



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

---

LISBOA·PORTO

## **RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

### **Desenvolvimento de competências especializadas no cuidado à Criança e Família**

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

Por  
Rita Daniela Barbosa Alves

**Porto - março de 2023**





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

---

LISBOA · PORTO

## **RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

**Desenvolvimento de competências especializadas no cuidado à  
Criança e Família**

***PRACTICUM REPORT***

***Development of specialized skills in child and family care***

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

Rita Daniela Barbosa Alves

Sob a orientação da Professora Doutora Constança Festas

**Porto - março de 2023**



## Resumo

O presente relatório surge no âmbito da Unidade Curricular “Estágio Final e Relatório”, do 15º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, da Universidade Católica Portuguesa do Porto. Este relatório tem como objetivo descrever e refletir todo o percurso formativo do qual resultou a aquisição, desenvolvimento e integração de novos conhecimentos e competências na assistência especializada à criança e família.

A aquisição de competências foi concretizada com a realização do estágio em três contextos, nomeadamente: serviço de neonatologia, serviço de urgência e cuidados de saúde primários. Este percurso formativo baseou-se numa metodologia descritiva e crítico-reflexiva, onde as várias atividades desenvolvidas ao longo do estágio foram alicerçadas em fundamentação teórica baseada na evidência científica mais atual, o que exigiu pesquisa bibliográfica para lhe conceder maior consistência, bem como, a mobilização dos conhecimentos e habilidades adquiridos ao longo do percurso académico e profissional. Só assim foi possível concretizar os objetivos específicos delineados para cada um dos contextos, de maneira a atingir as competências exigidas no ciclo de estudos do curso. As competências exigidas encontram-se agrupadas, por uma questão de organização do documento, em quatro domínios de atuação: a prestação de cuidados, a formação, a gestão e a investigação.

Ao longo do estágio foram trabalhadas e analisadas diversas áreas da competência do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, tais como: a importância da comunicação no estabelecimento de uma relação terapêutica entre a criança/jovem e família; a assistência especializada em situações de especial complexidade; a gestão e o controlo da dor; a parceria de cuidados, bem como a promoção da parentalidade e a vigilância da saúde infantil e juvenil, entre outros. Foi também abordada a importância do enfermeiro especialista na gestão de cuidados e recursos, na formação pessoal e profissional contínua, bem como na formação de pares e ainda na investigação, como impulsionador de projetos de investigação baseando a sua prática na melhor evidência.

Com este relatório consegui explanar o meu desempenho na aquisição de habilidades e competências especializadas na assistência à criança e família, dando resposta aos objetivos propostos e desenvolvendo com sucesso as competências previstas no ciclo de estudos do curso, com vista a aquisição do grau de mestre e Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Neste relatório refiro ainda as implicações deste percurso formativo para a prática profissional.

Este documento constitui-se com um contributo essencial para o meu crescimento pessoal e profissional, de aquisição e consolidação de competências que me permitirá atingir a excelência na assistência especializada à criança e família, bem como melhorar a qualidade e humanização dos cuidados prestados.

**Palavras-Chave:** Enfermagem; Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica; Criança; Família; Competências.



## **Abstract**

The report arises in the scope of the curricular unit “Final Internship and Report” of the 15<sup>th</sup> Master's Course in Nursing with Children Health and Pediatric Nursing Specialization, at the Universidade Católica Portuguesa do Porto. This report aims describe and reflect the entire training path which resulted in the acquisition, development and integration of new knowledge and skills in specialized care for children and families.

The acquisition of skills was achieved through the internship in three contexts, namely: Neonatology Service, Pediatric Emergency Service and Primary Health Care. This training path was based on a descriptive and critical-reflective methodology, where the various activities developed throughout the internship were based on theoretical foundations based on the most current scientific evidence, which required bibliographical research to give it greater consistency, as well as the mobilization of knowledge and skills acquired throughout the academic and professional path. This was the only way to achieve the specific objectives outlined for each of the contexts, in order to achieve the skills required in the course's study cycle. The required skills are grouped, for the sake of document organization, into four areas of action: care provision, training, management and research.

Throughout the internship, several areas of competence of the Specialist Nurse in Child and Paediatric Health Nursing were worked on and analyzed, such as: the importance of communication in establishing a therapeutic relationship between the child/youth and the family; specialized assistance in situations of special complexity; the care partnership, as well as the promotion of parenting and the surveillance of child and youth health, among others. The importance of the specialist nurse, was also addressed, in the management of care and resources, in continuous personal and professional training, as well as in peer training and also in research, as a booster of research projects, basing their practice on the best evidence,

With this report I was able to explain my performance in the acquisition of specialized skills and competences in child and family care, responding to the proposed objectives and successfully developing the competences foreseen in the cycle of studies of the course, with a view of acquiring the master's degree and Specialist Nurse in Child and Paediatric Health Nursing. This report also refers to the implications of this training path for the professional practice.

This document constitutes an essential contribution to my personal and professional growth, acquisition and consolidation of skills that will allow me to achieve excellence in specialized assistance to children and families, as well as to improve the quality and humanization of the care provided.

**Keywords:** Nursing, Children Health and Pediatric Nursing, Child, Family, Competencies.



*"Não somos máquinas de pensar, somos máquinas de sentir que pensam"*

*(António Damásio)*



## **Agradecimentos**

Terminado este percurso não posso deixar de agradecer a todos os que de diversas formas contribuíram para que fosse possível a sua concretização. Desta forma dirijo as minhas palavras de apreço e agradecimento:

À minha professora orientadora, Doutora Professora Constança Festas, pela disponibilidade, pelo apoio, força e estímulo e por me ter ensinado que com calma e fé iria conseguir percorrer o caminho que escolhi, foi sem dúvida um pilar ao longo de todo o percurso.

Aos meus tutores, pela partilha de conhecimento.

Ao enfermeiro chefe do meu serviço e aos colegas de trabalho, pela motivação e flexibilidade na gestão de horários e trocas durante todo o percurso.

Às minhas colegas de curso, que se tornaram amigas, R. e D., por toda a partilha de bons e maus momentos, por todos os desabafos e por toda a persistência que nos fez chegar juntas ao fim.

Aos meus pais e irmão, por todo o amor, força e alento. Foram sem dúvida o meu maior suporte, em especial a minha mãe, sem ela nada disto seria possível.

Ao meu namorado, pelo apoio, incentivo e compreensão das ausências frequentes.

À minha avó L., que sempre me ensinou que acreditar é o combustível para vencer e conseguir tudo na vida.

À minha família e amigos pelo o incentivo e entusiasmo demonstrado.

A todos e a cada um,

Muito Obrigada!



## **Lista de Siglas e Acrónimos**

**ACES** - Agrupamento de Centros de Saúde

**APR** - Atendimento Pediátrico Referenciado

**ARS** - Administrações Regionais de Saúde

**ASCJR** - Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco

**CESIJ** - Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil

**CPAP** - *Continuous Positive Airway Pressure*

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

**CSP** – Cuidados de Saúde Primários

**DGS** - Direcção-Geral da Saúde

**ECTS** – *European Credit Transfer and Accumulation System*

**EDIN** – *Échelle Douleur Inconfort Nouveau-Né*

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

**EESMO** – Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica

**ELI** – Equipa Local de Intervenção Precoce

**ESIP** – Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

**FC** – Frequência Cardíaca

**FLACC** – *Face, Legs, Activity, Cry, Consolability*

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

**ICN** – *International Council of Nurses*

**IPI** – Intervenção Precoce na Infância

**MEESIP** – Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

**NACJR** – Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco

**NHACJR** – Núcleos Hospitalares de Apoio a Crianças e Jovens em Risco

**NIDCAP®** - *Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program*

**NSE** – Necessidades de Saúde Especiais

**OE** – Ordem dos Enfermeiros

**PIIP** – Plano Individual da Intervenção Precoce

**PIPP** – *Premature Infant Pain Profile*

**PNS** – Plano Nacional de Saúde

**PNV** – Plano Nacional de Vacinação

**PNSE**- Programa Nacional de Saúde Escolar

**PNSIJ** – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

**PNSV** – Programa Nacional para a Saúde da Visão

**PRESSE** – Programa Regional de Educação Sexual em Saúde Escolar

**PSI** – Plano de Saúde Individual

**REPE** – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

**RNPT** – Recém-Nascido Prematuros

**RN** – Recém-nascido

**RSVI** – Rastreios de Saúde Visual Infantil

**UCC** – Unidade de Cuidados na Comunidade

**UCP** – Universidade Católica Portuguesa

**UCIN** – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

**ULS** – Unidade Local de Saúde

**USF** – Unidade de Saúde Familiar

**SBV**- Suporte Básico de Vida

**SIJ** – Saúde Infantil e Juvenil

**SIP** – Saúde Infantil e Pediátrica

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

**SU** – Serviço de Urgência

**SUPP** – Serviço de Urgência Polivalente Pediátrica



## Índice

1. Introdução.....	17
2. Desenvolvimento de competências especializadas – o início do percurso formativo..	19
3. Contextualização do Estágio Final.....	21
4. Processo de desenvolvimento de competências especializadas .....	25
4.1. Domínio da Prestação de Cuidados .....	26
4.2. Domínio da Formação.....	80
4.3. Domínio da Gestão.....	88
4.4. Domínio da Investigação.....	96
5. Implicações do percurso formativo na prática profissional .....	103
6. Conclusão .....	105
7. Referências Bibliográficas .....	107
8. Apêndices.....	119
Apêndice I.....	121
Planeamento da Sessão Formativa de Pares: Sistema Respiratório – Aerossolterapia e Lavagem Nasal Infantil .....	121
Apêndice II.....	183
Planeamento do Projeto: “ <i>Desenvolver Sorrisos</i> ” .....	183
Apêndice III.....	209
Os benefícios da sesta nas crianças durante a primeira infância: Revisão da Literatura...	209



## 1. Introdução

A elaboração deste relatório de estágio surge no âmbito da unidade curricular “Estágio Final e Relatório”, inserida no 15º 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 (UCP), do Porto.

Este relatório é o culminar de um percurso árduo que se iniciou a 5 de setembro e se prolongou até 20 de março de 2023 (mais detalhado no capítulo seguinte) e onde se pretende descrever todo o percurso ao longo destes meses, todas as experiências vivenciadas, os conhecimentos e competências adquiridas e integradas. A realização deste relatório representa a consolidação e finalização de um percurso de aperfeiçoamento pessoal e profissional e de desenvolvimento e integração de competências especializadas que me permitirão dar resposta às necessidades da criança e família e trabalhar em parceria com este binómio, em qualquer contexto que este se encontre (hospital, escola, comunidade, entre outros) tendo como objetivo último a promoção do mais elevado estado de saúde (Regulamento nº422/2018, 2018).

A obtenção do grau de mestre em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, pela UCP, ocorre quando existe cumprimento dos objetivos gerais do plano de estudos do curso e quando o estudante demonstra:

- Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão aprofundada na área de ESIP;
- Saber aplicar os seus conhecimentos e a capacidade de compreensão e resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a área de ESIP;
- Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
- Capacidade de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara sem ambiguidades;

- Competências que lhe permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.

Além do cumprimento dos objetivos anteriormente mencionados, este relatório, que além de ser uma exigência académica e servir de instrumento de avaliação, tem como objetivo major, através de uma metodologia descritiva e critico-reflexiva, expor e refletir sobre o meu percurso de aprendizagem e desenvolvimento, a fim de, ficar explícito como atingi as competências gerais do ciclo de estudo, quais os objetivos que tracei nos diferentes contextos de estágio, bem como as atividades, fundamentadas com base na melhor evidência científica disponível, que delinee para dar resposta fundamentada a cada um deles. Todas estas competências encontram-se agrupadas em quatro domínios de atuação: Prestação de Cuidados, Gestão, Formação e Investigação, competências estas que vão de encontro às preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros para o Enfermeiro Especialista para a atribuição do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP).

O relatório encontra-se estruturalmente organizado em seis capítulos: o primeiro, a introdução, onde é realizada uma breve contextualização do estágio, são descritos os objetivos gerais, a estrutura e a metodologia utilizada; o segundo, onde é realizada uma breve abordagem às competências adquiridas no contexto assistencial anterior a esta unidade curricular; no terceiro, apresenta-se uma breve contextualização de todos os contextos assistenciais contemplados no estágio final; no quarto capítulo, o mais denso, é realizada uma análise detalhada de todo o processo de aprendizagem e de desenvolvimento de competências especializadas, contemplando para além destas e dos objetivos, as atividades delineadas, bem como o suporte bibliográfico que as fundamenta (este capítulo encontra-se subdividido de acordo com os domínios de atuação acima mencionados) e, no quinto capítulo, é realizada uma breve reflexão das implicações deste percurso formativo na prática profissional. Por último, apresenta-se a conclusão, seguida das referências bibliográficas, de acordo com a *American Psychological Association* e os respetivos apêndices.

## **2. Desenvolvimento de competências especializadas – o início do percurso formativo**

No decorrer do 2º semestre do curso de Mestrado em Enfermagem com EESIP, após a conclusão das respetivas componentes curriculares teóricas (48 ECTS), que integram o plano de curso, realizei o estágio denominado “A Saúde da Criança e Família: vigilância e decisão clínica”. Este estágio, teve início a 2 de maio e término a 25 de junho de 2022 e contemplava 12 ECTS, que correspondiam a cerca de 300 horas de trabalho. Destas 300 horas, 180 horas foram de contacto direto (em turnos exclusivamente diurnos, à semana e fim de semana), 12 horas reservadas para orientação tutorial e as restantes horas foram de trabalho e estudo individual. O estágio decorreu, numa Unidade Local de Saúde (ULS), tendo 87,5 horas sido realizadas em contexto de consulta e Atendimento Pediátrico Referenciado (APR) e as restantes em contexto de internamento médico-cirúrgico.

O serviço de internamento médico-cirúrgico, contava com um total de 16 enfermeiros no internamento e 6 enfermeiros em consulta e APR. Tinha um total de 8 quartos (3 quartos de isolamento, 5 quartos duplos e 1 quarto com capacidade para 4 camas) e 1 sala de atividades lúdicas. Algumas destas camas encontravam-se destinadas a internamentos para cirurgias programadas e para cirurgias de ambulatório. Relativamente ao APR e consulta, estes eram espaços localizados num espaço físico diferente do internamento e contemplava um total de 18 gabinetes, sendo que 2 deles estavam direcionados para as consultas de enfermagem, um para a prestação de cuidados de enfermagem e os restantes para a equipa médica. Havia ainda um gabinete denominado de Hospital de Dia, onde as crianças que tiveram alta do internamento, mas que ainda necessitavam de alguma intervenção de enfermagem, pudessem realizá-la naquele local. Saliento que o período de funcionamento do APR era das 8h00 às 20h00.

O facto deste estágio ter decorrido logo após o término das unidades curriculares teóricas, constituiu-se uma excelente oportunidade para a consolidação de conhecimentos de todo o ciclo teórico de estudos. A variabilidade de departamentos (internamento, consulta e APR) foi um dos fatores que me fez optar por este local de estágio, a fim de perceber, como ocorre a interligação entre os agrupamentos de centros de saúde e o hospital.

A experiência em contexto de APR foi como que uma pequena preparação para o estágio de SU, embora com um menor número de afliências diárias e num registo de menor complexidade, porém a gestão emocional da angústia dos pais nas admissões e a gestão de cuidados num curto espaço de tempo foi algo que pude experienciar já neste contexto. Já a experiência em contexto de consulta, permitiu-me treinar competências comunicacionais e competências na realização de consultas de vigilância de saúde infantil e juvenil, uma vez que a área de atuação do EEESIP passa pela avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem, com orientação antecipatória às famílias, bem como, pela deteção precoce e encaminhamento de situações que possam vir a afetar negativamente a sua qualidade de vida (Regulamento nº422/2018, 2018). Ao longo deste período, tive oportunidade de contactar com crianças e famílias com patologias de diferentes especialidades e de acompanhar todo o seu processo desde a admissão, até à alta, muitas delas nas primeiras 24 horas. Estes internamentos de curta duração exigiram que a gestão e controlo da dor na criança/jovem fossem uma preocupação constante do EEESIP, a fim de que a sua alta não ficasse condicionada por esse fator. A gestão e controlo da dor, foi talvez das competências que mais desenvolvi neste estágio, garantindo uma eficaz gestão deste 5º sinal vital entre a combinação de medidas farmacológicas e não-farmacológicas. Outra grande aprendizagem neste contexto foi o desenvolvimento de competências no âmbito da documentação em Enfermagem no SClínico e a preocupação de toda a equipa na gestão desta documentação. Esta preocupação era bastante notória na equipa, talvez por esta ter integrado um projeto de investigação com vista ao desenvolvimento e informatização de focos de extrema importância na prática da ESIP. Melhorar a minha documentação ao nível do processo de Enfermagem, aprendendo com a *expertise* das minhas tutoras, foi talvez o meu maior desenvolvimento neste estágio.

Foi neste estágio que se iniciaram as primeiras dúvidas, as primeiras pesquisas, a fim de dar resposta a questões da prática e onde surgiu a minha primeira formação de pares. Esta reflexão crítica sobre as minhas aprendizagens, espelhadas num primeiro portefólio, foram um ponto de partida para um percurso de progressivo desenvolvimento de competências especializadas em ESIP, numa perspetiva académica e profissional avançada, que pretendo espelhar e aprofundar, com a elaboração deste relatório.

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

O Estágio Final surge como um período que possibilitou a consolidação de conhecimentos previamente existentes, bem como a aquisição de novos conhecimentos, habilidades e competências. Não faria sentido iniciar a reflexão do meu percurso formativo sem antes contextualizar os locais e os períodos temporais que integraram este estágio final. O Estágio Final decorreu no período compreendido entre 5 de setembro a 17 de dezembro de 2022 em três contextos de estágio distintos, com a seguinte ordem temporal: Serviço de Neonatologia; Serviço de Urgência (SU) e Cuidados de Saúde Primários (CSP), mais concretamente numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) e numa Unidade de Saúde Familiar (USF). No total este estágio equivale a 360 horas de trabalho de contacto direto, às quais se somaram 20 horas de Seminários, 20 horas de Orientação Tutorial e 350 horas de trabalho e estudo individual, que serviram para a elaboração do Relatório, totalizando assim 750 horas. Isto corresponde aos 30 ECTS desta unidade curricular final do curso.

O primeiro contexto de estágio, foi no Serviço Neonatologia, no período compreendido de 5 a 28 de setembro 2022, numa unidade de cuidados intensivos e intermédios neonatais, do Norte do país, onde eram admitidos recém-nascidos prematuros (RNPT) e/ou recém-nascidos com necessidades de cuidados de saúde especiais e diferenciados, com um total de 90 horas de contacto presencial. A equipa de enfermagem tinha no total 48 enfermeiros, sendo que, por turno, encontravam-se presentes 9 enfermeiros, sendo um deles chefe de equipa, cargo desempenhado por um EEESIP. Na UCIN cada enfermeiro ficava no máximo com 2 RNPT e nos cuidados intermédios ficavam 2 enfermeiros para 6 RNPT. O serviço tinha sofrido remodelações há cerca de um ano, o que lhe conferia uma estética e uma organização inovadora e bem planeada. Estruturalmente, dispunha de 17 vagas, sendo 10 vagas de cuidados intensivos e 7 de cuidados intermédios. As 10 vagas de cuidados intensivos encontravam-se dispostas ao longo de um corredor e denominavam-se de “boxes individuais”, com algumas particularidades. 2 destas “boxes” encontravam-se destinadas a RNPT que necessitavam de isolamento, distinguindo-se estas unidades das restantes porque possuíam uma antecâmara que possibilitava o fardamento/desfardamento dos profissionais de saúde antes/após entrarem na unidade para a prestação de cuidados. Uma outra unidade

estava destinada a RNPT gémeos, onde na “boxe “se encontravam duas incubadoras, o que permitia aos pais terem os filhos reunidos no mesmo espaço com maior proximidade e privacidade. Já as 6 vagas de cuidados intermédios, encontravam-se dispostas numa área ampla, em torno da área de trabalho onde se encontra a equipa de enfermagem. Todas as unidades estavam equipadas com monitor de vigilância cardiorrespiratória (com monitorização central), com máquinas e seringas perfusoras, incubadoras (abertas/fechadas), ventiladores, sistemas de aspiração, entre outras especificidades que cada RNPT pudesse precisar. No serviço existiam também diversos espaços secundários, nomeadamente a sala de preparação e acondicionamento de medicação; três gabinetes médicos; uma área de desinfeção (zona de limpos/sujos), onde os pais desinfetavam as mãos antes de entrar no serviço, vestiam um avental descartável, removiam os adornos que tinham nas mãos (anéis, pulseiras, relógios) e acondicionavam no cacifo existente neste espaço, juntamente com a carteira. Existia ainda uma copa para profissionais, uma casa de banho para os pais e outra para profissionais e uma sala de aprovisionamento. Quero dar especial destaque à existência de uma sala destinada aos pais, onde estes podiam realizar as suas refeições, ou simplesmente descansar e ver televisão num sofá, sendo esta sala muitas vezes usada para partilha de informação da equipa multidisciplinar com os pais, especialmente para a comunicação de más notícias ou situações de saúde que inspirassem maior cuidado.

O segundo contexto de estágio foi no Serviço de Urgência (SU), de 29 de setembro a 25 de outubro de 2022, num total de 90 horas de contacto presencial. Ocorreu num Serviço de Urgência Polivalente Pediátrica (SUPP), no Norte do país, sendo esta uma urgência com atendimento para crianças em situações de doença ou trauma grave, em atendimento primário ou referenciadas (Despacho nº 10319/2014, 2014). A afluência diária rondou em média 300/400 atendimentos/dia, com pico de afluência entre as 15 horas e as 24 horas. A equipa de enfermagem tinha um total de 50 enfermeiros, sendo que, em média, estavam distribuídos 8 enfermeiros por turno, divididos pelas diferentes áreas de atendimento, nomeadamente: 2 enfermeiros na área de triagem, 2 enfermeiros na área não-Covid; 2 enfermeiros na área Covid/ OBS Covid (destinada às crianças com um ou mais sintomas de Covid, que necessitavam de vigilância e que permaneciam ali até terem um teste negativo), 2 enfermeiros no serviço de curto internamento (OBS). Este último local destina-se a crianças cuja necessidade de permanência no SU implique vigilância clínica num período de tempo que se prevê inferior a 24 horas. No SU existem ainda gabinetes de atendimento médico, (1 gabinete de pequena cirurgia; 1 gabinete de ortopedia e 3 de atendimento

indiferenciado) e a sala de emergência. Desde março de 2020 que as áreas covid foram criadas com o intuito de separar na sala de espera as crianças com sintomas respiratórios das crianças sem sintomatologia respiratória, para assim evitar o risco de infecções cruzadas. Também aqui, o enfermeiro responsável pela coordenação da equipa é um EEESIP. No SU acresce ao enfermeiro chefe de equipa, o papel de repor e garantir a operacionalidade da sala de emergência; a gestão dos enfermeiros pelas diversas áreas operacionais; a agilização das altas, transferências/internamentos e a participação nas decisões multidisciplinares.

Por último, o contexto de estágio nos CSP, que decorreu entre o 26 de outubro a 17 de dezembro de 2022, mais especificamente numa UCC e USF, pertencente a um Agrupamento de Centros de Saúde (ACES), na região Norte, com um total de 177.662 utentes inscritos e cuja missão visa garantir aos cidadãos da sua área de influência o acesso a cuidados de saúde primários de qualidade, procurando obter ganhos em saúde. Teve um total de 180 horas de contacto presencial. A UCC operava em articulação com as várias unidades funcionais do ACES, tal como preconiza o Decreto-Lei nº28/2008 (2008), dando resposta a vários programas nacionais de saúde. As áreas de intervenção diferenciavam-se entre: a Saúde Infantil e Juvenil, a Saúde Materna, a Doença Crónica e a Saúde Mental. Esta UCC tinha um total de 10 enfermeiros, entre os quais se encontram 2 EEESIP, uma mais relacionada com projetos da área da Parentalidade e a outra com projetos da Saúde Escolar. No entanto, é de salientar que ambas trocavam ideias e estavam a par de todos os projetos relativos à SIP que se encontravam em desenvolvimento na UCC. Estruturalmente, no andar acima da UCC, localizava-se a USF, com um total de 6 enfermeiros, onde os cuidados eram prestados pela equipa de saúde familiar constituída por: um médico, um enfermeiro e um técnico administrativo. Neste contexto também foi possível acompanhar uma EEESIP, nas CESIJ, tendo por base a aplicabilidade do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) e o Programa Nacional de Vacinação (PNV) 2020.

Para todos estes contextos de estágio, estabeleci objetivos que me ajudassem a atingir as competências exigidas no plano do curso. Serão as competências e os respetivos objetivos, bem como as atividades e experiências que me permitiram atingi-los que irei, de forma organizada por domínios, abordar no capítulo seguinte.



#### **4. Processo de desenvolvimento de competências especializadas**

O Curso de Mestrado em Enfermagem com EESIP tem como intuito fomentar em cada um dos mestrandos a aquisição e integração de novos conhecimentos e competências especializadas que permitam a prestação de cuidados especializados, personalizáveis, de rigor e excelência ao binómio alvo dos nossos cuidados: a criança e a sua família. É de referir que o espaço de intervenção do EEESIP compreende o período temporal entre o nascimento e os 18 anos de idade, sendo que em casos especiais (doença crónica, incapacidade ou deficiência) pode mesmo ir até aos 21 anos ou 25 anos (Regulamento nº422/2018, 2018).

É certo que, todo este desenvolvimento e certificação de competências é um processo moroso, que exige dedicação, investigação e a vivência de novas experiências, através da prática, neste caso, no estágio, a fim de percebermos se estamos ou não capazes de integrar e analisar criticamente na nossa prática, cuidados com base na melhor evidência disponível, tal como os ensinados ao longo das múltiplas unidades curriculares.

Esta certificação de competências, conferida pelo Curso de Mestrado em Enfermagem com EESIP assegura que o estudante demonstrou possuir um conjunto de conhecimentos, habilidades e capacidades que consegue mobilizar para o contexto da prática, a fim de avaliar e dar resposta às necessidades de saúde da criança e da família (Regulamento nº 190/2015, 2015). Assim, para conferir reconhecimento de um enfermeiro como especialista em ESIP, o REPE prevê que o título profissional atribuído ao enfermeiro especialista lhe reconhece competência técnica, científica e humana para prestar não só cuidados gerais, mas sobretudo cuidados especializados na sua área de especialização (Decreto-Lei, nº161/96, 1996). A fim de validar a aquisição das competências específicas do EEESIP, é necessário haver um acompanhamento próximo e uma avaliação de todo este percurso de aprendizagem, de modo a desenvolver as competências preconizadas no plano do curso de MEESIP. São essas competências, que irei apresentar ao longo deste relatório, como culminar de um processo que já vem longo e fundamentado numa componente teórica e prática de 2 semestres.

O artigo nº4, do regulamento de competências específicas do EEESIP, refere que as competências necessárias a um EEESIP são: *“a) Assistir a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde; b) Cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial*

*complexidade e c) Prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem” (Regulamento nº422/2018, 2018, p. 19192). Por sua vez, o regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista, agrupa as competências da seguinte forma: a) Responsabilidade profissional, ética e legal; b) Melhoria contínua da qualidade e c) Gestão dos cuidados; d) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.” (Regulamento nº140/2019, 2019, p. 4745).*

As diretivas preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros, para o enfermeiro especialista e para o EEESIP, juntamente com as vinte e três competências delineadas no plano de estudos do Mestrado em Enfermagem com EESIP, onde cada uma das competências se pode enquadrar em domínios da prática e nas alíneas anteriormente citadas, foram a base orientadora para a elaboração deste documento.

Estas competências definidas para este estágio, no plano de estudos, foram, primeiramente organizadas e refletidas, por mim, no projeto de estágio, aprovado pelo Conselho Científico do Instituto de Ciências da Saúde e, posteriormente, organizadas por domínios neste relatório, de maneira a possibilitar uma leitura mais clara e concisa do mesmo, são eles: o Domínio da Prestação de Cuidados; o Domínio da Formação; o Domínio da Gestão e o Domínio da Investigação.

Em cada domínio agrupei diferentes competências e a estas competências elenquei objetivos específicos para lhes dar resposta. Para cada um destes objetivos, associei, descrevo e reflito sobre cada atividade que usei para os atingir.

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

A prestação de cuidados em Pediatria, foi sofrendo alterações ao longo dos séculos. Atualmente, cuidar em pediatria, implica uma visão holística do RN/criança/adolescente que é alvo dos nossos cuidados e da sua família, assistindo-se assim ao abandono do modelo biomédico por parte das equipas de enfermagem e ao investimento num modelo holístico e centrado também nos cuidados à família como um binómio indissociável.

O foco dos nossos cuidados, tal como preconiza a Ordem dos Enfermeiros, deve assim, basear-se num modelo conceptual onde a criança e a família sejam o centro desse modelo e os beneficiários dos cuidados do EEESIP (Regulamento nº422/2018, 2018). No regulamento de competências específicas do EEESIP, surge a definição de que a *performance* do EEESIP

se traduz na prestação de cuidados com um nível avançado, repleto de competência e segurança para promover a satisfação da criança e das suas famílias (Regulamento nº422/2018, 2018), sendo necessário a esta prestação de cuidados de excelência o investimento académico do mesmo, a pesquisa e investigação que fundamentem as suas ações e a adequação e gestão desse conhecimento, traduzindo-o numa prestação de cuidados individualizada, personalizada e ajustável às necessidades de cada criança e família.

Este domínio da prestação de cuidados torna-se um elemento basilar para todo o percurso de aprendizagem e aquisição de competências de um mestre em ESIP, cuja *performance* se irá depois traduzir numa prestação de cuidados de nível avançado à criança e família e atenta à promoção do desenvolvimento e adaptação dos processos corporais de saúde/doença.

Neste relatório, agrupei todas as competências que considero serem relativas ao domínio da prestação de cuidados, bem como os objetivos que lhes considero dar resposta e respetivas atividades que os concretizam e, posteriormente, a minha reflexão acerca dos mesmos nos diferentes contextos clínicos. Saliento que as atividades se encontram a negrito e incorporadas ao longo do texto.

### **Competência:**

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

### **Objetivo:**

- Compreender a organização, funcionamento e dinâmica dos diferentes contextos assistenciais e os sistemas informáticos usados no registo das intervenções de enfermagem.

### **Reflexão Crítica:**

O conhecimento da organização, funcionamento e dinâmica dos diferentes contextos de estágio por onde passei, bem como, o processo de integração numa nova equipa foram fatores fundamentais para o sucesso de novas aprendizagens, desenvolvimento de novas competências e para a criação de uma relação de confiança onde me sentisse à vontade para questionar e aprender com a equipa. Sendo a minha experiência profissional baseada num serviço de internamento, estagiar na UCIN; no SU e nos CSP foi um verdadeiro desafio adaptativo às equipas, às dinâmicas laborais e às especificidades de cada serviço.

Benner (1984), defendia que a integração numa nova equipa de trabalho ou num novo contexto de trabalho exigiam aprendizagens técnicas, onde a competência era acrescida pelos conhecimentos que se iam adquirindo e desenvolvendo na prática diária até se atingir a perícia. O Modelo de Aquisição de Competências, de Patrícia Benner, define cinco níveis de desenvolvimento de aquisição de competências da prática clínica de Enfermagem: iniciado/principiante, iniciado avançado, competente, proficiente e perito, existindo uma evolução gradual e temporal entre estes (Benner, 1984; Benner, 2001). Tendo por base este modelo, nos contextos de estágio, eu era o enfermeiro iniciado, que iniciou funções num serviço, e que apesar de possuir experiência, desconhece e não se encontra familiarizado com os objetivos e as rotinas deste (Benner, 2001). É fundamental conhecer as normas e princípios do serviço, para se poder integrar na dinâmica da equipa.

Em todos os contextos de estágio, o meu primeiro dia no serviço foi direcionado a **conhecer as instalações, a estrutura, os recursos, as normas e protocolos, bem como dinâmica funcional de cada serviço**, o que me permitiu adaptar com maior facilidade às equipas e proporcionar-me maior autonomia, segurança e confiança na prestação de cuidados num serviço que nunca tinha, até ao momento conhecido, exigindo da minha parte um grande poder adaptativo às novas circunstâncias.

No serviço de neonatologia, onde os turnos decorreram sobretudo na UCIN, senti que este era um espaço extremamente controlado. Desde a monitorização invasiva necessária a cada RNPT, passando pelos protocolos e normas para cada intervenção de enfermagem: para oxigenoterapia de alto fluxo; atuação em caso de entubação, entre outros. Este ambiente controlado e organizado só era possível dados os inúmeros protocolos e normas estabelecidos naquele serviço e conhecidos por toda a equipa multidisciplinar. Senti então a necessidade de nos primeiros turnos **ler e interiorizar protocolos de atuação**, em que todos os dias estes eram postos em prática e que eu queria ter conhecimento para estar à altura de dar resposta e ajudar a equipa quando necessário.

Relativamente às normas no SU, este foi também um serviço com diversas particularidades. Era um serviço com inúmeras normas e protocolos instituídos, o que permitia uma enorme coordenação e segurança na atuação em situações de urgência/emergência. Tive oportunidade de **contactar com diferentes tipos de protocolos de atuação** em caso de suspeita de violação; maus tratos; convulsão, entre outras situações. Aliás, quero aqui ressaltar que um dos projetos levado a cabo no SU onde estagiei, passou pela informatização de muitos destes protocolos/normas para suporte informático. Este

projeto decorreu da ideia do médico diretor do SU em parceria com a equipa de enfermagem e serviço de informática. O projeto consistia em utilizar protocolos/normas, elaborados pela equipa de enfermagem ou equipa multidisciplinar ainda em papel, informatizá-los e transmiti-los numa televisão presente na sala de emergência, para que toda a equipa se guiasse por aquele protocolo. Para cada situação: trauma, convulsão, paragem cardiorrespiratória existia um algoritmo. Aquando da entrada de uma criança na sala de emergência, um elemento da equipa era responsável por ativar e projetar esse algoritmo na televisão da sala para que todos os elementos pudessem acompanhar passo a passo, o que minimizava a ocorrência de erros numa situação de stresse.

Em contexto de CSP, quer na UCC quer na USF as normas e protocolos encontram-se bem definidos, mas como existe um plano “tipo” sobre cada projeto que decorre em cada dia, a sua organização é mais tipificada e planeada do que na neonatologia ou SU, que trabalhavam muito com base na imprevisibilidade e necessitavam, por isso, de normas e protocolos robustos que permitissem aos profissionais saber como e quando atuar.

Por último, quero ainda ressaltar que além da adaptação a novas normas e protocolos, distintos entre os contextos de estágio, tive ainda que me **adaptar a diferentes sistemas informáticos usados no registo dos cuidados de enfermagem**. Mendes (2013), refere que um bom planeamento e documentação dos cuidados garantem cuidados de saúde de qualidade, uma vez que a qualidade dos cuidados está dependente da partilha de informação entre os vários níveis do sistema de saúde. A mesma autora acrescenta ainda que a informação clínica disponível aos profissionais de saúde compreende uma ampla gama de aspetos, que podem ser uma mais valia na adaptação e articulação dos nossos cuidados, afirmando que documentar as intervenções de enfermagem tem como objetivo não só promover a continuidade dos cuidados, como também possibilitar a avaliação das estratégias implementadas e otimizar novas intervenções (Mendes O. , 2013).

Dada a importância da documentação em enfermagem, cada serviço possui sistemas informáticos próprios e adaptados às suas necessidades e exigências. Quer a neonatologia quer o SU usam sistemas informáticos próprios, que eu desconhecia e que tive que aprender a utilizar. No sistema informático da UCIN, era necessário registar informação a cada hora, já o sistema utilizado no SU, era um sistema mais prático e cómodo, onde as intervenções de enfermagem surgiam com cores (verde, amarelo e vermelho) associadas à respetiva criança, de acordo com o tempo a que foram prescritas (sendo a vermelha um tempo de

espera superior a 15 minutos). Na UCC e na USF o sistema informático utilizado foi o SClínico, sistema que eu utilizo na minha prática profissional.

Em suma, considero ter atingido o objetivo de a que me propus tendo compreendido a organização, funcionamento e dinâmica dos diferentes contextos assistenciais.

### **Objetivo:**

- Desenvolver uma relação profissional adequada com a equipa multidisciplinar e interdisciplinar;
- Conhecer os diferentes métodos de trabalho usados nos contextos assistenciais.

### **Reflexão Crítica:**

No que concerne ao **conhecer as equipas de enfermagem e multidisciplinar, bem como os métodos de trabalho usados nos diferentes contextos**, posso dizer que todos os contextos de estágio exigiram uma adaptação distinta à equipa multidisciplinar e às suas metodologias de trabalho.

