massagem infantil, o que sugere que esta prática é <b>segura</b> e apresenta <b>benefícios</b>, quer para RNPT, quer para os seus pais.</p>
<p><b>Massage intervention for preterm infants by their mothers: A randomized controlled trial</b></p> <p>2019</p> <p>Zhang, X., &amp; Wang, J. (2019). Massage intervention for preterm infants by their mothers: A randomized controlled trial. <i>J Spec Pediatr Nurs, e12238</i></p>	<p>Determinar os efeitos de um programa de massagem, com a duração de 2 semanas, conduzido pelas mães de RNPT.</p>	<p>Ensaio Clínico Randomizado</p>	<p><b>112</b> RNPT (Grupo de controlo: n=54; Grupo experimental: n=58).</p> <p><u>Crítérios de inclusão:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• IG entre as 30 - 34 semanas;</li> <li>• Estabilidade clínica;</li> <li>• Sem sinais de asfíxia, hipoxia perinatal ou outras anomalias em termos cerebrais;</li> <li>• Sem doenças de pele;</li> <li>• Consentimento dos pais.</li> </ul> <p><u>Crítérios de exclusão:</u></p>	<p>Foi aplicado o programa de massagem desenvolvido por <b>Field</b>, que envolve um protocolo de <b>estimulação tátil e cinestésica</b>. Os primeiros 5 minutos correspondem à fase tátil, os segundos 5 minutos à fase cinestésica e os últimos 5 minutos são também dedicados à fase tátil.</p> <p>As mães dos RNPT foram previamente treinadas e realizaram a massagem aos seus bebês, durante 15 minutos, duas vezes por dia, durante duas semanas.</p> <p><b>Na fase tátil:</b> o bebê foi colocado em decúbito ventral e a mãe colocava as mãos em forma de concha sobre as suas costas, realizando movimentos rítmicos, com pressão moderada. A massagem seguiu as seguintes etapas, cada qual, com a duração de 1 minuto:</p> <p>a) Da cabeça, ao pescoço e costas;</p>	<p>No <b>grupo experimental</b>, houve um <b>aumento do peso, comprimento e perímetro cefálico</b> comparativamente ao grupo de controlo.</p> <p>Da entrevista realizada às mães emergiram temas-chave:</p> <p><b>Adaptação ao ambiente da UCIN:</b> as mães relataram que necessitaram de várias visitas à UCIN para se adaptarem ao ambiente. pois nas primeiras vezes esqueceram-se da massagem, embora a tivessem dominado durante as sessões práticas. Para se adaptarem ao ambiente observaram vídeos e receberam orientação das enfermeiras.</p> <p><b>Controlar a força:</b> Uma grande proporção de mães expressou que, embora praticassem a técnica de massagem</p>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>Mudanças no estado da pele, tensão muscular, frequência cardíaca, vômitos, apneia ou dispneia.</li> </ul>	<p>b) Do pescoço até os ombros e depois de volta ao pescoço;</p> <p>c) Da parte superior das costas para a parte inferior da cintura, retornando para a parte superior das costas;</p> <p>d) De ambas as coxas até os pés, voltando depois para as coxas;</p> <p>e) De ambos os ombros para as mãos, voltando depois para os ombros.</p> <p><b>Na fase cinestésica:</b> O bebê foi colocado em decúbito dorsal e foram realizadas flexões de braços e pernas; cada movimento de flexão ou extensão durou entre 15 segundos e 1 minuto para cada sequência.</p> <p>As mães foram treinadas por uma especialista em massagem infantil, que as acompanhou até se tornarem autônomas na realização da massagem aos seus bebês.</p> <p>A massagem foi realizada 1 hora antes da alimentação e pelo menos quatro horas após a massagem anterior.</p> <p>Os dados relativos ao crescimento (peso, comprimento e perímetro cefálico) foram obtidos em três momentos diferentes: <b>antes da intervenção, uma semana após o início da intervenção e duas semanas após o início da intervenção.</b></p> <p>Para cada um dos dados antropométricos foram feitas pelo menos 2 avaliações por enfermeiros diferentes. No caso de haver uma discrepância de valores era feita uma terceira avaliação.</p> <p>Foram realizadas entrevistas semiestruturadas a 15 mães, com a duração de 30-70 minutos com o propósito de perceber a forma como elas prepararam e completaram o programa de massagens realizado aos seus bebês.</p>	<p>regularmente, inicialmente ficavam nervosas ao realizá-la. Algumas mães afirmaram que embora tivessem praticado a massagem com um simulador de bebê de alta fidelidade, quando massajavam os seus próprios filhos não conseguiam controlar a força da massagem.</p> <p><b>Realizar lentamente cada etapa da massagem:</b> algumas mães referiram que muitas vezes se esqueciam de realizar as 5 etapas da massagem, o que influenciava os efeitos da intervenção. A pesquisadora percebeu que seriam necessárias imagens para lembrar e simplificar o procedimento da massagem.</p> <p><b>Estar relaxada e observar a resposta dos RNPT:</b> grande parte das mães, relatou sentirem-se culpadas por não poderem acompanhar os seus filhos. A intervenção ajudou as mães a fortalecerem os vínculos com os seus bebês.</p> <p>Em função dos relatos das mães elaborou-se um guia de intervenção para a realização das massagens.</p> <p>Os autores <b>recomendam a realização da massagem em RNPT em UCIN e não fazem referência a efeitos adversos</b> associados a esta intervenção.</p>
<p><b>Effect of massage on behavioural responses of preterm infants in an educational hospital in Iran</b></p> <p>2019</p> <p>Baniasadi, H., Hosseini, S., Abdollahyar, A., &amp; Sheikhbardsiri, H. (2019). Effect of massage on behavioural responses of preterm infants in an educational hospital in Iran. <i>Journal of Reproductive and Infant Psychology</i>, 37 (3), 302-310.</p>	<p>Avaliar o efeito da massagem (estimulação tátil e cinestésica) nas respostas comportamentais de RNPT.</p>	<p>Estudo quase-experimental</p>	<p><b>45 RNPT</b></p> <p><u>Critérios de inclusão:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>IG entre 28-34 semanas;</li> <li>Ausência de anomalias congênitas;</li> <li>Índice de APGAR superior a 6 ao 5º minuto.</li> </ul> <p><u>Critérios de exclusão:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Submetidos a cirurgia;</li> <li>Presença de condição médica, que contraindica a realização da massagem (ex: doenças de pele).</li> </ul>	<p>Os bebês do <b>grupo experimental</b> receberam massagens seguindo o protocolo de <b>Field</b> (estimulação cinestésica e estimulação tátil) com a duração de <b>15 minutos</b>, durante <b>5 dias consecutivos</b>.</p> <p>Cada sessão de massagem consiste em 3 fases de 5 minutos. Os RNPT receberam a massagem 1h após terem sido alimentados. Foram tidos em consideração alguns aspectos chave: <b>mãos quentes, toque com pressão leve e movimentos lentos das mãos.</b></p> <p>A realização da massagem seguiu o seguinte protocolo, realizado pelo investigador:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Vestir uma bata limpa e lavar minuciosamente as mãos e os braços;</li> <li>Aquecer as mãos;</li> <li>Relaxar ambos os braços e os ombros durante 1 min.</li> <li>Realizar massagem com duração de 15 min: estimulação tátil (5 min), estimulação cinestésica (5 min) e estimulação tátil novamente (5 min).</li> <li>Durante a estimulação tátil, o bebê foi colocado em decúbito ventral. As palmas dos dedos das mãos massajam o bebê durante 5 minutos em cada região do corpo.</li> <li>Na estimulação cinestésica, o bebê foi colocado em decúbito dorsal. Esta fase compreendeu 5 min de seis movimentos passivos de flexão/extensão com duração aproximada de 10 s para cada braço, depois cada perna e finalmente ambas as pernas juntas.</li> </ul> <p>Os bebês entraram no protocolo de massagem durante o 2º dia, após o início da alimentação entérica.</p> <p>Sempre que um RN era alimentado ou lhe era trocada a fralda, a massagem era adiada 1 hora.</p>	<p>Houve uma <b>melhoria nos estados de sono e diminuição significativa dos estados de vigília, inquietação/choro e atividade motora</b> após a realização da massagem.</p> <p><b>Não houve</b> diferença significativa no <b>sofrimento comportamental</b> dos RNPT após ter sido aplicada a massagem.</p>

				<p>Caso o bebê manifestasse algum sinal de sofrimento (diminuição da frequência cardíaca ou SpO<sub>2</sub>) durante a realização da massagem, a intervenção era interrompida.</p> <p>Os comportamentos dos RNPT foram observados e avaliados <b>10 minutos antes do início da massagem e 10 minutos após o final da massagem.</b></p> <p>A colheita de dados foi realizada durante 5 meses.</p> <p>As respostas comportamentais foram medidas pelo <b>estado comportamental, atividade motora e sofrimento comportamental.</b></p> <p>A <b>escala de estados comportamentais</b> avaliou:  (a) Estado de sono (sono tranquilo, sono ativo e REM);  (b) Estado de vigília (alerta silencioso, alerta ativo e sonolência);  (c) Inquietação/choro.</p> <p>A <b>escala das atividades motoras</b> avaliou:  a) Movimentos corporais grosseiros;  b) Movimentos da cabeça;  c) Sobressaltos.</p> <p>A <b>escala do sofrimento comportamental</b> avaliou:  a) Movimentos de boca/bocejo;  b) Caretas faciais;  c) Punhos cerrados.</p> <p>As respostas comportamentais dos RNPT foram avaliadas por observação direta.</p>	
<p><b>The Effects of Enteral Feeding Improvement Massage (EFIM) on Premature Infants: A randomized controlled trial</b></p> <p>2018</p> <p>Kim, H.-Y., &amp; Bang, K.-S. (2018). The effects of enteral feeding improvement massage on premature infants: A randomised controlled trial. J Clin Nurs, 27 (1-2), 92-101</p>	<p>Comprovar os efeitos da massagem na alimentação entérica de RNPT, no que diz respeito à sua alimentação, crescimento e fluxo sanguíneo da artéria mesentérica superior.</p>	<p>Ensaio Clínico Randomizado</p>	<p><b>55</b> RNPT (Grupo de controle: n=29; Grupo experimental: n=26).</p> <p><u>Critérios de inclusão:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• RNPT com IG &lt;34 semanas;</li> <li>• Ausência de problemas de pele ou infecções;</li> <li>• Sem necessidade de ventilação mecânica;</li> <li>• Sem problemas gastrointestinais ou doença neuromuscular;</li> <li>• RNPT alimentados com leite materno ou leite adaptado, aumentando 10-20ml/kg/dia;</li> <li>• RNPT cujos pais assinaram o consentimento informado.</li> </ul> <p><u>Critérios de exclusão:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Quando durante a massagem apresentavam sinais como: alteração da coloração da pele, vômitos, apneia, tensão muscular, alteração da FC, bocejos, soluços, retração ou dedos abertos.</li> </ul>	<p>A massagem foi realizada no grupo experimental, duas vezes por dia, durante 14 dias e antes das refeições. Cada massagem teve a duração de 15 minutos.</p> <p>A massagem simulada também foi realizada duas vezes por dia durante duas semanas, cada uma com duração de 15 minutos para o grupo de controle.</p> <p>Para cada bebê foram avaliados <b>parâmetros de alimentação e parâmetros de crescimento.</b></p> <p>Os parâmetros de <b>alimentação</b> incluíram:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dias de intolerância alimentar;</li> <li>• Resíduo gástrico;</li> <li>• Perímetro abdominal;</li> <li>• Fezes;</li> <li>• Ruídos intestinais;</li> <li>• Ingestão calórica;</li> <li>• Idade pós-natal (PNA) de alimentação completa;</li> <li>• Fluxo sanguíneo mesentérico.</li> </ul> <p>Os parâmetros de <b>crescimento</b> incluíram:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Peso;</li> <li>• Altura;</li> <li>• Perímetro cefálico.</li> </ul>	<p>Não foram observadas diferenças significativas na <b>média de dias de intolerância alimentar e resíduo gástrico, velocidade máxima, velocidade mínima e índice de resistência do fluxo sanguíneo mesentérico, peso, altura, perímetro cefálico e perímetro abdominal</b> no primeiro dia de pesquisa entre os dois grupos.</p> <p>Não houve diferenças no <b>perímetro abdominal, no número médio de dias de intolerância alimentar, na quantidade de resíduo gástrico, na ingestão calórica, no número médio de evacuações e nos ruídos intestinais</b> entre os dois grupos.</p> <p>Após os 14 dias de intervenção e analisando a <b>intolerância alimentar</b> de ambos os grupos, <b>não se verificou uma diferença significativa.</b></p> <p>A <b>velocidade mínima</b> do fluxo da artéria mesentérica foi significativamente <b>maior</b> e o <b>índice de resistência</b> foi significativamente <b>menor</b> no grupo experimental, o que conduz a um maior fluxo sanguíneo da artéria mesentérica no grupo experimental.</p> <p>O grupo experimental, atingiu a <b>alimentação entérica completa</b> significativamente <b>mais rápido</b> que o grupo controle.</p> <p>O <b>peso corporal</b> e o <b>perímetro cefálico</b> no grupo experimental foram significativamente <b>maiores</b>, assim como o <b>aumento de peso por dia.</b></p>
<p><b>The effect of a short course of moderate pressure sunflower oil massage on the weight gain velocity and length of NICU stay in preterm infants</b></p>	<p>Avaliar a eficácia de um curso de cinco dias de massagem com pressão moderada usando óleo de girassol, no aumento de peso e</p>	<p>Ensaio Clínico Randomizado duplamente cego</p>	<p><b>44</b> RNPT (Grupo de controle: n=22; Grupo experimental: n=22).</p> <p><u>Critérios de inclusão:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• IG entre 30-36 semanas;</li> </ul>	<p>Distribuíram-se aleatoriamente os 44 RNPT por dois grupos (grupo de controle sujeito a cuidados padrão e grupo experimental sujeito ao programa de massagem com óleo de girassol).</p> <p>Uma enfermeira foi treinada para massajar os bebês com óleo de girassol.</p>	<p>O <b>aumento diário de peso</b> e o <b>aumento de peso ao quinto dia</b> foram significativos no <b>grupo experimental.</b></p> <p>O <b>tempo médio de permanência na UCIN</b> foi <b>menor</b> no grupo experimental em comparação com o grupo controle.</p>