A equipa de enfermagem, no Serviço de Neonatologia, era uma equipa extensa (um total de 48 enfermeiros) e que trabalhava em parceria muito próxima com a equipa médica. Um exemplo da proximidade de trabalho destas equipas era, por exemplo, a todo o momento existiam atualizações de parâmetros ventilatórios, ajustes terapêuticos ou pedidos de análises sanguíneas de um RNPT e, nestas situações, os médicos faziam questão de informar pessoalmente a enfermeira responsável pelo RNPT no turno, não sendo esta surpreendida pela mudança apenas a nível informático. A primeira entubação que assisti na UCIN, logo no primeiro dia, lembro-me que bastou um alerta no corredor “*Descompensou o RNPT da unidade X*”, que em segundos vi uma equipa multidisciplinar articulada, cada um a assumir o seu posto sem questionamentos e as intervenções e cuidados a fluírem. Em segundos o RNPT estava estabilizado e entubado e as equipas preparadas para voltarem ao trabalho que estavam a realizar antes disto. Só uma equipa que se conhece bem e bem articulada tem esta capacidade. Foi neste sentido, de eficácia e competência, que me esforcei para dar resposta e lembro-me que na segunda entubação, que ocorreu três dias após a primeira, eu já participei e integrei a equipa tornando-me um elemento relevante.

Relativamente à equipa de enfermagem do SU, esta era constituída por 60 enfermeiros, no total, sendo que por cada turno estavam escalados 8 enfermeiros. No que diz respeito às equipas médicas, estas tinham elevada rotatividade, sendo que muitas vezes a

urgência não era só assegurada por equipas médicas do hospital, mas também por equipas médicas pertencentes a outros hospitais do Grande Porto. Aqui a tarefa de adaptação à equipa multidisciplinar, tornava-se mais desafiante, no sentido em que, não era só necessária a adaptação à equipa médica do hospital (que semanalmente variava) como era necessária a adaptação às equipas médicas que prestavam apoio à urgência, provenientes de outros dois hospitais e que também os seus elementos variavam consoante a escala semanal, ou seja, mesmo que a equipa médica de um hospital X fosse duas vezes na semana ao SU, os elementos médicos nesses dois dias eram diferentes. No SU, as equipas de enfermagem, prezavam muito em manter os turnos tal como saíam no horário, para assim poderem trabalhar no seio das suas equipas, o que facilitava a articulação entre todos os elementos uma vez que já se conheciam. Por isso, posso dizer que não tive oportunidade de conhecer toda a equipa de enfermagem do SU dado o número elevado de elementos e, por na maioria das vezes, trabalhar com os elementos que constituíam apenas a equipa da minha tutora. Para além da adaptação ao elevado número de elementos que constituíam a equipa multidisciplinar do SU, tive ainda que me **adaptar ao método de trabalho, particular do SU**.

No SU são numerosas e variadas as intervenções autónomas e interdependentes executadas ao longo de um turno. Aqui constatei que os enfermeiros que realizavam triagem e os enfermeiros que estavam nas áreas covid e não covid (nas respetivas salas de enfermagem), comparativamente aos enfermeiros que se encontravam em OBS, tinham uma organização de trabalho diferente, mas necessária a estas áreas do SU. Os enfermeiros destas áreas trabalhavam muito focados em dar uma rápida resposta a todas as intervenções que surgiam no programa informático, após avaliação médica da criança, e que eram muitas, dado que em simultâneo estavam 5 gabinetes médicos a avaliarem as crianças e família enquanto que nestas áreas existiam apenas 2 enfermeiros para realizarem todas as intervenções resultantes de prescrição (2 enfermeiros em cada uma das áreas).

Verifiquei que sobretudo nas áreas covid e não covid, existe uma maior variedade de procedimentos técnicos, desde punção venosa; algaliação; punção lombar, administração de terapêutica, sobretudo inalatória, entre outras, comparativamente ao OBS, em que os procedimentos técnicos deste género eram quase inexistentes e as intervenções de enfermagem passavam, maioritariamente, pela administração de terapêutica oral, endovenosa ou inalatória. Sendo a área covid e não covid, as áreas de passagem obrigatória após a triagem, eram as áreas com maior afluência, comparativamente, por exemplo, à

unidade de curta duração (OBS) com apenas 6 camas e onde é expectável que a criança não fique mais de 24 horas. Nestas áreas era exigida, quer à equipa médica, quer à equipa de enfermagem uma rápida e eficaz avaliação, bem como uma rápida execução dos procedimentos técnicos necessários onde muitas das vezes os enfermeiros se dividiam e agilizavam as respostas às necessidades das crianças e famílias. Notei que apesar da pressão e da rapidez exigida, os enfermeiros esforçavam-se para se focarem na tarefa a cargo, mas também na criança e família como um todo com necessidades particulares. Em OBS, senti que todos os procedimentos eram realizados de forma mais calma e com um maior tempo e promoção da parceria de cuidados. Considero que este método de trabalho no SU, onde é exigido um maior “desdobramento” do enfermeiro e uma grande competência técnica, se deve em muito à excessiva afluência ao SU e à necessidade de dar resposta num curto espaço de tempo a um grande número de crianças e famílias.

Na UCIN, **trabalhei com base no método de trabalho individual**, também designado por método de caso. Este método baseia-se no cuidado holístico, centrado nas necessidades da criança e família, valorizando a personalização e individualização dos cuidados (Maçães, 2018). Isto só é possível com uma adequada distribuição de um limitado número de criança e famílias, em função do seu grau de dependência para cada enfermeiro, sendo este enfermeiro o responsável, durante o turno de trabalho, pela prestação de cuidados globais às crianças e famílias que lhe foram atribuídas. Na UCIN cada enfermeiro tinha no máximo 2 RNPT, o que permitiu que tivesse mais tempo para planear e agilizar os cuidados em função das particularidades e necessidades daquela criança e família.

Relativamente à equipa e ao método de trabalho inerente aos CSP, mais propriamente à UCC e USF, este é também um método de trabalho e organização muito próprio. Aqui, apesar das equipas não serem extensas (um total de 10 enfermeiros na UCC e na USF) tinham métodos de trabalho muito próprios. Assim, posso dizer que **integrei e contactei com o método de trabalho em equipa**. O intuito deste método de trabalho é agrupar os conhecimentos e informações provenientes dos diferentes especialistas presentes na UCC agregando-o num todo (Costa Silva, 2017), isto é, dentro do todo (o grupo que constitui a UCC ou USF) constituir “pequenas equipas” de diferentes especialidades e com diferentes níveis de formação e capacidades, que permitissem dar uma resposta multifacetada à criança e família. Estas equipas prestam cuidados e estão orientadas por um enfermeiro líder, que na UCC e USF se denomina de enfermeiro coordenador. Este enfermeiro está a par de todos os projetos instituídos, planificando-os; coordenando-os e distribuindo-os pelos elementos das

equipas de forma a maximizar, com as capacidades do grupo, os seus resultados. No projeto da parentalidade, por exemplo, a articulação entre o EESIP e o Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (EESMO), permitiu a potenciação de cada especialidade, sendo que este trabalho em equipa permitiu, muitas das vezes, uma referenciação por parte da EESMO das futuras mães a serem, posteriormente, contactadas e acompanhadas pela EESIP dando-lhes a oportunidade de participarem nas sessões de Massagem Infantil ou até mesmo na realização da primeira visita domiciliária após o nascimento da criança. Este contacto em rede e articulado só foi possível com base neste método de trabalho em equipa. Na USF aconteceu o mesmo. Foi notório o trabalho em equipa e a articulação multidisciplinar, por exemplo, durante as CESIJ, a articulação entre médico e enfermeiro permitia que a consulta de ambos pudesse decorrer quase que, em simultâneo, na mesma sala, o que contribuiu para o maior conforto da criança e dos pais, pois tornava a consulta mais rápida; evitava que a criança estivesse muito tempo despida; diminuía a necessidade dos pais repetirem informações e permitia um fácil cruzamento de dados antropométricos e avaliações do desenvolvimento e crescimento da criança, por ambos os profissionais.

Em suma, considero ter atingido os objetivos a que me propus e ter demonstrado capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar.

### **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.

### **Objetivos:**

- Aprofundar técnicas de comunicação com a criança/jovem e família, adequadas ao seu estadio de desenvolvimento, favorecedora de uma relação terapêutica, valorizando as suas crenças e cultura.

### **Reflexão Crítica:**

Cuidar e comunicar apresentam-se inevitavelmente ligados.

A comunicação está na base de todos os cuidados de enfermagem e na base de qualquer relação interpessoal. A comunicação pode ser definida como “*comportamento interativo: dar e receber informações utilizando comportamentos verbais e não verbais, face*

*a face ou com meios tecnológicos sincronizados ou não sincronizados*” (Internacional Council of Nurses, 2020), constituindo-se uma competência basilar em enfermagem.

A comunicação terapêutica em enfermagem é considerada uma competência profissional fundamental. O regulamento de competências específicas do EEESIP, refere que este deve comunicar com a criança e a família tendo em consideração o estadio desenvolvimental desta, bem como as suas crenças e cultura e que deve possuir conhecimentos aprofundados sobre técnicas comunicacionais que lhe permitam um fácil relacionamento com a criança/jovem e família (Regulamento nº422/2018, 2018).

A comunicação é de facto o instrumento mais importante na prática diária do enfermeiro. Foi através dela que **estabeleci uma relação terapêutica com a criança/jovem e família** muitas das vezes crucial para o sucesso da prestação de cuidados. A comunicação terapêutica é um método de comunicação, que se caracteriza por um processo consciente e intencional de identificar e responder às necessidades de cada criança e família, visando a melhoria dos cuidados de enfermagem (Coelho & Sequeira, 2014). No âmbito da saúde, a comunicação precisa de ser terapêutica, pois objetiva o cuidado e, através deste, favorece as respostas às necessidades daquela criança e família.

Utilizar a comunicação terapêutica na prestação de cuidados exige tempo e disponibilidade e, por isso, muitas das vezes corre o risco de não ser praticada. No serviço de urgência, nem sempre foi fácil estabelecer uma relação terapêutica efetiva, quer pela falta de tempo para sentar com a criança e família e permitir a comunicação fluída, quer pelo clima de stresse e angústia das famílias que lá acorrem. Foi de facto um desafio ir mais além do que a triagem e a prestação de cuidados. O local do SU que reuniu condições mais favoráveis para o estabelecimento desta relação terapêutica foi sem dúvida a unidade de internamento de curta duração (OBS), uma vez que este era um local onde as crianças e famílias se encontravam já acomodadas; num espaço menos ruidoso, mais amplo e onde já se encontravam mais calmas e com a certeza de que as suas queixas foram atendidas e que a equipa estava reunida para encontrar soluções para o seu problema.

Um dos desafios na comunicação que senti ao longo do estágio foi o de manter a intencionalidade terapêutica, ao mesmo tempo que permitia a expressão livre das necessidades dos pais e das crianças, não incorrendo em imposições ou ordens. Direcionar o foco do diálogo foi uma importante estratégia para atingir esse efeito (Hockenberry, 2014). Outro desafio encontrado foi o doseamento da informação dada, uma vez que, a transmissão de informação excessiva pode aumentar a ansiedade e constituir um bloqueio à comunicação

(Hockenberry, 2014), pelo que procurei sempre um equilíbrio entre o que transmitia (e como) e o que os pais e crianças eram capazes de receber naquele momento.

Por todos estes motivos, considera-se a comunicação um processo complexo, recíproco e não unilateral, sendo o valor desta inegável nos cuidados de enfermagem, uma vez que só a comunicação permite aceder à individualidade da criança e da família e, dessa forma, responder às suas verdadeiras necessidades (Coelho M. , 2015). Neste processo comunicativo que estabeleci com a criança e família, além da minha preocupação em identificar as suas necessidades, o foco da minha intervenção era adequar a comunicação ao estadio desenvolvimental da criança e ao nível socioeconómico, formação académica, crenças e culturas da sua família.

Existem componentes fundamentais na comunicação, tais como: a existência de uma fonte, onde a mensagem tem origem; um emissor, responsável pela emissão da mensagem; um recetor, a quem se dirige a mensagem e a própria mensagem. Para que a mensagem chegue ao recetor há necessidade de existir um canal (Telles, 2010). A questão de extrema importância é que esta passagem da mensagem pode ser condicionada por fatores como: o contexto envolvente e o ruído. O contexto refere-se ao ambiente físico, situação social ou estado psicológico do emissor e recetor no momento da comunicação. O ruído surge como uma barreira que pode alterar o conteúdo da mensagem ou impedir que esta chegue ao seu recetor. No caso do SU, foquemo-nos sobretudo no ruído ambiental.

Considerando todos estes componentes da comunicação num contexto de SU, apesar de existir um emissor, um recetor uma mensagem e um canal para esta, existia também um contexto que não era o mais favorável, quer pelo ambiente físico com imensa gente à volta, quer pelo estado psicológico das pessoas e o ruído, que impossibilitava a chegada da mensagem ou o estabelecimento de uma comunicação efetiva com aquela criança e família. Recordo aqui um episódio que ocorreu na triagem em que uma criança, visivelmente transtornada e amedrontada, acompanhada pelo pai, entrou no gabinete de triagem e uma das primeiras coisas que o pai salientou era que a criança em questão tinha espectro do autismo e que o ruído e a abundância de pessoas o transtornavam. Fechamos de imediato a porta do gabinete, para reduzir o ruído e evitar o contacto visual deste, com as restantes crianças e famílias em espera no corredor e, no fim da triagem, encaminhamos esta criança e o pai para um gabinete particular de enfermagem para que pudessem sozinhos aguardar a observação médica. Isto permitiu tranquilizar quer a criança, quer o pai e reforçar desta forma a nossa relação terapêutica com aquela família e transmitir informação assegurando

que esta não era perdida ou alterada no decorrer do processo por fatores como o contexto ou o ruído.

Não é de toda coincidência quando estudos afirmam que as falhas de comunicação continuam a ser os eventos que mais potenciam a ocorrência de eventos adversos (Brás & Ferreira, 2016). As transferências de informação realizadas nos SU são muito mais complexas, relativamente às transferências realizadas em contextos como, por exemplo, a UCIN. No SU, existe um maior volume de doentes, um fluxo imprevisível e condições ambientais, como o ruído, que não são passíveis de serem controladas, acresce a isto a situação psicológica ou física em que se encontram as crianças e/ou família.

Na neonatologia, estabelecer uma relação terapêutica com os pais, torna-se mais fácil, no sentido em que os componentes da comunicação como o contexto e o ruído são variáveis controladas, sobretudo este último, onde até um controlador de ruído existia no serviço. O silêncio era crucial para a estabilização hemodinâmica dos RNPT. Muitas das vezes, para estabelecer a comunicação com os pais de maneira mais segura para o RNPT, sempre que esta fosse uma intervenção mais longa, convidava os pais a dirigirem-se até à sala dos pais onde podia falar mais à vontade com eles sem destabilizar o RNPT. A comunicação estabelecia-se muito mais facilmente neste clima de calma, comparativamente ao clima do SU.

O mesmo acontecia na UCC e USF. Sendo locais controlados e muitas das vezes individualizados, em gabinetes, era mais fácil abordar a criança e a família num clima de maior privacidade e calma, sem correr o risco de perda de informação verbal ou não verbal.

A comunicação em pediatria, constitui-se como um grande desafio, não só pelos diferentes contextos onde comunicamos com a criança e família, mas pelo abrangente espaço de intervenção a que dá resposta, que compreende o período entre o nascimento e os 18 anos de idade, podendo ir até aos 25 anos (Regulamento nº422/2018, 2018). Estas faixas etárias tão distintas, encerram em si múltiplas características comunicacionais complexas, havendo assim uma necessidade de adaptação comunicacional à criança e família. É fundamental ter em conta que a comunicação não se refere somente à transmissão verbal, explícita e intencional de mensagens, mas inclui todos os processos através dos quais as pessoas se influenciam, onde se insere a comunicação não verbal. A comunicação humana é considerada verbal quando se expressa pela palavra, sendo que pode ser oral ou escrita (Coelho M. , 2015). Contudo, é a linguagem não-verbal, que representa cerca de 90% da mensagem e lhe confere um significado mais profundo e verdadeiro (Coelho M. , 2015). É

através da comunicação não-verbal que se expressam emoções, sentimentos, em que se dá apoio ou aconchego e é muitas das vezes através desta que se regulam trocas interativas no decorrer da comunicação. Na comunicação com crianças, independentemente da idade, a comunicação não-verbal é de extrema importância (Hockenberry, 2014), seja a nível proxémico, cinésio ou paralinguístico, tive sempre atenção, entre outros aspetos, à minha postura, distanciamento, gestos, tom de voz e até ao olhar. Em muitas das comunicações, a criança manifestava interesse pelo toque e o contato físico sendo estas formas de comunicar, transmitindo afeto, segurança e tranquilidade (Martinez, Tocantins, & Souza, 2013). Até mesmo nos procedimentos técnicos, o tipo de toque tem claramente um impacto comunicacional, o qual eu tinha bastante atenção, esforçando-me por ter um toque tranquilizador. A comunicação, verbal e não verbal, são elementos que sustentam os nossos cuidados de enfermagem e possibilitam trocas informação verdadeiras entre nós e o alvo dos nossos cuidados (crianças e pais) (Martinez, Tocantins, & Souza, 2013), a perícia no estabelecimento de uma comunicação efetiva passa por manter o equilíbrio entre estes dois tipos de comunicação e saber complementá-los, ao mesmo tempo que envolvemos os pais nesta relação entre enfermeiro-criança. Uma boa relação com os pais, facilita o vínculo de interação entre enfermeiro-criança (Martinez, Tocantins, & Souza, 2013).

Torna-se assim premente **utilizar técnicas de comunicação, tendo em conta o estadio desenvolvimental** ao mesmo tempo que tento **utilizar uma linguagem clara, perceptível e objetiva**. As crianças têm diferentes formas de comunicar, que variam consoante o seu estadio desenvolvimental (Hockenberry, 2014). Por exemplo, os recém-nascidos, não percebem a comunicação verbal, mas compreendem a não verbal, tal como: o toque e o olhar. Desta forma, na abordagem ao RN, adotei uma postura tranquila, aproximação calma, toque suave, seguro e de aconchego, mantendo sempre um tom de voz baixo e calmo enquanto prestava cuidados, sobretudo na UCIN. Na CESIJ, procurei dar-lhes tempo para se adaptarem ao local e à minha presença falando primeiro com os pais e, posteriormente, interagindo com eles aos poucos antes de lhes tocar ou pegar. Deixei que fosse a mãe ou pai a manipulá-los sempre que necessário em algum tipo de intervenção, para diminuir a sua ansiedade e evitar o choro.

No SU e nos CSP as faixas etárias eram muito variáveis. Assim, por exemplo, na abordagem a crianças em idade pré-escolar, tive em atenção que estas até aos 5 anos são egocêntricas e, assim sendo, focam a comunicação nelas próprias, vendo as coisas em função de si e do seu ponto de vista e as experiências dos outros não lhes interessam (Hockenberry,

2014). Assim, em contexto de consulta e no SU comuniquei com estas crianças tendo em conta estas particularidades. Permitti-lhes que tocassem nos objetos antes de os usar nelas (seringa, adesivo, compressa) para assim se familiarizarem com estes; evitei o uso de analogias, uma vez que estes são incapazes de separar a fantasia da realidade e fazem leituras diretas daquilo que ouvem e que veem. Esforcei-me para que na consulta, quer no SU, manter ao alcance da sua visão apenas os instrumentos/materiais que iria utilizar, para evitar possíveis medos e questões sobre o que viam. Nesta faixa importa ainda dizer de forma objetiva o que podem fazer e como se podem sentir, antes de cada procedimento (Hockenberry, 2014). Tive ainda uma atenção particular à adequação da minha comunicação verbal e comunicação não-verbal, de maneira a transmitir informações coerentes e semelhantes, uma vez que nesta faixa etária dão especial relevo à comunicação não-verbal.

Já na criança de idade escolar, estas acreditam menos no que veem e mais no que sabem. Querem explicações e justificações para tudo, demonstrando interesse no funcionamento de todos os procedimentos, instrumentos e atividades. Necessitam de saber previamente o que lhes vai acontecer, daí a importância da explicação prévia dos procedimentos (Hockenberry, 2014). Foi isto que prezei que no SU, quer na CESIJ, em que preparava previamente a criança de idade escolar, antes dos procedimentos, para saber o que lhe iria acontecer e tornava-a participante ativa nos procedimentos a executar, para assim aumentar o seu interesse e diminuir a sua ansiedade, por exemplo, na avaliação do peso corporal, permitia-lhes que carregassem no botão ON/OFF da balança. Tentei sempre acalmá-los com explicações prévias, sobretudo antes de procedimentos que os pudessem lesar, tal como na punção venosa, pois a literatura refere que os escolares possuem uma preocupação exagerada com o seu corpo (Hockenberry, 2014). É importante ainda nesta faixa etária, respeitar a sua expressão de dúvidas e emoções, pois apesar de já se conseguirem expressar verbalmente, muitos deles são tímidos e devem ser respeitados para não se sentirem intimidados. Constatei que na CESIJ dos 5 anos, em que apesar de dominarem a linguagem, muitas destas crianças optavam por não falar, embora fossem muito colaborantes em todos os procedimentos e muito comunicativas em casa, porém naquele espaço não se sentiam à vontade e eu respeitava isso. Utilizei o denominado “brincar terapêutico”, como técnica de comunicação, uma vez que, o brincar é a linguagem universal das crianças (Hockenberry, 2014), e isto possibilitou-me a obtenção de informações da criança e ao mesmo tempo o estabelecimento de uma relação empática e de proximidade (Hockenberry, 2014).

Relativamente aos adolescentes, esta foi sem dúvida a faixa etária mais desafiante, com a qual não contactei na CESIJ, mas sim no SU. A literatura refere que em nenhum momento de aproximação é garantida a relação de confiança, mas que estes se encontram mais dispostos a discutir as suas preocupações com um adulto que não seja da família, vendo com agrado a oportunidade de estar a sós com um enfermeiro (Hockenberry, 2014). Prezam a confidencialidade e rejeitam facilmente uma abordagem onde sejam impostos valores contraditórios aos seus (Hockenberry, 2014). Estes foram alguns dos cuidados que tive no SU, onde a afluência de adolescentes era significativa e onde muitas das vezes solicitava a saída dos pais do gabinete de triagem para melhor entrevistar o adolescente.

Em relação aos pais, nos diversos contextos de estágio, senti muitas vezes a necessidade de mostrar que merecia a confiança deles, porque não me conheciam e eu era um elemento novo naquela relação família-enfermeiro. Procurei mostrar sempre assertividade e segurança na informação que transmitia sem incorrer na imposição, sobretudo na CESIJ, onde os pais me questionavam sobre algum hábito do domicílio, mas se mostravam muito renitentes a introduzir modificações. Era importante considerar as sugestões de melhorias ou as alterações, respeitando sempre as suas crenças e a sua disponibilidade em integrá-las. O elogio e o reforço positivo da parentalidade e das suas atitudes tornavam-os melhores aliados e mais seguros, pois um comentário elogioso transmite reforço positivo e dá aos pais maior confiança e abertura para colocarem outras questões ou dúvidas (Hockenberry, 2014). Esforcei-me por **mostrar disponibilidade para ouvir as preocupações dos pais**, a respeito do seu filho, recorrendo à escuta ativa, uma ferramenta útil para identificar problemas, preocupações ou dúvidas e adequar as intervenções de enfermagem.

Ao longo do estágio pude constatar a vivência de sentimentos e emoções de medo, raiva, frustração quer nos pais, quer nas crianças. Procurei em todas as situações **encorajá-los a expressar as suas emoções e necessidades**, a falarem sobre o que sentiam e a esclarecerem as suas dúvidas, mostrando empatia e disponibilidade para os escutar e para os esclarecer de forma clara e objetiva, dentro daquilo que eram as minhas competências, objetivando sempre a sua tranquilização. Em todas estas interações, ressalvo a minha preocupação em **respeitar as crenças e culturas individuais**. Ao longo do estágio contactei com crianças e pais de diferentes culturas, diferentes crenças e diferentes formas de encarar os cuidados saúde e até a parentalidade, cabendo-me o respeito pela visão de cada um e a adequação das intervenções a cada situação, abstenho-me de qualquer juízo de valor. A

prestação de cuidados baseada na compreensão e respeito pelas crenças e influências culturais de cada criança e família é responsabilidade profissional, ética, moral e legal do enfermeiro (Hockenberry, 2014). No SU, foram inúmeras as admissões de pessoas de outros países o que exigiu uma adaptação linguística e muitas das vezes recurso a meios informáticos para proceder à tradução das suas necessidades.

Tive ainda a oportunidade de **aperfeiçoar técnicas de comunicação com a criança/jovem e família, na transmissão de más notícias**. A má notícia é vista como uma informação que causará modificações negativas e intensas numa perspetiva de futuro (Zanon, Cremonese, Ribeiro, Padoin, & Paula, 2020). A transmissão de más notícias é um processo complexo e que por isso deve envolver uma equipa multidisciplinar treinada. A eficácia deste processo de comunicação depende muitas das vezes do vínculo entre os envolvidos, havendo a sugestão de que seja a equipa que acompanha há mais tempo a criança a comunicar esta notícia aos pais (Zanon, Cremonese, Ribeiro, Padoin, & Paula, 2020).

O regulamento de competências específicas do enfermeiro EESIP prevê que o EEESIP cuide da criança e da família em situações de grande complexidade (Regulamento nº422/2018, 2018), onde se enquadra a comunicação de más notícias. É expectável que um EEESIP desenvolva competências nesta área o que exige treino e uma preparação prévia. Torna-se importante que a abordagem a estas famílias decorra num espaço propício à comunicação, onde se possa determinar aquilo que os pais sabem, ou não sabem, mas querem saber (Ethier, 2014) e só assim selecionar a informação a transmitir de maneira a comunicar de forma honesta, empática, objetiva e gradativa (Zanon, Cremonese, Ribeiro, Padoin, & Paula, 2020). Na neonatologia, tive a possibilidade de assistir à comunicação de uma má notícia, a uma família com um RNPT submetido a uma cirurgia abdominal para remoção de parte do intestino, o que implicaria futuramente a alimentação via parentérica e ainda, uma ostomia de eliminação. Percebi que nesta comunicação a equipa multidisciplinar se baseou no estruturado Modelo de Comunicação de Más Notícias (SPIKES), tendo a sensibilidade de comunicar esta notícia num espaço calmo e silencioso criado para isto. Durante todo este processo é importante que o enfermeiro esteja preparado para a expressão de sentimentos como choro, raiva, entre outros (Ethier, 2014), o que acabou por acontecer, assim que a equipa médica saiu e eu, e a EEESIP, permanecemos juntos dos pais num papel de escuta ativa e de silêncio dando espaço à manifestação de sentimentos. Foi sem dúvida um episódio difícil em que senti que necessito ainda de treino e investimento para aquisição de conhecimento e robustez emocional nesta área.

Em suma, ao longo do estágio, foi possível aplicar e aperfeiçoar estratégias de comunicação com a criança e com a família respeitando a sua individualidade, as suas necessidades, crenças e cultura. Consegui fortalecer estratégias de comunicação para cada faixa etária, adequadas a cada estadio desenvolvimental o que influenciou o sucesso das minhas intervenções, sobretudo nas consultas de SIJ e no contexto de SU.

### **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 perspectiva académica avançada;
- Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da sua área de especialização.

### **Objetivos:**

- Desenvolver competências especializadas de enfermagem à criança e família perante situações de especial complexidade de saúde: crianças em situação de urgência/emergência e recém-nascido prematuro.

### **Reflexão Crítica:**

A imprevisibilidade inerente ao contexto do SU, bem como à UCIN conferem-lhe por si só uma complexidade que não encontro presente em mais nenhum contexto. Nestes contextos era necessária a rápida intervenção dos enfermeiros com respostas eficazes, dependendo muitas vezes desta eficácia a vida de uma criança. Lidar diariamente com este stress e imprevisibilidade é de facto algo que exige treino, conhecimentos e habilidades. O regulamento de competências do enfermeiro EESIP refere que cabe ao EEESIP cuidar da criança/jovem e família em situações de especial complexidade (Regulamento nº422/2018, 2018) e estes contextos são o exemplo disso.

Nestes contextos o EEESIP desenvolve inúmeras atividades cujo objetivo é identificar rapidamente situações de instabilidade clínica e prestar uma rápida resposta, que é o que se pretende, por exemplo, na triagem do SU. A triagem surge da necessidade de

estabelecer prioridades de atendimento, providenciando uma resposta eficiente de acordo com cada situação clínica (Gomes, Trindade, Vaz, & Trigo, 2019). Aqui, é suposto que o EEESIP em pouco mais de 10 minutos seja capaz de fazer uma avaliação padronizada e completa da criança e lhe atribua não um diagnóstico, mas sim um nível de gravidade e, conseqüentemente, o tempo e tipo de resposta necessária. O sistema de triagem em idade pediátrica deve ter em conta a especificidade da criança, independentemente do nível de urgência em que seja praticado (DGS, 2018). São estes algoritmos clínicos que permitem uma uniformização de procedimentos e tomadas de decisão robustas, que permitem ao EEESIP do SU, no meio de uma enorme afluência diária, a capacidade de atuação estabelecida por prioridades e um encaminhamento precoce da criança, garantindo cuidados ajustados às suas necessidades, de maior qualidade e segurança (DGS, 2018). A triagem é assim essencial ao funcionamento do SU e a sua ausência seria certamente um obstáculo ao adequado funcionamento do mesmo (DGS, 2018).

Tive oportunidade de **participar e realizar triagem de acordo com a *Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale (CPTAS)***. A triagem é de facto um exercício muito próprio e complexo que alia eficácia e rapidez numa resposta objetiva em tempo imediato e devido à complexidade que este processo envolve, os enfermeiros que a fazem devem ser EEESIP e/ou estarem no mínimo no serviço há 3 anos, sendo que, preferencialmente, nos primeiros seis meses de triagem, fazem-na acompanhados por um elemento experiente, o chamado enfermeiro triador.

No SU a escala usada na triagem era a *Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale (CPTAS)*. Esta escala foi desenvolvida em 1997 e adaptada, em 2002 e tem como objetivo definir de forma precisa das necessidades das crianças em relação ao tempo, determinando o nível de urgência, os recursos necessários e o desempenho em relação aos objetivos operacionais (DGS, 2018). É uma escala com cinco níveis de prioridade que avalia a criança em três passos: primeiramente através de uma impressão inicial da gravidade clínica avaliada pelo triângulo de avaliação pediátrica, onde apenas através daquilo que vemos e ouvimos avaliamos a aparência-circulação-respiração da criança, só posteriormente se passa ao nível seguinte da avaliação da queixa/motivo de consulta, onde já ouvimos as queixas da criança e da família e, só no fim, procedemos à avaliação dos sinais vitais (frequência cardíaca; frequência respiratória; temperatura; saturação de oxigénio; nível de consciência) tendo em conta a idade e os fatores de risco associados e considerando a dor como critério preponderante na atribuição de prioridade (DGS, 2018). As prioridades dividem-se em níveis

associados a cores: nível 1- emergente (cor vermelha) = 0 minutos de espera; nível 2-muito urgente (cor laranja) = 15 minutos de espera; nível 3-urgente (cor amarela) = 30 minutos de espera; nível 4-pouco urgente (cor verde) = 1 hora de espera e, por fim, nível 5-não urgente (cor azul) = 2 horas de espera (DGS, 2018). Estes tempos de espera seriam os ideais, porém, o que verifiquei no SU, é que dada a elevada procura dos serviços, os tempos de espera aumentavam, muitas vezes para o dobro ou o triplo do preconizado. Esta escala tem como particularidade o facto de permitir a “retriagem”, ou seja, uma reavaliação das crianças caso estas não tenham sido chamadas para observação médica nestes *timings* convencionados. Na retriagem procede-se a nova avaliação da criança e a única imposição é de que nesta reavaliação o enfermeiro não pode baixar o nível de gravidade primeiramente atribuído.

Tive oportunidade de **observar e realizar, com supervisão, a triagem de cerca de 200 crianças**. A triagem assegurada por enfermeiros aumenta a humanização do acolhimento daquela criança e família, possibilitando o estabelecimento de uma relação terapêutica e empática de modo a diminuir os seus sentimentos de ansiedade, agressividade ou impaciência (Vaz & Trigo, 2020). Exige-se ao EEESIP o desenvolvimento de competências eficazes num contexto muitas vezes caótico como o SU (Gomes, Trindade, Vaz, & Trigo, 2019), competências tais como: capacidade de organização para tomar decisões rápidas através da entrevista e da observação; possuir destreza e dinamismo (Vaz & Trigo, 2020), bem como, conhecimentos teóricos, que lhe possibilitem um olhar crítico, atento e eficaz para uma avaliação assertiva dos sinais e sintomas, conduzindo a uma recolha de informações preponderantes para o estabelecimento de uma prioridade e o domínio de competências comunicacionais, adequando a linguagem e direcionando as suas questões de forma assertiva ao mesmo tempo que transmite calma e mostra interesse pelas preocupações dos pais (Gomes, Trindade, Vaz, & Trigo, 2019) é também uma das competências exigidas. O papel do enfermeiro na triagem passa também pela agilização de recursos (para que local encaminha a criança), dar início protocolos de tratamento/medidas de auxílio primárias (tais como administração de medicação, no caso de dor ou febre) e ainda autonomia para reavaliar a criança e documentar em local próprio a sua tomada de decisão (Vaz & Trigo, 2020).

Foi-me difícil toda a gestão implícita no processo de triagem, dominar a capacidade de me abstrair das longas filas de espera e do barulho do SU e focar-me naquilo que os meus olhos viam no primeiro impacto em que a criança me entrava no gabinete, para seleccionar logo o meu foco de atenção, ao mesmo tempo que ia ouvindo o discurso dos pais e da criança. Por vezes, em todo este processo a ansiedade e, por vezes, a agressividade dos pais por não

compreenderem o processo de atribuição de prioridades era uma constante. Não houve um único dia na triagem em que as minhas intervenções não incidissem, em explicar aos pais quais os critérios, de forma simples, para a atribuição daquela prioridade ao seu filho e que esta atribuição estava relacionada com a gravidade e não com o tempo de chegada, bem como o processo de avaliação médica posterior, seria feito de acordo com a cor de triagem e não com o tempo de espera. Tentei ainda tranquilizá-los dizendo que se o tempo máximo limite para a observação da criança fosse atingido, seria realizada uma “retriagem”, sobretudo, sempre que notassem um agravamento do quadro clínico da criança.

A maioria dos focos que identifiquei durante este período na triagem foram a febre, dificuldade respiratória, vômitos e/ou diarreia, traumatismos e dor ou inflamação de uma extremidade. Algumas situações, não se revelavam verdadeiras urgências, como o caso de um adolescente com dor na extremidade de um dedo da mão, com evolução de uma semana, sem rubor ou edema, mas que decidi, juntamente com os pais, recorrer à urgência numa sexta-feira à noite. Outro exemplo, foi o de uma criança em idade escolar, com um pico febril há menos de 4 horas, em que os pais o trouxeram ao SU sem lhe terem voltado a avaliar a temperatura ou a dar medicação antipirética, recomendada pelo pediatra, afirmando não o ter feito pois consideravam que quanto mais elevada fosse a temperatura do filho, maior seria o nível de prioridade atribuída e que por isso esperaria menos tempo até ser atendido. Ora, isto denota desconhecimento acerca do processo de triagem. Muitas destas ocorrências são as chamadas “falsas urgências”, um tema muito abordado entre mim e a minha tutora, dada a minha estupefação com certos casos, com os quais a minha tutora dizia ser o “dia-a-dia do SU”. Foram registados mais de 300 episódios de urgência em 24 horas, um indicativo de que os serviços de primeira linha, os CSP, não estão a conseguir dar resposta.

Um estudo realizado em 2016, revela que o recurso inadequado ao SU por situações não urgentes é frequente e acarreta uma pior prestação de cuidados às situações verdadeiramente urgentes, insatisfação das crianças e famílias, dos profissionais e denota a insuficiência de recursos humanos (Freitas, Moreira, Tomé, & Cardoso, 2016). Este estudo vai mais longe e confirma aquilo que eu e a minha tutora concluímos na nossa discussão e análise da prática, de que o reconhecimento de situações clínicas que justifiquem o recurso ao SU não parece relacionado com habilitações literárias parentais, sendo que muitas das “falsas urgências” eram decorrentes de pais com grau académico superior à licenciatura (Freitas, Moreira, Tomé, & Cardoso, 2016). Esta falta de noção na avaliação entre uma situação de doença grave e uma de baixa gravidade denota falta de literacia em saúde pela

população geral. Este estudo termina dizendo que talvez através da educação para a saúde e da consciencialização da população, pudesse existir uma redução nas idas não urgentes ao SU (Freitas, Moreira, Tomé, & Cardoso, 2016). Estas foram também as conclusões a que cheguei com a minha tutora. Talvez um reforço da educação para a saúde quer nas CESIJ, quer em contexto de saúde escolar, para aos poucos se irem mudando mentalidades.