<p>2018</p> <p>Taheri, P., Goudarzi, Z., Shariat, M., Nariman, S., &amp; Matin, E. (2018). The effect of a short course of moderate pressure sunflower oil massage on the weight gain velocity and length of NICU stay in preterm infants. <i>Infant Behavior and Development</i>, 50, 22-27</p>	<p>tempo de permanência na UCIN de bebês prematuros.</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Tolerância de pelo menos 150 mL/kg/dia de leite materno ou leite adaptado e ingestão calórica de pelo menos 120 kcal/dia em ambos os grupos.</li> </ul> <p><u>Crítérios de exclusão:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Patologia respiratória, cardíaca, do SNC e da pele;</li> <li>Anomalias congênitas;</li> <li>Icterícia neonatal com necessidade de fototerapia;</li> <li>Reação alérgica ao óleo de girassol;</li> <li>Alta ou transferência antes do término da intervenção;</li> <li>Desistência do estudo;</li> <li>Agravamento da condição clínica.</li> </ul>	<p>Tanto a enfermeira que pesou os bebês, como a pesquisadora que registou os dados e a especialista que os analisou, não tinham conhecimento se os RNPT pertenciam ao grupo de controle ou ao grupo experimental.</p> <p><b>O peso foi avaliado diariamente.</b></p> <p><b>Antes da intervenção</b> foi avaliado o <b>peso, frequência cardíaca (FC), frequência respiratória (FR) e SpO2</b> dos RNPT.</p> <p><b>Durante a intervenção</b> foram avaliadas a <b>cor da pele, FC, FR e SpO2</b> dos bebês e os parâmetros de alarme dos monitores foram pré-definidos para:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>FR &lt; 30 ou &gt; 60/min;</li> <li>FC &lt; 100 ou &gt; 160/min;</li> <li>SpO2 &lt; 90%.</li> </ul> <p>A intervenção era interrompida caso houvesse alguma alteração fora dos limites definidos.</p> <p>O tempo de permanência na UCIN era medido até ao momento da alta do bebê.</p> <p>A massagem com óleo de girassol com pressão moderada foi realizada <b>três vezes ao dia durante cinco dias</b> – método de Field. Cada sessão teve a duração de <b>15 minutos</b>. As sessões de massagem foram realizadas pela mesma pessoa, 1 hora após a alimentação em intervalos de 2 horas.</p> <p>Nos primeiros 5 minutos de cada sessão de massagem, o bebê era colocado em decúbito ventral e massageado com pressão moderada, começando pela cabeça e pescoço até à parte superior das costas, cintura, membros superiores e inferiores (<b>estimulação tátil</b>).</p> <p>Nos segundos 5 minutos o bebê foi colocado em decúbito dorsal e foram realizados movimentos passivos de extensão/flexão das articulações do punho, cotovelo, ombro, tornozelo, joelho e quadril (<b>estimulação cinestésica</b>).</p> <p>Nos últimos cinco minutos o bebê foi colocado em decúbito ventral e a <b>estimulação tátil</b> foi repetida como nos primeiros 5 minutos.</p>	<p>A massagem corporal, especialmente com <b>óleos</b>, também demonstrou induzir um <b>efeito positivo no aumento de peso</b>. Acredita-se que a massagem com aplicação de óleo de girassol induz efeitos positivos no aumento de peso através da diminuição da absorção transdérmica de ácidos gordos, prevenindo a perda insensível de água e promovendo a termorregulação.</p>
<p><b>The effects of massage therapy in hospitalized preterm neonates: A systematic review</b></p> <p>2017</p> <p>Álvarez, M., Fernández, D., Gómez-Salgado, J., Rodríguez-Gonzalez, D., Roson, M., &amp; Lapena, S. (2017). The effects of massage therapy in hospitalized preterm neonates: A systematic review. <i>International Journal of Nursing Studies</i>, 69, 119-136.</p>	<p>Rever a literatura para identificar, avaliar e resumir os estudos sobre a aplicação de massagem terapêutica em RNPT, durante a sua permanência na UCIN e avaliar a sua qualidade metodológica.</p>	<p>Revisão Sistemática da Literatura</p>	<p>23 artigos</p>	<p>Utilizadas as bases de dados: Medline, PEDro, Web of Science e Scopus.</p> <p>Os termos de pesquisa utilizados foram: “massage”, “massage therapy”, “tactile-kinesthetic stimulation”, “therapeutic touch”, “tactile stimulation”, “pressure stroking”, “extremely premature”, “premature infant”, “preterm infant”, “premature birth” and “preterm birth”.</p> <p>O operador boleano “OR” foi utilizado para combinar termos semelhantes, enquanto o operador “AND” foi utilizado para combinar conceitos que se cruzam.</p> <p>Crítérios de inclusão dos estudos selecionados:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>População:</b> Humana (RN nos primeiros 28 dias de vida, de ambos os sexos, nascidos antes de 37 semanas de gestação);</li> <li><b>Intervenção:</b> Vários tipos de massagem terapêutica, que incluíram estimulação tátil e/ou cinestésica;</li> <li><b>Desenho:</b> Ensaios Clínicos Randomizados;</li> <li><b>Tamanho da amostra:</b> Mínimo 10 pacientes por grupo no pré-teste e 5 pacientes por grupo no pós-teste;</li> <li><b>Idiomas:</b> Inglês, Francês, Espanhol e Português;</li> <li><b>Timing:</b> Últimos 10 anos.</li> </ul> <p>A qualidade metodológica dos ensaios clínicos incluídos nesta revisão foi avaliada através da escala de Jadad.</p>	<p>A massagem foi realizada pelos pais em 6 dos estudos analisados. Há referência a 5 estudos em que foram as mães as responsáveis pela realização da técnica. Nos restantes dos estudos foram os profissionais de saúde, os responsáveis pela execução da massagem.</p> <p>Quatro estudos utilizaram o protocolo de estimulação somática e cinestésica desenvolvido por Tiffany Field e colegas em 1986 e um estudo explorou os efeitos da massagem Vimala.</p> <p><b>Peso, altura e perímetro cefálico:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>O <b>peso</b> foi o parâmetro antropométrico <b>mais avaliado</b>, nos estudos analisados, embora em muitos deles também tenha sido avaliada a <b>altura</b> e o <b>perímetro cefálico</b>.</li> <li>Todos os estudos que envolveram o peso obtiveram resultados positivos, mas não se tornaram estatisticamente significativos em 3 estudos.</li> </ul> <p><b>Avaliação comportamental e da função motora:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Houve uma melhoria estatisticamente significativa no desenvolvimento neuromotor de bebês prematuros em que foi realizada a massagem. Esta melhoria abrange aspetos tão diversos como o desenvolvimento da função motora, a redução do</li> </ul>

				<p>De cada artigo foram extraídos os seguintes dados: <b>ano de publicação, desenho do estudo, participantes e principais resultados</b> obtidos com a intervenção.</p> <p>Foram excluídos estudos quase-experimentais na tentativa de maior rigor metodológico, estudos cuja intervenção foi o toque terapêutico ou massagem energética (não estimulação tátil ou cinestésica direta), estudos cuja intervenção não foi apenas massagem, estudos com ausência de grupo controle e estudos que não forneceram dados relevantes.</p>	<p>stress, padrões mais maduros e comportamentos mais regulados e organizados.</p> <p><b>Amostras de sangue:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>As amostras de sangue de RNPT submetidos à massagem, demonstraram aumento dos níveis de insulina, IGF-1 e adiponectina circulante, o que está relacionado com o aumento de peso, desenvolvimento cerebral, maturação visual e desenvolvimento do sistema imunológico.</li> </ul> <p><b>Parâmetros Eletrofisiológicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Alguns estudos determinaram os efeitos da massagem por meio de medidas eletrofisiológicas, como a eletrocardiografia, a eletroencefalografia, eletrogastrografia. Alguns estudos em que se utilizou o eletrocardiograma e ao eletrogastrograma concluíram que o aumento da atividade vagal e da motilidade gástrica podem estar associados aos efeitos da massagem terapêutica no aumento de peso de RNPT.</li> <li>O eletroencefalograma serviu para demonstrar que a massagem influencia o desenvolvimento cerebral e, em particular, o desenvolvimento visual.</li> </ul> <p><b>Sinais Vitais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Foram encontradas apenas diferenças estatisticamente significativas na <b>redução da frequência cardíaca</b> de RNPT. Os restantes sinais vitais não apresentaram diferenças significativas.</li> </ul> <p><b>Parâmetros do metabolismo ósseo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A estimulação tátil-cinestésica afeta positivamente o crescimento ósseo pós-natal de RNPT. No que diz respeito ao metabolismo ósseo, a massagem terapêutica induziu um aumento na mineralização.</li> </ul> <p><b>Outros efeitos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Outro dos benefícios comprovados e associados à massagem de RNPT, foi a melhoria no <b>neurodesenvolvimento</b>. Esse efeito foi demonstrado pelos <b>padrões de movimento mais maduros e maior organização das respostas dos bebês, melhor sucção, maiores períodos de alerta e diminuição da hipotonia</b>.</li> <li>Observou-se um melhor <b>desenvolvimento motor</b> nos prematuros que receberam estimulação somática e cinestésica.</li> <li>Conclui-se que a massagem realizada a RNPT hospitalizados <b>diminui o risco de sepsis e o tempo de internamento</b>. Também está associado a <b>redução dos níveis de stress</b>.</li> </ul> <p>Esta revisão sugere um claro <b>benefício</b> com a realização de massagem a RNPT hospitalizados, o que deve encorajar o uso mais generalizado desta técnica em UCIN.</p>
--	--	--	--	---	---

<p><b>Review of Randomized Controlled Trials of Massage in Preterm Infants</b></p> <p>2017</p> <p>Niemi, A.-K. (2017). Review of Randomized Controlled Trials of Massage in Preterm Infants. <i>Children</i>, 4,21.</p>	<p>Rever os ensaios clínicos randomizados sobre os efeitos da massagem em bebês prematuros.</p>	<p>Revisão da Literatura</p>	<p>34 ensaios clínicos randomizados.</p>		<p>O efeito provocado pela massagem mais avaliado na literatura é o <b>aumento de peso</b> em RNPT. A maioria dos estudos demonstrou um aumento de peso diário ou global significativamente maior no grupo de RNPT submetidos à massagem, relativamente ao grupo de controlo.</p> <p>Há referência a estudos que pretendem avaliar se o aumento de peso se deve ao <b>uso de óleo de cadeia média de triglicéridos</b>. Este estudo demonstrou que os RNPT submetidos as massagens <b>com este óleo aumentaram mais o seu peso</b>, comparativamente aos que receberam apenas a massagem sem óleo.</p> <p>Alguns estudos avaliaram o efeito da massagem na ingestão calórica e a sua possível ligação ao aumento de peso de RNPT. A maioria dos estudos <b>não mostrou diferença na ingestão calórica de RNPT submetidos à massagem comparativamente com o grupo de controlo</b>, apesar do aumento de peso em RNPT submetidos à massagem.</p> <p>Um estudo avaliou o gasto energético em RNPT submetidos a massagem e concluiu-se uma <b>diminuição do gasto energético no grupo experimental</b>.</p> <p>O <b>aumento da atividade vagal</b> induzida pela massagem tem sido sugerido como um mecanismo potencial para o aumento de peso em RNPT que receberam a massagem.</p> <p><b>Aumentos na atividade vagal</b> induzidos pela massagem podem levar ao <b>aumento da motilidade gástrica</b>, o que tem sido sugerido como um mecanismo para o aumento de peso em RNPT que receberam a massagem. Outro estudo reporta um <b>aumento da frequência de dejeções</b> no grupo sujeito à massagem.</p> <p><b>Não existe consenso</b> relativamente aos efeitos da massagem no <b>sistema imunológico</b> de RNPT.</p> <p>Alguns estudos sugerem um <b>aumento da formação óssea</b> no grupo sujeito a massagem.</p> <p>Os estudos efetuados <b>não encontraram</b> diferença significativa entre os grupos na <b>eficiência do sono</b>.</p> <p>A maioria dos estudos demonstrou <b>efeitos comportamentais</b> (diminuição do choro e inquietação) após a realização da massagem, embora outros demonstrem o <b>contrário</b>.</p> <p>Relativamente ao neurodesenvolvimento, um estudo comparou o desenvolvimento psicomotor e o desenvolvimento mental aos 2 anos de idade, de RNPT que haviam sido submetidos a massagem durante o internamento. Constatou-se que o grupo de massagem teve um <b>desenvolvimento psicomotor ligeiramente, mas não significativamente maior</b>, enquanto que houve um <b>aumento significativamente maior em termos de desenvolvimento mental</b>.</p> <p>A <b>maioria</b> dos estudos demonstrou uma <b>diminuição do tempo de internamento</b> de RNPT submetidos a massagem, embora tenham sido identificados outros que <b>não evidenciam qualquer tipo de associação</b>.</p> <p>Há referência aos efeitos da massagem na <b>redução dos níveis de bilirrubina e da dor associada a procedimentos dolorosos</b>.</p>
---	---	------------------------------	--	--	--

					Parece haver uma associação positiva a nível da <b>maturação cerebral</b> .  A maioria dos estudos considera a massagem como segura.
<p><b>PREMM: preterm early massage by the mother: protocol of a randomised controlled trial of massage therapy in very preterm infants</b></p> <p>2016</p> <p>Lai, M., D Acunto, G., Guzzetta, A., Boyd, R., Rose, S., Fripp, J., . . . Colditz, P. (2016). PREMM: preterm early massage by the mother: protocol of a randomised controlled trial of massage therapy in very preterm infants. <i>BMC Pediatrics</i>, 16:146.</p>	Investigar os efeitos da massagem infantil realizada pelas mães de RNPT.	Ensaio Clínico Randomizado	<p><b>60</b> RNPT alocados de forma aleatória ao grupo de controlo e ao grupo experimental (Grupo de controlo: n=30; Grupo experimental: n=30).</p> <p>Foram recrutados 10 RN saudáveis e de termo para servir de referência e como grupo de comparação.</p> <p><u>Critérios de inclusão:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• RNPT com IG entre 28-32 semanas + 6 dias;</li> <li>• Peso ao nascer entre o percentil 10 e o percentil 90 (adaptado à IG e género);</li> <li>• Estabilidade clínica;</li> <li>• Sem aporte suplementar de oxigénio</li> </ul> <p><u>Critérios de exclusão:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hemorragia intraventricular moderada ou grave;</li> <li>• Ecogenicidade periventricular;</li> <li>• Quistos periventriculares;</li> <li>• Doenças genéticas ou malformações.</li> </ul>	<p>No grupo experimental foi aplicado o programa de massagem desenvolvido por <b>Field</b>, que envolve um protocolo de estimulação <b>tátil e cinestésica</b>. As mães depois de receberem instruções, foram incentivadas a massajar os seus bebés durante <b>15 minutos, duas vezes</b> por dia, até o RN atingir a idade equivalente ao termo.</p> <p>No grupo de controlo, os RNPT receberam os cuidados habituais.</p> <p><b>Na fase tátil:</b> o bebé foi colocado em decúbito ventral e a mãe colocava as mãos em forma de concha sobre as suas costas, numa fase inicial as mãos estavam em repouso. Posteriormente, mantinha uma mão em repouso nas costas e com a outra realizava movimentos suaves e firmes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Da cabeça, ao pescoço (6 vezes);</li> <li>b) Dos ombros para as mãos (6 vezes);</li> <li>c) Da parte superior das costas para a parte inferior da cintura (6 vezes);</li> <li>d) De ambas as coxas até os pés (6 vezes).</li> </ol> <p>Durante a massagem, a mãe deveria respirar profunda e lentamente, mantendo-se relaxada enquanto prestava atenção aos sinais de stress do bebé (choro, manchas na pele, soluços, engasgos, apneia e bradicardia).</p> <p><b>Na fase cinestésica:</b> O bebé foi colocado em decúbito dorsal. Estimulado o contacto visual e verbal:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 6 flexões e extensões do membro superior direito e o mesmo para o membro superior esquerdo;</li> <li>- 6 flexões e extensões dos membros superiores direito e esquerdo juntos;</li> <li>- 6 flexões e extensões do membro inferior direito e o mesmo para o membro inferior esquerdo;</li> <li>- 6 flexões e extensões dos membros inferiores direito e esquerdo juntos.</li> </ul> <p>As sessões de massagem foram realizadas 60 minutos antes da alimentação e pelo menos 2 horas após o término da sessão anterior.</p> <p>Foram comparados os resultados obtidos, com o grupo dos 10 RN a termo e saudáveis recrutados no início do estudo.</p> <p>Os RNPT e as suas mães foram avaliados no <b>início do estudo</b>, aos <b>12 meses</b> e aos <b>24 meses de idade corrigida</b>. A avaliação foi feita através de imagens de diagnóstico, questionários estruturados, observações psicanalíticas e avaliações do neurodesenvolvimento.</p>	<p>A <b>banda de frequência beta do EEG de RNPT, submetidos à massagem</b> foi semelhante ao grupo de comparação com os <b>10 RN de termo</b> (comparando idades equivalentes).</p> <p>Uma intervenção precoce, como a massagem, pode alterar a trajetória do desenvolvimento cerebral do bebé prematuro e tem potencial para <b>melhorar os resultados do neurodesenvolvimento nesta população vulnerável</b>.</p>
<p><b>The effect of massage on neonatal jaundice in stable preterm newborn infants: a randomized controlled trial</b></p> <p>2015</p> <p>Basiri-Moghadam, M., Basiri-Moghadam, K., Kianmehr, M., &amp; Jani, S. (2015). The effect of massage on neonatal jaundice in stable preterm newborn infants: a randomized controlled trial. <i>Journal of the</i></p>	Avaliar os efeitos da massagem nos valores de bilirrubina transcutânea de RNPT saudáveis.	Ensaio Clínico Randomizado	<p><b>40</b> RNPT (Grupo de controlo: n=20; Grupo experimental: n=20).</p> <p><u>Critérios de inclusão:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consentimento dos pais;</li> <li>• Estabilidade clínica;</li> <li>• Peso ao nascer entre 1500-2500g;</li> <li>• IG entre as 34-36 semanas;</li> <li>• Índice de APGAR ao 5º minuto entre 8-10.</li> <li>• A serem amamentados;</li> <li>• Ausência de doenças ao nascimento (asfixia neonatal, condição hemolítica, persistência do canal</li> </ul>	<p>O <b>grupo de controlo</b> recebeu os <b>cuidados de rotina</b>.</p> <p>O <b>grupo experimental</b> recebeu o programa de massagem durante <b>4 dias consecutivos</b>. A massagem foi realizada <b>duas vezes por dia</b> por uma pessoa devidamente treinada e que desconhecia a hipótese do estudo.</p> <p>O investigador que avaliou e anotou os valores da bilirrubina transcutânea e a frequência das dejeções desconhecia a randomização.</p> <p>Para garantir a comparabilidade, todos os testes laboratoriais foram feitos pela mesma pessoa.</p> <p>A <b>bilirrubina transcutânea</b> foi avaliada no <b>1º dia de nascimento antes de qualquer intervenção de massagem</b>, bem como no <b>2º e no 4º dia, antes e depois</b> da massagem.</p>	Os RNPT do <b>grupo experimental</b> apresentaram um <b>maior número de defecações</b> e um <b>menor nível de bilirrubina transcutânea</b> , comparativamente aos bebés do grupo de controlo que não foram submetidos a massagem.