Na neonatologia, as situações complexas e de grande imprevisibilidade são uma constante, sobretudo na UCIN, onde me foi proporcionada a **oportunidade de prestar cuidados a RNPT**. Nesta aprendizagem, até a adaptação a trabalhar num espaço tão restrito como a incubadora, repleta de tantos recursos tecnológicos e materiais, foi um desafio para mim. No entanto, o grande desafio foi a manipulação dos RNPT dada a sua fragilidade e instabilidade. Apesar da sua fragilidade, este é um ser complexo e competente, recetivo e reativo à estimulação sensorial, social e ambiental da qual se tenta proteger e regular o seu limiar de ação resposta (Santos A. , 2011). O RNPT designa-se todo o bebé que nasce vivo antes das 37 semanas completas de gestação (Ramos, Vilaça, & Mendes, 2020). A imaturidade neurofisiológica deste RNPT manifesta-se muitas das vezes na sua vulnerabilidade e suscetibilidade aumentada aos estímulos ambientais, tais como: a luz, o som, a atividade, entre outros. O RNPT não está capacitado para lidar com esta multiplicidade de estímulos e percebe-os como sendo hiperestimulação (Ramos, Vilaça, & Mendes, 2020). Deste modo, é importante o desenvolvimento de estratégias neuroprotetoras, fornecendo apenas os estímulos necessários e adequados à continuação do seu desenvolvimento harmonioso. Dada a sensibilidade dos RNPT, houve ao longo do tempo, a preocupação de tornar as UCIN ambientes favoráveis ao seu desenvolvimento harmonioso, onde existe um modelo de cuidados centrado na família e no apoio ao seu desenvolvimento, bem como uma relação privilegiada entre os profissionais e a família os responsáveis por promoverem a relação entre mãe/pai-bebé (Ramos, Vilaça, & Mendes, 2020). Este ambiente foi sem dúvida aquele que encontrei no serviço de neonatologia. Um serviço com controladores de ruído, com luminosidade controlada, sobretudo junto das incubadoras, onde a luz da “boxe” permanecia apagada e muitas das vezes a própria incubadora tinha uma capa protetora da luminosidade e os movimentos eram o mais controlados e suaves possíveis, sobretudo junto da incubadora e nos cuidados ao RNPT.

Com estes avanços na investigação sobre prematuros, surgiu o modelo de cuidados criado pela Dr<sup>a</sup> Heidelise Als, no início dos anos 80, atualmente conhecido como uma filosofia na prestação de cuidados na UCIN, o *Newborn Individualized Developmental Care*

*and Assessment Program* (NIDCAP). Este programa tem desde 2015 um centro de formação NIDCAP em Portugal, com o intuito de garantir a formação não só dos profissionais do serviço onde estava implementado o projeto, mas também de outros serviços de neonatologia, em Portugal e outros países de língua portuguesa. **Tive a oportunidade de prestar cuidados ao RNPT com base na filosofia NIDCAP**, sendo que no serviço onde estagiei pelo menos 10 enfermeiras tinham participado neste centro de formação e uma delas era formadora certificado pelo NIDCAP. Este é um programa que preconiza uma forma de cuidados holística, centrada no RN e na família que, por ser individualizado, não cumpre um protocolo, mas segue antes linhas de orientação que devem ser adequadas a cada RN em determinado momento, tendo sido desenvolvido com o intuito de diminuir a discrepância entre a imaturidade do cérebro do RNPT e a experiência que vivencia no serviço de neonatologia, promovendo por outro lado experiências que favoreçam o desenvolvimento do cérebro e por sua vez resultados mais positivos a médio e longo prazo (Santos A. , 2011). Apesar das fragilidades, foi-me ensinado que o RNPT deve ser visto como um colaborador ativo no cuidado que lhe é prestado onde a prestação dos cuidados passa para um plano colaborativo e baseado no relacionamento entre o RN e a família, que estão sintonizados e participam ativa e mutuamente no desenvolvimento um do outro (Santos A. , 2011).

Neste modelo, as funções fisiológicas e comportamentais dependem da interação de subsistemas como: o autónomo; o motor; a organização de estados; a atenção/interação e o autorregulador. Qualquer estímulo, até o abrir da porta da incubadora, é o suficiente para desencadear uma alteração nestes subsistemas, sendo que neste último essas alterações são evidenciadas por sinais de stresse que se podem repercutir através de alterações fisiológicas (variações da frequência cardíaca, saturações de oxigénio), apneia; mudança de cor; soluços, entre outras (Ramos, Vilaça, & Mendes, 2020). A palavra-chave passa a ser a organização do RN, que reflete a sua habilidade em estabelecer um nível de funcionamento harmonioso entre os sistemas fisiológicos e comportamentais, onde a criança procura continuamente a co-regulação disponível (Santos A. , 2011). A prestação de cuidados de acordo com esta filosofia é baseada em critérios chave, como a: coordenação; avaliação; meio ambiente tranquilo; consistência no cuidar/cuidados colaborativos; agrupamento de cuidados/estruturar às 24 horas; posicionamento adequado; oportunidades para contacto pele-a-pele, entre outros (Santos A. , 2011). Estes critérios eram meticulosamente cumpridos pela equipa. Os cuidados eram agrupados e planeados de maneira a perturbar o mínimo possível o sono do RN; dava-se preferência aos posicionamentos laterais e sempre colocados

em estruturados chamados “ninhos” com limites superiores e inferiores para facilitar a sua co-regulação; todos os cuidados eram prestados em parceria, enfermeiro-mãe/pai, e era favorecido, nos bebês clinicamente estáveis o contacto pele-a-pele.

No serviço partilhava-se a máxima de que apesar de os RNPT estarem numa UCIN os pais eram sempre os melhores cuidadores dos seus filhos (Ramos, Vilaça, & Mendes, 2020) daí a preocupação em envolvê-los nos cuidados, tendo em consideração as suas experiências e vivências, respeitando-as e valorizando-as como contributos importantes para a prestação de cuidados ao seu filho.

Neste serviço, pude **colaborar na prestação de cuidados ao RNPT com ventilação invasiva e não invasiva**. Na UCIN alguns RNPT necessitavam de suporte ventilatório invasivo (ventilados), outros com *Continuous Positive Airway Pressure* (CPAP), com todas as intervenções que estas condições implicam, desde verificação diária e cuidados à pele a fim de prevenir úlceras por pressão. Tive ainda oportunidade de presenciar a entubação endotraqueal e, por outro lado a passagem de ventilação invasiva para não invasiva, bem como outros procedimentos, como colocação de cateteres epicutâneos, punção venosa, aspiração de secreções, entubação nasogástrica, entre outros. **Desenvolvi habilidades na assistência ao RN em situação de emergência e necessidade de reanimação**. No primeiro dia, assisti a uma descompensação de um RN que necessitou de passar de ventilação espontânea a ventilação invasiva e, passados dois dias, assisti a uma situação de periparagem em que foram necessárias executar manobras de SBV e, posteriormente, proceder à entubação endotraqueal do mesmo.

São imensas as intervenções realizadas ao longo de 24 horas numa UCIN. Não as conseguiria aqui descrever na totalidade, mas quero aqui realçar além destas experiências que anteriormente relatei, os cuidados que a equipa tinha com a pele do RN; com o seu conforto e posicionamentos; com o controlo da temperatura corporal; com a limpeza das vias aéreas e com a distensão abdominal. Os RNPT têm uma elevada fragilidade cutânea e, de maneira evitar lesões cutâneas, todos os cuidados eram necessários, desde a alternância diária do sensor de oximetria e de temperatura; o cuidado com as narinas, sobretudo dos RN com máscaras ou *prongs* de CPAP, sendo estes trocados diariamente e a pele protegida com um spray cutâneo. Aquando destes cuidados à pele, era também mantida a permeabilidade da via aérea através da aspiração de secreções ou da permeabilização das narinas com soro fisiológico. Este momento era também aproveitado para vigiar e palpar o abdómen, com monitorização do perímetro abdominal, uma vez por turno, a fim de vigiar quer a distensão

abdominal (causada pela ventilação invasiva), quer o risco de enterocolite. A temperatura do RN, também é outro aspeto de extrema importância. Através dos sensores de temperatura, normalmente aplicados junto à axila do RN, a incubadora consegue detetar o calor deste e adequar a temperatura e humidade ambiente (dentro da incubadora), atingindo os valores parametrizados pelo enfermeiro, evitando variações bruscas de temperatura. Sempre que me ausentava de junto da incubadora, no fim de qualquer procedimento, um dos grandes cuidados a ter era o conforto do RN. O seu posicionamento, o esticar dos lençóis mantendo-os isentos de pregas que possam macerar a pele do RN; o refazer dos limites do “ninho”, bem como a proteção do RN quer da luz, quer do som, mantendo as portas da incubadora sempre fechadas e, no caso de RNPT, a própria incubadora também fechada para um melhor controlo térmico com uma cobertura sobre a incubadora para proteção da luz. Saliento que todos estes cuidados eram prestados, sempre que possível com a parceria da família de maneira a também eles ficarem sensíveis a estas particularidades do seu filho prematuro.

Em suma, julgo ter sido capaz de demonstrar competência na resposta a situações complexas e com elevado grau de imprevisibilidade com que me deparei ao longo do estágio. Todas estas situações permitiram-me refletir e procurar respostas na literatura sobre muitos temas que até ao momento me eram desconhecidos, como a escala usada na triagem ou a filosofia NIDCAP com a qual nunca tinha contactado anteriormente.

### **Objetivo:**

- Desenvolver e implementar estratégias na gestão e controlo da dor do RN/criança/adolescente.

### **Reflexão Crítica:**

A dor pode ser considerada um fenómeno complexo e multidimensional com uma componente fisiológica, sensorial, afetiva, cognitiva, comportamental e sociocultural (Batalha, 2016).

A avaliação da dor é uma atividade que faz parte das funções e obrigações dos profissionais de saúde por ser indispensável à excelência dos cuidados de saúde aliás, sendo a dor o 5º sinal vital, a sua avaliação e registo sistemático faz parte da boa prática dos serviços de saúde, independentemente do seu contexto (DGS, 2003). Sendo esta um fenómeno complexo, quando aplicado à pediatria ainda mais complexo se torna, uma vez que, a dor

expressa-se de formas diferentes por influência de vários fatores de diferente natureza, tais como: fatores desenvolvimentais (idade, nível de desenvolvimento da criança), individuais (temperamento, limiar da dor), familiares (modelos de reação à dor, fatores educacionais), contextuais (eventual separação dos pais/ substitutos, ambiente estranho ou ameaçador) e socioculturais (crenças, religião, etc.) (Fonseca & Santos, 2006).

Sendo a dor uma experiência única, individual, determinada pelas experiências pessoais anteriores, pelo significado da situação particular e padronizada por modelos e valores culturais (Batalha, 2016), avaliá-la constitui-se uma tarefa árdua. A avaliação da dor na criança apresenta desafios únicos. Se a identificação de dor numa criança com capacidade de comunicação verbal já é difícil, maior dificuldade se acrescenta na criança sem esta capacidade (a criança pré-verbal), em que a sua identificação só se torna possível através de medidas fisiológicas e/ou comportamentais, o que a torna ainda mais vulnerável e dependente de uma avaliação subjetiva de quem dela cuida (Batalha, 2016). Esta foi claramente uma dificuldade experienciada por mim no estágio, sobretudo na neonatologia, em que tive necessidade de **avaliar a dor, não só através da aplicabilidade de escalas**, mas através da interpretação das mudanças fisiológicas (coloração da pele; sinais vitais; entre outros) e da observação comportamental do RNPT (hiperextensão; soluços; bocejos). Uma dor não identificada não pode ser tratada e a sua não quantificação impede a avaliação das necessidades de intervenção ou a eficácia dos tratamentos (Batalha, 2016). A dor não tratada, para além de ser geradora de angústia para a família, prolonga a resposta de stresse da criança, afeta negativamente a sua recuperação podendo ter consequências a nível fisiológico, psicossocial e comportamental, resultando numa perda significativa de qualidade de vida e efeitos que se podem prolongar no tempo (Batalha, 2016; Jacob, 2014).

Durante muitos anos, a dor em pediatria foi subavaliada e subtratada, sendo que alguma literatura ainda hoje defende esta ideia. Sendo o enfermeiro o profissional de saúde que permanece mais tempo junto da criança e família com dor, tem a oportunidade e a responsabilidade de contribuir para o conforto e alívio da sua dor, através das suas ações autónomas e /ou interdependentes. O regulamento de competências do EEESIP define que o EEESIP deve fazer a gestão da dor e do bem-estar da criança/jovem, através gestão das medidas farmacológicas e não farmacológicas no alívio da dor, contribuindo para a saúde e o bem-estar físico, psicossocial e espiritual da criança/jovem (Regulamento nº422/2018, 2018). Durante o estágio deparei-me sobretudo com dois tipos de dor: dor aguda e dor crónica/persistente. Ambas com difícil diagnóstico e difícil seleção de estratégias a adotar.

Para que as intervenções fossem adequadas à necessidade de cada criança/jovem e família foi necessário, através de uma comunicação clara entre todos, **interpretar e construir a história da dor**. A história da dor deve ser realizada logo que possível e consiste na colheita de informação que permita orientar a avaliação e o controlo da dor utilizando todas as fontes de informação documentais disponíveis, aliada à observação e entrevista dos pais e da criança a partir dos 3 anos (DGS, 2010). Nesta história da dor questionei sobre: as características da dor (localização, intensidade, qualidade, duração, frequência e sintomas associados); fatores de alívio e de agravamento; qual o uso e efeito de medidas farmacológicas e não farmacológicas; quais as formas habituais de comunicar /expressar a dor; entre outras informações relevantes (DGS, 2010). Esta foi uma das minhas prioridades aquando do primeiro contacto com a criança/jovem e sua família, realizar com o apoio de todos os envolvidos a história de dor, através de técnicas comunicacionais adaptadas às necessidades de cada um e de forma calma, clara e objetiva.

O controlo eficaz da dor é um direito da criança/jovem que sofre e dever do profissional de saúde que a assiste (DGS, 2003). A sua avaliação e registo da intensidade, deve ser feita de forma regular e sistemática a todas as crianças/jovens desde o primeiro contacto, devendo ser registada e avaliada de acordo com a condição clínica, depois de cada intervenção dolorosa, perante sinais sugestivos de dor ou alteração de sinais vitais (Batalha, 2016). No caso da criança/jovem hospitalizado a avaliação deve ser feita, pelo menos, uma vez em cada turno de trabalho (8 em 8 horas, no mínimo), sempre que possível com a aplicação da mesma escala em vários momentos para ser possível usar como dado comparativo nos diferentes momentos (DGS, 2010). Existem pelo menos três métodos de avaliação da dor: o autorrelato, em que a criança/jovem nos fala da sua dor e este deve ser o método preferencial, sempre que possível; a heteroavaliação, em que a dor é avaliada por terceiros (pais, enfermeiro, médico) e, por fim, os métodos fisiológicos, onde se identificam as respostas fisiológicas de dor (Fernandes A. , 2020), como as variações da frequência cardíaca, saturações de oxigénio ou variação do tónus muscular, entre outras. Para uma quantificação da intensidade da dor desenvolveram-se escalas que medem a variabilidade das respostas (verbais e não verbais) à dor. Apesar de ainda não existir uma estratégia única para avaliar a dor em todas as situações, existem escalas validadas e com utilidade clínica (Batalha, 2016), sendo que a escolha destas deve sempre respeitar: o tipo de dor; a idade da criança/jovem e a sua condição clínica (Fernandes A. , 2020).

Existem inúmeras escalas para avaliação de dor, quer através do autorrelato quer por heteroavaliação. No estágio, **utilizei diferentes escalas de avaliação de dor**, sendo que dei preferência, sempre que possível às escalas de avaliação por autorrelato, sobretudo no SU e na CESIJ. As escalas mais usadas foram a escala numérica (a partir dos 6 anos) ou a escala de faces *Wong-Baker* (a partir dos 6 anos) (DGS, 2010), em que eram os próprios a avaliar a sua dor situando-a de 0 a 10 (escala numérica) e administrava medicação quando o *score* > a 3; por sua vez a escala de faces em que apresentava uma régua com 5 faces à criança e esta escolhia a face que mais se identificava com a sua dor no momento. No entanto, posso dizer que sobretudo na última escala senti a necessidade de explicar várias vezes o significado de cada face da escala durante a escolha da criança, pois senti que estas muitas vezes preferiam as extremidades da escala pela expressão facial que esta continha (sorriso ou face de choro). Esta dificuldade vem referenciada também na literatura e a minha estratégia de complementar a minha avaliação foi através da história de dor, previamente elaborada e através da observação comportamental da criança e da avaliação fisiológica. Considero que com estes três complementos a avaliação da dor adquiriu robustez.

No SU e na CESIJ tive necessidade de recorrer também a escalas de heteroavaliação, sendo que as que mais utilizei foram a: FLACC (*Face, Legs, Activity, Cry, Consolability*), sobretudo em crianças com menos de 4 anos e sem capacidade verbal de se expressarem e a FLACC-R (*Face, Legs, Activity, Cry, Consolability – Revised*), para crianças com multideficiências e défice cognitivo (Batalha, 2016). Selecionei a FLACC porque agregava indicadores de expressão facial, movimento das pernas, atividade, choro e consolabilidade, em que cada um é medido de zero a dois pontos, perfazendo uma pontuação total da que varia entre zero e dez pontos, o que facilita a comparação com escalas de autoavaliação e porque é de uso prático e rápido, tal como era exigido, sobretudo no SU. Utilizei ainda a FLACC-R, por esta apresentar uma descrição mais pormenorizada dos descritores e incorporar, comportamentos específicos de dor de crianças com multideficiência e défice cognitivo, obtendo uma pontuação final também ela situada de 0 a 10.

No SU a dor é um dos sinais vitais monitorizados logo na triagem e que exige uma avaliação rápida e eficaz. Neste momento eram instituídas medidas de alívio de dor moderada ou forte, porém, o que fui observando é que as medidas farmacológicas foram sem dúvida as mais instituídas e pouco, ou nenhuma vez, incentivado o uso de medidas não farmacológicas, mesmo durante procedimentos mais invasivos na sala de enfermagem. A minha postura no SU, foi sempre que possível, **complementar os dois tipos de medidas e**

**incentivar e sensibilizar a equipa para o mesmo.** Considero que as medidas não farmacológicas são medidas passíveis de serem usadas em todos os contextos e foi na sua implementação que me esforcei. Numa iniciativa da Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica surgiu O «Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança» que agrega orientações científicas nacionais e internacionais dotadas de grande rigor e humanismo (Ordem dos Enfermeiros, 2013), tendo sido neste guia que baseei as minhas intervenções de gestão de dor com medidas não farmacológicas, a fim de dar visibilidade ao EESIP, mostrando que somos capazes de mais do que a aplicabilidade de medidas farmacológicas na gestão da dor. Assim, em função do estágio de desenvolvimento e da própria condição clínica da criança, **apliquei diferentes estratégias não farmacológicas da dor**, conforme recomendado pela DGS (2012) e Ordem dos Enfermeiros (2013): técnicas comportamentais – como o reforço positivo, elogiando a criança e, por exemplo, no fim de um procedimento, atribuindo-lhe como prémio autocolantes (mais a nível da USF); técnicas cognitivas – nomeadamente através de informação preparatória; e ainda técnicas cognitivo comportamentais – como a distração e a modelação, usando bonecos para demonstração de uma dada intervenção. Nos bebés, utilizei a sucção não nutritiva (uso da chupeta), bem como o uso da sacarose a 24%, o colo e/ou aconchego com contenção. Sempre que benéfico, sobretudo em caso de traumatismo a aplicação de frio ou de calor, foram também estratégias utilizadas por mim. Estes foram sem dúvida, a meu ver, medidas não farmacológicas implementadas por mim no SU, práticas e fáceis de serem utilizadas por toda a equipa. Já no contexto se USF, sobretudo nas CESIJ em que o procedimento mais doloroso de enfermagem era a vacinação, além das medidas não farmacológicas enumeradas anteriormente (com exceção da sacarose, não disponível aqui), incentivei a amamentação durante o procedimento, por este ser um espaço mais calmo e com maior privacidade comparativamente ao SU.

Na neonatologia a avaliação da dor adquire grande complexidade. A escala adotada no serviço para avaliação da dor era a EDIN (*Échelle Douleur Inconfort Nouveau-Né*). Esta escala foi desenvolvida a partir dos indicadores comportamentais considerados mais pertinentes para avaliar a dor dos RN (prematuros e de termo) ventilados e não ventilados em Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN). É uma escala unidimensional comportamental que inclui cinco indicadores: expressão facial, movimentos corporais, qualidade do sono, qualidade de interação (sociabilidade) e reconforto (consolabilidade). Cada indicador é medido numa escala de zero a três pontos, perfazendo no total uma

pontuação mínima de zero e um máximo de quinze pontos. Para um valor  $\geq 5$ , recomendava-se uma intervenção terapêutica farmacológica para alívio da dor (Batalha, 2016). Apesar de ter considerado esta uma escala prática para avaliação da dor aguda nos RNPT na UCIN, abordei este assunto com a minha tutora e considerei uma escala limitadora por não incluir componentes fisiológicos do RNPT, como contempla, por exemplo, a escala PIPP (*Premature Infant Pain Profile*). A meu ver, esta era a escala mais completa por contemplar indicadores fisiológicos, comportamentais e contextuais, tais como: a frequência cardíaca, a saturação de oxigénio, o tempo de permanência com a testa franzida, olhos fechados e com sulco nasolabial, estado de alerta e idade gestacional até à data (Batalha, 2016).

No serviço, existia a preocupação da utilização das medidas não farmacológicas no controlo e gestão da dor do RNPT, através do controlo ambiental (ruído, luz, temperatura ambiente); agrupamento de cuidados, respeitando os ciclos de sono; o uso da sucção não nutritiva; o uso de sacarose a 24%; o uso de algumas gotas de leite materno, quando possível; o ajuste do posicionamento; a contenção; o toque e até o contacto pele-com-pele (método canguru), quando possível (DGS, 2012; Ordem dos Enfermeiros, 2013; Jacob, 2014; Batalha, 2016). Este era um lema partilhado por toda a equipa em que nenhum procedimento que se previsse doloroso fosse iniciado sem a aplicação de uma medida não farmacológica ou, muitas das vezes, um complemento entre ambas, por exemplo, era muito comum nas punções lombares a administração de morfina (medida farmacológica) e a contenção e o toque (medida não farmacológica). Tentei sempre **respeitar o uso de medidas não farmacológicas antes dos procedimentos invasivos**, não avançando para nenhum procedimento, nem mesmo o posicionamento, sem antes aplicar a contenção ou providenciando a sucção não nutritiva de maneira a garantir sempre o conforto do RN. A minha intervenção passou também pelos ensinamentos aos pais sobre o benefício das medidas não farmacológicas que os mesmos poderiam usar no controlo e gestão da dor dos seus filhos.

Em suma, considero que no estágio consegui desenvolver competências no âmbito da gestão e controlo da dor que, apesar de ser uma temática muito estudada e aprofundada, ainda é um tema onde é notória a existência de alguma dificuldade no que toca à sua avaliação, pelo facto desta ser uma experiência multidimensional e unipessoal, nem sempre fácil de ser descrita e avaliada.

### **Objetivo:**

- Compreender o impacto da doença crónica na criança/jovem e família.

## Reflexão Crítica:

Não estaria completa a minha reflexão neste relatório sem abordar, de modo sucinto a doença crónica na criança/jovem e família, sobretudo o seu diagnóstico. Sem dúvida que é evidente o aumento crescente das patologias crónicas de diversas etiologias em Portugal. Um diagnóstico de doença crónica ou incapacitante, numa criança ou num jovem, acarreta múltiplos desafios inerentes às necessidades em saúde e à gestão da sua condição de saúde (Charepe, 2020). Posso dizer que diariamente, sobretudo no SU, me deparei com crianças/jovens com agudização da sua doença crónica ou então com o diagnóstico de uma doença crónica (Doença de Chron, Colite Ulcerosa, entre outras). Crianças e/ou jovens com este diagnóstico são os que têm ou estão em maior risco de alterações ao nível do desenvolvimento físico, comportamental ou emocional (Charepe, 2020), sendo por isso que o regulamento de competências do EEESIP, prevê que se promova a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica (Regulamento nº422/2018, 2018).

É certo que no que respeita às crianças/jovens a adaptação à doença crónica está invariavelmente dependente da adaptação parental. Quer isto dizer que os pais, bem como a família alargada, influenciarão através dos seus modelos comportamentais de ajustamento e posterior adaptação, a forma como estas crianças/jovens expressam e interpretam as suas emoções e medos face ao desconhecido da sintomatologia, efeitos adversos da terapêutica ou a necessidade de futuros procedimentos mais invasivos (Charepe, 2020). Cabe aos enfermeiros, muitas das vezes a primeira intervenção junto destas crianças/jovens e famílias quando acabam de receber o diagnóstico de doença crónica ou então o seu seguimento, por exemplo em consultas de SIJ. A situação de diagnóstico (provável ou confirmado) de doença crónica foi uma realidade no SU. A minha postura foi sempre primeiramente **promover a escuta ativa dando espaço à expressão de dúvidas e emoções**, tentando perceber o que já conheciam daquela doença ou aquilo que queriam saber sobre ela e de doseamento de toda a informação dada. As intervenções educativas e psicossociais, de maneira a facilitar a relação com a equipa de saúde (Charepe, 2020) são vistas como uma mais valia, assim como, numa fase posterior, talvez já numa fase de internamento ou de acompanhamento em consulta de SIJ a divulgação de suportes comunitários de apoio, bem como a fomentação do *empowerment* dos pais, pois os pais são os prestadores de cuidados essenciais para gerir o impacto da doença crónica na criança/jovem (Charepe, 2020). Assim, uma das minhas estratégias foi **empoderar os pais e as crianças/jovens de conhecimento acerca da doença**

tentando que esta fosse uma estratégia facilitadora da adaptação da criança/jovem à situação de doença.

Na doença crónica, o EEESIP procura ainda melhorar as respostas adaptativas do binómio, nas diferentes dimensões afetadas. Nos jovens em particular o ensino acerca da autogestão da doença crónica, a promoção da resiliência e a promoção da esperança são intervenções de enfermagem fundamentais para o sucesso da adaptação (Charepe, 2020). São estes comportamentos efetivos de autogestão que previnem algumas das idas ao SU. As crianças que lá apareceram por agudização da sua situação de doença, tinham da minha parte uma intervenção mais no âmbito reflexivo em **tentar perceber junto da criança/jovem e família o que é que despoletou aquele episódio** e, em conjunto, **encontrar a melhor estratégia adaptativa**. A promoção da adaptação da família à gestão diária da doença da criança/jovem implica educação sobre a doença, cuidados de saúde gerais e construção de objetivos reais, sendo que o apoio emocional e o encorajamento destas crianças/jovens e famílias desempenham um papel privilegiado no processo de gestão e adaptação (McElfresh & Merck, 2014). Apesar do meu contacto com doença crónica no estágio ter passado apenas pelo SU, quis aqui salientar a importância do papel de um EEESIP na aceitação, apoio e gestão de crianças/jovens e famílias que se encontravam no início de todo este longo processo, a descoberta da doença crónica.

### **Objetivo:**

- Explorar a dinâmica de intervenção das Equipas Locais de Intervenção (ELI) (no âmbito do SNIPI);
- Explorar a dinâmica de intervenção do Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR).

### **Reflexão Crítica:**

No contexto de CSP, mais propriamente na UCC, tive oportunidade de conhecer e participar ativamente nos projetos da ELI, com a coordenadora da ELI da região do Grande Porto. Este é um serviço da comunidade que até ao momento eu desconhecia e que agora que conheço as suas funções, entendo que este se constitui uma mais valia na comunidade.

O Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI), consiste num conjunto organizado de entidades institucionais e de natureza familiar, com vista a garantir condições de desenvolvimento das crianças com funções ou estruturas do corpo que limitam

o crescimento pessoal, social, e a sua participação nas atividades típicas para a idade, bem como das crianças com risco grave de atraso no desenvolvimento (Decreto-Lei nº 281/2009, 2009). De acordo com este decreto-lei são elegíveis para apoio no âmbito do SNIPI, as crianças entre os 0 e os 6 anos e respetivas famílias, que possuam alterações nas funções ou estruturas do corpo, que limitam o normal desenvolvimento e/ou apresentem risco grave de atraso de desenvolvimento. O conjunto de medidas da área social, da educação e da saúde para crianças dos 0 aos 6 anos e suas famílias, denomina-se Intervenção Precoce na Infância (IPI). O SNIPI envolve a atuação coordenada dos Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social, da Saúde e da Educação, com envolvimento das famílias e da comunidade. Tem como objetivo: assegurar às crianças a proteção dos seus direitos e o desenvolvimento das suas capacidades; detetar e sinalizar todas as crianças com risco de alterações ou alterações nas funções e estruturas do corpo ou risco grave de atraso de desenvolvimento; apoiar as famílias no acesso a serviços e recursos e envolver a comunidade através da criação de mecanismos articulados de suporte social (Decreto-Lei nº 281/2009, 2009). As equipas locais de intervenção do SNIPI, denominadas por Equipas Locais de Intervenção, desenvolvem atividade ao nível municipal e encontram-se sediadas nos centros de saúde, sendo constituída por equipas pluridisciplinares onde estão envolvidos vários profissionais (enfermeiros, educadores de infância de intervenção precoce, médico de família ou pediatra, assistente social, psicólogo e outros terapeutas), com objetivos idênticos, mas intervenções distintas, tudo isto em prol da criança e da família. A ELI tem inúmeras funções em que destaco a função de : Identificar as crianças e famílias imediatamente elegíveis para o SNIPI; Elaborar e executar o (Plano Individual de Intervenção Precoce (PIIP) em função do diagnóstico da situação; Articular com os docentes das creches e jardins-de-infância em que se encontrem colocadas as crianças integradas em Intervenção Precoce na Infância (IPI) e, muito importante, articular, sempre que necessário, com as comissões de proteção de crianças e jovens e com os núcleos da ação de saúde de crianças e jovens em risco (Decreto-Lei nº 281/2009, 2009, p. 7298). Estas equipas podem acompanhar crianças sinalizadas e/ou referenciadas pela ELI, médico ou enfermeiro de família, pelo contexto hospitalar, pelos próprios pais e ainda pelo contexto escolar.

No primeiro turno que realizei na ELI, **assisti à avaliação inicial de uma criança e família** com 4 anos, cuja referenciação teria sido feita por parte da educadora da creche e uma intervenção na casa dos pais da criança acompanhada pela ELI desde o nascimento e referenciada à ELI pelos próprios pais. Tratava-se de uma família com baixos recursos

económicos, baixa literacia, com dois filhos, sendo que o filho referenciado (4 anos) era o filho mais novo do casal. Esta referenciação surgiu por parte da educadora da creche e os pais mostravam-se agradecidos por ter ocorrido, pois também eles já tinham percecionado um atraso cognitivo e desenvolvimental do filho. Nesta reunião familiar, em que se encontrava presente a mãe, o pai e a coordenadora da ELI o objetivo principal foi através do preenchimento de uma grelha com vários itens perceber o que é que aquela criança conseguia ou não atingir tendo em conta a sua idade desde: capacidade para vestir/despirm uma camisola sem botões; capacidade para atar os cordões dos sapatos; capacidade para desenhar um círculo por imitação, entre outras coisas. Preenchida esta grelha pela coordenadora da ELI, era agendado um novo contacto, desta vez no “ambiente natural” da criança (casa, creche, escola), para visualizar o desempenho das rotinas e atividades diárias da criança e assim se proceder à elaboração do Plano Individual de Intervenção Precoce (PIIP). O PIIP é um documento no qual está descrita toda a informação recolhida sobre a situação familiar e situação da criança onde se identifica as necessidades e recursos da criança e família, onde se identificam os apoios a prestar e onde, por exemplo, se define a periodicidade de realização de avaliações àquela criança e família. Este PIIP tem como objetivo conduzir a que todos os profissionais envolvidos no caso desta criança e família, trabalhem em conjunto na identificação de objetivos de intervenção e na mobilização de recursos, a fim de as ajudar a alcançar estes mesmos objetivos.

No segundo turno na ELI tive oportunidade de **realizar uma visita domiciliária e conhecer a fase de a aplicabilidade do PIIP**. Tratava-se de uma criança com 6 meses e com Síndrome de *Down*, cujo acompanhamento da ELI já ocorria desde o seu nascimento. Aqui consegui perceber quais as atividades que estavam delineadas no PIIP para aquela criança e família; consegui ver o trabalho da enfermeira coordenadora da ELI, gestora deste caso, no “ambiente natural” da criança, a sua casa, onde desenvolvia os objetivos traçados para a criança e nos quais participei. Consegui ainda perceber que em cada sessão os pais são “desafiados”, até à sessão seguinte, a desenvolverem atividades específicas com o seu filho que lhe permitisse o aperfeiçoamento ou desenvolvimento das atividades traçadas para ele no seu PIIP. As novas sessões eram agendadas semanalmente, consoante disponibilidade de ambas as partes.

Conhecer toda esta dinâmica, articulações e abrangências da ELI foi uma oportunidade de desenvolvimento profissional, que sei que será uma mais valia na minha prática diária, uma vez que trabalho com crianças que cumprem requisitos para integrarem

uma ELI, mas que não seriam nunca referenciadas por mim, até ao momento, pelo meu desconhecimento acerca deste trabalho. Foi também através do contacto com a ELI e percebendo que um dos seus objetivos passa também por articular, sempre que necessário, com as comissões de proteção de crianças e jovens e com os núcleos da ação de saúde de crianças e jovens em risco (Decreto-Lei nº 281/2009, 2009, p. 7298), que tive na UCC oportunidade de contactar com a realidade do NACJR. Segundo o regulamento de competências do EEESIP este deve demonstrar capacidade para diagnosticar precocemente e intervir nas situações de risco, que possam afetar negativamente o desenvolvimento e a qualidade de vida da criança/jovem, tendo o EEESIP o papel de identificar e assistir crianças/jovens em situações de risco (ex. maus tratos, negligência, abuso e comportamentos de risco) (Regulamento nº422/2018, 2018).

Dada a relevância dos maus tratos enquanto problema de saúde e a necessidade de reforçar a capacidade de intervenção por parte dos serviços de saúde, em 2008, com a definição da Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco (ASCJR), aprovada através do Despacho n.º 31292/2008, estabeleceu-se um modelo de resposta ao fenómeno mais concertado e homogêneo, a nível nacional. Este modelo de intervenção sobre crianças e jovens em risco nos serviços de saúde, foi coordenado pela Direcção-Geral da Saúde (DGS) e desenvolvido em colaboração com as Administrações Regionais de Saúde (ARS) e respetivos centros de saúde e hospitais (Despacho nº31292/2008, 2008). No âmbito da ASCJR foram sendo criadas equipas interdisciplinares, tanto nos cuidados de saúde primários como nos hospitais com atendimento pediátrico, designadas, respetivamente, Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR) e Núcleos Hospitalares de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NHACJR). O objetivo geral do NACJR/NHACJR é garantir a promoção dos direitos das crianças e dos jovens, em geral, garantido a sua proteção aquando de uma situação de risco ou perigo (Pádua, Silva, & Contreiras, 2020). Estes Núcleos tornaram-se uma referência institucional quanto a maus tratos em crianças e jovens, tanto na ação preventiva junto da população, como na consultadoria prestada a outros profissionais, na condução de casos e na interlocução com outras entidades de primeira linha com competência em matéria de infância e juventude, Comissões de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ), Ministério Público e Tribunais (Despacho nº 5655/2017, 2017). Assim, sempre que se identifiquem contextos de suspeita/risco de maus-tratos, esta deve ser investigada pelos profissionais do ACES e deverá ser sinalizada ao seu NACJR. Consequentemente, se a complexidade do caso transcender a capacidade de resposta do

ACES/NACJR ou, sempre que existe oposição ou desacordo à intervenção por parte dos responsáveis pela criança/jovem (ou por parte do jovem, quando este tem mais de 12 anos) deve proceder-se à sinalização para a Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ) (Pádua, Silva, & Contreiras, 2020). Realça-se o papel dos Núcleos no que respeita ao cumprimento das atribuições cometidas à Saúde no âmbito da Lei Proteção das Crianças e Jovens em Perigo, aprovada pela Lei n.º 147/99 (Lei nº147/99, 1999).

A minha tutora pertencia ao grupo NACJR do ACES, surgindo desta forma a oportunidade de **assistir a uma reunião de planeamento do NACJR**, onde pude perceber o funcionamento do núcleo. Aquela reunião em específico tinha como objetivo a elaboração de um planeamento, para uma ação de formação numa escola, para dar a conhecer o papel do NACJR na comunidade. Tive ainda **oportunidade de assinalar o Dia Internacional contra os Maus-Tratos a Crianças e Jovens**, o dia 19 de novembro, em que dinamizei este dia com a elaboração de um cartaz com recortes de panfletos alusivos às diferentes formas de maus tratos na infância e afixei-o na entrada da UCC visível para toda a população e profissionais.

Em suma, o NACJR objetiva proteger as crianças/jovens e famílias; aumentar as suas competências; reduzir as suas sequelas e prevenir recidivas, tudo isto para atingir o bem-estar da criança/jovem, sendo relevante o papel do EEESIP neste aspeto, competindo-lhe sensibilizar os pais, cuidadores, professores e profissionais para o risco, consequências e prevenção da violência (Regulamento nº422/2018, 2018). Percebi que muito deste trabalho se faz “no terreno”, com visitas domiciliárias frequentes para garantir o acompanhamento destas famílias e estabelecer uma relação de confiança e empatia com esta, onde não devem existir juízos de valor, mas sim um diagnóstico do que se deve melhorar e como se pode conseguir, transparência e incentivos para a mudança.

### **Competências:**

- Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da sua especialização;
- Demonstrar 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;
- Incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências.

### **Objetivo:**

- Desenvolver competências que promovam a parceria de cuidados.

### **Reflexão Crítica:**

A prestação de cuidados em pediatria foi sofrendo evoluções ao longo do tempo encontrando-se atualmente mais sensível ao envolvimento dos pais na prática de cuidados à criança (Mendes & Martins, 2012), uma vez que estes são indubitavelmente os maiores conhecedores dos seus filhos. A criança, não é um elemento independente, quer pela sua condição humana, quer pelas características incontornáveis de ser vulnerável e, por isso, caminha a par e passo com a sua família a quem cabe a responsabilidade primeira de promover o seu pleno desenvolvimento (Mendes & Martins, 2012). A prestação de cuidados em pediatria prevê que o enfermeiro desenvolva competências para cuidar da criança em parceria com os pais, respeitando e valorizando a importância destes no desenvolvimento integral da criança, havendo uma valorização da parentalidade durante o processo de cuidar (Mendes & Martins, 2012). Surgem assim dois conceitos basilares em ESIP: cuidados centrados na família e parceria de cuidados. A parceria de cuidados é frequentemente mencionada como um dos atributos centrais dos cuidados centrados na família (Monteiro & Cerqueira, 2020), sendo que estes conceitos se complementam e assentam na premissa de que as famílias e profissionais de saúde são parceiros nos cuidados a prestar à criança, sendo inegável a grande influência da família sobre a saúde e bem-estar desta (Cerqueira & Barbieri-Figueiredo, 2020).

O modelo de parceria de cuidados, desenvolvido por Anne Casey, em 1988, é um modelo de enfermagem pediátrica que prevê que os pais sejam envolvidos ativamente pelos profissionais de saúde nos cuidados à criança, em função das suas capacidades e do seu desejo de envolvimento (Monteiro & Cerqueira, 2020). Este modelo de cuidados engloba cinco conceitos principais: a criança, a família, os enfermeiros, a saúde e o ambiente (Farrel, 1992). A criança surge como um ser com necessidades e que depende de outros para as

satisfazer, sendo que na sua maioria são satisfeitas pelos pais/familiares e, há medida que a criança cresce vai desenvolvendo capacidades de se autocuidar; o conceito de família surge como uma unidade de indivíduos que prestam cuidados à criança e influenciam o seu desenvolvimento, sendo que o modelo privilegia os pais como principais cuidadores da criança; os enfermeiros, surgem neste modelo como sendo os responsáveis pela supervisão, aconselhamento, orientação para com a família e criança, favorecendo um desenvolvimento propício desta última; a saúde, surge como o estado ótimo de bem-estar físico e mental que deve estar sempre presente, permitindo à criança desenvolver todas as suas potencialidades e, por fim, surge o ambiente, como o conjunto de estímulos exteriores à criança que podem também influenciar o seu desenvolvimento (Monteiro & Cerqueira, 2020).

**Estabeleci uma relação de colaboração mútua com os pais**, onde existiu a negociação, partilha de cuidados e tomadas de decisões conjuntas, bem como a definição clara de papéis de intervenção (Monteiro & Cerqueira, 2020). Nesta parceria, importa nunca esquecer que os enfermeiros prestam cuidados de enfermagem especializados e os pais prestam cuidados familiares, ou seja, os cuidados que resultam das necessidades habituais para satisfação das necessidades das crianças (cuidados de higiene; de alimentação; conforto, entre outros) (Monteiro & Cerqueira, 2020). Os cuidados são planeados em função das capacidades e desejo de envolvimento dos pais, com negociação e partilha de decisões entre estes e os enfermeiros, onde ambos se reconhecem como peritos nos cuidados à criança (Casey, 1995; Monteiro & Cerqueira, 2020), porém, a criança, quando possui capacidade para isso, pode ser também envolvida no processo de parceria, podendo decidir se quer ou não ser cuidada pelos seus pais ou que cuidados aceita que sejam os pais ou os profissionais de saúde a satisfazer.

Dois conceitos básicos dos cuidados centrados na família são: a capacitação e o empoderamento (Hockenberry & Barrera, 2014). Os enfermeiros são os responsáveis por capacitar as famílias, através da criação de oportunidades e meios para que estas possam revelar as suas habilidades e competências atuais e poderem vir a adquirir novas de modo a satisfazer as necessidades das crianças. O empoderamento, consiste em trabalhar com estas famílias a fim de que, mantenham ou adquiram confiança, autoestima, conhecimento e poder para assumir o controlo da sua vida e reconhecer mudanças positivas na aquisição de novos conhecimentos e habilidades (Monteiro & Cerqueira, 2020). Só com capacitação e empoderamento os pais serão capazes de se envolverem na prestação de cuidados de acordo com a sua vontade, disponibilidade e perícia. A utilização deste modelo na prática permite

um cuidado mais personalizado à criança e família, uma vez que, envolve os pais, os maiores detentores de conhecimento sobre os hábitos e necessidades dos seus filhos, transmitindo à criança uma maior segurança, afetividade e diminuindo o impacto negativo da hospitalização (Mendes & Martins, 2012; Monteiro & Cerqueira, 2020). Por sua vez, este modelo também acaba por trazer benefícios para os pais, contribuindo na diminuição dos sentimentos de culpa, incapacidade e impotência dos pais perante a doença dos seus filhos (Monteiro & Cerqueira, 2020).

O EEESIP trabalha em parceria com a criança e família em qualquer contexto onde esta se encontre, a fim de lhe promover o melhor estado de saúde possível (Regulamento nº422/2018, 2018). Nos locais onde estagiei, notei que em todos se prezava a parceria de cuidados, porém senti que havia em alguns locais uma maior dificuldade no estabelecimento desta parceria. Este modelo em que os pais são ativamente envolvidos nos cuidados ao seu filho pelos enfermeiros, deve contemplar um planeamento prévio das intervenções, baseado na negociação e partilha de decisões entre pais e enfermeiros (Monteiro & Cerqueira, 2020), onde sejam definidas as vontades e intervenções de cada um na prestação de cuidados.

Na UCIN, o ambiente envolvente é altamente tecnológico e diferenciado e a fragilidade dos RN, bem como o desconhecimento dos pais, pode pôr em causa, ou pelo menos condicionar esta parceria de cuidados. Muitos pais verbalizavam e partilhavam comigo sentir medo de ao pegar ou tocar nos filhos desligar alguma máquina prejudicial ao suporte vital dos seus filhos. Foi com base nestas partilhas dos pais, sobretudo neste ambiente de cuidados intensivos, que **zelei por uma eficaz parceria de cuidados**, tentando envolver, na medida da vontade e manifestação de desejo os pais nos cuidados ao seu filho. Esta participação dos pais na UCIN, esteve sempre muito dependente da estabilidade clínica do RN, em que numa fase inicial os pais começavam a tocar nos seus filhos através do reduzido espaço das portas das incubadoras, posteriormente, alguns manifestavam desejo de tocar nos filhos, não apenas pelas portas, mas com a incubadora em modo berço. Nesta parceria, **envolvi os pais na realização de cuidados “a quarto mãos”**, onde ajudavam na contenção do RNPT, aquando da prestação de cuidados pela enfermeira, e iam progressivamente participando nos cuidados diretos, como monitorizar a temperatura, trocar a fralda, alimentar (inicialmente por sonda e mais tarde oralmente), entre outros. **Supervisionei os pais em todos estes cuidados** para que se sentissem confiantes aquando da prestação de cuidados. O objetivo era **capacitar os pais ao longo do internamento** a assumirem com mestria os cuidados para dar resposta às necessidades dos seus filhos.

A prestação de cuidados pelos pais, envolvia a sensibilidade da equipa em negociar com os pais os horários das suas visitas, para que ocorresse nesse intervalo de tempo o treino e capacitação dos pais. Este foi um assunto que **refleti com a minha tutora a importância da permanência dos pais 24 horas na UCIN** e não como visita, o que considerei extremamente limitador na parceria de cuidados. Apesar de considerar que aproveitei todos os momentos oportunos das visitas dos pais para realizar ou reforçar ensinamentos, considero que seria mais benéfico e natural a sua capacitação e observação ao longo de 24 horas. Considero que a não permanência dos pais na UCIN é uma barreira na parceria de cuidados, uma vez que esta parceria objetiva, como fim último, que os pais adquiram conhecimentos e capacidades que garantam a continuidade de cuidados em casa (Mendes & Martins, 2012), garantindo altas bem planeadas e uma melhor transição e adaptação à parentalidade e, a não permanência destes, limita-os e fraciona o papel de aprendizagem dos mesmos, que em casa será desenvolvido ao longo de 24 horas. Durante os turnos em que estive na neonatologia, nunca nenhum pai foi incentivado, pela equipa de multidisciplinar, a permanecer 24 horas junto do filho e quando eu incentivava a que ficassem, os pais já estavam como que habituados a não ficar e sentiam-se desconfortáveis em modificar a rotina, não ficando.

Quero ainda referir que no contexto de UCIN **promovi a parceria de cuidados**, tornado os pais elementos ativos na prestação de cuidado ao seu filho, com o objetivo de diminuir da ansiedade e insegurança que poderiam vir a manifestar aquando da alta.

Na UCC, durante as consultas de parentalidade que os pais agendavam, não só para pesar o RN, mas sim para esclarecimento de dúvidas, esta capacitação e reforço dos conhecimentos era sempre realizado tendo por base o modelo de parceria e de empoderamento dos pais na sua capacidade de tomar conta dos seus filhos. Também nas sessões online ou presenciais do programa da parentalidade, era **encorajada a capacitação e empoderamento dos pais** através da partilha de conhecimentos e treino de habilidades (sessão de massagem; sessão de cuidados de higiene ao RN (onde era treinado o banho), entre outras), em todas elas houve espaço para a partilha e negociação, objetivando o bem-estar máximo daquele binómio: criança e família.

Já no SU apesar de possível, é mais desafiante, a aplicabilidade deste modelo, dada a exigência da rapidez de atuação perante as situações de urgência/emergência a prioridade tende a ser direcionada para os aspetos mais técnicos, procurando atuar com rapidez e eficiência o que muitas vezes põe em causa o envolvimento dos pais e a negociação entre os profissionais e estes. Por outro lado, a permanência da criança e da família neste serviço é

geralmente curta e à medida que esta vai seguindo o percurso pelas diferentes áreas de atendimento do SU, a relação de confiança exigida à aplicabilidade deste modelo é ténue e a abertura para a negociação de cuidados pode estar posta em causa, acabando o enfermeiro por assumir o papel de único executor de cuidados à criança. Apesar destas dificuldades, **tentei envolver os pais nos cuidados prestados à criança no SU**, quer na sala de enfermagem, aquando da execução de procedimentos mais técnicos e invasivos (venopunção; punção lombar), em que a sua presença por mim encorajada; quer para procedimentos menos invasivos, como a administração de medicação oral ou aerossolterapia, em que questionava os pais se queriam ter o papel ativo no cuidado, reconhecendo-lhes capacidade e competência. Tentei sempre que se sentissem envolvidos e a par de todos os procedimentos, tornando-os elos de ligação cruciais na prestação de cuidados, diminuindo-lhes o sentimento de incapacidade e impotência naquele contexto.

Em suma, considero este um modelo basilar na pediatria e quero reforçar o meu esforço de nunca ter tornando parceria de cuidados em transferência de cuidados, onde os pais acabam por se sentirem cansados e sobrecarregados (Cerqueira & Barbieri-Figueiredo, 2020). Considero ter atingido o objetivo de promoção da parceria de cuidados, onde houve espaço para negociar, capacitar e empoderar os pais, respeitando a sua vontade e a vontade da criança/jovem, em aceitar receber estes cuidados dos seus pais.

### **Objetivo:**

- Promover a transição para a parentalidade.

### **Reflexão Crítica:**

O nascimento de um filho e a sua incorporação na unidade familiar é um momento de transição especialmente crítico nas famílias, uma vez que exige mudanças no desempenho dos papéis e significativas mudanças nas relações familiares. Exige-se a estes pais que além de assumirem o papel de marido e mulher, assumam agora o papel de pai e mãe (Hockenberry, 2014).

A parentalidade é um foco com especial relevo nos cuidados de enfermagem sobretudo para o EEESIP, e pode ser definida como: *“Ação de tomar conta com as características específicas: Assumir as responsabilidades de ser mãe e/ou pai;*

*comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e o desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados”* (Internacional Council of Nurses, 2020). Por sua vez, Ordem dos Enfermeiros (2015), refere que tornar-se pai e mãe é um dos maiores desafios da vida adulta que os seres humanos enfrentam pela responsabilidade e mudanças que envolve e pela necessária adaptação que exige.

Segundo Mercer (2006), o processo de parentalidade desenvolve-se ao longo de quatro etapas dinâmicas: a primeira designa-se de compromisso e vinculação, e engloba o período da gravidez até ao nascimento da criança, etapa na qual a mulher se prepara e adapta às mudanças sociais e psicológicas; a segunda fase denomina-se de fase formal, tendo início no pós-parto imediato e inclui a aprendizagem e o desempenho do papel da mãe; a terceira etapa, é relativa à aquisição de competências parentais, em que a mulher adquire conhecimentos e habilidades que lhe permitem ganhar confiança e mestria na prestação de cuidados ao seu filho e, por último, a etapa da satisfação do papel, em que ocorre a conquista de uma identidade materna (por volta dos 4 meses) e o seu sentimento de competência e mestria encontram-se em pleno (Mercer, 2006; Tralhão, et al., 2020). Em suma, todo este processo exige tempo e constitui-se como um marco desenvolvimental importante, representando a passagem de uma realidade conhecida para uma realidade nova e desconhecida (Mercer, 2006).

Tendo por base a Teoria das Transições, de Afaf Meleis, a parentalidade pode ser interpretada como uma transição do tipo desenvolvimental, uma vez que compreende um período de transição da vida, envolvendo o ciclo vital; implica a aprendizagem de novos papéis e relacionamentos com vista ao desenvolvimento de uma capacidade de resposta e desempenho de um novo papel, decorrendo num período de tempo variável (duração) que implica envolvimento e passagem de um estado estável para o outro (mudança) (Meleis, 2010). É neste sentido que surge a importância do papel do EEESIP como facilitador deste processo de transição. O regulamento de competências específicas do EEESIP prevê que este deve avaliar o processo e desenvolvimento da parentalidade (Regulamento nº422/2018, 2018), uma vez que este processo que se desenvolve não só com o nascimento da criança, mas ao longo do ciclo vital e vai mudando de acordo com as fases de crescimento e desenvolvimento da criança (Ordem dos Enfermeiros, 2015). É responsabilidade dos EEESIP promover a adaptação dos pais a esta nova realidade, colaborando com cada família

na adaptação a esta nova mudança, através do apoio, ensino de novos conhecimentos e treino de habilidades, capacitando os novos pais a desempenharem o seu papel da forma mais saudável possível (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Durante o estágio **apoiei e facilitei a transição para a parentalidade**, oferecendo o suporte necessário para os pais compreenderem o desenvolvimento dos seus filhos, de forma a melhorá-lo e de maneira a evitar uma crise neste processo de transição. Uma das formas que encontrei de realizar esta atividade, foi através da abordagem com os pais do Modelo *Touchpoints* de Brazelton (1999), dando a conhecer aos pais que segundo este autor, os primeiros anos de vida da criança serão marcados por *Touchpoints*, ou seja, períodos nos quais decorrem surtos evolutivos da criança que podem resultar numa perturbação no sistema familiar. Este autor, defende que uma forma de diminuir a perturbação no sistema familiar é apostar nos cuidados antecipatórios, capacitando e fornecendo conhecimento aos pais acerca do que é esperado consoante cada etapa de desenvolvimento da criança em diferentes domínios (alimentação; sono e repouso; eliminação, entre outros) (Brazelton, 1999). Estes ensinamentos através de cuidados antecipatórios, têm como objetivo aumentar a confiança e capacidade dos pais em enfrentar desafios futuros, que de certa forma, se tornarão um pouco mais previsíveis.

Sobretudo em contexto de consulta de SIJ, uma das minhas atividades de promoção da parentalidade passou por **demonstrar aos pais as capacidades do RN**, com base na teoria de Brazelton. Aqui o meu papel enquanto enfermeira passou por apresentar aos pais algumas das competências expectáveis do RN, tendo em conta o estadio desenvolvimental em que este se encontrava, reforçando a ideia que o RN é um ser competente e altamente influenciável pelo meio que o rodeia. Importa reforçar aos pais que as respostas comportamentais do RN resultam de diferentes fatores, tais como: evolução adaptativa da espécie, ambiente físico social e cultural em que vivem e até das experiências que lhe são proporcionadas (Vilaça & Ramos, 2020). À medida que os pais começam a conhecer alguns dos comportamentos esperados no processo evolutivo do seu filho começam, por exemplo, a identificar os diferentes tipos de choro (fome, dor, fadiga, entre outros) conseguem manter uma postura otimista, de confiança e equilíbrio entre aquilo que o RN necessita e expressa e a sua resposta na satisfação dessa necessidade. Em contexto de consulta, reforcei a ideia que os pais que compreendem e conhecem as fases pelas as quais o seu RN passará (desde alterações no padrão de sono; alterações no padrão alimentar, entre outras) serão pais com maior domínio da sua ansiedade e com mais ferramentas para ajudar o seu RN neste processo

transitivo do período neonatal. O meu objetivo ao **fomentar nos pais a ideia de um RN competente**, que atravessará surtos evolutivos (*touchpoints*) expectáveis ao longo do seu desenvolvimento era preparar os pais para quando estes acontecessem, não fossem um momento de crise, mas sim de aprendizagem e evolução.

Relativamente à UCIN, considero que este foi um contexto onde a transição e adaptação à parentalidade se encontrou condicionada e dificultada pelo processo de internamento do RN. O facto de na UCIN os cuidados diretos ao RN estarem muitas vezes dependentes da presença de um enfermeiro ou serem totalmente da responsabilidade do enfermeiro e o facto do RN estar rodeado de equipamento tecnológico à sua volta, tornando um ambiente muito mecanizado, levam a sentimentos de insegurança e impotência dos pais em cuidarem dos próprios filhos, sentimentos muitas vezes verbalizados. Nestes momentos, o meu papel foi sempre o de tentar **promover o papel parental, usando como estratégias a comunicação eficaz, a educação para a saúde e o estabelecimento de uma relação de confiança entre os pais e os profissionais** (Ramos, Vilaça, & Mendes, 2020). O objetivo maior foi sempre o de **tranquilizar, transmitir informação, empoderar e capacitar os pais** fazendo-os sentir capazes e confiantes de cuidar dos seus filhos, envolvendo-os comigo no processo de cuidar dos seus filhos. Muitos dos pais acabavam por verbalizar que apesar de estarem satisfeitos por se terem tornados pais, sentiam que desenvolver esse papel na UCIN era extremamente desafiador. Este sentimento de ambivalência é descrito por Ateah (2003), ao referir que a parentalidade é um dos mais importantes papéis a adquirir ao longo do ciclo vital, descrevendo-a como um dos mais desafiadores papéis da vida adulta, mas, ao mesmo tempo, um dos mais recompensadores. Na UCIN, percebi que ao demonstrar disponibilidade para dar respostas às dúvidas e ansiedades dos pais nesta fase, contribuía para o aumento da sua confiança no desempenho do papel parental.

Relativamente à promoção da parentalidade na UCC, esta encontra-se evidente em múltiplas atividades, tais como nos projetos desenvolvidos no âmbito da parentalidade. Na UCC tive **oportunidade de participar e integrar diferentes projetos da parentalidade** no pós-parto, tais como: sessões sobre os comportamentos de adesão e vigilância de saúde; sessões sobre o sono; sessões sobre a introdução de novos alimentos; sessões de massagem infantil; o projeto “*Desenvolver Sorrisos*”, entre outros. Todos estes projetos, também por mim desenvolvidos, tinham como finalidade capacitar os pais a expressarem e consciencializarem-se das suas necessidades, capacidades e dificuldades nos diversos temas. O facto de algumas destas sessões ocorrerem presencialmente, possibilitava que para além

da transmissão de conhecimentos ocorresse o treino de habilidades parentais, tal como aconteceu na sessão da massagem infantil. A sessão de massagem infantil era dinamizada por mim e pela minha tutora e objetivava que os conhecimentos transmitidos aos pais previamente fossem aplicados na criança durante a sessão, através da massagem, possibilitando assim o reforço ou a melhoria de algum conhecimento no local. Além das sessões presenciais de massagem infantil, duas vezes por semana, o projeto “*Desenvolver Sorrisos*” também permitiu a aquisição e treino de competências parentais, tal como abordo mais pormenorizadamente à frente no domínio da investigação. Ainda na UCC, **realizei visitas domiciliárias ao RN**, na primeira semana de vida, foram também um momento para avaliar no contexto familiar o desempenho dos papéis parentais, sem que os pais tivessem que esperar pela primeira consulta de SIJ, para esclarecerem dúvidas. Nestas visitas o objetivo era averiguar as condições em que se encontrava o RN e quais as necessidades que os pais manifestavam neste início de adaptação ao papel parental. No exercício da parentalidade e perante a alteração incessante das necessidades da criança, relativas ao seu crescimento e desenvolvimento, o papel parental transforma-se, requerendo uma adaptação e aprendizagem de novos conhecimentos e competências para responder às necessidades do seu filho de forma eficaz. Para facilitar e potenciar este processo, um dos objetivos das minhas visitas domiciliárias era **promover a capacitação dos pais no desempenho do seu papel parental**, onde era incentivada a expressão e consciencialização das suas necessidades, capacidades e dificuldades. Só assim, sabendo quais as necessidades dos pais eu poderia adequar as minhas intervenções, mobilizar conhecimentos e potenciar o desenvolvimento das competências parentais no seu contexto natural, em casa. Assim, a transmissão de informação ocorria sempre que os pais colocavam dúvidas sobre algum assunto e, em alguns dos casos, essas dúvidas eram esclarecidas com exemplificação. Por exemplo, numa das visitas domiciliárias, uma mãe questionou-me sobre qual o melhor posicionamento para colocar o seu filho a dormir no berço. Neste sentido, não só instruí a mãe do conhecimento necessário sobre o posicionamento do RN e a importância deste posicionamento na prevenção de morte súbita no RN, como também pedi à mãe que demonstrasse a aquisição do conhecimento, com treino de habilidades, posicionando o filho no berço de acordo com o que tinha aprendido. Assim foi possível analisar em tempo real o sucesso da intervenção e dar reforço positivo à mãe, com finalidade de aumentar a sua confiança no papel parental. A educação para a saúde é essencial na capacitação dos pais no seu papel parental, permitindo uma partilha de saberes, dúvidas, expectativas e medos, que

contribuirão para a sua autoconfiança e tranquilidade no desempenho do papel (Ramos, Vilaça, & Mendes, 2020, p. 132).

Na UCC consegui ainda **assistir e participar em consultas de enfermagem para esclarecimento de questões sobre a parentalidade**. Estas consultas por vezes ocorriam sem marcação prévia. Os pais dirigiam-se à UCC e pediam para falar com a EEESIP para esclarecer alguma dúvida que tivesse surgido no domicílio. As sessões em que participei foram de diferentes tipologias, desde gestão de conflito parental; aquisição de conhecimentos sobre introdução alimentar; questões sobre sono da criança e muitas consultas sobre dúvidas na amamentação. Saliento que para este apoio era pedida a colaboração da EESMO. A **promoção da amamentação** era uma preocupação transversal em todos os contextos. Na UCC existia o cantinho de amamentação, que era utilizado não só para as mães poderem amamentar enquanto estavam nas instalações, mas principalmente para dar apoio e suporte à amamentação de mães que assim o desejassem e necessitassem, e recorressem à UCC à procura desta ajuda. No SU existia também um cantinho da amamentação, numa divisão com um biombo, onde os bebés podiam ser amamentados de forma mais tranquila e protegida, sendo a preocupação pela promoção da amamentação geral a todos os contextos.

Na UCIN, a promoção da amamentação nem sempre ocorreu de forma linear, ou seja, muitas das vezes o bebé estava impossibilitado de mamar no seio materno, no entanto havia a preocupação de incentivar o aleitamento materno. No serviço existia uma bomba mecânica para extração do leite, que as mães eram incentivadas a utilizar desde a primeira visita ao RN e desde a sua manifestação em querer amamentar o seu filho. Havia ainda a possibilidade de trazerem leite materno de casa, desde que bem-acondicionado, identificado e refrigerado. Reparei que no serviço, mesmo as mães que não extraíam grande quantidade de leite, recebiam reforço positivo para não desistirem e utilizava-se a pequena quantidade de leite extraído, à frente da mãe, nem que fosse para realizar a higiene oral ao RN. Esta era uma estratégia para aumentar a confiança daquela mãe, de maneira a motivá-la e reforçando nela a ideia de que todo o leite materno extraído era precioso, mesmo que em pequena quantidade, e que era usado no seu filho não só para o alimentar, fazendo-as sentirem-se mais incluídas e contributivas no cuidado ao seu filho. Também através do método canguru, se tentava potenciar e promover a amamentação.

Esforcei-me por **promover estratégias favorecedoras de vinculação e estratégias favorecedoras de ligação mãe/pai-filho**. Tal como a promoção da parentalidade e da

parceria de cuidados, também a promoção da vinculação deve ser uma prioridade para o EEESIP, em que este deve promover a vinculação, particularmente no caso do RN doente ou com necessidades especiais (Regulamento nº422/2018, 2018). O conceito de vinculação reporta-nos para um processo essencial à sobrevivência da espécie humana. Esta ligação afetiva única, estudada por Bowlby, pode ser potenciada pelo EEESIP na medida em que este pode criar oportunidades para que esta se desenvolva, proporcionando o contacto corporal, a participação dos pais nos cuidados aos filhos e a informação adequada acerca das competências do seu filho, por exemplo (Ramos, Vilaça, & Mendes, 2020). Saliento que, o processo de vinculação, sendo essencial para o desenvolvimento saudável e bem-estar emocional da criança, pode estar comprometido durante o internamento na UCIN, cabendo ao EEESIP a implementação de medidas que a promovam. Sempre que a condição clínica do RNPT era favorável, **promovia o contacto pele-a-pele, através do método canguru**. O método canguru é um dos métodos de cuidado utilizados na UCIN com a finalidade de promover a vinculação. O método, para ser eficaz deve ter uma duração mínima de 90 minutos e consiste em colocar o RN despido, apenas com a fralda, em posição vertical sobre o peito e abdómen da mãe ou pai. É utilizada uma faixa sobre o RN para segurança e pode ser colocada uma manta para manter o RN quente. É ainda oferecido à mãe ou pai um espelho de mão para que possa observar o rosto do seu filho enquanto este se encontra no seu colo. Os benefícios deste método para o RNPT são diversos e foram explicados aos pais, desde: a influência positiva no processo de vinculação; o ganho de peso; a diminuição do tempo de internamento; a melhor regulação térmica e a promoção do aleitamento materno (Santos, Silva, & Santos de Oliveira, 2017). Tive oportunidade de **ajudar uma mãe a realizar o método-canguru**, sendo que durante o processo garantia a estabilidade clínica do RNPT e auxiliava no correto posicionamento verificando também o correto posicionamento de todos os equipamentos que o RN possuía. Foi notória a satisfação desta mãe e o seu sentimento de empoderamento ao poder pegar no seu filho ao colo durante tanto tempo. Assim, considero que os efeitos do método canguru trazem também benefícios para os pais.

Os EEESIP têm aqui um papel importante como promotor da saúde e bem-estar familiar neste período de adaptação (Chora, 2020), mas também um papel promotor não só no estabelecimento da vinculação, mas também na promoção da ligação mãe-filho. Nesta fase, sobretudo num ambiente como a UCIN, os pais necessitam de apoio por parte do EEESIP para compreenderem as expressões do seu filho, todo o seu crescimento e desenvolvimento nas suas diferentes etapas (Chora, 2020), sendo crucial para esta

compreensão, momentos proporcionados pelo EEESIP de interação entre mãe/pai-filho. O estabelecimento deste período de interação, fará não só com que o RN estabeleça vinculação necessária ao seu desenvolvimento, como fará com que a mãe/pai desenvolva a sua ligação para com ele. Sabe-se que a ligação precoce mãe/pai-filho, influencia o desenvolvimento cerebral, emocional, relacional, cognitivo e comportamental do RN ao longo de toda a sua vida (Chora, 2020). Para que ocorra a ligação mãe/pai-filho é necessário que haja tempo para ambos se conhecerem, que hajam oportunidades para que os pais possam interagir com o seu filho e tudo isto pode e deve ser potenciado pelo EEESIP em todos os contextos, sobretudo na UCIN, um contexto não linear para a ocorrência da ligação mãe/pai-filho. É necessário compreender que esta ligação é um processo que implica tempo e que ocorre em diferentes momentos (Zeferino, 2011). Este não é um processo de ligação automático, é individual e consiste numa experiência profunda e complexa que requer contacto físico e interação, que sobretudo na UCIN está dificultada por um ambiente altamente tecnológico (Hall, et al., 2017). Assim, tendo em conta tudo isto o meu objetivo na UCIN e da minha tutora era sempre que possível, envolver os pais nos cuidados aos seus filhos e possibilitar-lhes o máximo de contacto físico (método canguru) e interação possível, para que apesar de todo o ambiente mecânico envolvente, a vinculação e a ligação estivessem presentes. É através do afeto que se inicia todo o processo de vinculação e de ligação, onde se cria uma relação de troca mútua de estímulos. Tal como o bebé não sobrevive fisicamente sem cuidados básicos, também não sobreviverá sem cuidados de afeto (Chora, 2020).

Em suma, considero ter nos diferentes contextos de estágio promovido a adaptação a esta grande transição que é a parentalidade, repleta de desafios e, por vezes, como no caso da UCIN com alguns condicionantes. A notoriedade do EEESIP, passa por encontrar e proporcionar o máximo de oportunidades para um estabelecimento saudável do exercício da parentalidade.

### **Objetivos:**

- Desenvolver e aprofundar conhecimentos sobre o Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE).

## **Reflexão Crítica:**

O Plano Nacional de Saúde (PNS) é um elemento basilar das políticas de saúde em Portugal e a sua elaboração e execução compete à Direção Geral de Saúde. O Plano Nacional de Saúde 2021-2030 é o primeiro a abranger o horizonte temporal de uma década e tem com foco a saúde sustentável. A sua finalidade é melhorar a saúde e o bem-estar da população em todo o ciclo de vida, através de um compromisso social para a saúde, preservando o planeta, sem comprometer a saúde das gerações futuras (DGS, 2022). Neste novo PNS surge como estratégia de intervenção a promoção da saúde escolar, para dar resposta à estratégia de investir, promover e proteger a saúde (DGS, 2022). **Percebi a necessidade da criação do Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE)**, surge enquanto instrumento orientador das políticas nacionais no que diz respeito à promoção de saúde em meio escolar. Este programa foi construído tendo em conta os objetivos e estratégias do PNS e outros programas e planos nacionais de saúde (DGS, 2015). O PNSE foi criado com o objetivo de promover estilos de vida saudável e aumentar a literacia em saúde na comunidade educativa, como também melhorar a qualidade do ambiente escolar, reduzindo o impacto da doença no desempenho escolar através da prevenção da doença e dos seus fatores de risco, aumentando a promoção da saúde (DGS, 2015). A visão do PNSE assenta no princípio de que todas as crianças e jovens têm direito à saúde e à educação, devendo ter a possibilidade de frequentar uma escola promotora de saúde e bem-estar (DGS, 2015). Esta visão veio responsabilizar as escolas de que além de garantirem a educação dos seus estudantes, devem também assegurar as suas aprendizagens relacionadas com a saúde, reforçando o conceito de literacia em saúde (Festas, Quelhas, & Braga, 2020). A escola está, sem dúvida, numa posição ideal para promover a literacia em saúde, não só por ser o lugar onde as crianças passam a maior parte do seu tempo, como também por ser um espaço privilegiado para a aquisição de conhecimentos. Uma escola promotora de saúde pretende melhorar resultados escolares através de ações educativas para a saúde, aumentando os conhecimentos e habilidades em saúde dos estudantes (Festas, Quelhas, & Braga, 2020).

**Compreendi a operacionalização do PNSE** a nível local, está a cargo dos ACES, mais propriamente das UCC, nomeadamente das suas equipas de saúde escolar (DGS, 2015) e que aos enfermeiros que trabalham nestas equipas, onde se inclui o EEESIP, exige-se o domínio de técnicas de ensino-aprendizagem adequadas às populações que assistem e uma formação sólida sobre diferentes áreas da saúde (Festas, Quelhas, & Braga, 2020). Assim é responsabilidade da equipa de saúde escolar planear e realizar ações de educação para a

saúde, integradas em programas/projetos próprios, de acordo com necessidades identificadas em contexto escolar (DGS, 2015). **Conheci os seis eixos estratégicos que constituem o PNSE**, sendo que os três primeiros (capacitação, ambiente escolar e saúde e condições de saúde) são os eixos centrais do plano e os outros três (qualidade e inovação, formação e investigação em saúde escolar e parcerias) são complementares (Festas, Quelhas, & Braga, 2020). O eixo estratégico da capacitação engloba não só as crianças, mas toda a comunidade educativa (incluindo pais, encarregados de educação, docentes e não docentes), no sentido de promover estilos de vida saudáveis e elevar o nível de literacia para a saúde (DGS, 2015). Neste seguimento do eixo da capacitação, tive oportunidade de **acompanhar a EEESIP nas sessões de educação para a saúde**, para estudantes e para pais. Tive a oportunidade de **participar e assistir a sessões educativas nas escolas no âmbito do Programa Regional de Educação Sexual em Saúde Escolar (PRESSE)**. O PRESSE é um programa que apoia a implementação da educação sexual nas escolas de uma forma estruturada e sustentada, envolvendo um trabalho conjunto entre profissionais de saúde escolar e professores. Tem como população-alvo alunos e professores do 1º, 2º, 3º ciclos do ensino básico e ensino secundário, envolvendo também pais, encarregados de educação, pessoal não docente e restante comunidade. O objetivo deste programa é sobretudo diminuir comportamentos de risco, relativos à sexualidade e aumentar os fatores de proteção em relação a esta (ARS Norte, 2022). A sessão educativa em que participei foi realizada a duas turmas do 6º ano (uma com 18 alunos e outra com 20 alunos), de uma escola do Grande Porto e dinamizada por estudantes da licenciatura com a minha supervisão e supervisão da EEESIP da área da saúde escolar. Estas sessões visaram sobretudo abordar o sistema reprodutor sexual feminino e masculino com especial enfoque para a sexualidade e comportamentos de saúde a adotar para prevenção de comportamentos de risco e doenças sexualmente transmissíveis. Pude ainda, **participar e assistir a uma sessão de educação para a saúde a pais do ensino pré-escolar**. Esta sessão única, decorreu presencialmente, numa creche na região do Grande Porto, e contou com um total de 12 pais. O tema da sessão surgiu de uma necessidade identificada pela coordenadora da creche que sentiu necessidade de abordar com os pais a importância dos hábitos de sono e repouso e decidiu pedir colaboração à UCC neste sentido. Esta articulação entre as escolas e as equipas de saúde tornam-se benéficas e potenciam a literacia em saúde, onde ambos os intervenientes colaboram com o intuito de alcançar os objetivos definidos pelo PNSE (DGS, 2015), e acima de tudo fortalece-se uma relação de

proximidade em que o enfermeiro passa a ser um elemento reconhecido, como um contacto frequente e contínuo no meio escolar.

Ainda na UCC, tive oportunidade de **conhecer o processo de sinalização e referenciação da criança com Necessidades de Saúde Especiais (NSE)**. As NSE são necessidades que resultam de problemas de saúde com impacto na funcionalidade e necessidade de intervenção em meio escolar (DGS, 2015). O apoio à criança com NSE é uma das áreas de intervenção do PNSE em que a equipa de saúde escolar promove a mobilização de recursos e trabalha em parceria com a comunidade educativa, empoderando-a com estratégias que facilitem a integração e socialização da criança na escola. O PNSE prevê ainda a elaboração de um Plano de Saúde Individual (PSI) que dê resposta às necessidades de saúde da criança, com o objetivo de potenciar o seu desempenho escolar, tendo em conta os fatores ambientais facilitadores ou barreira que possam interferir com a aprendizagem (DGS, 2015). A intervenção do EEESIP integra-se neste quadro, uma vez que é sua competência intervir em programas da saúde escolar e apoiar a inclusão de crianças com NSE (Regulamento nº422/2018, 2018). A referenciação da criança à equipa de saúde escolar pode ser iniciada pelos serviços de saúde, através dos seus profissionais, pela escola, pais ou encarregados de educação (DGS, 2015).