<p><i>Pakistan Medical Association, 65 (6), 602-606.</i></p>			<p>arterial, SDR ou sepsis).</p> <p><u>Critérios de exclusão:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Necessidade de fototerapia;</li> <li>• Sinais de infecção durante o estudo;</li> <li>• Alta antes do final do estudo.</li> </ul>	<p>As mães anotaram o número diário de dejeções, entre o 1º e o 4º dia da intervenção.</p> <p>A massagem teve a duração de <b>20 minutos</b> e foi realizada <b>1h</b> após as mamadas da manhã e do meio-dia. A temperatura ambiente foi mantida entre os 24-28°C, as mãos foram bem lavadas, foi utilizado óleo de amêndoa e aplicada pressão na pele do recém-nascido com as mãos quentes e nuas.</p> <p>A massagem começou no <b>rosto</b>: os dois polegares massajam as regiões periorbitais e bochechas. Segue em direção ao <b>peito</b> e <b>abdômen</b>. Em seguida foram massajados os <b>membros superiores e inferiores</b> e finalmente as <b>costas, o pescoço e as nádegas</b>. Caso o RN chorasse ou defecasse durante a massagem a mesma era interrompida e restabelecida após a normalização da situação.</p>	
<p><b>The effects of massage therapy on physical growth and gastrointestinal function in premature infants: A pilot study</b></p> <p>2015</p> <p>Choi, H., Kim, S.-J., Oh, J., Lee, M.-N., Kim, S., &amp; Kang, K.-A. (2015). The effects of massage therapy on physical growth and gastrointestinal function in premature infants: A pilot study. <i>Journal of Child Health Care</i>, 1-11.</p>	<p>Testar os efeitos potenciais da massagem terapêutica no aumento do crescimento e na promoção da função gastrointestinal de bebês prematuros.</p>	<p>Estudo piloto</p>	<p><b>20</b> RNPT (Grupo de controlo: n=10; Grupo experimental: n=10).</p> <p><u>Critérios de inclusão:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• IG entre as 30 - 34 semanas;</li> <li>• Sem necessidade de suporte ventilatório;</li> <li>• Ingestão de cerca de 10-20ml/kg/dia de leite;</li> <li>• Ausência de infeções ou problemas de pele;</li> <li>• Ausência de anomalias congénitas.</li> </ul> <p><u>Critérios de exclusão:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mudanças na condição da pele;</li> <li>• Presença de vômitos;</li> <li>• Instabilidade hemodinâmica;</li> <li>• Mudança na tensão muscular.</li> </ul>	<p>Distribuíram-se aleatoriamente os 20 RNPT por dois grupos (grupo de controlo sujeito a cuidados padrão ou de rotina e grupo experimental sujeito ao programa de massagem).</p> <p>Os dados foram recolhidos por uma enfermeira com formação específica, em 3 momentos: <b>antes da intervenção, uma semana e duas semanas após o início da intervenção</b>.</p> <p>As enfermeiras que fizeram medições e recolheram os dados foram devidamente treinadas.</p> <p>Foram feitas avaliações do <b>peso corporal, comprimento, perímetro cefálico, perímetro do tórax e perímetro abdominal</b>. A função gastrointestinal foi avaliada em função da <b>quantidade de leite ingerido, da quantidade de resíduo gástrico</b> e dos <b>movimentos intestinais</b>. Todas as avaliações foram repetidas pelo menos 2 vezes.</p> <p>A massagem foi realizada por 3 enfermeiras com formação em massagem. Cada RNPT recebeu no total 28 massagens. A massagem era realizada <b>2 vezes por dia, durante 14 dias</b> e por um período de <b>15 minutos</b>. O grau de intensidade da massagem era moderado.</p>	<p>No grupo experimental houve um aumento do <b>comprimento</b> e do <b>perímetro cefálico</b>. Assim como uma <b>diminuição do resíduo gástrico</b> e um <b>aumento dos movimentos intestinais</b>.</p> <p><b>Não houve uma diferença significativa no peso, perímetro abdominal e perímetro do tórax</b> entre os participantes do grupo de controlo e do grupo experimental.</p> <p>Este estudo evidencia que a massagem em contexto de UCIN <b>deve ser realizada como parte dos cuidados centrados no desenvolvimento</b> de RNPT, mas são ainda necessários mais estudos nesta área.</p>

## Discussão

A amostra bibliográfica deste estudo é constituída por 12 artigos, que obedecem aos critérios de inclusão previamente definidos e que permitem dar resposta à questão de investigação.

Os resultados desta revisão demonstram os benefícios associados à realização da massagem a vários níveis, sendo poucos os efeitos adversos associados à referida prática. Os resultados encontrados são distintos, no entanto o efeito mais amplamente estudado é o **aumento de peso**. Vários estudos, (Elmoneim et al., 2021) (Pados & McGlothen-Bell, 2019) (Zhang & Wang, 2019) (Kim & Bang, 2018) (Taheri et al, 2018) (Álvarez et al., 2017) (Niemi, 2017), reportam que os recém-nascidos submetidos a massagem tem um incremento no peso, comparativamente a recém-nascidos

que não usufruíram da técnica de massagem. O estudo de (Choi et al., 2015) foi o único, em que se avaliou o peso e este não sofreu um aumento significativo no grupo experimental, relativamente ao grupo de controlo.

Também é possível encontrar estudos que evidenciam, **aumento do comprimento, do perímetro cefálico e do perímetro da circunferência braquial** de crianças sujeitas a massagem. A estimulação tátil-cinestésica afeta positivamente o crescimento ósseo pós-natal de recém-nascidos. No que diz respeito ao metabolismo ósseo, a massagem terapêutica induz um aumento na mineralização (Álvarez et al., 2017) e na formação óssea (Niemi, 2017).

Já os estudos efetuados por (Pados & McGlothen-Bell, 2019), (Taheri et al., 2018) (Niemi, 2017) e (Álvarez et al., 2017) demonstraram uma **diminuição do tempo de internamento** dos recém-nascidos submetidos a massagem.

Outro efeito amplamente estudado e que representa, inegáveis avanços para a área da neonatologia é a melhoria da **maturação cerebral** e do **neurodesenvolvimento** de recém-nascidos prematuros. O processo de maturação cerebral em recém-nascidos prematuros é interrompido por um nascimento precoce, tornando-se por isso premente a implementação de um conjunto de estratégias que promovam e potenciem este processo de maturação. Segundo (Lai et al., 2016), uma intervenção precoce, como a massagem, pode alterar a trajetória do desenvolvimento cerebral do bebé prematuro e tem potencial para melhorar os resultados do neurodesenvolvimento nesta população vulnerável. Também os artigos que integraram a revisão da literatura efetuada por (Niemi, 2017) mostraram uma associação positiva entre a massagem e maturação cerebral. O mesmo é exposto por (Pados & McGlothen-Bell, 2019) na sua revisão da literatura, cujos artigos incluídos sugerem, que as melhorias no neurodesenvolvimento foram demonstradas por padrões de movimento mais maduros e maior organização das respostas dos bebés, melhor sucção, maiores períodos de alerta e diminuição da hipotonia. Um dos estudos incluídos na revisão da literatura de (Álvarez et al., 2017), mostrou através do eletroencefalograma que a massagem influencia o desenvolvimento cerebral e, em particular, o desenvolvimento visual.

Os dados da pesquisa de (Pados & McGlothen-Bell, 2019) apontam para **melhorias em termos gastrointestinais**, que se traduzem numa melhoria da motilidade gástrica e redução dos sintomas de intolerância alimentar. O ensaio clínico randomizado conduzido por (Kim & Bang, 2018), demonstrou que o grupo experimental (sujeito a massagem) atingiu a alimentação entérica completa significativamente mais rápido comparativamente com o grupo de controlo. Já o estudo piloto de (Choi et al., 2015), evidenciou uma diminuição do resíduo gástrico e um aumento dos movimentos intestinais.