Tive oportunidade de **assistir à elaboração de um PSI**, cuja referenciação à UCC partiu da mãe do jovem. Tratava-se de um jovem com alergia à proteína do leite e não podia sequer estar em contacto com esta, correndo risco de ter uma reação anafilática. Esta mãe referiu que o motivo que a levou a procurar a UCC, foi o facto do filho ter mudado de escola este ano e queria que a EEESIP sensibilizasse esta nova escola sobre quais os cuidados a ter com crianças com esta NSE; como atuar no caso de uma reação anafilática; como utilizar a EpiPen® de adrenalina, entre outros assuntos que a EEESIP achasse pertinente. A elaboração deste PSI foi realizado entre a mãe e a EEESIP, com recurso à informação clínica e plano terapêutico realizado pelo médico de família, que posteriormente foi enviado para a escola. As sessões de educação para a saúde foram agendadas de maneira a estarem presentes o maior número de alunos da comunidade escolar, as quais não consegui assistir por terem ocorrido quando já não estava na UCC.

Em suma, a finalidade da Saúde Escolar não passa apenas pela dinamização de sessões de educação para a saúde em contexto escolar, mas pelo incentivo e a capacitação da sociedade, das crianças/jovens e famílias de que um ambiente escolar de qualidade em

que os estudantes atingem um desempenho favorável, é aquele em que se promove a saúde, prevenindo a doença, através da promoção da literacia em saúde.

### **Objetivos:**

- Desenvolver e aprofundar conhecimentos sobre o Programa Nacional da Saúde da Visão.

### **Reflexão Crítica:**

Decidi elaborar neste relatório um objetivo sobre o Programa Nacional da Saúde da Visão (PNSV), onde se abordasse os Rastreamentos de Saúde Visual Infantil (RSVI), por ter sido uma aprendizagem que marcou a minha passagem na UCC e que eu não tinha conhecimento deste ser um rastreio realizado nas UCC. O PNSV (2016) defende que a deteção precoce de alterações visuais corrigíveis são uma parte importante de uma das problemáticas da saúde pública (DGS, 2016). A função visual deve ser preservada desde o nascimento. Quando não diagnosticadas e tratadas precocemente, as patologias congénitas têm sérias repercussões no crescimento/desenvolvimento da criança e em toda a sua vida futura (DGS, 2016). Nas crianças, as patologias mais frequentemente responsáveis por perda de visão são a catarata congénita e infantil, o glaucoma congénito, a ambliopia, o retinoblastoma e todas as doenças relacionadas com a prematuridade (DGS, 2016). Torna-se por isso imperativo trabalhar na prevenção primária, para que seja possível diminuir a morbilidade das doenças visuais (DGS, 2016). Assim, o RSVI surge em 2016 como projeto piloto e como uma estratégia de vigilância de saúde, que tem por objetivo promover ganhos em saúde através da identificação e intervenção precoce em crianças, entre os 2 e 5 anos de idade, com alterações oftalmológicas capazes de provocar ambliopia, um problema de saúde pública que se urge combater (DGS, 2016).

Na UCC onde estagiei, este rastreio abrangia todas as crianças inscritas nas unidades de saúde dos ACES ou em Unidades Locais de Saúde (ULS). **Conheci quais os critérios de elegibilidade** e que estes passavam por: numa primeira fase as crianças eram convocadas quando completavam 2 anos nesse semestre e, numa segunda fase, eram chamadas as crianças com 5 anos que: não tenham realizado rastreio aos 2 anos; tenham tido um primeiro rastreio negativo (aos 2 anos) e, por último, aquelas que tendo tido um rastreio positivo aos 2 anos de idade mas que a causa de ambliopia não se confirmou no exame realizado pelo

oftalmologista (DGS, 2018a). A convocatória das crianças foi realizada através de carta (enviada cerca de um mês antes da marcação do rastreio) e por mensagem via telefone, (enviada no dia anterior à marcação do rastreio). Tive a possibilidade de **assistir à realização deste RSVI** na UCC, durante 4 dias no total (2 dias no mês de novembro e 2 dias no mês de dezembro), sendo os resultados deste rastreio enviados para o hospital do Grande Porto incluído no projeto. O rastreio foi realizado por método de foto-rastreio, sem recurso a medicação, através de um auto-refratómetro, utilizado pela minha tutora que tinha formação para tal. O auto-refratómetro capta o alinhamento ocular e o erro refratário. Apesar de ser tratar de um aparelho atrativo para as crianças, uma vez que tem uns efeitos luminosos e sonoros que captam a sua atenção, muitas das vezes a minha função foi de colaboração com a EEESIP de maneira a manter a criança concentrada e focada no auto-refratómetro. Os resultados do rastreio eram disponibilizados no sistema de informação de base a cada médico de família e/ou enfermeiro de família (DGS, 2018a) e, caso não tivessem sido detetadas anomalias, eram enviados por carta para casa (prazo de 30 dias). Caso houvessem alterações visuais, os pais recebiam uma carta a informar do resultado, já com marcação de consulta de oftalmologia, num prazo de 60 dias (DGS, 2018a). As crianças observadas em consulta de oftalmologia a quem foi prescrito tratamento (óculos e/ou oclusão) teriam alta definitiva do programa rastreio.

Assim, este rastreio constituiu-se uma estratégia de vigilância de saúde que eu desconhecia existir nas nossas unidades de saúde. Considero que este objetivo contribuiu de forma significativa para acrescer conhecimento e competências ao meu desenvolvimento profissional.

### **Objetivos:**

- Desenvolver e aprofundar conhecimentos sobre o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) e outros programas associados, nomeadamente, Programa Nacional de Vacinação (PNV).

### **Reflexão Crítica:**

A Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil (CESIJ) deve ser encarada como um espaço privilegiado para a atuação do EEESIP, onde é possível através de uma prática sistematizada, estruturada, com recurso a linguagem classificada, facilitar o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades, através do estabelecimento de uma

relação de proximidade entre as crianças/jovens e famílias, favorecedora da adoção de comportamentos saudáveis (Fernandes & Andrade, 2020). Para a sua correta concretização, os EEESIP utilizam os seus conhecimentos e capacidades comunicacionais, conduzindo a consulta através de entrevistas baseadas em protocolos e orientações previamente definidas no PNSIJ. Uma CESIJ bem planeada, integra o exame físico e a documentação no processo de enfermagem (Fernandes & Andrade, 2020).

O EEESIP pode, assim, utilizar a CESIJ como estratégia de vigilância e promoção da saúde, pois através dela consegue avaliar o crescimento e desenvolvimento da criança, detetar potenciais sinais de alarme precocemente e reconhecer as necessidades do binómio, identificando os consecutivos diagnósticos de enfermagem sobre os quais vai intervir (Fernandes & Andrade, 2020). O regulamento de competências específicas do EEESIP prevê que este promova o crescimento e o desenvolvimento infantil, e que avalie e demonstre conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento. Prevê-se ainda que o EEESIP nas CESIJ seja capaz de reforçar junto da criança/jovem e família os cuidados antecipatórios que devem estar presentes naquela faixa etária de maneira a maximizar o potencial de desenvolvimento daquela criança/jovem (Regulamento nº422/2018, 2018).

Sendo a criança um ser em crescimento e desenvolvimento, o seu percurso ao longo da infância deve ser vigiado, de modo a detetar precocemente sinais de alarme ou perturbações de saúde que possam comprometer a sua qualidade de vida, sucesso educacional e integração social (Festas, Quelhas, & Braga, 2020) e as CESIJ são o ambiente propício para estas deteções precoces. Durante estas CESIJ o enfermeiro deve promover os cuidados antecipatórios preconizados pelo PNSIJ, como a alimentação, o sono, a higiene, a vacinação, entre outros cuidados que visam a promoção da saúde e a prevenção da doença, dotando os pais dos conhecimentos necessários para potenciar o seu desempenho no que diz respeito ao exercício da parentalidade e à otimização do desenvolvimento e crescimento infantil (DGS, 2013a; Fernandes & Andrade, 2020).

Na USF tive oportunidade de **participar e realizar num total de 6 CESIJ**, a crianças entre o 1M e os 5 anos de idade. Em todas estas consultas organizei a estrutura da consulta respeitando a avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança/jovem, recorrendo às avaliações antropométricas que registei no Boletim Individual de Saúde e onde tive oportunidade, nas CESIJ de lactentes, de avaliar as curvas de crescimento destes, com vista a deteção precoce caso surgisse alguma alteração de crescimento. Para avaliação do desenvolvimento infantil, tal como preconiza o PNSIJ, recorri à aplicação Escala de

Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada nas idade-chave aplicáveis, estando atenta aos potenciais sinais de alarme, de forma a identificar e intervir nas situações de risco. Esta avaliação fazia no decorrer da interação da consulta e, só no fim desta, registava na plataforma informática do SClínico, no entanto, tinha sempre em conta que a simples aplicação de testes ou escalas como a Mary Sheridan e a interpretação de dados isolados, não permitem uma avaliação fundamentada acerca do saudável desenvolvimento daquela criança, sendo necessárias mais avaliações posteriores em caso de suspeita de alguma alteração desenvolvimental (DGS, 2013a). Para uma avaliação rigorosa do desenvolvimento além da escala como instrumento, toda a interação e comportamentos da criança foram valorizáveis. 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, contudo é importante que sejam implementadas atividades que promovam o desenvolvimento, nomeadamente ensinando os pais quais os comportamentos que podem adquirir para estimularem os seus filhos a atingir o máximo das suas potencialidades (DGS, 2013a). Em nenhuma das consultas que realizei detetei algum sinal precoce para sinalizar ou encaminhar a criança/jovem para um acompanhamento mais específico, contudo era algo a que eu estava atenta.

Em todas as consultas, tive a oportunidade de **promover comportamentos promotores de saúde**, nomeadamente em relação à alimentação, saúde oral, segurança ou sono, dando maior relevância às temáticas que aparentavam estar em risco, de acordo com a entrevista desenvolvida ao longo da consulta ou com alguma alteração percebida na avaliação do desenvolvimento/crescimento (Fernandes & Andrade, 2020). Numa das consultas que realizei a uma família com um bebé de 4 meses, a mãe manifestou algumas dúvidas sobre a temática da introdução alimentar, mais propriamente sobre a confeção da primeira sopa. Neste sentido, no decorrer da consulta tentei perceber quais os conhecimentos que a mãe possuía e quais os que teria que reforçar e adequei os meus ensinamentos às suas necessidades, utilizando uma linguagem calma, acessível e centrada na sua individualidade. Para além da informação transmitida, e como esta informação transmitida deve ser continuada para além da consulta presencial (Fernandes & Andrade, 2020), **disponibilizei um folheto elaborado pela USF sobre diversificação alimentar**, tema comum de dúvidas nas CESIJ. A entrega do panfleto permite que a informação verbal seja reforçada e que sempre que necessário uma consulta posterior, a mãe a tenha disponível. A informação

estava alinhada com as recomendações da “Alimentação Saudável dos 0 aos 6 anos – Linhas de Orientação para Profissionais e Educadores” (DGS, 2019).

As CESIJ constituem-se momentos privilegiados para obter uma visão integral da criança/jovem e família e favorecer o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades para o exercício do papel parental e da qualidade de vida da criança, objetivos que prezei em cumprir durante as minhas consultas para entender e enquadrar aquela criança/jovem e família no seu contexto familiar, a fim de, estabelecer e adequar as intervenções apropriadas àquele binómio (Fernandes & Andrade, 2020; DGS, 2013a). Todas as consultas foram utilizadas também para **promover a imunização de acordo com o Programa Nacional de Vacinação (PNV)**, indo ao encontro de mais um dos objetivos definidos pela DGS (2013a). É fundamental reforçar aos pais a importância da imunização de acordo com o PNV. É necessário que de forma a incentivar esta imunização haja sensibilidade em harmonizar a calendarização das CESIJ com o esquema cronológico de vacinação (Fernandes & Andrade, 2020), sendo que desta forma reduzem-se o número de idas às USF e, por sua vez, aumenta-se a adesão ao PNV pela sua fácil acessibilidade. Durante o período em que estive na USF tive oportunidade de **complementar as consultas de SIJ com a aplicabilidade do PNV**. Aproveitava estes momentos para reforçar a importância da imunização; verificava se o esquema vacinal estava a ser cumprido corretamente; registava a inoculação do momento e validava o próximo agendamento. Tinha sempre em consideração, antes de administrar a vacina, de referir aos pais qual o seu nome e de quais doenças protegia a criança. Falava-lhes também de quais os efeitos secundários que poderiam ser esperados e como poderiam agir no caso de algum acontecer, diminuindo assim a sua ansiedade e capacitando-os no exercício do seu papel. Dava sempre oportunidade para esclarecimento de dúvidas e só depois pedia autorização para poder vacinar a criança. As CESIJ estão calendarizadas estrategicamente em idades-chave da vida da criança, nomeadamente etapas do desenvolvimento, de socialização, a entrada na vida escolar. No total estão calendarizadas e previstas 18 consultas nos primeiros 18 anos de idade (Fernandes & Andrade, 2020). Importa salientar que as CESIJ calendarizadas não são rígidas, podendo sofrer um ajuste, podendo introduzir-se ou eliminar-se alguma consulta, de acordo com a necessidade particular de cada criança. A DGS (2013a), refere mesmo que se deve recorrer aos chamados “exames de saúde oportunistas”, e aproveitar a ida da criança à consulta por outro motivo, desde que a sua situação clínica o permita, para realizar a CESIJ que estaria agendada para pouco tempo antes ou depois desta data.

No fim de todas as CESIJ uma das minhas preocupações era a documentação dos dados colhidos em cada contacto, para poder dar continuidade aos cuidados de saúde (Fernandes & Andrade, 2020). Todas as atividades desenvolvidas, ensinamentos, apreciações e anotações realizadas acerca da criança e família, bem como, os diagnósticos e intervenções de enfermagem e ainda os resultados obtidos eram registados em plataformas próprias. As intervenções relacionadas com a educação para a saúde contribuem para aumentar a literacia em saúde e capacitam as famílias e os jovens para tomadas de decisões mais conscientes, sendo importante estas estarem documentadas para que num próximo contacto o enfermeiro saiba o que pode abordar de novo na CESIJ, o que já abordou ou o que ficou por validar nesta consulta atual. Em suma, considero ter conseguido desenvolver competências no âmbito da avaliação e otimização do crescimento e desenvolvimento infantojuvenil, implementando intervenções adequadas em função das necessidades identificadas e das características únicas de cada criança e família com quem contactei.

## **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 dos enfermeiros. A formação é um processo complexo que exige desenvolvimento de múltiplas competências. Segundo o Colégio da Especialidade de SIP os EEESIP distinguem-se pelo conhecimento e habilidades técnicas/relacionais que integram na sua prestação de cuidados, ajustáveis às situações de doença ou de saúde da criança/jovem (Ordem dos Enfermeiros, 2017). Considera-se, por isto, fundamental que o EEESIP assuma um papel ativo de melhoria contínua não só na formação pessoal, demonstrando robustez e fundamentação do seu saber prático, mas também na formação de outros profissionais, através da formação de pares, onde desenvolve a capacidade de comunicar o conhecimento que detém/investigou. A visão da OE, relativamente ao desenvolvimento da formação profissional de enfermagem e dos enfermeiros portugueses é de que estes apostam no conhecimento e na formação contínua para aumentarem a excelência dos seus cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2016). Assim, a formação contínua é vista como uma mais valia e a base para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, da sua segurança e da satisfação da criança e família.

Decidi agrupar as competências que considero pertencerem ao domínio da formação, dividindo-as em dois grupos: um primeiro grupo, relativo à formação do ponto de vista pessoal e profissional e outro grupo com as competências relacionadas com a formação de pares. A estes dois grupos distintos de competências, associo os respetivos objetivos e atividades (a negrito ao longo do texto) que desenvolvi, a fim de lhes dar resposta.

### **Competências:**

- Gerir de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiência profissional e de vida, e da sua formação pós-graduada;
- Analisar problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica;
- Manter, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional.

### **Objetivos:**

- Desenvolver competências no âmbito da formação pessoal e profissional;
- Garantir a contínua atualização de conhecimentos;
- Manter uma atitude crítico-reflexiva na prestação de cuidados.

### **Reflexão Crítica:**

O rápido e constante desenvolvimento verificado na área da saúde faz com que a atualização do conhecimento dos enfermeiros seja uma necessidade cada vez mais evidente, assistindo-se assim à importância crescente que a formação contínua tem vindo a assumir, para o desenvolvimento de conhecimentos práticos e processuais (Proença, Vaz, & Pais, 2021). É certo que a formação inicial de enfermagem nos permite prestar cuidados de saúde com segurança, porém, só a formação contínua permite a aquisição de novos conhecimentos de modo a atualizar ou aprofundar novas competências com o devido rigor científico, aquele que tem em consideração a evolução da ciência e da tecnologia ao longo do tempo e que conduz a uma maior segurança e a excelência dos cuidados prestados.

As necessidades formativas surgem não só pela crescente complexidade das diversas situações clínicas, mas também pela exigência da criança e família em obterem respostas eficazes por parte dos profissionais de saúde. É responsabilidade dos enfermeiros acompanhar estes progressos e investir no seu percurso formativo. O Código Deontológico

do Enfermeiro, inserido no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, refere que o enfermeiro assume o dever de manter e investir na atualização contínua dos seus conhecimentos, através de formações e da procura permanente de conhecimentos que reforcem a sua prática, de maneira a atingir a excelência no seu exercício profissional (Lei nº 156/2015, 2015).

A formação é um instrumento indispensável e vital para que o ser humano possa progredir e adquirir conhecimentos para a resolução de desafios diários (Tojal, 2011). O mesmo autor refere ainda que todo este processo parece estar intrinsecamente relacionado com a motivação, ou seja, o enfermeiro que investe na sua formação é aquele que sente necessidade de evoluir e de investigar e se encontra motivado a dar resposta às inquietudes da prática através de pesquisa bibliográfica e/ou da participação em formações.

No que concerne a formações em serviço, tive oportunidade de **assistir no serviço de neonatologia a uma formação** sobre “*Cuidados no Armazenamento e Extração de Leite Materno e os seus benefícios – a importância da criação de um banco de leite humano*”. Nesta ação de formação abordaram-se temas como: a importância da criação de um Banco de Leite Humano e os benefícios da utilização deste leite nos RNPT do serviço; o processo de candidatura e os critérios de seleção da “mãe dadora”, bem como, todo o processo de preparação, conservação e distribuição do leite até chegar ao RNPT. Abordaram-se ainda questões sobre a extração e armazenamento de leite materno, quer das mães que extraem leite no serviço, quer das mães que o trazem de casa. Esta formação permitiu-me atualizar conhecimentos sobre as novas *guidelines* de armazenamento e extração de leite materno e dos critérios que seriam aplicáveis às mães que quisessem ser dadoras. O leite de “mãe dadora” destina-se sobretudo a RNPT, cujas as mães, não apresentam produção de leite suficiente para assegurar as suas necessidades nutricionais. Desta forma, o leite oferecido ao RNPT passará a ser o leite materno de uma “mãe dadora”.

Nesta formação foram ainda reforçados os benefícios do leite materno, sobretudo nos RNPT, desde a sua fácil digestão; ao aumento da proteção imunológica, passando por benefícios mais específicos como a prevenção de retinopatia da prematuridade e a menor incidência de enterocolite necrosante. A equipa foi ainda informada sobre quais os requisitos que as “mãe dadora” passam até poderem doar o seu leite, tais como: amamentar o seu próprio filho de modo exclusivo e perceber que tem leite excedente; ter um filho há menos de 6 meses; não ter hábitos tabágicos, alcoólicos e aceitar ser submetida a análises sanguíneas para verificação de valores víricos (CHUSJ, 2023). Todas estas informações foram úteis, porque muitas das vezes tínhamos no serviço mães de RNPT que conseguiam

extrair uma grande quantidade de leite materno, mas que pela situação fisiológica em que se encontrava o seu filho, não o podia ingerir, por exemplo, mas a mãe poderia ser proposta para se tornar “mãe dadora” e assim utilizar o seu leite para ajudar outros RNPT. Esta formação serviu ainda para aumentar o conhecimento da equipa sobre a importância, utilidade e funções da criação do banco de leite, para assim serem capazes de esclarecer dúvidas às mães dos RNPT, que possam, por exemplo, vir a beneficiar no serviço desta doação de leite de “mãe dadora”.

Tive ainda **oportunidade de assistir ao V Fórum das Especialidades de Enfermagem** sobre “*Os cuidados especializados de Enfermagem nas fronteiras da pandemia*”, organizado pela Escola de Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde da UCP, em formato híbrido. Este evento constitui-se um momento importante no meu percurso formativo, uma vez que permitiu a reflexão e partilha de conhecimentos sobre diversos temas que surgiram como inquietações da prática e que, posteriormente, deram origem a produção científica passível de ser apresentada ao público. A realização de eventos deste tipo permite a divulgação e disseminação do conhecimento que foi produzido pelos estudantes do Mestrado em Enfermagem durante o processo formativo, contribuindo desta forma para o desenvolvimento da ciência, disciplina e profissão de Enfermagem, reforçando a responsabilidade do enfermeiro em acompanhar o progresso da ciência, através de uma atualização contínua de conhecimentos.

Para além destas formações, **utilizei todos os conhecimentos que fui adquirindo ao longo da componente teórica do curso**, bem como, os que resultaram da minha experiência profissional e das minhas anteriores formações. No entanto estes mostraram-se por vezes insuficientes, na prática clínica, surgindo desta forma a necessidade de **realizar pesquisas bibliográficas mais sistemáticas** que dessem respostas às minhas inquietudes da prática e que sustentassem a minha postura crítico-reflexiva e enriquecessem o meu processo de autodesenvolvimento profissional. Algumas situações da prática exigiram de mim esta pesquisa, tal como sucedeu no SU, onde me questionei sobre a utilização de iodopovidona na desinfeção/limpeza dos genitais antes da algaliação para colheita de urina e a ordem aleatória que era utilizada na administração de terapêutica inalatória, questões que me fizeram ir em busca de literatura sobre o tema.

Relativamente ao uso de iodopovidona no procedimento de algaliação, questionei a minha orientadora, sobre o fundamento daquela prática. Este era um procedimento que ia contra a minha aprendizagem teórica do curso e contra o procedimento que realizava no meu

serviço enquanto enfermeira, onde utilizava água com sabão para a desinfecção da zona genital antes da algaliação. Numa primeira instância, abordei o tema com a minha tutora e equipa de enfermagem, a fim de perceber se tinham algum protocolo que os levasse a realizar a desinfecção dos genitais com iodopovidona e quando percebi que não existia um suporte científico a sustentar aquele procedimento, decidi procurar respostas baseadas na evidência. Um dos entraves à minha pesquisa foi o facto de não existir muita literatura direcionada para a população pediátrica e a pouca que existia não referia se o uso de iodopovidona podia ou não interferir no resultado da colheita. Encontrei estudos, na população adulta, que referiam não haver vantagem no uso de iodopovidona, comparativamente ao uso de água e sabão, na prevenção de infeções do trato urinário (Huang, Liang, Mo, Zhou, & Ying, 2018; Cunha, et al., 2013) e o único estudo que encontrei direcionado para a população pediátrica, referia não haver benefício em realizar a desinfecção da zona genital com iodopovidona quando comparada com água esterilizada (Al-Farsi, Oliva, Davidson, Richardson, & Ratnapalan, 2009). Este tema chegou a ser discutido não só com a minha tutora como com toda a equipa, que já realizava este procedimento de forma automatizada, sem se questionarem. Mostraram-se disponíveis a reajustar as suas práticas e confirmaram que de facto existia uma necessidade de investigação nesta área, não afastando a necessidade de reverem o procedimento até ao momento instituído.

O segundo tema que despertou a minha análise crítica foi o facto de no SU não utilizarem uma ordem aquando da realização da terapêutica inalatória, ou seja, era indiferente ser administrado primeiro o salbutamol ou o brometo de ipratrópio, por exemplo. Primeiramente, abordei a temática com a minha tutora, questionei se existia alguma norma instituída neste sentido e só depois parti para a pesquisa bibliográfica. Nesta pesquisa concluí que caso fosse prescrito mais do que um fármaco, a sua administração devia seguir uma ordem, cumprindo os critérios de eficácia da ação do mesmo. Assim, a ordem devia ser: primeiro administrar os broncodilatadores de ação curta; em segundo lugar os broncodilatadores de ação longa e, em último lugar os corticosteróides. De salientar que estes últimos devem ser administrados 5-10 minutos após a inalação do segundo fármaco (Aguilar, et al., 2017), portanto existia sim uma ordem a cumprir.

Tendo o tempo de permanência no SU sido curto, as conclusões das minhas pesquisas foram apenas discutidas entre mim, a minha tutora e os elementos da equipa que se encontravam a fazer turno, não tendo havido oportunidade de realizar formação sobre estes temas, porém estes assuntos tiveram um carácter auto-formativo e formativo para os

elementos com quem consegui discutir as temáticas. Saliento, que estas pesquisas foram encaradas pela chefe do serviço como temas relevantes para futuras formações em serviço. Estas reflexões serviram para que todos pensássemos sobre as práticas instituídas e sobre a importância do nosso autodesenvolvimento e de nos mantermos atualizados para prestarmos cuidados de excelência à criança e família, abandonando a tradição do “sempre se fez assim”. É importante que o enfermeiro, sobretudo um EEESIP, mantenha uma postura crítica e de procura, onde possa fundamentar aquilo que faz.

Considero ter não só mantido o meu processo contínuo e autónomo de autodesenvolvimento pessoal e profissional, através das formações e pesquisas bibliográficas, como ter deixado a inquietude na equipa da necessidade de atualizar, de investir na sua formação e de rever alguns dos seus procedimentos para manter a qualidade dos seus cuidados. Em suma, considero ter alcançado este conjunto de competências que defini como pertencentes ao domínio da formação.

### **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;
- 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 de saúde com que se depara.

### **Objetivos:**

- Realizar formação em serviço em resposta a necessidades de formação identificadas;
- Comunicar os resultados da investigação científica realizada ao longo do estágio.

### **Reflexão Crítica:**

Optei por agrupar estas quatro competências, considerando-as parte do domínio da formação, mais direcionado para a formação de pares e para a responsabilidade do enfermeiro em contribuir para a atualização de conhecimentos dos seus pares, enquanto que as anteriores competências se encontravam mais dirigidas para o investimento formativo a

título próprio. O regime legal da carreira de Enfermagem (2019), refere que compete ao enfermeiro participar nos processos formativos, de maneira a contribuir para a sua valorização profissional e a dos seus pares (Decreto-Lei nº 71/2019, 2019) reforçando a importância de o enfermeiro surgir como formador e não apenas formando e de comunicar os resultados das suas pesquisas às audiências especializadas e ao público em geral. Também, segundo o regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista, compete ao enfermeiro especialista implementar oportunidades formativas que visem a aquisição ou consolidação de conhecimentos com vista à melhoria da prática clínica (Regulamento nº140/2019, 2019).

Iniciei este processo formativo por **identificar as necessidades formativas da equipa**. Esta necessidade formativa, identificada por mim e pela minha EEESIP, surge de uma dificuldade inúmeras vezes questionada, pelos pais aquando das sessões do projeto da parentalidade, sobre a lavagem nasal infantil e sobre a administração da terapêutica inalatória aos seus filhos. Saliento que estive na UCC no período que decorreu entre 26 de outubro a 17 de dezembro de 2022, ou seja, uma época de pico de infeções respiratórias, sobretudo neste que é considerado o primeiro inverno “pós-pandemia”, e que muitas crianças e pais que frequentavam as sessões no âmbito da parentalidade questionavam as enfermeiras sobre como poderiam realizar a lavagem nasal aos seus filhos no domicílio. Esta formação surgiu ainda da necessidade e interesse que as enfermeiras EEESIP manifestaram em investir e atualizar conhecimentos nesta área, lançando-me o desafio desta formação de pares que aceitei por este ser também um tema que manifesto interesse em saber mais.

Neste sentido, **planeei e realizei uma formação de pares** sobre “*Sistema Respiratório: Aerosolterapia e Lavagem Nasal Infantil*”, que pode ser consultada no apêndice I que pretendia dar resposta a uma necessidade evidenciada pela equipa de enfermagem da UCC. Esta formação foi realizada para todos os especialistas das diferentes áreas da UCC, nomeadamente reabilitação, saúde materna e obstétrica, enfermagem comunitária e ainda um enfermeiro de saúde mental e psiquiatria que referiram que a título profissional e também pessoal, este era um tema pertinente e que iriam certamente utilizar e aplicar estes conhecimentos no domicílio.

De maneira a organizar os conteúdos a abordar na sessão, **realizei o planeamento da sessão educativa** onde constava a data e hora da formação, os recursos necessários, a duração e a metodologia utilizada, bem como os objetivos e a forma como seria avaliada. Para o planeamento da sessão, **realizei pesquisa bibliográfica e mobilizei conhecimentos**

**teóricos**, de maneira a organizar de forma clara e concisa a extensa informação disponível sobre o tema, sob a forma de uma apresentação em PowerPoint® para posterior exposição. **Reuni numa bancada prática** diferentes dispositivos respiratórios, bem como alguma medicação inalatória, para permitir que os pares pudessem manipular e assim identificar facilidades/dificuldades no uso destes dispositivos que pudessem ser esclarecidas ao longo da sessão. Achei ainda pertinente deixar duas tabelas uma com um “*Resumo comparativo das técnicas inalatórias*” e outro sobre “*Vantagens e desvantagens de cada dispositivo respiratório*” na UCC para consulta rápida e de fácil acesso (apêndice I). No final da sessão, com o objetivo de perceber o seu sucesso, e de avaliar os resultados dos processos formativos, tal como preconiza o regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista (Regulamento nº140/2019, 2019), distribuí um questionário aplicado em dois momentos (antes e após a formação) a fim de perceber se houve ou não aquisição de conhecimentos. Apliquei ainda um outro questionário no fim da formação para avaliação da sessão e do formador. Após análise e tratamento dos dados obtidos no questionário de avaliação de conhecimentos estes revelam que os indicadores de processo e resultado estabelecidos foram atingidos, tendo conseguido que estivessem presentes na formação, no mínimo, 50% dos profissionais da UCC e que destes presentes, no mínimo, 70% deles respondessem corretamente às sete questões do questionário final. Os questionários e os dados, bem como a apresentação gráfica dos resultados dos questionários podem ser consultados no apêndice I deste relatório.

Considero que com esta formação de pares consegui proporcionar à equipa um momento de partilha, questionamento e crescimento pessoal e profissional na medida em que cada um adquiriu ou fortaleceu conhecimentos. Esta sessão permitiu-me aprofundar conhecimentos e habilidades acerca do planeamento de sessões educativas de pares, permitindo-me desenvolver competências comunicacionais e expositivas de conteúdo formal entre pares, bem como competências enquanto elemento formador.

Em suma, considero ter alcançado estas competências do domínio da formação, no sentido em que identifiquei, em parceria com o EEESIP, uma necessidade formativa na área da Saúde Infantil e Pediátrica, levando a cabo uma sessão de formação em serviço que desse resposta a esta necessidade. Além disso, esta mostrou-se benéfica no sentido em que se obtiveram ganhos em conhecimentos. Esta sessão proporcionou aos pares um momento de discussão, partilha e reflexão entre a equipa, contribuindo desta forma para desenvolvimento pessoal e profissional.

### **4.3.Domínio da Gestão**

O domínio da gestão de cuidados encontra-se associado ao domínio da prestação de cuidados, visto que para uma prestação de cuidados de nível avançado tem de haver uma adequada e eficiente gestão de cuidados e recursos, uma vez que os recursos são finitos e as necessidades são crescentes.

Nos últimos tempos, fruto dos avanços científicos e tecnológicos tem-se assistido a uma maior exigência e complexidade da enfermagem, surgindo a necessidade de gerir os cuidados de enfermagem de maneira a proporcionar respostas eficientes e eficazes na obtenção da qualidade nos cuidados (Lourenço, Gonçalves, Sequeira, Melo, & Gouveia, 2022).

A gestão de cuidados é parte integrante das competências do enfermeiro especialista, o regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista, no seu artigo nº4, alínea c) explícita que um dos domínios das competências comuns do enfermeiro especialista é de facto o da gestão dos cuidados, com o objetivo de otimizar a resposta da sua equipa com a equipa multidisciplinar, mantendo sempre presente que, por vezes, neste processo de gestão torna-se necessário adaptar a sua liderança e a gestão de cuidados aos diferentes contextos de atuação, prezando sempre por garantir a qualidade dos cuidados prestados (Regulamento nº140/2019, 2019). Também o REPE, refere no seu artigo 9º, acerca das intervenções dos enfermeiros, no ponto 6, que a gestão é de facto uma das áreas em que os enfermeiros contribuem no exercício das suas funções para a melhoria dos cuidados (Decreto-Lei, nº161/96, 1996).

Assim, podemos afirmar que compete ao enfermeiro especialista a gestão dos cuidados, a liderança da equipa na prestação destes e a otimização e adequação de recursos, garantindo assim a segurança e qualidade dos cuidados. Ramos & Barbieri-Figueiredo (2020) afirmam que é através da gestão e através da promoção de equipas de enfermagem empoderadas e reflexivas na ação, que se consegue potenciar a qualidade e excelência dos cuidados.

De seguida, encontram-se agrupadas as competências que considero pertencerem ao domínio da gestão, bem como os respetivos objetivos e atividades que as concretizam.

#### **Competências:**

- Gerir os cuidados de enfermagem na área de especialização;
- Exercer supervisão do exercício profissional na sua área de especialização;

- Zelar pela qualidade dos cuidados prestados na sua área de especialização.

### **Objetivos:**

- Compreender as estratégias de gestão e liderança em enfermagem;
- Refletir sobre o papel do EEESIP na gestão dos cuidados e recursos de enfermagem.

### **Reflexão Crítica:**

A gestão de cuidados de enfermagem desempenha hoje, e mais do que nunca, um papel preponderante para o alcance de metas como a qualidade, a eficiência e a eficácia, nos cuidados de saúde.

Esta gestão de cuidados resulta da articulação entre a prestação de cuidados e as atividades de gestão, através do exercício de liderança, da interação, da comunicação e da cooperação, assumidas pelo enfermeiro, em relação à equipa de enfermagem, equipa multidisciplinar, às crianças e às suas famílias (Mororó, Enders, Lira, Braz da Silva, & Menezes, 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 ferramenta-chave no processo de gestão para superar os desafios impostos por este ambiente complexo e em constante mudança (Melo, 2011). Das diversas competências do enfermeiro gestor que contribuem para melhorar a qualidade assistencial, a que assume maior destaque é a liderança. A liderança surge inevitavelmente como um componente essencial da gestão e do enfermeiro gestor.

A liderança está dependente de muitos fatores, não só do líder, mas também dos liderados e do contexto onde se inserem (Matos da Costa, 2013), sendo vista como a capacidade de inspirar, motivar e influenciar as pessoas ao seu redor, a atingirem e superarem determinados objetivos/metapas, ultrapassando aquilo que consideravam ser os seus limites (Mações, 2018). Este é o espírito que se procura no EEESIP incumbido de gerir as equipas e recursos nos diferentes turnos de trabalho, influenciar os enfermeiros que gere, a alcançarem metas de qualidade estabelecidas nos serviços e cuidados de excelência. Os líderes têm um papel fulcral no seio de uma equipa de enfermagem, sendo alguém que se preocupa não só com a coordenação do trabalho, mas também, com a pessoa do enfermeiro.

O líder, precisa de estar apto a resolver conflitos, agindo sempre com base nos princípios éticos e de igualdade para com todos, objetivando o estabelecimento de uma relação de confiança, o princípio básico para o estabelecimento de uma relação motivacional na equipa. Deverá ajustar a sua liderança à situação e às necessidades daqueles a quem lidera, não havendo por isso um estilo único e ideal de liderança, que seja apropriado para todas as situações, o que se exige do líder uma grande capacidade de adequação dos diferentes estilos de liderança às diversas situações com que se depara diariamente (Santos Leitão, 2013).

Segundo Mações (2018) existem três estilos de liderança: autocrático, democrático e *laissez-faire*. Tive oportunidade de **contactar com diferentes estilos de liderança** e pude constatar que os estilos adotados iam variando consoante as necessidades, sendo que o estilo mais evidente e utilizado era o estilo democrático. O estilo democrático, caracteriza-se por um líder que promove acima de tudo a qualidade da relação a nível interpessoal e que estimula e assiste aos debates de ideias entre a sua equipa. Estes debates têm como objetivo discutir ideias e encontrar um consenso e/ou solução adequada a um problema identificado pela equipa, solução essa que será validada junto do líder. Muitas vezes, os elementos da equipa neste estilo democrático, procuram junto do líder aconselhamento para encontrarem a melhor solução (Matos da Costa, 2013). Isto era visível ao longo dos turnos, sempre que algum elemento necessitava de ajuda para a tomada de decisão ou para validação da decisão tomada, recorria ao EEESIP responsável de turno. No que concerne ao tipo de liderança em relação ao tipo de incentivo ou recompensa oferecida pelo líder, afirmo que nestes contextos predominaram sobretudo a “liderança transformacional” que segundo a literatura é descrita como a capacidade do líder em inovar e produzir mudanças no contexto organizacional, de maneira a estimular o crescimento e desenvolvimento das competências de cada um dos seus enfermeiros (*empowerment*) (Mações, 2018). Este tipo de liderança era o encorajado pelos EEESIP responsáveis de turno, onde proponham que novos membros, pudessem realizar novas tarefas com a sua supervisão, potenciando o seu *empowerment*. O estilo democrático aliado a um estilo de liderança transformacional foram sem dúvida os estilos predominantes nos serviços por onde passei. Em que o diálogo e reflexão entre equipa existia e em que sempre houve lugar a opiniões quer na atribuição do binómio criança-família ao enfermeiro, quer na gestão dos recursos disponíveis.

Tive necessidade de **refletir sobre o papel do EEESIP na gestão dos cuidados e dos recursos de enfermagem e perceber quais as estratégias, quer de gestão, quer de**

**liderança utilizadas.** Uma das coisas notórias nos diferentes contextos de estágio, foi a existência de formas distintas de gestão e liderança de equipas e recursos.

Percebi que o enfermeiro gestor (comumente chamado de chefe), raramente apareciam no turno e por isso delegavam parte das funções de gestão de recursos (humano ou material), ao EEESIP que assumia o papel de responsável de equipa, uma vez que, pela proximidade à equipa e pela participação na prestação de cuidados, estava em posição privilegiada no que dizia respeito ao conhecimento das necessidades e características da equipa e, portanto, reunia as condições para o planeamento e coordenação de diversas atividades. Assim, tendo contactado maioritariamente com as funções de gestão de cuidados por parte do EEESIP responsável de turno, é sobre eles que me debruçarei nesta reflexão de gestão de cuidados.

Em todos os contextos, enquanto gestor de cuidados, o EEESIP desenvolve ações nas relações e interações entre a equipa de saúde e criança/família, de forma a responder às necessidades identificadas no planeamento de cuidados e mobilizando os recursos necessários para uma assistência de enfermagem segura e de qualidade.

Nos serviços hospitalares por onde passei, está a cargo do EEESIP responsável de turno, organizar os planos de trabalho conforme os recursos humanos disponíveis, avaliando as necessidades e dependência de cuidados de cada criança e família, para assim distribuir este binómio por um colega da equipa, de maneira a que esse colega consiga responder eficazmente às necessidades do mesmo. Para a distribuição de recursos humanos (enfermeiros) por cada criança e família e área de trabalho (no caso do SU: triagem, OBS, entre outras) o enfermeiro EEESIP encarregue dessa gestão, tem o cuidado de realizar uma distribuição equitativa entre o rácio e as necessidades de cuidados de cada binómio e tem ainda em consideração as competências de cada elemento, tentando homogeneizar as equipas de acordo com os seus *skill mix*. Para que esta distribuição seja justa, é necessário que o EEESIP, esteja integrado no seio da equipa e que conheça as capacidades, as competências e as motivações de cada elemento, conseguindo desta forma organizar e distribuir o trabalho da equipa de forma equitativa, visando o desenvolvimento do potencial da mesma, o que por sua vez se traduzirá num aumento da qualidade dos cuidados prestados (Santos Leitão, 2013). É através da complementaridade e articulação entre os pontos fortes e fracos de cada elemento da equipa, que o EEESIP consegue constituir uma equipa robusta, homogénea e com capacidade para dar resposta às necessidades das crianças e suas famílias.

Este papel de gestão atribuído ao EEESIP responsável de turno, foi notório no serviço de neonatologia e no SU. Nestes contextos, acompanhei e constatei que o meu EEESIP, muitas vezes responsável de turno, além de participar na distribuição dos elementos da equipa pelas crianças e famílias, participava ainda na gestão de vagas da Unidade, o que implicava uma coordenação com a equipa médica e articulação com outros serviços, como por exemplo o internamento, bloco operatório ou serviço de cuidados intensivos.

No SU, **acompanhei e participei com o EEESIP na verificação do *stock* de material clínico disponível na sala de emergência e na reposição e validação de todos os materiais** lá existentes (desfibrilhador; monitor, ventilador, ambu, entre outros equipamentos), uma das funções acrescentadas ao enfermeiro gestor de turno no SU, fulcral para assegurar que sempre que houvesse uma emergência a equipa estava preparada a dar uma resposta rápida, segura e efetiva.

Importa referir, que tive oportunidade de perceber que liderar em ambiente crítico como o SU e o serviço de neonatologia é uma tarefa árdua, onde a exigência é uma constante, pela diversidade e complexidade de cuidados de enfermagem prestados e as tomadas de decisões terem que ser rápidas e assertivas (Matos da Costa, 2013). Tive oportunidade de **observar o papel de gestor/mediador de conflitos inerente ao EEESIP**, durante o seu processo de gestão no turno, sobretudo na triagem, local onde as famílias chegavam com as crianças e após o processo de triagem não entendiam ou aceitavam a pulseira atribuída.

O papel de gestor de conflitos é um papel inerente ao de líder, para o qual o enfermeiro gestor necessita desenvolver conhecimentos e habilidades técnicas, humanas e científicas, que lhe possibilite uma eficaz avaliação e escolha da melhor estratégia a adotar em ocasiões conflituosas, visando a sua resolução e evitando a sua eliminação ou evitação (Martins, et al., 2020). Uma gestão eficaz de conflitos, é aquela onde existe espaço para adquirir e desenvolver competências para resolver e/ou negociar as divergências de opiniões e perceções individuais dentro da equipa de enfermagem. Isto exige um envolvimento coletivo dos diferentes profissionais e exige do gestor ou do enfermeiro responsável de turno, neste caso o EEESIP, uma postura de assertividade, cooperação, disponibilidade, respeito e um conjunto de capacidades comunicacionais e cognitivas que lhe permita identificar e construir a solução para o conflito (Matos da Costa, 2013).

Este papel de mediador, foi muitas vezes necessário em contexto de SU. Um clima de grande tensão e alguma discórdia, sobretudo entre os pais e os profissionais de saúde. Aqui incumbiu-se muitas das vezes o enfermeiro responsável de turno, EEESIP, de dialogar com

os pais e explicar-lhes o algoritmo de triagem que levou à atribuição daquela cor de pulseira ao seu filho(a). Esta figura de mediador, no chefe de equipa, foi uma às quais assisti a minha EEESIP assumir, muitas vezes, enquanto nos encontrávamos na área de triagem. A estratégia de resolução do conflito era ajustada a cada necessidade, mas de um modo geral, uma comunicação eficaz, o saber trabalhar em equipa, ser ético e justo, saber ouvir, ter uma boa postura e reconhecer o seu papel são algumas das estratégias utilizadas pelo EEESIP para mediar conflitos.

No SU, **participei num processo de auditoria interna** para melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados. Os processos de auditoria interna, avaliam e reconhecem se os serviços apresentam um conjunto de padrões nacionais/internacionais de qualidade. Estes processos de auditoria interna, têm objetivo major garantir a qualidade dos cuidados e permitir uma melhoria contínua ao nível organizacional (Trindade, 2013). Este processo, exigiu da equipa uma maior disciplina e rigor nos cuidados que prestavam às crianças e famílias e permitiu identificar situações onde era possível melhorar e situações onde a excelência e qualidade dos cuidados já tinha sido atingida e que seriam para manter.

Em contraste ao ambiente hospitalar, pude analisar que na UCC a gestão de cuidados e recursos por parte dos enfermeiros, todos eles especialistas, é extremamente autónoma, tendo inclusive alguma liberdade de intervenção na equipa de saúde escolar, na ELI ou no NACJR. Aqui o EEESIP é tido como o elo de ligação entre a criança, família, comunidade escolar e os serviços de saúde. A EEESIP que acompanhei na UCC, estava envolvida no projeto da parentalidade, e partilhava ideias com outra EEESIP mais ligada aos projetos da saúde escolar. Ambas, apesar de se entreajudarem possuíam uma organização autónoma dos projetos que desenvolviam. Normalmente estes projetos eram delineados no início de cada ano, era elaborado uma espécie de horário-tipo, o qual era aprovado pelo coordenador da UCC e, posteriormente, as sessões e as atividades decorriam dentro desses horários estipulados. Nos turnos da UCC não existia um enfermeiro líder ou gestor de turno, existiam sim múltiplos especialistas cada um a desenvolver os seus projetos.

Em suma, julgo ter alcançado as competências do domínio da gestão, no sentido em que procurei perceber as estratégias de gestão utilizadas, bem como os estilos de liderança e refletir sobre o papel do EEESIP nas mesmas. Acabei por ter oportunidade de participar em diferentes exercícios de gestão, mas principalmente por ter refletido criticamente na gestão de cuidados realizada pelo EEESIP nos diferentes contextos.

### **Competências:**

- Liderar equipes de prestação de cuidados especializados na área de especialização;
- Colaborar no processo de integração de novos profissionais.

### **Objetivos:**

- Participar na liderança e gestão de equipes durante o turno;
- Desenvolver competências no processo de orientação e integração de novos profissionais e estudantes nos contextos assistenciais.

### **Reflexão Crítica:**

O processo de integração de um novo profissional ou estudante, num novo serviço ou num novo local de estágio, é um período transitivo que exige aquisição e gestão de habilidades entre o saber, o ser e o fazer, que permitam prestar cuidados com segurança e qualidade. Todo este processo é variável em duração, forma e conteúdo e não são claros os requisitos necessários para uma integração eficaz que facilite a aprendizagem e o desenvolvimento de competências (Coelho & Adriano, 2022).

Vários estudos apontam que para uma integração bem-sucedida, deve existir um elemento no serviço, responsável pelo novo elemento ou estudante a integrar, a fim de lhe proporcionar maior segurança, apoio, orientação, acompanhamento e estabilidade neste processo adaptativo (Assunção, 2022; Coelho & Adriano, 2022), passando este a ser um elemento de referência, muitas das vezes chamado tutor, a quem o novo elemento pode recorrer sempre que necessário. A integração exige aprendizagens técnicas, onde a competência é aperfeiçoada pelos conhecimentos adquiridos e desenvolvidos mediante a prática, a experiência e a partilha de saberes, numa busca constante de atingir a perícia (Carvalho, 2016), onde todo o desenvolvimento e aquisição de competências e aperfeiçoamento profissional ocorrem ao longo do tempo e por fases. Segundo Patricia Benner (2001), todo este processo ocorre ao longo de cinco estádios: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito. Estes estádios refletem mudanças na *performance* das habilidades, em função das experiências anteriores e da percepção e compreensão das situações atuais.

Os enfermeiros recém-formados, que iniciam funções num novo serviço e os estudantes que iniciam estágios num novo ensino clínico, têm dificuldade em integrar o que aprenderam na escola com o que experienciam em situação real, não se encontrando familiarizados com os objetivos e as rotinas inerentes aos cuidados prestados naquele serviço, o que lhes confere o estatuto de iniciados, com necessidade de conhecerem as normas e os princípios do novo serviço. Porém, são também considerados enfermeiros iniciados, todos aqueles que integram um novo serviço (Coelho & Adriano, 2022; Carvalho, 2016; Assunção, 2022). Também eu, neste processo de aprendizagem e segundo a teoria de Benner, fui um enfermeiro de nível iniciado, com necessidades em me adaptar às normas e rotinas dos serviços onde estagiei, para desenvolver competências e habilidades que me permitissem estar apta a dar respostas eficazes na prática. A integração é um processo determinante no sucesso da adaptação do enfermeiro e/ou aluno à organização e, conseqüentemente, no seu desempenho profissional, sendo de extrema importância que estes novos elementos se sintam integrados e que desenvolvam confiança na equipa que os rodeia.

Na UCC tive oportunidade de **conhecer o processo de integração de novos estudantes** onde o EEESIP tem um papel preponderante, não só nas atividades de supervisão, mas também na facilitação da integração, acompanhando e avaliando a aprendizagem do novo enfermeiro/aluno, ao mesmo tempo que potencia o desenvolvimento das suas competências. A integração destes estudantes na UCC era da responsabilidade da minha tutora EEESIP em conjunto com a EESMO. Porém, dado os percursos de formação paralelos (licenciatura e mestrado), muitas das vezes foi-me pedida a colaboração no processo de orientação ou correção de ações de formação desenvolvidas pelos estudantes da licenciatura, podendo eu **colaborar no processo de integração dos estudantes** que se encontravam a estagiar na UCC aquando a mim, o que me permitiu desenvolver competências no âmbito acompanhamento e integração de alunos. Na UCC, tive oportunidade de **desenvolver um projeto, em colaboração, com os estudantes da licenciatura**, denominado “*Desenvolver Sorrisos*”. Apesar deste projeto ter sido da minha inteira responsabilidade e da minha tutora, os estudantes participaram com o seu contributo no *design* do livro elaborado em formato digital, acessível através de um *QR Code*, posteriormente, oferecido aos pais (projeto disponível no apêndice II). Todo este processo de *design* e escolha desde a cor ao tipo de letra, aconteceram sob a minha orientação e supervisão, tendo-se revelado um momento produtivo com um resultado elogiado pelos pais. Esta colaboração foi considerada como um dos itens de avaliação formativa para os mesmos.

A oportunidade de poder **participar e acompanhar o processo de liderança e gestão de equipa junto do EEESIP**, foi mais evidente no SU e na neonatologia, uma vez que as minhas tutoras, por serem EEESIP, eram inúmeras vezes responsáveis de turno, cabendo-lhes a elas a seleção dos enfermeiros a atribuir a cada criança e família, ou no SU, a atribuição de cada enfermeiro à respetiva área de trabalho. Além destas decisões competia-lhes também decisões abordadas anteriormente neste documento, tais como a gestão de vagas, reposição de material e até a responsabilidade pelo pedido de reparação de equipamentos.

Em suma, julgo ter alcançado estas competências no domínio da gestão, direcionadas para a liderança de equipas e integração de novos membros, no sentido em que colaborei no processo de integração de estudantes da licenciatura e ao mesmo tempo acompanhei o processo de integração e liderança de equipas assumido pelas minhas tutoras no decorrer do estágio. Um momento de reflexão e de aprendizagem para, num futuro próximo, conseguir também eu, enquanto EEESIP, liderar uma equipa.

#### **4.4. Domínio da Investigação**

A Enfermagem, como qualquer outra disciplina, necessita de produção e de renovação contínua do seu próprio corpo de conhecimentos, o que apenas poderá ser assegurado pela Investigação. A investigação deve ser exercida em todas as áreas de atividade de Enfermagem: na prestação de cuidados, em que permite a adequação dos cuidados, gerais e especializados, às necessidades do cidadão; na área da gestão, pois possibilita estratégias inovadoras de gestão e liderança; e na formação e educação, onde proporciona formação no desenvolvimento de competências e educação para a saúde na aprendizagem de capacidades (Vieira, 2015).

A Enfermagem, enquanto disciplina, tem demonstrado uma evolução crescente nos últimos anos e em múltiplas áreas, onde a investigação e a produção científica, sobre diferentes áreas de interesse em Enfermagem, têm sido uma constante.

A Investigação em Enfermagem é um processo sistemático, científico e rigoroso que procura incrementar o conhecimento nesta disciplina, respondendo a questões e resolvendo problemas identificados na prática (Ordem dos Enfermeiros, 2006). Esta contribui para a evolução da prática clínica no sentido em que motiva para a leitura crítica, promove a

imaginação e a reflexão e auxilia na fundamentação da prática (Chicória, 2013). São os resultados das investigações que substituem as condutas previamente aceites por informações mais seguras, científicas e atualizadas. É o conhecimento adquirido e produzido pela investigação em Enfermagem que é utilizado para desenvolver a prática baseada na evidência, melhorar a qualidade dos cuidados e otimizar os resultados em saúde.

De seguida, encontram-se agrupadas as competências que agrupei no domínio da investigação, bem como os respetivos objetivos e atividades que realizei ao longo do estágio a fim de adquirir as respetivas competências.

### **Competências:**

- 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 profissão de enfermagem;
- Transferir para a prática de cuidados os resultados da investigação;
- Garantir qualidade dos cuidados prestados, nos diferentes contextos assistenciais, com uma Prática Baseada na melhor Evidência Científica.

### **Reflexão Crítica:**

É indubitável que a Enfermagem, tal como a conhecemos hoje, percorreu um longo caminho como disciplina até atingir a notoriedade que hoje lhe é conferida. O enfermeiro especialista deve, por isso, ser um agente ativo no campo da investigação, suportando sempre a prática clínica em evidência científica (Regulamento nº140/2019, 2019).

De maneira a atingir os objetivos supracitados, **refleti sobre as implicações da investigação na prática baseada na evidência**, uma vez que é o conhecimento obtido através da investigação que permite alicerçar os cuidados da prática na melhor evidência disponível. Neste processo, contínuo de investigação surge a necessidade de incorporar a melhor pesquisa e evidência científica disponível numa tomada de decisão fundamentada que, por sua vez, deve também ter em conta os recursos e experiência clínica do enfermeiro,

considerando ainda a cultura e necessidades da criança e família (Maughan & Yonkaitis, 2017). Foi esta noção de necessidade de investigação que quis sempre presente na minha prática, o que me permitiu sustentar as minhas ações em conhecimentos sólidos, fidedignos e atualizados, visando melhorar a qualidade dos cuidados, otimizando os resultados em saúde e **prestando cuidados baseados na melhor evidência disponível**. Isto porque um enfermeiro especialista deve possuir conhecimentos na prestação de cuidados especializados, seguros e competentes (Regulamento nº140/2019, 2019).

A Enfermagem, sendo uma disciplina, necessita de produção e renovação contínua do seu próprio corpo de conhecimento, o que poderá ser assegurado de forma efetiva pela investigação. Conforme publicado no REPE, os enfermeiros elaboram, promovem e participam em trabalhos de investigação que visam o progresso da enfermagem (Decreto-Lei, nº161/96, 1996). Ao longo do estágio, **efetuei pesquisa bibliográfica de forma sistemática e pertinente na área da EESIP**, utilizando diversas plataformas e bases de dados, dirigida às necessidades e oportunidades que verificava em cada contexto e aspeto da minha prática, onde pretendia sempre exercer uma prática segura e baseada na evidência.

O regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista, refere que cabe ao especialista alicerçar as suas tomadas de decisão e intervenções da prática, no conhecimento válido, atual e pertinente, tornando-se um agente ativo na prática da investigação (Regulamento nº140/2019, 2019). O objetivo da investigação é fomentar uma atitude de carácter reflexivo e capacidade de análise crítica para encontrar a melhor forma da enfermagem se desenvolver. E este processo só se desenrola quando os enfermeiros são capazes de refletir sobre as suas práticas diárias; questionar os modelos de trabalho ou os procedimentos que veem instituídos; investigarem sobre as suas reflexões sempre que estas sejam questionáveis, pois só assim encontrarão alternativas adequadas à resolução dos problemas e só assim prestarão cuidados de enfermagem com elevado nível de qualidade.

Durante o estágio, foram várias as situações e temáticas que me levaram a procurar mais informação e a refletir criticamente sobre a mesma, com o intuito de dar resposta aos problemas e necessidades levantados, com base na mais atual evidência. Uma prática baseada na evidência, exige perícia, investigação, leitura e aprofundamento dos conhecimentos, para que os seus resultados se espelhem em cuidados de excelência e de máxima segurança.

Na USF verifiquei que muitas eram as dúvidas dos pais, sobre o sono dos filhos, mais especificamente sobre a sesta como rotina dos filhos. Sempre que era questionado aos pais

se o seu filho (com menos de 4/5 anos) realizava alguma sesta, a avassaladora maioria das respostas era negativa. Este constitui-se o mote para a minha pesquisa sistematizada em busca dos resultados mais recentes da literatura acerca dos benefícios da sesta nas crianças durante a primeira infância. Posto isto **desenvolvi uma pesquisa sistematizada, sob a forma de uma revisão da literatura**, através da qual pretendia aprofundar conhecimentos sobre a temática e alicerçar uma prática baseada na evidência, mas também ter um indicador de produção (comunicação no Fórum das Especialidades de Enfermagem) e, talvez, utilizar o resultado desta investigação para possível publicação numa revista.

A revisão da literatura foi realizada através da pesquisa em bases de dados online, onde se usaram descritores em Ciência da Saúde, identificando artigos com data de publicação entre 2015 e 2022, em inglês e com texto integral disponível que foram, posteriormente, sujeitos a um processo de seleção. O objetivo desta revisão da literatura era compilar os resultados da evidência científica sobre o benefício da sesta nas crianças durante a primeira infância, a fim de reunir um consenso se estas devem ou não ser incentivadas pelos pais e pelas escolas como um comportamento promotor de ganhos em saúde. Após o processo de seleção foram analisados 10 artigos, entre eles revisões sistemáticas, revisões sistemáticas com meta-análise, estudos experimentais e estudos pilotos. Os resultados obtidos, bem como a discussão de resultados encontram-se desenvolvidos de forma pormenorizada no Apêndice III. No entanto, as conclusões desta investigação foram unânimes ao afirmarem que a sesta tem de facto benefícios inabaláveis para as crianças durante a primeira infância.

A realização deste estudo permitiu-me aprofundar conhecimentos e habilidades na área da investigação, nomeadamente a formulação de uma questão de investigação clara e objetiva, a pesquisa em bases de dados distintas, a análise e tratamento dos dados. Saliento que foram **partilhados e discutidos com a equipa os resultados obtidos com a pesquisa realizada e a sua aplicabilidade prática**, uma vez que compete ao enfermeiro especialista o papel ativo no campo da investigação, com a responsabilidade de promover, decodificar, disseminar e implementar trabalhos de investigação relevantes e pertinentes para a prática (Regulamento nº140/2019, 2019). Esta foi sem dúvida a pesquisa bibliográfica mais sistematizada que realizei, porém não foi a única.

Na UCC, aquando do desenvolvimento dos projetos no âmbito da parentalidade eu e a minha tutora refletimos que era notório que as competências parentais das famílias que frequentavam estas sessões eram frágeis. Quero com isto dizer que o nível de interação

mãe/pai-bebé era diminuto; a estimulação corporal era apenas a incentivada pela EEESIP e que muitas das dúvidas dos pais durante as sessões passava pelas competências que era ou não suposto os seus filhos terem atingido com aquela idade e se havia alguma forma de os poder estimular. Surgiu muitas vezes a questão sobre quais os brinquedos ou brincadeiras mais adequadas a cada faixa etária. Por todas estas questões, colocadas informalmente nas sessões, eu e a minha tutora, consideramos que havia a necessidade de providenciar informação sobre o desenvolvimento infantil aos pais e estratégias/jogos que pudessem potenciar este desenvolvimento dos filhos num momento lúdico em casa, no seio da família, com ganhos significativos para a relação mãe/pai-bebé. Surgiu assim a ideia de realizar um projeto denominado “*Desenvolver Sorrisos*”. “Desenvolver”, por ser referente ao desenvolvimento infantil e “Sorrisos” porque o nosso objetivo era potenciar a competência parental e a felicidade daquelas famílias. Para sustentação teórica deste projeto, tive necessidade de **realizar pesquisa bibliográfica** que demonstrasse que de facto o jogo é uma forma lúdica e ao mesmo tempo potenciadora do desenvolvimento infantil. Compilei toda essa informação num documento que se encontra no apêndice II.

Além da elaboração do documento teórico, quis compilar informação de forma dinâmica, tornando-a de acesso fácil e rápido e de conteúdo apelativo. Decidi elaborar um género de livro digital com atividades que os pais podiam realizar de maneira a estimular 4 componentes da criança: a visão; a audição; o estímulo tátil e a componente cinética. Para facilitar a consulta e organizar o livro digital, decidi dividir as atividades por faixas etárias: 1º mês de vida; 2-3 meses; 4-6 meses; 6-9 meses e, por último, dos 9-12 meses. No fim desta organização, transformei este livro digital em PDF e transformei-o num *QR Code* que imprimi em papel autocolante, a fim de, oferecer aos pais no fim da segunda sessão deste projeto, para que eles se fizessem acompanhar desta informação de uma maneira fácil e discreta, por exemplo, colando este *QR Code* no Boletim Individual de Saúde da Criança, ou então podiam mesmo transferi-la em suporte PDF para o telemóvel.

O projeto foi dinamizado estrategicamente apenas com duas sessões, realizadas à quinta-feira. Optamos por estabelecer apenas duas sessões porque, da análise de adesão em outras sessões para a parentalidade, verificamos que nas primeiras sessões a adesão era elevada, porém, com o passar destas a adesão ia desvanecendo. Assim, com as duas sessões queríamos garantir adesão total ao projeto. Pretendia-se que estas sessões decorressem num espaço amplo, com boa luminosidade e, preferencialmente, em que todos pudessem ficar

reunidos em círculo, sentados no chão (os bebês deitados em manta própria) em cima de colchões didáticos. Condições que foram possíveis (consultar apêndice II).

Numa primeira sessão, foi abordado o objetivo do projeto; foi entregue um questionário para avaliação do conhecimento dos pais sobre o desenvolvimento infantil e abordavam-se aspetos como a motricidade fina e grossa, aspetos da visão, audição entre outros sentidos. No fim da primeira sessão, os pais foram desafiados entre a semana que medeia uma e outra sessão, estarem atentos a estes aspetos na dinâmica com os seus filhos. Assim, a segunda sessão iniciou-se pela partilha de resultados do desafio lançado na semana anterior. Após este momento de partilha, eu e a tutora, na presença de uma terapeuta da fala convidada, expusemos quais as atividades lúdicas passíveis de serem realizadas no domicílio e que promoviam o desenvolvimento infantil. A terapeuta da fala abordou a importância e as formas de comunicar com a criança no primeiro ano de vida. No final da sessão, entreguei novamente o questionário com as mesmas questões que o questionário entregue na primeira sessão e o *QR Code* para ser utilizado pelos pais, explicando-lhes o seu conteúdo.

Este era um projeto que ainda necessitava de alguns ajustes que não foram possíveis dado o término do período de estágio, no entanto, considero ter sido um projeto proveitoso onde os pais se mostraram satisfeitos com o dinamismo do mesmo e onde eu consegui desenvolver competências no âmbito da investigação. Este projeto fez-me ainda desenvolver a capacidade de adaptação na transferência de informação ao público-alvo: neste caso aos pais pertencentes a uma sociedade cada vez mais tecnológica, daí a minha ideia de criar um livro digital de fácil consulta.

Embora não tenha participado de forma direta em nenhum projeto ou trabalho de investigação, julgo que o desenvolvimento deste projeto bem como da revisão da literatura me ajudaram a compreender a importância da investigação para a disciplina e profissão de enfermagem. Com investigação em diferentes temáticas tornei-me capaz de aperfeiçoar competências na pesquisa bibliográfica em diferentes bases de dados, de transferir para a prática de cuidados os resultados da investigação e disseminar os resultados da pesquisa pela comunidade. Assim, considero ter alcançado as competências estabelecidas para o domínio da investigação neste meu relatório e ter contribuído também para o desenvolvimento da enfermagem como disciplina de conhecimento.



## **5. Implicações do percurso formativo na prática profissional**

Não queria terminar este relatório de estágio do Curso de Mestrado em Enfermagem com EESIP, sem mencionar o quanto cresci e aprendi profissionalmente e pessoalmente durante todo este percurso longo e moroso.

É inegável a influência que este percurso formativo teve na minha prática diária (internamento de pediatria) e que já se começou a refletir na reformulação e otimização dos cuidados que presto diariamente à criança e família. Todas as competências desenvolvidas e adquiridas ao longo deste percurso formativo, que se encontram explanadas ao longo deste documento, são o reflexo de que consegui acrescentar muito ao meu conhecimento prévio e melhorar em muito a minha prática clínica. Todas as competências desenvolvidas acerca da comunicação; promoção da parentalidade; promoção da parceria de cuidados, entre outras, ao longo sobretudo do estágio, deram robustez e acrescentaram excelência e qualidade aos cuidados que agora presto.

Durante este percurso académico pude perceber que mais do que me focar nas necessidades desenvolvimentais ou especiais (inaugurais, transitórias ou crónicas complexas) da criança deve existir a preocupação dos Cuidados Centrados na Família. As aprendizagens adquiridas ao longo deste curso fizeram-me abandonar um pouco a visão biomédica da prestação de cuidados, que eu tinha, em que me focava muito na doença da criança e nas implicações fisiológicas desta e que, agora, posso dizer que atingi “outro patamar” e que me consigo focar naquela criança de forma holística: ela, a família e o meio que a rodeia. Já consigo orientar os meus cuidados com um maior respeito pela parceria de cuidados e pela promoção da autonomia daquela criança.

O facto de neste curso, o estágio decorrer quer em meio hospitalar, quer em CSP, permitiu-me abrir horizontes e contactar com outras realidades que confesso serem-me desconhecidas até ao momento, tal como o trabalho desenvolvido pelas ELI e o próprio trabalho das UCC. Nunca imaginei que os projetos desenvolvidos nas UCC, nos quais o EESIP toma parte, fossem tão abrangentes e significativos para a qualidade de cuidados prestados àquelas populações. O contacto com cuidados de urgência e com os cuidados intensivos neonatais também reforçaram a minha prática clínica, ajudando-me a melhorar a minha gestão de tempo-cuidados, elucidando-me sobre todo o processo desde a triagem até

ao internamento (onde me encontro) pelo qual todas as crianças e famílias passam. Esta reflexão neste percurso, tornou-me mais consciente e mais preocupada em melhorar o acolhimento destas crianças e famílias quando chegam ao meu serviço de internamento. Estas reflexões fizeram-me perceber que naquele momento de admissão, depois de todo o stress e barulho típico do serviço de urgência, o que de melhor posso dar àquela criança e família que ficarão internadas, além da sua estabilização clínica, é um espaço onde possam repousar, em silêncio e com maior privacidade.

Estes dois contextos de estágio, permitiram-me também um maior autocontrolo das minhas emoções em situações urgentes, também passíveis de ocorrerem em contexto de internamento e, sobretudo, após passar pela UCIN, permitiram-me ser muito mais eficaz em fazer a “ponte” e o acolhimento entre um serviço de intensivos neonatais e um serviço de internamento.

Assim, no meu processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional procurarei, sistematicamente, evidenciar e fundamentar a minha prática nos conhecimentos e competências construídos neste percurso formativo. Sinto que me tornei uma enfermeira mais completa e com mais competências para dar resposta às necessidades do binómio: criança e sua família.

Se tivesse que analisar o meu percurso neste curso de Mestrado em Enfermagem com EESIP, desde o início até ao momento atual, à luz da teoria de Patricia Benner, consideraria-me no primeiro nível (iniciada), quando entrei pela primeira vez na porta da UCP e que ao longo de todo este percurso académico, alicerçado no conhecimento teórico e nas experiências do estágio, fui evoluindo até ao nível de competente. Fica com total certeza patente o desejo de atingir o nível de *expert*.

## 6. Conclusão

A elaboração deste relatório permitiu uma exposição crítico-reflexiva estruturada das inúmeras aprendizagens e experiências vivenciadas na unidade curricular “Estágio Final e Relatório” do curso de Mestrado em Enfermagem, com EESIP. Todas estas experiências foram cruciais para o meu percurso formativo, bem como para a aquisição, desenvolvimento e integração de saberes e competências que ajudaram a complementar a minha prática, aprimorando-a e conferindo-lhe uma maior qualidade e segurança.

Penso que ao longo deste percurso fui capaz de demonstrar conhecimentos e capacidade de compreensão aprofundados na área de ESIP, aplicando-os nas diferentes vivências da prática, nomeadamente no contexto de neonatologia, SU e CSP. Tive a oportunidade de mobilizar estes conhecimentos e capacidades na procura de soluções em situações complexas, que implicaram a emissão de juízos e a tomada de decisão, de forma fundamentada, integrando conhecimentos prévios, que tivessem em consideração as questões éticas e culturais, onde o respeito pelas convicções e crenças de todas as crianças e famílias que fizeram parte deste meu percurso, nos diversos contextos de estágio, fossem uma constante. Neste processo dinâmico de aprendizagem, procurei ainda discutir e refletir sobre os problemas da prática, demonstrando capacidade crítica e argumentativa e procurei dar contributo para o crescimento profissional dos pares, através de ações de formação e incentivando a investigação de assuntos pertinentes da prática, tal como a sessão que elaborei e expus aos pares sobre aerossolterapia. Desenvolvi ainda capacidade para comunicar as conclusões das minhas investigações, através da exposição oral em sessões formativas, onde tive oportunidade de partilhar os resultados das minhas pesquisas. Demonstrei ainda capacidade adaptativa para atingir, através das atividades delineadas, os objetivos específicos a que me propus, garantindo a aquisição das referidas competências e, simultaneamente, dos objetivos gerais do ciclo de estudos.

No estágio pude desenvolver competências transversais a todos os contextos, nomeadamente, acerca da comunicação eficaz com a criança e família, a gestão da dor, a promoção da parentalidade, a promoção da amamentação, a prestação de cuidados com base na parceria de cuidados e a capacidade de dar resposta a situações complexas de forma criativa e fundamentada.

Quero ainda salientar que ao longo deste estágio percebi que as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista são muito mais amplas do que o domínio da prestação de cuidados. Um enfermeiro especialista tem competências na área da gestão, enquanto gestor de cuidados e recursos, onde muitas das vezes é reconhecido no seio da equipa como líder e supervisor do exercício profissional na sua área de especialização. Também é inegável o seu papel no domínio da investigação, usado para conferir maior robustez ao seu saber baseando-o na melhor evidência científica atual e disponível, para assim prestar cuidados de qualidade e excelência. No domínio da formação, apresenta-se como figura de referência com capacidades para realizar o levantamento das necessidades das equipas e investir na formação dos temas menos dominados pelas mesmas. Tudo isto foram competências/domínios que eu tive oportunidade de desenvolver ao longo destes meses, conseguindo não só melhorar a minha prestação de cuidados, como também a minha perícia na investigação e na formação, tendo estas sido competências essenciais no meu percurso académico, para dar respostas efetivas na prática, como também continuarão a sê-lo na minha prática profissional, visando o meu autodesenvolvimento profissional e a busca pela excelência dos cuidados prestados. Destaco que a componente teórica do curso foi central para todo o processo de aprendizagem e, naturalmente, para a prática clínica.

Este foi sem dúvida um percurso dinâmico, revestido de múltiplas oportunidades, mas também de inúmeros desafios, onde tentei sempre demonstrar resiliência e capacidade adaptativa. Este relatório, espelha todo o percurso académico desenvolvido e constitui-se um relato das reflexões das situações vivenciadas, as quais contribuíram para o meu enriquecimento e desenvolvimento profissional. Espero ter sido capaz, de com este relatório, transmitir de forma clara o meu percurso crítico-reflexivo ao longo destes meses.