A icterícia neonatal é uma das patologias mais frequentes do recém-nascido, todavia a hiperbilirrubinemia nos recém-nascidos prematuros é mais prevalente, severa e prolongada, o que se deve à imaturidade dos eritrócitos, do fígado e do sistema gastrointestinal e ao facto, de na maior

parte das vezes existir um atraso na alimentação entérica, o que limita o trânsito intestinal e a flora intestinal (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2016). Está comprovado, que a massagem infantil contribui para a **redução dos níveis de bilirrubina** e para um aumento do número de defecações (Niemi, 2017) (Basiri-Moghadam et al., 2015).

Alguns dos artigos analisados fazem referência à massagem, enquanto promotora de uma **melhoria nos estados de sono** e diminuição significativa dos estados de vigília, inquietação/choro e atividade motora. Já outros não demonstram qualquer associação entre a eficiência do sono e a realização de massagem.

Houve uma melhoria estatisticamente significativa no **desenvolvimento neuromotor** de bebês prematuros em que foi realizada a massagem. Esta melhoria abrange aspetos tão diversos como o desenvolvimento da função motora, a redução do stress, padrões mais maduros e comportamentos mais regulados e organizados (Álvarez et al., 2017). A maioria dos estudos demonstrou efeitos comportamentais (diminuição do choro e inquietação) após a realização da massagem, embora outros demonstrem o contrário.

Alguns estudos, apontam para uma associação positiva entre a massagem e o **desenvolvimento do sistema imunológico** (Karamian et al., 2022) (Álvarez et al., 2017), enquanto outros não chegam a nenhum consenso (Niemi, 2017).

Relativamente à dor, existe uma forte evidência, que a massagem infantil **reduz a dor** durante procedimentos dolorosos (Pados & McGlothen-Bell, 2019) (Niemi, 2017).

A maioria dos estudos analisados não faz qualquer referência a eventos adversos associados à massagem, devendo apenas ser garantida a estabilidade clínica do bebé e a presença de sinais de prontidão e tolerância. Apenas 1 estudo faz referência a um episódio em que 4 dos bebês submetidos à massagem diminuíram a SpO<sub>2</sub> e 2 bebês que desenvolveram episódios de apneia. Perante esses casos a massagem terapêutica foi interrompida, mas retomou no dia seguinte sem efeitos colaterais (Elmoneim et al., 2021).

A maioria dos artigos analisados faz referência à técnica de massagem desenvolvida por Tiffany Field e que consiste na aplicação de 15 minutos de massagem com pressão moderada. Os primeiros 5 minutos são destinados à estimulação tátil, em que o recém-nascido é posicionado em decúbito ventral e lhe são realizados movimentos de pressão moderada na cabeça, pescoço, ombros, nádegas, braços e pernas. Os 5 minutos seguintes são para a estimulação cinestésica. Nesta fase o recém-nascido é colocado em decúbito dorsal e são realizados movimentos passivos de flexão/extensão semelhantes a uma bicicleta (braço direito, braço esquerdo, perna direita, perna esquerda e ambas as pernas simultaneamente). Por fim é realizada novamente uma estimulação tátil, também com a duração de 5 minutos.

## Conclusão

A massagem em contexto de UCIN deverá ser encarada como parte dos cuidados centrados no desenvolvimento de recém-nascidos prematuros, mas são ainda necessários mais estudos nesta área. Não se sabe qual a melhor técnica de massagem, embora a mais amplamente descrita na literatura seja a técnica de Field, qual o melhor momento e duração para ser realizada, quais os bebés que beneficiam mais com a massagem ou se porventura existem mais benefícios associados a esta técnica, pelo que se considera pertinente a realização de mais estudos de investigação nesta área.

Os estudos analisados não identificaram risco na realização da massagem a recém-nascidos prematuros clinicamente estáveis e sem contraindicações para a realização da mesma, pelo que pode ser considerada uma prática segura e com benefícios para os recém-nascidos e para os seus pais.

Os enfermeiros que prestam cuidados em UCIN devem ter formação especializada em massagem infantil, para que possam ensinar os pais a realizarem massagem aos seus filhos, no entanto parece ainda haver alguma renitência por parte destes na realização desta intervenção.

## Bibliografia

- Álvarez, M., Fernández, D., Gómez-Salgado, J., Rodríguez-González, D., Rosón, M., & Lapeña, S. (2017). The effects of massage therapy in hospitalized preterm neonates: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 69, 119-136. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.02.009>
- Álvarez, M., Rodríguez-González, D., Rosón, M., Lapeña, S., Gómez-Salgado, J., & Fernández-García, D. (2019). Effects of Massage Therapy and Kinesitherapy to Develop Hospitalized Preterm Infant's Anthropometry: A Quasi-Experimental Study. *Journal of Pediatric Nursing*, 46, 86-91.
- Badr, L., Abdallah, B., & Kahale, L. (2015). A Meta-Analysis of Preterm Infant Massage: An Ancient Practice With Contemporary Applications. *MCN The American Journal of Maternal Child Nursing*, 40 (6), 344-358. <https://doi.org/10.1097/nmc.0000000000000177>
- Baniyadi, H., Hosseini, S., Abdollahyar, A., & Sheikhbardsiri, H. (2019). Effect of massage on behavioural responses of preterm infants in an educational hospital in Iran. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 37(3), 302-310. <https://doi.org/10.1080/02646838.2019.1578866>
- Basiri-Moghadam, M., Basiri-Moghadam, K., Kianmehr, M., & Jani, S. (2015). The effect of massage on neonatal jaundice in stable preterm newborn infants: a randomized controlled trial. *J Pak Med Assoc*, 65(6).

[https://www.researchgate.net/publication/278044705\\_The\\_effect\\_of\\_massage\\_on\\_neonatal\\_jaundice\\_in\\_stable\\_preterm\\_newborn\\_infants\\_A\\_randomized\\_controlled\\_trial](https://www.researchgate.net/publication/278044705_The_effect_of_massage_on_neonatal_jaundice_in_stable_preterm_newborn_infants_A_randomized_controlled_trial)

- Choi, H., Kim, S.-J., Oh, J., Lee, M.-N., Kim, S., & Kang, K.-A. (2015). The effects of massage therapy on physical growth and gastrointestinal function in premature infants: A pilot study. *Journal of Child Health Care, 1-11*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26311485/>
- Elmoneim, M., Mohamed, H., Awad, A., El-Hawary, A., Salem, N., El helaly, R., . . . Abdel-Hady, H. (2021). Effect of tactile/kinesthetic massage therapy on growth and body composition of preterm infants. *European Journal of Pediatrics, 180*(1), 207-215. <https://doi.org/10.1007/s00431-020-03738-w>
- Ferraz, L. (2017). *Cuidados centrados no desenvolvimento do recém-nascido prematuro*. Dissertação de Mestrado, Coimbra. <https://www.rcaap.pt/detail.jsp?id=oai:repositorio.esenfc.pt:6085>
- Ferraz, L., Fernandes, A., & Gameiro, M. (2022). Cuidados Centrados no Desenvolvimento do Recém-Nascido Prematuro: Estudo sobre as práticas em Unidades Neonatais Portuguesas. *Texto & Contexto Enfermagem, 31*. <https://www.scielo.br/j/tce/a/8MRMnbnRzygN3Rg9r3dSRSx/?format=pdf&lang=pt>
- Field, T., Diego, M., & Hernandez-Reif, M. (2010). Preterm infant massage therapy research: a review. *Infant Behavior and Development., 3* (2), 115-124. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2009.12.004>
- Freitas, O. (2009). *Efeitos da massagem no recém-nascido pré-termo: avaliação de uma intervenção de enfermagem*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/24518/2/Efeitos%20da%20massagem%20no%20recmnsaido%20prtermo.pdf>
- Instituto de Saúde Pública Universidade do Porto. (2021). *Estudo internacional, que utilizou dados da Geração 21, relaciona nascimentos prematuros com menor IMC na infância*. Obtido em abril de 2024, de <https://ispup.up.pt/estudo-internacional-que-utilizou-dados-da-geracao-21-relaciona-nascimentos-prematuros-com-menores-indices-de-massa-corporal-na-infancia/>
- Karamian, A., Firouzi, M., Modiri, R., & Karamian, A. (2022). The Effect of Massage on Salivary Secretory Iga Level in Preterm Infants. *The Journal of Pediatric Research, 9* (1), 46-51. <https://doi.org/10.4274/jpr.galenos.2021.33239>
- Kim, H., & Bang, K. (2018). The effects of enteral feeding improvement massage on premature infants- A randomised controlled trial. *Journal of Clinical Nursing, 27*, (n<sup>o</sup>1-2), 92-101. <https://doi.org/10.1111/jocn.13850>