## 7. Referências Bibliográficas

- Aguiar, R., Lopes, A., Ornelas, C., Ferreira, R., Caiado, R., & Mendes, A. & -B. (dezembro de 2017). Terapêutica Inalatória: técnicas de inalação e dispositivos inalatórios. *Revista Portuguesa de Imunoalergologia*, 25(1), pp. 9-26. Obtido de [https://www.spaic.pt/client\\_files/rpia\\_artigos/terapeutica-inalatria-tnicas-de-inalao-e-dispositivos-inalatrios.pdf](https://www.spaic.pt/client_files/rpia_artigos/terapeutica-inalatria-tnicas-de-inalao-e-dispositivos-inalatrios.pdf)
- Al-Farsi, S., Oliva, M., Davidson, R., Richardson, S., & Ratnapalan, S. (julho de 2009). Periurethral Cleaning Prior to Urinary Catheterization in Children: Sterile Water versus 10% Povidone-Iodine. *Clinical Pediatrics*, 48(6), 656-660. doi:10.1177/0009922809332587
- ARS Norte. (2022). *Educação Sexual na Região Norte*. Obtido de <https://www.presse.com.pt/>
- Assunção, M. (2022). *O processo de integração dos enfermeiros em contexto de bloco operatório*. Coimbra: [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem Coimbra]. Obtido de <https://repositorio.esenfc.pt/rc/>
- Ateah, A. (2003). Disciplinary Practices with Children: Parental Sources of Information, Attitudes and Educational Needs. *Issues Comprehensive Pediatric Nursing*, 26(2), pp. 89-101. doi:10.1080/01460860390197853
- Batalha, L. (2016). *Avaliação da Dor. Manual de Estudo: Versão 1*. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Benner, P. (1984). From Novice to Expert. *American Journal of Nursing*, 84(12), 1479-1480. doi:10.1097/00000446-198412000-00025
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Brás, C., & Ferreira, M. (2016). A Comunicação e Qualidade de Cuidados em Enfermagem: revisão de literatura. *Investigação Qualitativa em Saúde*, 2, 572-577. Obtido de <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/796>

- Brazelton, T. (setembro de 1999). How to Help Parents of Young Children: The Touchpoints Model. *Journal of Perinatology*, 19(6), S6-S7. doi:10.1038/sj.jp.7200248
- Carvalho, A. (2016). *A Supervisão Clínica no Processo de Integração de Enfermeiros*. Porto: [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Obtido de <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/12851>
- Casey, A. (1995). Partnership nursing: influences on involvement of informal carers. *Journal of Advanced Nursing*, 22(6), 1058-1062. doi:10.1111/j.1365-2648.1995.tb03105.x
- Cerqueira, C., & Barbieri-Figueiredo, M. C. (2020). Cuidados Centrados na Família. Em A. L. Ramos, & M. C. Barbieri-Figueiredo, *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (pp. 28-32). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Charepe, Z. (2020). A Criança e o Jovem com Doença Crónica ou Incapacitante. Em A. L. Ramos, & M. C. Barbieri-Figueiredo, *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (pp. 231-235). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Chicória, M. (2013). *Cuidados de Enfermagem: Uma Prática Baseada na Evidência*. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Obtido de <https://repositorio.esenfc.pt/rc/>
- Chora, M. (2020). O Lactente. Em A. L. Ramos, & M. C. Barbieri-Figueiredo, *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (pp. 136-146). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- CHUSJ. (2023). Obtido de Banco de Leite Humano do Norte: <https://portal-chsj.min-saude.pt/pages/1103>
- Coelho, A., & Adriano, P. (janeiro de 2022). Estratégias que Suportam a Integração do Enfermeiros em UCI: Revisão Sistemática de Evidência de Significado. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento (RIASE)*, 7(2), 295-319. Obtido de [http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2021.7\(2\).494.296-319](http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2021.7(2).494.296-319)
- Coelho, M. (2015). *Comunicação Terapêutica em Enfermagem: utilização pelos Enfermeiros*. Porto: [Tese de Doutoramento, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Obtido de [https://sigarra.up.pt/icbas/pt/pub\\_geral.pub\\_view?pi\\_pub\\_base\\_id=33990](https://sigarra.up.pt/icbas/pt/pub_geral.pub_view?pi_pub_base_id=33990)

- Coelho, M. (2015). *Comunicação Terapêutica em Enfermagem: utilização pelos Enfermeiros*. Porto: [Tese de Doutoramento, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Obtido de [https://sigarra.up.pt/icbas/pt/pub\\_geral.pub\\_view?pi\\_pub\\_base\\_id=33990](https://sigarra.up.pt/icbas/pt/pub_geral.pub_view?pi_pub_base_id=33990)
- Coelho, M., & Sequeira, C. (junho de 2014). Comunicação Terapêutica em Enfermagem: como caracterizam os Enfermeiros. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*(11), 31-38. Obtido de [https://www.researchgate.net/publication/263859419\\_Comunicacao\\_terapeutica\\_em\\_enfermagem\\_Como\\_a\\_caraterizam\\_os\\_enfermeiros](https://www.researchgate.net/publication/263859419_Comunicacao_terapeutica_em_enfermagem_Como_a_caraterizam_os_enfermeiros)
- Corradi, E., Zgoda, L., Paul, M. (22 de abril de 2008). O gerenciamento de conflitos entre a equipe de enfermagem. pp. 184-193. Obtido de <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/12480/8552>
- Costa Silva, M. (2017). *Método de trabalho do Enfermeiro Responsável - melhoria da qualidade*. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Porto: Repositório Comum. Obtido de <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/20881>
- Cunha, M., Santos, E., Andrade, A., Jesus, R., Aguiar, C., Marques, F., . . . Soares, S. (julho de 2013). Eficácia da limpeza ou desinfecção do meato urinário antes da cateterização urinária: revisão sistemática. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 47(6), 1410-1416. doi:10.1590/S0080-623420130000600023
- Decreto-Lei nº 281/2009. (6 de outubro de 2009). *Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância*. *Diário da República: I série, nº 193/2009*, pp. 7298-7301. Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/281-2009-491397>
- Decreto-Lei nº 71/2019. (27 de maio de 2019). *Alteração ao regime da carreira especial de enfermagem*. *Diário da República: I série, nº101/2019*, pp. 2626-2642. Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/71-2019-122403266>
- Decreto-Lei nº28/2008. (22 de fevereiro de 2008). *Regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde*: *Diário da República: I série, nº 38/2008*, pp. 1182-1189. Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/28-2008-247675>

- Decreto-Lei, nº161/96. (4 de setembro de 1996). *REPE - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. Diário da República: I série, nº205/1996*, pp. 2959-2962. Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>
- Despacho nº 10319/2014. (11 de agosto de 2014). *Estrutura do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM). Diário da República: II série, nº 153/2014*, pp. 20673-20678. Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/10319-2014-55606457>
- Despacho nº 5655/2017. (28 de junho de 2017). *Diário da República: II série, nº123/2017*, pp. 13094-13095. Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/5655-2017-107584425>
- Despacho nº31292/2008. (5 de dezembro de 2008). *Maus tratos em crianças e jovens – intervenção da saúde. Diário da República: II série, nº236/2008*, pp. 49207-49231. Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/31292-2008-975648>
- DGS. (14 de junho de 2003). A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. *Circular Normativa nº 09*, pp. 1-4. Obtido de [https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-dor\\_como\\_5\\_sinal\\_vital\\_-\\_2003.pdf](https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-dor_como_5_sinal_vital_-_2003.pdf)
- DGS. (14 de dezembro de 2010). Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças. *Orientação nº 014/2010*, pp. 1-10. Obtido 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)
- DGS. (18 de dezembro de 2012). Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos). *Orientação nº022/2012*, pp. 1-11. Obtido de [https://www.aped-dor.org/images/documentos/avaliacao\\_dor\\_crianças/Orientacoes\\_tecnicas\\_sobre\\_o\\_controlo\\_da\\_dor\\_em\\_procedimentos\\_invasivos\\_nas\\_crianças.pdf](https://www.aped-dor.org/images/documentos/avaliacao_dor_crianças/Orientacoes_tecnicas_sobre_o_controlo_da_dor_em_procedimentos_invasivos_nas_crianças.pdf)
- DGS. (18 de dezembro de 2012). Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias). *Orientação nº 024/2012*, pp. 1-11. Obtido de [https://www.aped-dor.org/images/documentos/avaliacao\\_dor\\_crianças/Orientacoes\\_tecnicas\\_sobre\\_o\\_controlo\\_da\\_dor\\_nos\\_recem\\_nascidos\\_\\_0\\_a\\_28\\_dias\\_.pdf](https://www.aped-dor.org/images/documentos/avaliacao_dor_crianças/Orientacoes_tecnicas_sobre_o_controlo_da_dor_nos_recem_nascidos__0_a_28_dias_.pdf)

- DGS. (31 de junho de 2013a). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. *Norma n° 010/2013*, pp. 1-116. Obtido de <https://www.dgs.pt/pns-e-programas/programas-de-saude/saude-infantil-e-juvenil.aspx>
- DGS. (12 de agosto de 2015). Programa Nacional de Saúde Escolar . *Orientação n° 015/2015*, pp. 1-11. Obtido de <https://observatorio-lisboa.eapn.pt/ficheiro/Programa-Nacional-de-Sa%C3%BAde-Escolar-2015.pdf>
- DGS. (maio de 2016). Programa Nacional para a Saúde da Visão. *Programa Nacional para a Saúde da Visão - Revisão e Extensão 2020*, pp. 1-10. Obtido de <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/15278/1/i022608.pdf>
- DGS. (9 de janeiro de 2018). Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referência Interna Imediata. *Norma 002/2018*, pp. 1-23. Obtido de <https://normas.dgs.min-saude.pt/2018/01/09/sistemas-de-triagem-dos-servicos-de-urgencia-e-referenciacao-interna-imediata/>
- DGS. (5 de setembro de 2018a). Rastreio Saúde Visual Infantil. *Norma: 015/2018*, pp. 1-14. Obtido de <https://normas.dgs.min-saude.pt/2018/09/05/rastreio-saude-visual-infantil/>
- DGS. (outubro de 2019). Alimentação Saudável dos 0 aos 6 anos - Linhas de orientação para profissionais e educadores. pp. 1-138. Obtido de <http://www.spgp.pt/media/1316/n-e-a-alimenta%C3%A7%C3%A3o-saud%C3%A1vel-dos-0-aos-6-anos-dgs-2019.pdf>
- DGS. (2022). Plano Nacional de Saúde 2021-2030. *Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s*. Obtido de <https://pns.dgs.pt/>
- Ethier, A. (2014). Cuidados Centrados na Família em Situações de Fim de Vida. Em M. Hockenberry, & D. Wilson, Wong - *Enfermagem da Criança e do Adolescente*, 9ª edição (Vol. I, pp. 931-940). Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Farrel, M. (1992). Partnership in care: paediatric nursing model. *Clinical Review*, 1(4), 175-176. doi:10.12968/bjon.1992.1.4.175

- Fernandes, A. (2020). Cuidados Atraumáticos e Dor em Pediatria. Em A. L. Ramos, & M. C. Barbieri-Figueiredo, *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (pp. 48-55). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Fernandes, I., & Andrade, L. (2020). Nas Consultas de Enfermagem em Contexto de Cuidados de Saúde Primários. Em A. L. Ramos, & M. C. Barbieri-Figueiredo, *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (pp. 86-94). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Festas, C., Quelhas, I., & Braga, M. C. (2020). A Criança em Idade Pré-escolar (3 aos 6 anos) e Escolar (6 aos 12 anos). Em A. L. Ramos, & M. C. Barbieri-Figueiredo, *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (pp. 160-189). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Fonseca, A., & Santos, L. (2006). *A Dor na Criança - Atendimento de Crianças e Jovens nos Centros de Saúde (1ª edição)*. Lisboa: Instituto de Apoio à Criança. Obtido de <https://iacrianca.pt/wp-content/uploads/2020/07/a-dor-na-crianca.pdf>
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e Etapas no Processo de Investigação*. Lusodidacta.
- Freitas, A., Moreira, A., Tomé, S., & Cardoso, R. (2016). Motivos de recurso ao Serviço de Urgência Pediátrica. *Nascer e Crescer*, 25(3), 136-140. Obtido de <https://www.rcaap.pt/detail.jsp?id=oai:repositorio.chporto.pt:10400.16/1999>
- Gomes, A., Trindade, C., Vaz, F., & Trigo, R. (2019). Triage em Pediatria uma opção: Canadian Pediatric Triage and Acuity Scale. *Cuid'arte Revista de Enfermagem*, 7-11. Obtido de <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/40814>
- Hall, S., Hynan, M., Phillips, R., Lassen, S., Craig, J., Goyer, E., . . . Cohen, H. (agosto de 2017). The neonatal intensive parenting unit: an introduction. *Journal of Perinatology*, 37(12), 1250-1264. doi:10.1038/jp.2017.108
- Hockenberry, M. (2014). A Influência da Família na Promoção da Saúde da Criança. Em M. Hockenberry, & D. Wilson, *Wong - Enfermagem da Criança e do Adolescente* (Vol. I, pp. 49-61). Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Hockenberry, M. (2014). Comunicação e Avaliação Inicial da Criança. Em M. Hockenberry, & D. Wilson, *Wong - Enfermagem da Criança e do Adolescente*, 9ª edição (Vol. I, pp. 122-138). Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.

- Hockenberry, M., & Barrera, P. (2014). A Influência da Família na Promoção da Saúde da Criança. Em M. Hockenberry, & D. Wilson, *Wong - Enfermagem da Criança e do Adolescente, 9ª edição* (Vol. I, pp. 1-15). Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Huang, K., Liang, J., Mo, T., Zhou, Y., & Ying, Y. (dezembro de 2018). Does periurethral cleaning with water prior to indwelling urinary catheterization increase the risk of urinary tract infections? A systematic review and meta-analysis. *American Journal of Infection Control*, 46(12), 1400-1405. Obtido de <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2018.02.031>
- Internacional Council of Nurses. (2020). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Obtido de CIPE® Versão 2019 : <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>
- Jacob, E. (2014). Apreciação e Gestão da Dor na Criança. Em M. Hockenberry, & D. Wilson, *Wong - Enfermagem da Criança e do Adolescente, 9ª edição* (Vol. I, pp. 188-209). Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Lei nº 156/2015. (16 de setembro de 2015). *Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República: I série, nº 181/2015*, pp. 8059-8105. Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/156-2015-70309896>
- Lei nº147/99. (1 de setembro de 1999). *Lei de protecção de crianças e jovens em perigo. Diário da República: I-A série, nº204, 1999*, pp. 6115-6132. Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/147-1999-581619>
- Lourenço, I., Gonçalves, M., Sequeira, M., Melo, M., & Gouveia, M. (outubro de 2022). A tomada de decisão na gestão de cuidados em enfermagem: uma revisão narrativa da literatura. *Gestão e Desenvolvimento*, 30, 557-578. Obtido de <https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2022.11696>
- Mações, M. (2018). *Manual de Gestão Moderna: Teoria e Prática*. Lisboa: Actual Editora - Grupo Almedina.
- Martinez, E., Tocantins, F., & Souza, S. (2013). As Especificidades da Comunicação na Assistência de Enfermagem à Criança. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 34(1), 37-44. Obtido de <https://doi.org/10.1590/S1983-14472013000100005>

- Martins, J. (2008). Investigação em Enfermagem: alguns apontamentos sobre a dimensão ética. *Pensar em Enfermagem*, 12(2), 62-66. Obtido de <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/23998>
- Martins, M., Trindade, L., Vandresen, L., Amestoy, S., Prata, A., & Vilela, C. (junho de 2020). Estratégias de gestão de conflitos utilizadas por enfermeiros gestores portugueses. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(6), 1-8. Obtido de <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0336>
- Mata D' Oliveira, M. (2020). *Plano de Acolhimento e Integração de Novos Enfermeiros*. [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Portalegre]. Portalegre: Repositório Comum. Obtido de <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/33211>
- Matos da Costa, A. (2013). Liderança – a arte de fazer seguidores. Em A. Matos da Costa, C. Leitão, D. Borges, J. Trindade, P. Pinto, P. Cardoso, . . . T. Rodrigues, *Gestão em Organizações de Saúde* (pp. 63-72). Unidade de Investigação em Ciências da Saúde - Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC). Obtido de [https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id\\_artigo=2397&id\\_revista=19&id\\_edicao=54](https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2397&id_revista=19&id_edicao=54)
- Maughan, E., & Yonkaitis, C. (setembro de 2017). What Does Evidence-Based School Nursing Practice Even Mean? Get a CLUE. *NASN School Nurse*, 32(5), 287-289. Obtido de <https://doi.org/10.1177/1942602X177244>
- McElfresh, P., & Merck, T. (2014). Cuidados Centrados na Família em Situações de Doença Crónica ou Incapacidade. Em M. Hockenberry, & D. Wilson, Wong - *Enfermagem da Criança e do Adolescente*, 9ª edição (Vol. I, pp. 897-914). Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory - Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company. Obtido de [https://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions\\_theory\\_\\_middle\\_range\\_and\\_situation\\_specific\\_theories\\_in\\_nursing\\_research\\_and\\_practice.pdf](https://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions_theory__middle_range_and_situation_specific_theories_in_nursing_research_and_practice.pdf)
- Melo, D. (2011). *A Performance nos Serviços de Saúde: Influência da Fiabilidade, Aprendizagem Organizacional e Coordenação Relacional*. [Dissertação de Mestrado, Universidade da Beira Interior]. Covilhã: uBibliorum - Universidade da

Beira Interior - Ciências Sociais e Humanas. Obtido de <https://ubibliorum.ubi.pt/handle/10400.6/3014>

Mendes, M., & Martins, M. (março de 2012). Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*(6), 113-121. Obtido de <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/19941>

Mendes, O. (2013). *Modelo clínico de dados de enfermagem : a pessoa dependente para se erguer, virar ou transferir*. Porto: [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Obtido de <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/9383>

Mercer, R. (2006). Nursing Support of the Process of Becoming a Mother. *JOGNN - Clinical Issues*(35), 649-651. Obtido de <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2006.00086.x>

Monteiro, A., & Cerqueira, C. (2020). Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey. Em A. L. Ramos, & M. C. Barbieri-Figueiredo, *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (pp. 33-38). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.

Mororó, D., Enders, B., Lira, A., Braz da Silva, C., & Menezes, R. (2017). Análise conceitual da gestão do cuidado em enfermagem no âmbito hospitalar. *Acta Paulista de Enfermagem*, 30(3), 323-332. Obtido de <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201700043>

Ordem dos Enfermeiros. (26 de abril de 2006). Investigação em Enfermagem: Tomada de Posição. pp. 1-4. Obtido de [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao\\_26Abr2006.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (setembro de 2013). Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias não Farmacológicas no Controlo da Dor na Criança. (6). Obtido de [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8899/gobp\\_estrategiasnaofarmacologicascontroloodorcrianca.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8899/gobp_estrategiasnaofarmacologicascontroloodorcrianca.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (dezembro de 2015). Guia Orientador de Boa Prática - A Adaptação à Parentalidade durante a Hospitalização. (8). Obtido de [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8886/gobp\\_parentalidadespositiva\\_vf.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8886/gobp_parentalidadespositiva_vf.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (9 de maio de 2016). Regulamento da Formação Profissional da Ordem dos Enfermeiros. pp. 1-37. Obtido de

<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/6153/regulamentoformacaoprofissionaloe.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (25 de novembro de 2017). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. pp. 1-13. Obtido de [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto-2\\_padroesqualidcuidesip.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto-2_padroesqualidcuidesip.pdf)

Pádua, A., Silva, J., & Contreiras, S. (2020). A Criança e o Jovem Vítimas de Maus-tratos. Em A. L. Ramos, & M. C. Barbieri-Figueiredo, *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (pp. 273-281). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.

Proença, R., Vaz, H., & Pais, S. (15 de março de 2021). O Papel da Formação Profissional Contínua no Processo de Humanização do Ambiente Hospitalar. pp. 30-37. Obtido de <https://hdl.handle.net/10216/140121>

Ramos, A. L., & Barbieri-Figueiredo, M. C. (2020). *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.

Ramos, M., Vilaça, S., & Mendes, G. (2020). O Recém-nascido Pré-termo. Em A. L. Ramos, & M. C. Barbieri-Figueredo, *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (pp. 118-132). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.

Regulamento nº 190/2015. (23 de abril de 2015). *Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*, pp. 10087-10090. Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/190-2015-67058782>

Regulamento nº140/2019. (6 de fevereiro de 2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. *Diário da República: II série, nº26/2019*, pp. 4744-4750. Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Regulamento nº422/2018. (12 de julho de 2018). *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. *Diário da República: II série, nº133/2018*, pp. 19192-19194. Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/422-2018-115685379>

Santos Leitão, S. (2013). Coaching na liderança em enfermagem. Em A. Matos da Costa, S. Santos Leitão, D. Borges, J. Trindade, P. Pinto, P. Cardoso, . . . T. Rodrigues, *Gestão em Organizações de Saúde* (pp. 73-83). Unidade de Investigação em Ciências da

- Saúde - Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEFnC). Obtido de [file:///C:/Users/rita-/Downloads/Gestao\\_em\\_Organizacoes\\_N3%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/rita-/Downloads/Gestao_em_Organizacoes_N3%20(1).pdf)
- Santos, A. (2011). NIDCAP®: Uma Filosofia de cuidados... *Nascer e Crescer*, 20(1), 26-31. Obtido de <https://repositorio.chporto.pt/bitstream/10400.16/705/1/v20n1a06.pdf>
- Santos, P., Silva, J., & Santos de Oliveira, A. (2017). Percepção da Enfermagem sobre o Método Mãe-Canguru: Revisão Integrativa. *Revista Eletrónica Atualiza Saúde*, 6(6), 69-79. Obtido de <https://atualizarevista.com.br/article/percepcao-da-enfermagem-sobre-o-metodo-mae-canguru-revisao-integrativa-v-6-n-6/>
- Telles, L. (2010). Elementos da Comunicação e suas Formas de Planeamento. *Anuário da Produção Acadêmica Docente*, 3(5), 149-161. Obtido de <https://repositorio.pgsskroton.com/bitstream/123456789/1355/1/Artigo%2012.pdf>
- Tojal, A. (2011). *Percepção dos Enfermeiros sobre Formação em Serviço*. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. Coimbra: Repositório Científico da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Obtido de [https://repositorio.esenfc.pt/rc/index.php?module=repository&target=list&id\\_type\[\]=8&academic\\_programs\[\]=3](https://repositorio.esenfc.pt/rc/index.php?module=repository&target=list&id_type[]=8&academic_programs[]=3)
- Tralhão, F., Rosado, A., Gil, E., Amendoeira, J., Ferreira, R., & Silva, M. (2020). A Família como Promotora da Transição para a Parentalidade. *Revista da UIIPS – Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém*, 8(1), 17-30. Obtido de <https://doi.org/10.25746/ruiips.v8.i1.19874>
- Trindade, J. (2013). A acreditação das unidades hospitalares. Em A. Matos da Costa, C. Leitão, D. Borges, J. Trindade, P. Pinto, P. Cardoso, . . . T. Rodrigues, *Gestão em Organizações de Saúde* (pp. 99-107). Unidade de Investigação em Ciências da Saúde - Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEFnC). Obtido de [https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id\\_artigo=2397&id\\_revista=19&id\\_edicao=54](https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2397&id_revista=19&id_edicao=54)
- Vaz, F., & Trigo, R. (2020). A Criança e o Jovem em Contexto de Urgência. Em A. L. Ramos, & M. C. Barbieri-Figueiredo, *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (pp. 293-302). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.

- Vieira, J. (2015). A Investigação em Enfermagem. *Revista Clínica do Hospital Professor Dr. Fernando Fonseca*, 3(1), 5. Obtido de <https://repositorio.hff.min-saude.pt/handle/10400.10/1496>
- Vilaça, S., & Ramos, M. (2020). O Redém-nascido. Em A. L. Ramos, & M. C. Barbieri-Figueiredo, *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (pp. 106-115). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Zanon, B., Cremonese, L., Ribeiro, A., Padoin, S., & Paula, C. (2020). Comunicação de más notícias em pediatria: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(14), 1-11. Obtido de <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0059>
- Zeferino, L. (2011). *Pais-Filhos: As condicionantes da ligação*. [Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências da Universidade Católica Portuguesa]. Porto: Veritati - Repositório Institucional da Universidade Católica. Obtido de <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/10930>

## **8. Apêndices**



## **Apêndice I**

Planeamento da Sessão Formativa de Pares: Sistema Respiratório –  
Aerossolterapia e Lavagem Nasal Infantil





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

---

LISBOA · PORTO

Planeamento da Sessão Formativa de Pares:

# **SISTEMA RESPIRATÓRIO: Aerossolterapia e Lavagem Nasal Infantil**

Curso de Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem de  
Saúde Infantil e Pediátrica

**Elaborado por:** Rita Daniela Barbosa Alves

**Sob a orientação de:** Enfermeira X e Professora Doutora Constança Festas

Porto, dezembro de 2022

## INTRODUÇÃO

Escolhi elaborar o presente trabalho sobre “Sistema Respiratório: Aerossolterapia e Lavagem Nasal Infantil” no âmbito da Unidade Curricular de “Estágio Final e Relatório”, em concreto nos Cuidados de Saúde Primários numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC). Este contexto de estágio encontra-se inserido no 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. O trabalho decorreu sob orientação da Enfermeira X (EESIP) e da Professora Doutora Constança Festas.

A escolha deste tema surgiu da minha prática diária ao perceber que estes meses de outono/inverno têm sido meses de grande afluência às urgências hospitalares por vírus respiratórios dos quais muitas das vezes a terapêutica prescrita passava pela aerossolterapia e pela lavagem nasal, salvo exceções mais graves que necessitavam de internamento.

Sendo a aerossolterapia e a lavagem nasal intervenções frequentes em pediatria, é importante, enquanto enfermeira e, principalmente, futura Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP), basear a minha prática profissional na melhor evidência científica.

Assim, a elaboração deste planeamento tem como objetivos principais:

- Servir de instrumento de avaliação para o Estágio Final e Relatório;
- Aumentar conhecimento dos profissionais de saúde da UCC sobre a aerossolterapia e lavagem nasal;
- Esclarecer a técnica correta para realizar aerossolterapia e lavagem nasal.

Estruturalmente, este documento é constituído pela Introdução, onde é realizada uma breve referência à escolha do tema e aos objetivos a desenvolver com este trabalho. No primeiro capítulo faço uma abordagem ao motivo pelo qual escolho este tema e no capítulo seguinte, abordo os objetivos desta sessão. O terceiro capítulo aborda os conteúdos que serão explanados na sessão e o quarto capítulo aborda os recursos necessários para a elaboração desta sessão. O quinto capítulo, da fundamentação teórica, aborda em específico os conteúdos explanados na sessão. O sexto capítulo tem um esquema da programação da sessão e o sétimo capítulo será sobre as estratégias de avaliação da sessão; o oitavo sobre a sua execução e o nono capítulo sobre a sua avaliação. Termina com a conclusão, referências bibliográficas (segundo a norma APA, 7ª edição) anexos e apêndices.

## SELEÇÃO DO TEMA

As infecções do aparelho respiratório são a principal causa de doença que levam uma criança ao serviço de urgência, sendo que as infecções respiratórias agudas são umas das principais causas de morbidade e mortalidade em crianças e representam 11,3% das mortes no mundo. Segundo a OMS, aproximadamente 6,9 milhões de crianças menores de cinco anos morreram em 2011, sendo que 1,4 milhões destas foram devidas as infecções respiratórias aguda. A pneumonia, em especial, é a segunda causa de mortalidade em criança (Belini et al., 2021, p.18).

Sendo o outono/inverno dos momentos do ano em que o número de infecções respiratórias atingem o seu pico, sobretudo na população infantil e tendo em conta que a maioria destas situações que recorrem ao serviço de urgência o tratamento passa pelo tratamento com base na aerossolterapia e lavagem nasal, considereei ser um tema pertinente e adequado de trabalhar numa sessão formativa de pares, pois a eficácia da aerossolterapia fica dependente da aplicabilidade de uma técnica correta e a lavagem nasal só é efetiva se usada uma técnica adequada à idade pediátrica com que trabalhamos.

De acordo com a DGS (2013), a utilização incorreta dos dispositivos é um dos fatores com maior prevalência na ineficácia terapêutica. Refere que ainda que cerca de 25% dos clientes referiu que não recebeu nenhuma instrução relativamente ao dispositivo prescrito. É nestas evidências e no impacto que as mesmas apresentam relativamente à eficácia terapêutica que enquadro a pertinência e necessidade de aplicação desta sessão formativa. O uso inadequado de um dispositivo inalatório afeta negativamente o curso da terapêutica, pelo que incidir sobre o ensino aos pais/cuidadores e até mesmo no reforço do ensino aos profissionais de saúde seja uma medida adequada para aumentar a eficácia deste método de tratamento cada vez mais utilizado.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivos Educacionais**

Para a sessão formativa de pares sobre “Sistema Respiratório: Aerossolterapia e Lavagem Nasal Infantil” defini como objetivos educacionais:

#### **Objetivos Gerais:**

- Aumentar o conhecimento dos profissionais de saúde da UCC sobre aerossolterapia infantil;
- Esclarecer a execução de uma boa técnica de aerossolterapia infantil (nos diferentes tipos de dispositivos);
- Aumentar o conhecimento dos profissionais de saúde da UCC sobre lavagem nasal infantil;
- Abordar a técnica para uma efetiva lavagem nasal infantil.

#### **Objetivos Específicos:**

- Compreender as particularidades do aparelho respiratório em idade infantil;
- Conhecer os dispositivos de aerossolterapia existentes;
- Clarificar a importância da escolha de um dispositivo adequado;
- Conhecer os fármacos mais utilizados na aerossolterapia;
- Conhecer a importância da lavagem nasal infantil;
- Clarificar a técnica para execução da lavagem nasal nas crianças.

#### **Objetivos Operacionais/Metas**

- 50 % dos profissionais de saúde que confirmaram presença na sessão formativa de pares compareçam efetivamente na mesma;
- 70 % dos profissionais de saúde respondam de forma correta às sete questões do questionário no final da sessão.

## CONTEÚDOS SELECIONADOS

Os conteúdos a serem abordados nesta sessão formativa de pares são os seguintes:

- Sistema Respiratório e as suas particularidades na criança;
- Aerossolterapia:
  - História da Aerossolterapia
  - Conceito de Aerossolterapia
  - Tipo de Dispositivos
  - Correta utilização dos dispositivos
  - Escolha adequada dos dispositivos
  - Fármacos utilizados
- Lavagem Nasal
  - Mecanismo de ação da lavagem nasal
  - Indicações para a lavagem nasal em crianças
  - Efeitos da Lavagem Nasal
  - Tipos de Lavagem Nasal
  - Quantidades de solução a injetar na lavagem nasal

## RECURSOS E ESTRATÉGIAS DE ENSINO/APRENDIZAGEM

Os recursos a utilizar para a realização da ação de formativa são:

- **Recursos Humanos:** Aluna do 15º Curso de Mestrado de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa do Porto sob a orientação da Enfermeira X, EESIP e os profissionais de enfermagem da UCC.
- **Recursos Físicos:** Sala de Formações da UCC;
- **Recursos materiais:** Um computador portátil; um projetor; Aerochamber; Máscaras faciais de adaptação ao aerochamber; dispositivos *pMDI* para exemplificação.
- **Recursos Financeiros:** sem gastos associados.

# FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

## SISTEMA RESPIRATÓRIO

O sistema respiratório é constituído pelos seguintes órgãos: nariz; fossas nasais, faringe, laringe, traqueia, brônquios e pulmões. Participam ainda o tórax ósseo, musculatura respiratória e pleura. Adicionalmente, o diafragma, os músculos da parede torácica e abdominal, são responsáveis pelos movimentos respiratórios. Podemos ainda dividir o sistema respiratório em duas partes: a via aérea superior, constituída pelas fossas nasais, cavidade oral, faringe; e a via aérea inferior, constituída pela laringe, traqueia, brônquios e pulmões (Batalha, 2018, p. 52).

Para além da respiração, o aparelho respiratório encarrega-se também de diversas funções fundamentais ao corpo humano, tais como:

- Trocas gasosas: passagem do oxigénio contido no ar para o sangue e do dióxido de carbono do sangue para o ar, trabalhando concomitantemente com o sistema circulatório de forma a distribuir oxigénio e remover o dióxido de carbono das células;
- Controlar pH do sangue: pelo que foi explicado no ponto anterior, pode conduzir a uma alteração da concentração de pH no sangue pelas diferenças de concentração do dióxido de carbono;
- Fonação: a produção de sons, inclusivamente a fala, é motivada pelo ar que passa pelas cordas vocais;
- Olfato: proporcionado pela passagem das moléculas em suspensão no ar pelas fossas nasais;
- Proteção: potencia a expulsão de alguns microrganismos (Seeley et al, 2008).
- produção de surfactante - produzido nas células epiteliais ou pneumócitos tipo II tem uma função de: redução da tensão superficial; fluidificação do muco bronquico; opsonização de partículas inaladas; atividade bactericida; facilitação da actividade ciliar.

Para além de conhecer as diferentes funções do aparelho respiratório, importa saber de que forma as diferentes estruturas que o constituem trabalham para cumprir com os seus propósitos. Assim, cada estrutura tem como função (Batalha, 2018; Seeley et al, 2008):

- Nariz: principalmente as fossas nasais, são responsáveis por filtrar, humidificar e aquecer o ar;
- Faringe: canal partilhado com o sistema digestivo, sendo constituído pela naso, oro e laringofaringe. É responsável por receber o ar vindo da cavidade nasal e o ar, alimentação e líquidos vindos da boca;
- Laringe: estrutura responsável pela passagem do ar da faringe para a traqueia, apresentando quatro funções importantes: manter a permeabilidade do canal ao ar, impedir entrada de alimentos (líquidos ou sólidos) para as vias aéreas inferiores, produção de som e filtração dos detritos que se encontram presentes no ar;
- Traqueia: constituída por uma estrutura cartilaginosa que protege e mantém a traqueia aberta para passagem de ar e é revestida por um epitélio ciliado que facilita a eliminação da mucosa e de corpos estranhos. Na sua porção distal ocorre a bifurcação dos brônquios;
- Árvore traqueobrônquica: constituída por dois pulmões envolvidos pela pleura (que permite a expansão e contração dos pulmões aquando dos movimentos respiratórios);
- Bronquíolo: apresenta na porção distal bronquíolos, responsáveis pela hematose;
- Diafragma: suporta as bases dos pulmões, que em conjunto com os músculos intercostais, controlam os movimentos respiratórios. Os músculos responsáveis pela inspiração são diafragma, intercostais externos, pequeno peitoral e escalenos e os músculos responsáveis pela expiração são parede abdominal e intercostais internos.

Paralelamente, sabe-se que o pulmão é um dos maiores órgãos do corpo humano que tem maior proximidade de contacto com o meio ambiente, pelo que está constantemente sujeito a poeiras, fumo e agentes patogénicos. Tal fenómeno torna-o mais suscetível a doenças.

### **Particularidades do aparelho respiratório da criança**

A formação do aparelho respiratório começa pela quarta semana de gestação e vai desenvolvendo todas as suas estruturas orgânicas até aproximadamente as 32 e as 35 semanas de gestação. No entanto, a sua morfogénese não termina durante o desenvolvimento fetal, pois as suas estruturas continuam a desenvolver-se e a crescer após o nascimento. O seu desenvolvimento extrauterino permite uma adaptação gradual e funcional da sua plena capacidade (Batalha, 2018).

Após o nascimento, ocorre um enorme aumento do número de alvéolos. Calcula-se que mais de 90% dos alvéolos encontrados no pulmão adulto formam-se após o nascimento, crescendo em número e tamanho até aos 8 anos de idade. Ao nascimento, a área de superfície alveolar é de 2.8 m<sup>2</sup>, aos 8 anos 32 m<sup>2</sup> e no adulto de 75 m<sup>2</sup> (Batalha, 2018, p.55).

Durante a infância ainda há ainda uma imaturidade fisiológica das estruturas. O pulmão de um adulto apresenta canais anatómicos que concedem a ventilação em áreas que se encontram distais a uma via aérea obstruída, contrariamente ao pulmão da criança que ainda não desenvolveu essa capacidade. Este fenómeno leva a que as crianças apresentem um maior risco de desenvolvimento de atelectasias (Batalha, 2018).

Concomitantemente, o facto de a criança apresentar uma caixa torácica com maior complacência, tamanho mais reduzido e órgãos abdominais mais pesados, vai influenciar a distribuição da ventilação dos pulmões. A capacidade pulmonar da criança aumenta por volta dos 3 anos de idade, quando o tórax começa a adquirir uma forma adulta com os arcos costais em posição oblíqua. Paralelamente ao fenómeno supracitado, durante os primeiros 5 anos o crescimento das vias aéreas distais ocorre de forma mais morosa do que das vias proximais. Este acontecimento justifica o motivo pelo qual as infeções das vias aéreas inferiores constituem um fator alarmante nos lactentes (Batalha, 2018).

O aparelho respiratório apresenta diversos mecanismos de defesa que atuam na remoção de partículas inaladas e micro-organismos. A barreira mecânica é o primeiro mecanismo de defesa e, junto com o sistema imunológico, atua com o objetivo de proteger os pulmões contra as infeções. O sistema respiratório apresenta diversos mecanismos de defesa:

- Reflexo de tosse;
- Cílios e aparelho mucociliar (secura das mucosas reduz movimentos ciliares);
- Fecho da glote, interrupção da respiração, espasmo;
- Defesas mecânicas (filtração partículas, aquecimento e humidificação do ar inspirado, não absorção de vapores e gases nocivos);
- Sistema imunológico (imunidade celular e humoral);
- Granulomas (ex. tuberculose) (Batalha, 2018).

Porém, muitos destes mecanismos de defesa ainda se encontram imaturos nos recém-nascidos (RN). A criança ao longo do seu desenvolvimento apresenta inúmeras transformações anatomofisiológicas que têm repercussões na forma como são cuidadas:

- As narinas apresentam pouco suporte cartilágneo, pelo que o adejo nasal é um dos primeiros sinais de dificuldade respiratório em pediatria;

- Em lactentes com idade inferior a 4 meses, a respiração é maioritariamente nasal, pelo que a sua ocupação com secreções ou sondas nasogástricas, vai causar uma obstrução com impacto na ventilação;
- Como os lactentes apresentam também uma cabeça desproporcionalmente maior que o resto do corpo com um suporte muscular fraco (principalmente nos primeiros 4/6 meses), a flexão da via aérea provoca obstrução da mesma;
- A língua por ser anatomicamente grande em relação à cavidade oral, quando se encontram em posição dorsal pode causar obstrução da via aérea;
- A via aérea por ser mais curta e com um diâmetro menor, maioritariamente até aos 5 anos, apresenta uma elevada resistência ao fluxo aéreo, pelo que algum processo (inflamação ou edema) que proporcione uma redução do seu calibre, vai dificultar a passagem de ar;
- A traqueia e os brônquios, por serem constituídos por anéis cartilagíneos em forma de C, ao invés de O, propiciam um colapso fácil da via aérea quando em hiperextensão ou flexão;
- Os alvéolos, por serem constituídos por um tecido pouco elástico, apresentam menor capacidade de distensão e como ainda se encontram em número reduzido, há uma menor superfície para ocorrerem as trocas gasosas. Estes fenómenos levam a um colapso alveolar no fim da expiração. O aumento da frequência respiratória surge como um mecanismo compensatório;
- O volume pulmonar corrente é cerca de cinco vezes menor, o que diminui a sua capacidade residual e de reserva de oxigénio;
- A criança consome o dobro do oxigénio porque a sua taxa metabólica é também o dobro, quando comparada com um adulto, pelo que, quando a criança apresenta dificuldade respiratória, a hipoxia ocorre de forma mais célere;
- Como existe uma maior taxa metabólica e consumo de oxigénio, a frequência respiratória é mais elevada em crianças do que nos adultos;
- A imaturidade dos músculos intercostais, aliada à estrutura cartilaginosa das costelas, conduzem mais facilmente à tiragem. O facto das costelas serem mais flexíveis e menos rígidas facilita o seu colapso quando existe dificuldade respiratória. Esta estrutura vai tornando-se mais rígida e ossificada, pelo que a tiragem em crianças mais velhas indica um compromisso ventilatório mais grave quando comparada com lactentes;

- O diafragma é o principal músculo respiratório na criança e pode influenciar a eficácia da ventilação por obstáculos mecânicos de origem torácica (asma/aspiração de corpos estranho) ou abdominal (distensão gástrica/obstrução);
- Pelos 3 meses de idade ocorre uma redução do valor da hemoglobina, pelo que a cianose é considerada um sinal tardio de dificuldade respiratória;
- Em sono REM, a respiração torna-se irregular e actividade muscular respiratória é modificada - Como as crianças pequenas têm períodos mais longos de sono REM são vistas frequentemente com respiração irregular.
- A frequência respiratória na criança dependendo muito da sua idade. Os valores de referência situam-se entre os 12 e os 40 cpm.
- Durante a terapia inalatória é muito frequente as crianças chorarem e o choro ocasiona um aumento e uma irregularidade da frequência respiratória. Vários estudos relataram que, com o choro, só uma porção da medicação é depositada a nível pulmonar (Batalha, 2018, pp. 57-59).