- Kulkarni, A., Kaushik, J., Gupta, P., Sharma, H., & Agrawal, R. (2010). Massage and touch therapy in neonates: the current evidence. *Indian Pediatrics*, 47 (9), 771-776. <https://doi.org/10.1007/s13312-010-0114-2>
- Lai, M., D'Acunto, G., Guzzetta, A., Boyd, R., Rose, S., Fripp, J., . . . Colditz, P. (2016). PREMM: preterm early massage by the mother: protocol of a randomised controlled trial of massage therapy in very preterm infants. *BMC Pediatrics*, 16 (1). <https://doi.org/10.1186/s12887-016-0678-7>
- Niemi, A.-K. (2017). Review of Randomized Controlled Trials of Massage in Preterm Infants. *Children*, 4, n°21. <https://doi.org/10.3390/children4040021>
- Pados, B., & McGlothen-Bell, K. (2019). Benefits of Infant Massage for Infants and Parents in the NICU. *Nursing for Women's Health*, 23 (3), 265-271. <https://doi.org/10.1016/j.nwh.2019.03.004>
- Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2016). *Icterícia Neonatal: Avaliação e tratamento no recém-nascido de termo e pré-termo*. Obtido em maio de 2024, de [https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2013-Ictericia\\_neonatal.pdf](https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2013-Ictericia_neonatal.pdf)
- Taheri, P., Goudarzi, Z., Shariat, M., Nariman, S., & Matin, E. (2018). The effect of a short course of moderate pressure sunflower oil massage on the weight gain velocity and length of NICU stay in preterm infants. *Infant Behavior and Development*, 50, 22-27. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2017.11.002>
- Vinther, J., Cadman, T., Avraam, D., Ekstrøm, C., Sørensen, T., Elhakeem, A., . . . Voerman, E. (2023). Gestational age at birth and body size from infancy through adolescence: An individual participant data meta-analysis on 253,810 singletons in 16 birth cohort studies. *PLOS Medicine*, 20 (1). <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1004036>
- Zhang, X., & Wang, J. (2019). Massage intervention for preterm infants by their mothers: A randomized controlled trial. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 24 (2). <https://doi.org/10.1111/jspn.12238>



VII Fórum das Especialidades de Enfermagem

**“Vulnerabilidade(s) no olhar dos Enfermeiros Especialistas”**

18.04.2024 | 9h00 - 17h00  
Auditório Carvalho Guerra





VII Fórum das Especialidades de Enfermagem  
“Vulnerabilidade(s) no olhar dos Enfermeiros Especialistas”

18.04.2024




**A massagem infantil em recém-nascidos prematuros internados em Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais: Revisão Integrativa da Literatura**

Ana Catarina Teixeira<sup>1</sup>, Isabel Quelhas<sup>2</sup>




VII Fórum das Especialidades de Enfermagem  
“Vulnerabilidade(s) no olhar dos Enfermeiros Especialistas”

18.04.2024



**Enquadramento teórico**

Globalmente, um em cada dez bebés nasce prematuro (antes das 37 semanas de gestação) e, em Portugal, essa taxa ronda os 7-8% (Instituto de Saúde Pública Universidade do Porto, 2021).

A prematuridade é a principal causa de morbilidade e mortalidade perinatal e que tem sido associada a um maior risco de desenvolver problemas de saúde, que podem surgir e persistir ao longo da vida (Vinther, et al., 2023).



O ambiente de cuidados intensivos envolve uma sobrecarga de estímulos sensoriais diferentes do útero materno, interferindo no desenvolvimento do SNC dos RN prematuros (Ferraz, 2017).



Necessidade de **programas de intervenção precoce** e **experiências sensoriais favoráveis**



## Enquadramento teórico

A massagem é uma técnica terapêutica antiga, documentada pela primeira vez na literatura médica Chinesa há cerca de 4000 anos e a sua aplicação em UCIN remonta ao ano de 1980 (Badr et al, 2015).

Consiste na **estimulação tátil** através de uma variedade de técnicas, estimulando os **receptores sensoriais da pele, músculos, ossos e articulações**. Os estudos efetuados têm revelado que esta técnica **proporciona estímulos sensoriais positivos aos recém-nascidos prematuros, com benefícios marcados no seu crescimento e desenvolvimento** (Kulkarni et al, 2010).



## Objetivos

### Objetivo geral:

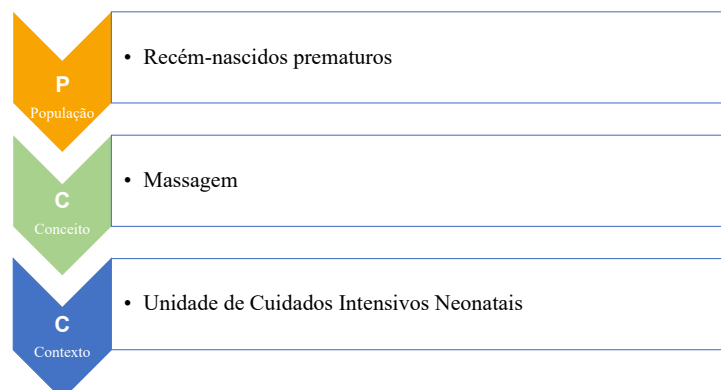
- Conhecer os efeitos da massagem infantil em recém-nascidos prematuros internados em Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN).

### Objetivos específicos:

- Conhecer as contra-indicações para a realização da massagem infantil em recém-nascidos prematuros internados em UCIN;
- Conhecer os efeitos da massagem infantil em recém-nascidos prematuros internados em UCIN;
- Conhecer a técnica de massagem infantil aplicada em recém-nascidos prematuros internados em UCIN.



## Material e Métodos





## Material e Métodos

### Questão de Investigação



Quais os efeitos da massagem infantil em recém-nascidos prematuros internados em Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais?



## Material e Métodos

AND

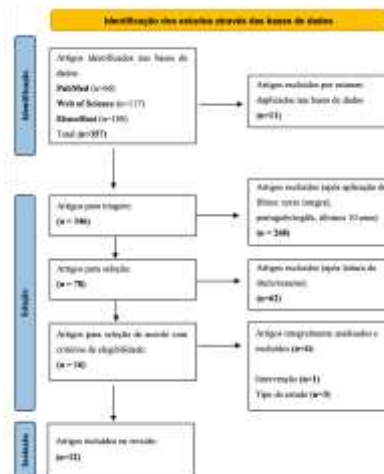
AND

	P	C	C
<b>Termos Mesh</b>	Infant, Premature	Massage Massage Therapy	Intensive Care Units, Neonatal
<b>Termos de Entrada</b>	Infant, Preterm Infants, Premature Infants, Preterm Premature Infant Premature Infants Preterm Infant Preterm Infants	Infant Massage	Newborn Intensive Care Unit Neonatal Intensive Care Unit Newborn Intensive Care Units (NICU) Neonatal ICU Newborn ICU ICU, Newborn ICUs, Newborn Newborn ICUs Newborn Intensive Care Units Neonatal Intensive Care Units ICU, Neonatal ICUs, Neonatal Neonatal ICUs



## Material e Métodos

Diagrama Prisma





## Resultados e Discussão

**2022** The Effect of Massage on Salivary Secretory IgA Level in Preterm Infants

Ensaio Clínico Randomizado  
150 RNPT

- Sem diferença no aumento de peso.
- O nível de IgA aumentou no grupo experimental.

**2021** Effect of tactile/kinesthetic massage therapy on growth and body composition of preterm infants

Ensaio Clínico Randomizado  
60 RNPT

- Maior ganho de peso, aumento no comprimento, na circunferência braquial e nos valores de massa corporal total, massa gorda, massa magra e densidade mineral óssea.
- Não se observaram alterações comportamentais ou fisiológicas que indicassem stress nos bebés submetidos à intervenção.

**2019** Benefits of Infant Massage for Infants and Parents in the NICU

Revisão da Literatura

- Aumento do peso, do comprimento e do perímetro cefálico, diminuição do tempo de internamento, melhorias gastrointestinais, diminuição da dor e progressos no neurodesenvolvimento.
- A técnica de massagem mais estudada é a técnica de Field.
- Não se sabe qual a melhor técnica de massagem; quais os bebés que beneficiam mais com a massagem; se deve ser usado algum óleo durante a massagem e qual o melhor momento, duração e frequência da massagem.
- Poucos efeitos adversos.

## Resultados e Discussão

**2019** Massage intervention for preterm infants by their mothers: A randomized controlled trial

Ensaio Clínico Randomizado  
112 RNPT

- Aumento do peso, comprimento e perímetro cefálico.
- Os autores recomendam a realização da massagem em RNPT em UCIN e não fazem referência a efeitos adversos associados a esta intervenção.

**2019** Effect of massage on behavioural responses of preterm infants in an educational hospital in Iran

Estudo quase-experimental  
45 RNPT

- Melhoria nos estados de sono e diminuição dos estados de vigília, inquietação/choro e atividade motora.
- Sem diferença no sofrimento comportamental dos RNPT após ter sido aplicada a massagem.

**2018** The Effects of Enteral Feeding Improvement Massage (EFIM) on Premature Infants: A randomized controlled trial

Revisão da Literatura

- A velocidade mínima do fluxo da artéria mesentérica foi maior e o índice de resistência foi menor no grupo experimental, o que conduziu a um maior fluxo sanguíneo da artéria mesentérica no grupo experimental.
- O grupo experimental, atingiu a alimentação entérica completa mais rápido.
- O peso corporal e o perímetro cefálico no grupo experimental foram maiores.

## Resultados e Discussão

2018

The effect of a short course of moderate pressure sunflower oil massage on the weight gain velocity and length of NICU stay in preterm infants

Ensaio Clínico Randomizado  
 44 RNPT

- Aumento de peso.
- Menor tempo de permanência na UCIN.

2017

The effects of massage therapy in hospitalized preterm neonates: A systematic review

Revisão Sistemática da Literatura  
 23 artigos

- Aumento de peso e desenvolvimento neuromotor.
- Aumento de peso, desenvolvimento cerebral, maturação visual e desenvolvimento do sistema imunológico.
- Redução da frequência cardíaca.
- Aumento na mineralização óssea.
- Melhoria no neurodesenvolvimento, (padrões de movimento mais maduros, maior organização das respostas dos bebês, melhor sucção, maiores períodos de alerta e diminuição da hipotonia).
- Diminuição do risco de sepsis e do tempo de internamento.
- Redução dos níveis de stress.

2017

Review of Randomized Controlled Trials of Massage in Preterm Infants

Revisão Sistemática da Literatura  
 34 ensaios clínicos randomizados.

- Aumento de peso em RNPT.
- Não houve diferença na ingestão calórica.
- Diminuição do gasto energético.
- Aumento da atividade vagal.
- Aumento da frequência de ejeções.
- Aumento da formação óssea.
- Melhoria dos efeitos comportamentais (diminuição do choro e inquietação).
- Diminuição do tempo de internamento.
- Redução dos níveis de bilirrubina e da dor associada a procedimentos dolorosos.
- Melhoria da maturação cerebral.

## Resultados e Discussão

2016

PREMM: preterm early massage by the mother: protocol of a randomised controlled trial of massage therapy in very preterm infants

Ensaio Clínico Randomizado  
 60 RNPT

- Melhoria do neurodesenvolvimento dos RNPT.

2015

The effect of massage on neonatal jaundice in stable preterm newborn infants: a randomized controlled trial

Estudo quase-experimental  
 40 RNPT

- Maior número de defecações e um menor nível de bilirrubina transcutânea.

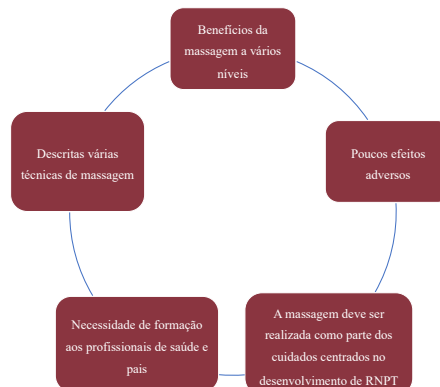
2015

The effects of massage therapy on physical growth and gastrointestinal function in premature infants: A pilot study

Estudo piloto  
 20 RNPT

- Aumento do comprimento e do perímetro cefálico.
- Diminuição do resíduo gástrico e um aumento dos movimentos intestinais
- Não houve uma diferença no peso, perímetro abdominal e perímetro do tórax entre os participantes.
- A massagem em contexto de UCIN deve ser realizada como parte dos cuidados centrados no desenvolvimento de RNPT.

## Conclusões





## Referências Bibliográficas

- Álvarez, M., Fernández, D., Gómez-Salgado, J., Rodríguez-Gonzalez, D., Roson, M., & Lapena, S. (2017). The effects of massage therapy in hospitalized preterm neonates: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 69, 119-136.
- Badr, L., Abdallah, B., & Kahale, L. (2015). A Meta-Analysis of Preterm Infant Massage: An Ancient Practice With Contemporary Applications. *MCN American Journal of Maternal Child Nursing*, 40 (6), 344-358.
- Baniasad, H., Hosseini, S., Abdollahyar, A., & Sheikhbardsiri, H. (2019). Effect of massage on behavioural responses of preterm infants in an educational hospital in Iran. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 37 (3), 302-310.
- Basiri-Moghadam, M., Basiri-Moghadam, K., Kianmehr, M., & Jani, S. (2015). The effect of massage on neonatal jaundice in stable preterm newborn infants: a randomized controlled trial. *Journal of the Pakistan Medical Association*, 65 (6), 602-606.
- Choi, H., Kim, S.-J., Oh, J., Lee, M.-N., Kim, S., & Kang, K.-A. (2015). The effects of massage therapy on physical growth and gastrointestinal function in premature infants: A pilot study. *Journal of Child Health Care*, 1-11.
- Elmonem, M., Mohamed, H., Awad, A., El-Hawary, A., Salem, N., El helaly, R., . . . Abdel-Hady, H. (2021). Effect of tactile/kinesthetic massage therapy on growth and body composition of preterm infants. *European Journal of Pediatrics*, 180, 207-215
- Ferraz, L. (2017). *Cuidados centrados no desenvolvimento do recém-nascido prematuro*. Dissertação de Mestrado, Coimbra.
- Instituto de Saúde Pública Universidade do Porto. (2021). *Estudo internacional, que utilizou dados da Geração 21, relaciona nascimentos prematuros com menor IMC na infância*. Obtido em abril de 2024, de <https://ispup.up.pt/estudo-internacional-que-utilizou-dados-da-geracao-21-relaciona-nascimentos-prematuros-com-menores-indices-de-massa-corporal-na-infancia/>



## Referências Bibliográficas

- Karamian, A., Firouzi, M., Modiri, R., & Karamian, A. (2022). The Effect of Massage on Salivary Secretory Iga Level in Preterm Infants. *J Pediatr Res*, 9(1), 46-51.
- Kim, H.-Y., & Bang, K.-S. (2018). The effects of enteral feeding improvement massage on premature infants: A randomised controlled trial. *J Clin Nurs*, 27 (1-2), 92-101
- Kulkarni, A., Kaushik, J., Gupta, P., Sharma, H., & Agrawal, R. (2010). Massage and touch therapy in neonates: the current evidence. *Indian Pediatrics*, 47, 771-776.
- Lai, M., D Acunto, G., Guzzetta, A., Boyd, R., Rose, S., Fripp, J., . . . Colditz, P. (2016). PREMM: preterm early massage by the mother: protocol of a randomised controlled trial of massage therapy in very preterm infants. *BMC Pediatrics*, 16:146.
- Niemi, A.-K. (2017). Review of Randomized Controlled Trials of Massage in Preterm Infants. *Children*, 4 (21).
- Pados, B., & McGlothen-Bell, K. (2019). Benefits of Infant Massage for Infants and Parents in the NICU. *Nurs Womens Health*, 23 (3), 265-271
- Taheri, P., Goudarzi, Z., Shariat, M., Nariman, S., & Matin, E. (2018). The effect of a short course of moderate pressure sunflower oil massage on the weight gain velocity and length of NICU stay in preterm infants. *Infant Behavior and Development*, 50, 22-27
- Vinther, J., Cadman, T., Avraam, D., Ekström, C., Sørensen, T., Elhakeem, A., . . . Voerman, E. (2023). Gestational age at birth and body size from infancy through adolescence: An individual participant data meta-analysis on 253,810 singletons in 16 birth cohort studies. *PLOS Medicine*, 20 (1).
- Zhang, X., & Wang, J. (2019). Massage intervention for preterm infants by their mothers: A randomized controlled trial. *J Spec Pediatr Nurs*, e12238



**A massagem infantil em recém-nascidos prematuros internados em Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais: Revisão Integrativa da Literatura**

Muito obrigada!