Por sua vez, as manifestações clínicas do foro respiratório são inúmeras, estando dependentes das estruturas mais afetadas. Como já foi abordado, perante uma dificuldade respiratória aguda, a criança desencadeia uma série de mecanismos de defesa que lhe permite responder ao esforço respiratório, mantendo as trocas gasosas. O primeiro sinal de dificuldade respiratória é a taquipneia. A tiragem e o adejo nasal são desencadeadas pelo aumento do esforço respiratório. Paralelamente, o estridor traduz uma obstrução da via aérea superior e a sibilância com aumento do tempo expiratório, uma obstrução inferior. Nos lactentes, os gemidos são um sinal característico de dificuldade potenciado pela oclusão precoce da epiglote durante a expiração. Adicionalmente, a cianose é um sinal já tardio de insuficiência respiratória (Rocha, 2006).

O presente capítulo representa uma importante parte deste trabalho porque me permite enquadrar e fundamentar a base da aerossolterapia. Reconheço que entender as particularidades do aparelho respiratório constitui um suporte para realizar uma abordagem mais adequada e direcionada ao cliente pediátrico, adaptando a semiologia às necessidades terapêuticas específicas da criança/jovem.

## **AEROSSOLTERAPIA**

Em qualquer local que exista gás para respirar, existe aerossol. O aerossol é uma suspensão de partículas sólidas ou líquidas que são produzidas através de um gerador. A sua lenta deposição por causa da gravidade, leva a que o aerossol permaneça suspenso no ar por um período duradouro, pelo que, a sua velocidade de deposição depende do tamanho e da densidade de cada partícula. A evolução do nosso sistema respiratório deu-se no sentido de melhorar a sua capacidade de filtração e eliminação de partículas que possam ser prejudiciais ao corpo humano. A aerossolterapia é desenvolvida de forma que seja superado esse fornecimento local medicamentoso à periferia do pulmão. Por este motivo, esta é uma via de eleição para a administração medicamentosa de patologias do foro respiratório.

### **História da Aerossolterapia**

Do ponto de vista histórico, a preocupação em tratar as doenças respiratórias utilizando a via inalatória antecede a Era Cristã (Atalaia et al, 2000, as cited in Cordeiro, 2010). Pereira (1998) refere que há mais de 4 mil anos que se inalava fumos provenientes da combustão de raízes e folhas de colinérgicos naturais com fins medicinais (Pereira, 1998, as cited in Cordeiro 2010). Também Atalaia et al (2000) relembram que nesse tempo já eram utilizados fumos de atropina provenientes da combustão de raízes de *Datura Stramonium* para o tratamento de tosse e pieira (Atalaia et al., 2000, as cited in Cordeiro 2010). Há, igualmente registos desse período, que descrevem tratamentos farmacológicos na China utilizando para o efeito uma planta designada *Ephedra vulgaris*, identificada posteriormente, pela sua atividade simpaticomimética devido a um dos seus componentes a efedrina. Na Índia o fumo obtido a partir de uma planta denominada *Datura* (atualmente conhecida pela sua ação simpaticolítica) era já utilizado nessa época para fins terapêuticos (Cordeiro, 2010).

A Era Moderna da aerossolterapia iniciou-se em 1930 com administração de adrenalina no tratamento da asma, tendo ocorrido um aumento exponencial da sua utilização após o início da comercialização dos inaladores pressurizados doseáveis em 1956 (Pereira, 1998; Taveira et al, 2000, as cited in Cordeiro, 2010). Consolidou-se, assim, a partir desse momento a via inalatória como principal via de administração de fármacos para o tratamento das doenças brônquicas obstrutivas (Pereira, 1998, as cited in Cordeiro, 2010).

Em 1955, surge o primeiro inalador pressurizado desenvolvido pela empresa *Riker Laboratoires* (Dolovich et al, 2005, as cited in Cordeiro, 2010).

O nebulizador ultrassónico foi introduzido em 1960.

Em 1971 *Bell & Colleagues* introduziram o primeiro inalador de pó seco, conhecido por *Spinhaler*® (Cordeiro, 2010).

As câmaras expansoras ou *spacers* surgiram em 1970 (Dolovich et al, 2005, as cited in Cordeiro, 2010).

Podemos pois, concluir que a utilização de aerossóis para tratamento de doenças do foro respiratório tem uma longa história médica, emergindo nas últimas décadas enormes avanços na eficiência da administração de fármacos por via inalatória com o aparecimento de novas substâncias farmacologicamente ativas e a possibilidade de se associar diferentes fármacos numa só inalação, e ao constante aperfeiçoamento e surgimento de novos dispositivos inalatórios para administração de fármacos por via inalatória.

### **Conceito de Aerossolterapia**

A Direção Geral da Saúde (DGS) define que a aerossolterapia consiste na “administração por via inalatória de fármacos na forma de aerossol. A via inalatória constitui o método preferencial para administração de terapêutica no tratamento de doenças respiratórias” (DGS, 2013, p.1). Esta via de administração permite que os fármacos sejam depositados diretamente no órgão-alvo (o pulmão), o que possibilita um rápido início de ação, necessidade de doses terapêuticas menores, comparativamente às administradas por via sistémica e, conseqüentemente, redução da ocorrência de efeitos secundários possíveis (Arruda et al., 2022, p.357). Importa salientar que apesar das vantagens deste método, para se obterem resultados terapêuticos é necessária uma prescrição e a utilização correta dos dispositivos de inalação.

A administração de fármacos em idade pediátrica impõe desafios, incluindo na administração de fármacos inalados. Durante muitos anos, os sistemas de nebulização foram considerados o método de eleição para terapia inalatória em pediatria. No entanto, com o surgimento de dispositivos simples de inalação, e as suas inerentes vantagens, alterou-se o paradigma e os nebulizadores foram remetidos para situações específicas (Arruda et al., 2022, p.357). Os sistemas de nebulização quando comparados com os dispositivos simples de inalação, são menos eficazes e práticos, mais dispendiosos e consumidores de tempo. A

aerossolterapia, na grande maioria das situações clínicas, é feita com os seguintes dispositivos simples:

- a) aerossol pressurizado de dose calibrado (*Pressurized Metered Dose Inhaler*, pMDI);
- b) pMDI com câmara expansora;
- c) inalador de pó seco (*Dry Powder Inhalers*, DPIs).

Tendo em conta as vantagens da utilização dos dispositivos simples na aerossolterapia comparativamente aos sistemas de nebulização, têm surgido linhas orientadoras para a prescrição preferencial de aerossolterapia por dispositivos simples em todas as idades, sobretudo em idade pediátrica (Arruda et al., 2022, p.358).

No entanto, a aerossolterapia constitui uma terapêutica complexa, uma vez que engloba farmacodinâmica, anatomofisiologia do sistema cardiorrespiratório e física. Existem três mecanismos de deposição dos aerossóis: impactação inercial, sedimentação gravitacional e difusão:

- **Impactação inercial** - ocorre com partículas grandes, superiores a 5  $\mu\text{m}$  e está dependente do fluxo inspiratório; As partículas maiores são depositadas por este mecanismo logo nos primeiros obstáculos encontrados (orofaringe e vias aéreas centrais);
- **Sedimentação gravitacional** - retrata o impacto da gravidade sobre as partículas com um diâmetro de 1 a 5  $\mu\text{m}$ , são as que conseguem alcançar os pulmões. Este mecanismo é fundamental para o princípio básico de sustentar a respiração por 10 segundos depois da inalação de um aerossol, pois quanto mais tempo a partícula permanecer na via aérea, maior a possibilidade de sedimentar;
- **Difusão** - ocorre quando as partículas são inferiores a 1  $\mu\text{m}$  e se depositam morosamente. Dado o seu tamanho, por vezes são eliminadas antes de contactarem com o epitélio respiratório (Taveira et al., 2000, pp. 5-6).

Para além de conhecer o tamanho e impacto das partículas, importa também saber como se depositam ao longo do sistema respiratório: as partículas com tamanho superior a 10  $\mu\text{m}$  são filtradas pelo nariz e/ou orofaringe; as de 5 a 10  $\mu\text{m}$  são filtradas pela traqueia e brônquios; as de 1 a 5  $\mu\text{m}$  conseguem atingir o pulmão e as de tamanho inferior a 1 não são depositadas e são exaladas. A deposição no pulmão vai depender do tamanho, da velocidade e tempo de sedimentação da partícula. Deste modo, a eficácia da aerossolterapia está intrinsecamente dependente do tamanho das partículas produzidas,

uma vez que que influenciam a deposição pulmonar dos fármacos (Taveira et al., 2000, p. 6).

### Quadro 1

*Relação entre a dimensão das partículas do aerossol e o seu local de deposição pulmonar*

Dimensão das partículas	Local de deposição nas vias aéreas	Mecanismo de deposição das partículas
> 5 µm	Vias aéreas superiores (orofaringe e traqueia)	Por impacto e inércia
5,0 µm – 2,0µm	Vias aéreas inferiores (alvéolos e ácinos)	Por sedimentação
3- 0,8µm	Parênquima pulmonar	
<0,8 µm	Não cumprem objectivos terapêuticos, já que a maior parte é expirada.	

Importa ainda referir que os fatores inerentes ao doente / padrão ventilatório são também fatores que influenciam a eficácia da aerossolterapia e resultam numa considerável variabilidade na deposição das partículas:

- Nas crianças, a respiração essencialmente nasal, as pequenas dimensões da orofaringe e o pequeno calibre das vias aéreas faz com que se verifique uma maior deposição central, por impacto. Outros fatores influenciam a deposição de partículas na criança, tais como o “choro”.  
Há estudos que demonstram que a quantidade de partículas que atingem o pulmão quando administradas em nebulizador, em crianças que choram, é significativamente menor, pelo que devem ser feitos esforços para a sua administração em ambiente calmo ou durante o sono.
- Doenças que induzem alterações estruturais, como as que aumentam a resistência ao fluxo respiratório (observado em doentes com DPOC), aumentam a deposição central, diminuindo a deposição distal.
- A inalação rápida aumenta a probabilidade de impacto na orofaringe e vias aéreas centrais.
- A inalação lenta e uma pausa após a inspiração favorece a deposição mais periférica, penetrando mais profundamente (Taveira et al., 2000, p. 7).

Após conhecer os princípios da aerossolterapia, importa abordar quais as patologias inerentes a esta terapêutica bem como o impacto das mesmas no desenvolvimento da criança e qual a sua prevalência. As doenças respiratórias apresentam atualmente uma elevada mortalidade e morbidade nas crianças/jovens, sendo responsáveis por inúmeras idas ao serviço de urgência. Por se encontrar em contacto permanente com partículas, organismos infecciosos no ar e produtos químicos, o pulmão torna-se o órgão mais vulnerável a contrair infeções. Das diversas doenças que afetam o sistema respiratório a asma é a doença crónica mais comum na infância, afetando cerca de 14% das crianças a nível mundial. A asma é uma doença que, apesar de apresentar uma baixa mortalidade, possui elevada morbidade. Paralelamente, estima-se também que as infeções da via aérea inferior matem anualmente cerca de 4 milhões de pessoas, sendo a principal causa de morte em crianças com idade inferior a 5 anos. Quanto mais pequenas forem as crianças, maior imaturidade fisiológica apresenta, pelo que as bronquiolites agudas e doenças que decorrem com sibilâncias são as mais recorrentes em lactentes. Anualmente, a nível mundial, morrem cerca de 9 milhões de crianças com idade inferior a 5 anos (que corresponde a 15% das mortes na respetiva faixa etária), sendo a pneumonia a principal causa (Fórum das Sociedades Respiratórias Internacionais, 2017).

Ainda abordando a incidência destas patologias, Rocha (2006) refere que as infeções da via aérea superior são responsáveis por cerca de 80 a 90% das doenças respiratórias, sendo eu 70 a 80% são de etiologia vírica e 20 a 30% bacteriana.

É com este gigante impacto estatístico que enquadro a pertinência da realização deste trabalho e que destaco o papel fundamental que o EESIP desempenha no seu dia-a-dia. A prevenção de muitas das situações abordadas anteriormente combatem-se com o conhecimento e a dotação de capacidades e habilidades para promover o papel parental. Até porque a literatura aponta que uma percentagem elevada de doentes usa incorretamente os dispositivos e cerca de 25 % dos doentes afirmam não receber instruções de utilização. Os erros mais frequentemente detetados foram:

- i. Não expirar antes da inalação;
- ii. Não reter a respiração depois da inalação;
- iii. Utilização incorreta dos dispositivos simples, não respeitando as instruções específicas de cada dispositivo (DGS, 2013).

Uma das vias para prevenir elevadas taxas de mortalidade e morbidade é a adequação terapêutica e o seu correto cumprimento. O recurso à terapêutica via inalatória possibilita

uma ação terapêutica mais célere, potencia o máximo efeito farmacológico no órgão alvo, reduz as doses terapêuticas e os efeitos adversos sistêmicos. No entanto a deposição e distribuição do fármaco está dependente de inúmeros fatores, nomeadamente: a escolha correta do dispositivo para aquele cliente, do fármaco e da doença (Aguiar et al, 2017).

Tal como refere a DGS (2015), para uma correta utilização de cada dispositivo é necessário que, para cada um, seja realizado o ensino de utilização e a avaliação do seu uso. Deve ser realizada uma avaliação para a escolha do dispositivo tendo em conta:

- i. a fisiopatologia da doença;
- ii. a sua gravidade;
- iii. características do doente (tamanho e idade);
- iv. os aspetos farmacológicos dos fármacos;
- v. a dose a administrar;
- vi. as características técnicas dos dispositivos de inalação;
- vii. a capacidade do doente para a execução correta da técnica de inalação, que é específica de cada dispositivo (DGS, 2015).

A tabela seguinte mostra-nos algumas das vantagens e desvantagens da aerossolterapia:

## **Quadro 2**

### *Vantagens e Desvantagens da Aerossolterapia*

<b>VANTAGENS</b>	<b>DESVANTAGENS</b>
Doses menores;	A deposição pulmonar apresenta uma fração mais reduzida do que a dose total;
Início de ação da medicação mais rápido;	Está dependente de inúmeras variabilidades que condicionam a deposição pulmonar, como por exemplo a utilização correta do dispositivo e técnica adequada de respiração durante o procedimento.
A distribuição do fármaco é direta no pulmão, havendo uma distribuição sistémica mínima;	Difícil coordenação mão-pulmão na utilização do inalador pressurizado doseável, que reduz a sua eficácia;
Produz efeitos secundários menos frequentes e severos;	Falta de conhecimento do uso correto do dispositivo por parte dos clientes e dos profissionais de saúde;
Indolor.	A existência de inúmeros dispositivos, que confundem o cliente e os profissionais;
	Escassas informações padronizadas sobre a utilização dos dispositivos.

Outro aspeto que é fundamental considerar é a variabilidade de fatores que influencia a deposição do fármaco, tais como: características anatomofisiológicas da via aérea, as propriedades das partículas, idade, padrão ventilatório, técnica de inalação e existência concomitante de doenças (Aguiar et al, 2017).

A via inalatória, ainda que apresente algumas desvantagens, é a escolha de eleição para doenças do foro respiratório, uma vez que o que se pesa é a combinação do maior benefício com menor risco.

É no ensino e na escolha do melhor dispositivo adaptado às características da criança, à anatomofisiologia do seu sistema respiratório; à sua idade entre outros fatores que considero que o enfermeiro ESIP tem um papel fulcral neste assunto, bem como, na dotação dos pais e das crianças que já reúnam capacidade para auto-administração de terapêutica inalatória.

## **Dispositivos**

Para depositar os fármacos na via aérea inferior de forma a obter os efeitos terapêuticos desejados recorre-se ao uso de dispositivos para administração inalatória. Para maximizar o efeito farmacológico é necessário que a escolha do dispositivo seja a mais adequada à criança/jovem, de forma que ela consiga realizar o procedimento de forma correta e, assim, promover a deposição do fármaco desejada no pulmão. Para garantir estes fatores, a equipa multidisciplinar assume um papel fundamental, principalmente o EESIP, na instrução do dispositivo (Aguiar et al., 2017).

Como descrito anteriormente pela DGS (2015) são múltiplos os fatores que podem condicionar o sucesso da aerossolterapia. Estima-se que, com a aerossolterapia, a deposição pulmonar da medicação possa variar entre 1 a 50%. A medicação pode ficar perdida na orofaringe, no dispositivo ou na exalação, sendo que estes fatores se encontram também dependentes do tipo de dispositivo utilizado.

De acordo com a DGS (2013; 2015) a aerossolterapia pode ser realizada com dispositivos simples ou com sistemas de nebulização. Os dispositivos simples contemplam: inalador pressurizado doseável (pMDI), inalador pressurizado doseável em Câmara Expansora (pMDI + CE), inalador pó seco (DPI) e inalador com solução para inalação por nebulização. No anexo 1 encontram-se imagens que ilustram cada um destes dispositivos.

O **pMDI** é um dispositivo de reduzidas dimensões, portátil, com propelente e pressurizado que é responsável por libertar uma dose fixa de um fármaco através de uma válvula. Apesar de apresentarem um desempenho consistente a sua eficácia depende maioritariamente da correta técnica de inalação, uma vez que influencia a distribuição farmacológica no pulmão e conseqüentemente, não produz resposta terapêutica. O remanescente fica perdido no dispositivo, na orofaringe ou é exalado. Froes et al. (1992) afirmam que a execução de uma técnica inalatória correta com os *pMDIs* é o principal fator determinante da deposição pulmonar podendo aumentá-la para 14% (Froes et al., 1992, as cited in Cordeiro, 2010). Estes dispositivos são utilizados para a administração de corticosteroides, broncodilatadores, anti-inflamatórios e anticolinérgicos.

O **pMDI + CE** é um dispositivo que, adicionalmente ao *pMDI*, é possível acoplar uma CE que vai permitir melhorar a eficácia do dispositivo, depositando maior quantidade de fármaco nas vias aéreas inferiores, ao invés de na orofaringe. Este fenómeno aumenta a eficácia terapêutica. A sua atuação resulta no fato do espaço de volume adicional diminuir a velocidade do aerossol vindo do *pMDI*, permitindo que a partícula reduza o seu tamanho. Este método é muito utilizado no serviço de urgência e internamento pediátrico (DGS, 2015; Aguiar et al, 2017). As CE podem ser de grande ou pequeno volume e podem usar-se com máscara ou através de um bucal. O recurso a este dispositivo com máscara facial está preconizado para crianças com menos de 4 anos, sendo que o mesmo deve estar bem adaptada à sua face. Utilizar uma CE, evita as dificuldades de coordenação entre a inspiração e o desempenho do inalador (Aguiar et al., 2017).

Os **DPI** são dispositivos discretos, pequenos, facilmente transportáveis e ativados pela inspiração (Aguiar et al., 2017). O DPI é um dispositivo que liberta a medicação em forma de pó, sem propelente. A sua ativação está dependente de um débito inspiratório mínimo que varia de acordo com as características de cada aparelho, ou seja, a desagregação do pó capaz de produzir partículas respiráveis está dependente da inalação. Para a correta utilização deste dispositivo, é necessário que haja uma inspiração profunda e uma inalação célere, forçada e persistente (DGS, 2013; Aguiar et al., 2017). Esta técnica é considerada de difícil realização, pelo que não é muito aconselhada para crianças pequenas, só com uma idade superior aos 8 anos é que 96% já é capaz de o fazer. Contudo, a capacidade para a realizarem deve ser verificada sempre (DGS, 2013; Aguiar et al., 2017).

Existem diferentes tipos de DPI, que variam de acordo com os seguintes aspetos: no mecanismo de dispersão do pó, no número de doses carregadas e da coordenação do cliente. A **unidose** (Aerolizer®; Breezhaler®) utiliza fármacos em cápsulas de pó apenas com uma dose e funcionam através da colocação de uma cápsula no aparelho. A realização da pressão do dispositivo sobre a cápsula permite que o pó seja libertado e fique disponível para ser inalado. A **multidose** (Diskus®; Novolizer® e Turbohaler®) utiliza fármacos com múltiplas doses que ficam disponíveis num reservatório (DGS, 2013; Aguiar et al., 2017).

O **inalador com solução para inalação por nebulização/inaladores de névoa suave** é dispositivo que produz um aerossol que não depende da coordenação mão-pulmão nem do débito inspiratório do cliente, pelo que é de fácil manuseamento. Este dispositivo cria uma nuvem de aerossol que se liberta lentamente, com maior durabilidade, pelo que melhora a deposição pulmonar. Apesar de ser de fácil manuseamento, as suas instruções de preparação devem ser detalhadamente explicadas aos pais (DGS, 2013; Aguiar et al, 2017).

Relativamente aos **sistemas de nebulização**, são aparelhos que produzem o aerossol através de soluções ou suspensões líquidas. Para tal, estes dispositivos necessitam de um conjunto de fatores: compressor de fluxo dinâmico (6-10L); duração inferior a 10-15 minutos; pressão de nebulização; nível sonoro de compressor e volume mínimo e máximo de solução (Aguiar et al, 2017). De acordo com a DGS (2015) são sistemas particularmente direcionados para uso de fármacos específicos em patologias específicas, tais como: fibrose quística, hipertensão pulmonar, transplante pulmonar, entre outras. Relativamente aos fármacos específicos, são eles: mucolíticos, antibióticos, soro hipertónico e soro fisiológico. Podem, no entanto, prescreverem-se também com broncodilatadores.

Estes sistemas podem ser **pneumáticos, ultrassónicos** ou **eletrónicos**:

**Nebulizadores pneumáticos** – 6 a 8 L é o fluxo dinâmico recomendado para proporcionar partículas inferiores a 5 µm e 4-5 ml é o volume recomendado de solução. De acordo com as normas, o tempo ideal de nebulização é de 10 minutos em idade pediátrica (Aguiar et al, 2017).

**Nebulizadores ultrassónicos** – são as transmissões de vibrações ultrassónicas rápidas que permitem a produção do aerossol. É recomendado quando é necessário administrar grandes volume e fazem menos barulho. As desvantagens residem no custo elevado e na impossibilidade de nebulizar suspensões (Aguiar et al, 2017).

**Nebulizadores de membrana ventilatória** – possui uma membrana que, com a vibração, promove uma diferença de pressão que faz com que a mistura a nebulização ultrapasse as suas microperfuração e desenvolve-se o aerossol (Aguiar et al, 2017).

Estes sistemas de nebulização, de acordo com a DGS (2013) não são o recurso de primeira linha de acordo com as boas práticas clínicas, pois exigem que os profissionais de saúde tenham os conhecimentos das características específicas de cada dispositivo e de quais as interfaces mais adequadas e porque exigem tarefas mais complexas (nomeadamente na higienização e manutenção) que, por vezes não são cumpridas, comprometendo a eficácia terapêutica. No apêndice I encontra-se uma tabela com resumo das vantagens e desvantagens de cada tipo de inalador.

### **Correta utilização dos dispositivos**

De acordo com a DGS (2017), técnica de inalação constitui um aspeto fulcral para a máxima eficácia terapêutica. Assim, o ensino e o treino da técnica inalatória devem ser realizados sempre que seja prescrita esta terapêutica. De salientar que, em cada contacto com a criança, a técnica deve ser sempre revista (DGS, 2017; Aguiar et al, 2017).

É importante frisar que no mercado existem inúmeros dispositivos, de variadas marcas, com a uma grande diferenciação de preços. O dispositivo a escolher deve ser recomendado pelo medico e enfermeiro, tendo em conta todas as características previamente referidas. Segue-se a compilação dos passos a dar para uma correta utilização de cada inalador.

### **Quadro 3**

*Técnica/Recomendações/Higienização e Erros mais comuns em cada tipo de dispositivo*

<b>Técnica correta de utilização do pMDI</b> (Aguiar et al, 2017; DGS, 2017)
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Cliente deve estar na posição de pé ou sentado (possibilitando a expansão torácica);</li><li>2. Colocar a embalagem à temperatura ambiente, uma vez que a pressão do reservatório está dependente da temperatura, pois ocorre maior deposição na orofaringe se o clima o mesmo estiver frio;</li><li>3. Retirar a tampa;</li><li>4. Agitar o dispositivo verticalmente durante aproximadamente 2-5 segundos. Se a embalagem não for usada há algum tempo: verificar a data de validade e desperdiçar três a quatro doses. A agitação vai permitir dispersar o propelente e manter o fármaco em suspensão;</li><li>5. Posicionar a embalagem em forma de L (na vertical) com o indicador na porção superior do dispositivo e o polegar na porção inferior;</li><li>6. Inclinar ligeiramente a cabeça para trás;</li></ol>

7. Realizar uma expiração lenta;
8. Posicionar o bucal na boca selando os lábios e colocando a língua por baixo;
9. Iniciar uma inspiração lenta e ativar o dispositivo;
10. Manter a inspiração lenta e profunda durante aproximadamente 3 a 5 segundos;
11. Durante 5 segundos sustentar a respiração, se possível. Esta apneia vai permitir a deposição a nível intrabronquial;
12. Fazer uma expiração forçada.

#### RECOMENDAÇÕES

- Se tiver mais do que um *puff* prescrito deve-se aguardar entre 30 segundos a um minuto até realizar novamente a inalação;
- Após a inalação de corticoides deve-se lavar a boca, evitando a deglutição da água;
- Alguns autores defendem que, quando se utiliza o dispositivo pela primeira vez, devem-se desperdiçar cerca de um a quatro *puffs* para o ar;
- A máscara facial deve ser usada em crianças com idade inferior a 3 anos. Se houver colaboração, em idades superiores a 3 anos, deve-se preferir o uso do bucal;
- Durante a realização do procedimento é importante observar se há movimento da válvula aquando da respiração.

#### HIGIENIZAÇÃO

- O **bucal** deve ser limpo com um pano húmido (removendo os resíduos);
- O **dispositivo** deve ser limpo duas a três vezes por semana com água morna e detergente. De seguida deve-se secar bem.

#### ERROS MAIS COMUNS

- Não retirar a tampa;
- Não agitar o dispositivo previamente à inalação;
- Não expirar previamente à inalação;
- Utilizar o dispositivo ao contrário (em forma de P);
- Realizar uma inalação lenta e superficial;
- Não realizar a apneia;
- Não aguardar o tempo preconizado entre os *puffs*.

#### Técnica correta de utilização do pMDI + CE (Aguilar et al, 2017; DGS, 2017)

1. Criança deve estar na posição de pé ou sentado (possibilitando a expansão torácica);
2. Colocar a embalagem à temperatura ambiente, uma vez que a pressão do reservatório está dependente da temperatura, pois ocorre maior deposição na orofaringe em climas frios;
3. Retirar a tampa;

4. Agitar o dispositivo verticalmente durante aproximadamente 2-5 segundos. Se a embalagem não for usada há algum tempo: verificar a data de validade e desperdiçar três a quatro doses. A agitação vai permitir dispersar o propelente e manter o fármaco em suspensão;
5. Posicionar a embalagem em forma de L (na vertical) e adaptá-la na CE;
6. Realizar uma expiração lenta;

**Com bucal**

7. Posicionar o bucal na boca selando os lábios e colocando a língua por baixo;

**OU**

**Com Máscara facial**

8. Posicionar a máscara na face, abrangendo o nariz e a boca, selar bem;
9. Iniciar uma inspiração lenta e ativar o dispositivo;
10. Manter a inspiração lenta e profunda durante aproximadamente 3 a 5 segundos;
11. De forma a garantir o esvaziamento da CE, é aconselhado aguardar 30 segundos ou 5 inspirações, para que haja um aproveitamento completo da dose administrada;
12. Recomendação: Se tiver prescrito mais do que um *puff* deve desadaptar o bucal ou afastar a máscara e aguardar no mínimo 30 segundos antes de realizar o próximo *puff*.

**RECOMENDAÇÕES**

- Iguais aos anteriores

**HIGIENIZAÇÃO**

**Câmara Expansora:**

- Desmontar todas as peças possíveis e 1 vez por semana colocá-las em recipiente com água quente e detergente suave, durante 15 minutos. Passá-las por água limpa, sacudir e deixar secar ao ar ambiente, sem limpar.
- Após cada tratamento, no caso de ter sido utilizada a máscara, esta deve ser lavada com água quente e detergente e seca. No caso de utilização de bucal basta limpar com lenço de papel.

As câmaras expansoras de longa duração podem ser usadas pelo mesmo doente por período prolongado (superior a 1 ano).

**Máscara Facial:**

- deve ser sempre lavada com água quente e detergente no fim de cada utilização, secando com o mesmo princípio da CE. Caso se utilize o bucal, o mesmo deve ser limpo com um lenço de papel no fim de cada utilização.

**Local de Armazenamento**

- estes dispositivos devem ser guardados num local limpo e seco, evitando sítios que possibilitem a deposição de gordura ou pó. Caso apresentem fissuras, devem ser rejeitados.

**ERROS MAIS COMUNS**

1. Máscara facial não se encontrar adaptada à face;
2. Demora na inalação depois da ativação do dispositivo;
3. Não realizar uma correta higienização na periodicidade devida;
4. Acionar múltiplos *puffs* de uma só vez.

**Técnica correta de utilização do DPI** (Aguiar et al, 2017; DGS, 2017)

1. Cliente deve estar na posição de pé ou sentado (possibilitando a expansão torácica);
2. Abrir o inalador ou remover a sua tampa;
3. Preparar o dispositivo com a dose inalatória de acordo com as instruções do respetivo dispositivo;
4. Realizar uma expiração lenta;
5. Inserir o dispositivo na cavidade oral entre os dentes, ter em atenção para não bloquear o bucal com a língua. Selar bem os lábios;
6. Inspirar rápida e vigorosamente pela boca;
7. Realizar apneia de 5 segundos;
8. Realizar expiração lenta;
9. Colocar novamente a tampa no inalador ou fechá-lo.

**RECOMENDAÇÕES**

- Verificar sempre antes de utilizar o contador de doses;
- Evitar expirar com o inalador na boca;
- Evitar armazenar o DPI na casa de banho;
- Não lavar o dispositivo com água ou pano húmido.

**HIGIENIZAÇÃO**

- Utilização individual;
- Não podem ser lavados, pois a água degrada o pó.
- A limpeza do bucal pode ser realizada com um lenço ou guardanapo de papel.

**ERROS MAIS COMUNS**

- Não carregar a dose;
- Posição incorreta do inalador após carregar a dose leva à perda do pó;
- A não expiração previamente à inalação leva a que esta última seja menos profunda, o que vai comprometer a deposição pulmonar do fármaco;
- Expirar para o interior do DPI;
- Colocar o bucal incorretamente, o que potencia a deposição do fármaco na orofaringe;
- Inalação pouco vigorosa, compromete a deposição pulmonar do fármaco;
- Não realizar apneia de 10 segundos no fim da inspiração;

Em certos dispositivos, o cliente repete as doses ou utiliza cápsulas que já se encontram vazias.

**Técnica correta de utilização do inalador com solução para inalação por nebulização/inaladores de névoa suave** (Aguiar et al, 2017; DGS, 2017)

- 1 – Para evitar perda acidental de conteúdo, segurar o inalador na vertical;
- 2 – Rodar a base transparente na direção indicada até se ouvir um clique;
- 3 – Realizar uma expiração lenta e profunda;
- 4 – Ajudar os lábios à volta do bucal, selando bem.
- 5 – Realizar uma inspiração lenta e profunda e ao mesmo tempo, pressionar o botão de libertação da dose e manter a inspiração lenta, até o máximo que conseguir;
- 6 – Suster a respiração durante 10 segundos;
- 7 – Realizar uma expiração lenta.

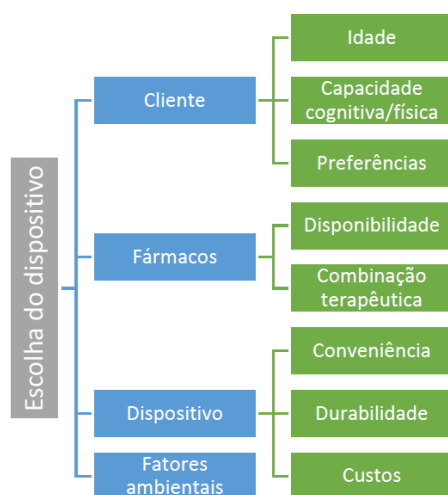
<b>RECOMENDAÇÕES</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se o dispositivo <u>não for utilizado há mais de sete dias</u>, deve-se libertar uma nebulização direcionada para o chão;</li> <li>• Se o dispositivo <u>não for utilizado há mais de 21 dias</u>, deve-se recorrer às técnicas de preparação do dispositivo de acordo com o fabricante até ser visível uma nuvem.</li> </ul>
<b>HIGIENIZAÇÃO</b>
<p><b><u>Bucal do inalador</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• pelo menos uma vez por semana com um pano húmido ou lenço. A parte de metal no interior do bucal deve também ser incluída na limpeza.</li> </ul>
<b>ERROS MAIS COMUNS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inalar;</li> <li>• Não realizar previamente uma expiração forçada;</li> <li>• Expirar para o interior do inalador;</li> <li>• Inalar pelo nariz.</li> </ul>

### **Escolha adequada dos dispositivos**

A escolha adequada dos dispositivos, consoante já foi sendo abordado, deve compreender a ponderação de diversos fatores, tais como: a fisiopatologia da doença em questão, a idade, capacidade cognitiva/física, condição económica e preferência do cliente, bem como as características do aparelho (técnica de utilização, disponibilidade e custos). A evidência científica relata que, se forem usados de forma correta, os três tipos de aerossol podem apresentar igual eficácia entre eles (Aguiar et al, 2017; DGS, 2017).

## Figura 1

*Fatores que influenciam a escolha de cada dispositivo inalatório*



Fonte:

DGS,2017

De acordo com a DGS (2017, pp.3), “cerca de 76% dos doentes que usam um *pMDI*, e entre 49-54% dos que usam *MDI-Câmara Expansora* cometem, pelo menos, um erro ao usar o seu inalador.” Dentro destes números, a mesma entidade refere que os erros mais comuns são: nos *pMDI* não coordenação mão-pulmão, falta expiração antes da inalação e a não realização de apneia no final da mesma; nos *DPI* são a não expiração previamente à inalação, inspiração rápida e pouco vigorosa e também a não realização de apneia no final da mesma (DGS, 2017). No quadro seguinte encontra-se um resumo da escolha dos dispositivos, tendo em conta a idade.

## Quadro 4

*Adequação do dispositivo inalatório consoante a idade da criança*

IDADE	DISPOSITIVO
< 4 anos	pMDI + CE com máscara
4 – 6 anos	pMDI + CE com bucal
> 6 anos	DPI ou pMDI ou pMDI + CE com bucal

No entanto, importa salientar que não existe um dispositivo perfeito para cada criança/jovem. Existem sim mais vantagens ou desvantagens no uso de um e não de outro dispositivo. É este o papel do Enfermeiro ESIP, saber adequar o dispositivo à necessidade de cada criança.

## **Fármacos utilizados**

De acordo com a DGS (2013; 2015; 2017) os fármacos mais utilizados para serem administrados via inalatória são os seguintes: broncodilatadores  $\beta$ 2-agonistas, anticolinérgicos e os corticoides. Para situações clínicas mais complexas e específicas recorre-se também ao uso de antibióticos, mucolíticos, SF, soro hipertónico, antifúngicos e iloprost.

Em qualquer idade e em cuidados domiciliários, quando está prescrita uma terapêutica com broncodilatadores de curta e longa duração e/ou com anti-inflamatórios esteróides, como acontece com frequência na asma e sibilância recorrente, deve escolher-se os dispositivos simples, pois a evidência relata que estes apresentam uma eficácia equivalente ou superior aos sistemas de nebulização e apresentam menor custo. Ainda de acordo com as Normas da DGS (2013; 2015; 2017), os sistemas de nebulização para a administração de broncodilatadores de e/ou corticoides, segundo as boas práticas clínicas, não constituem uma opção de primeira linha. Quando não existe capacidade na execução de uma técnica correta de inalação dos dispositivos simples nem de adesão aos mesmos, deve recorrer-se aos sistemas de nebulização para a realização de broncodilatadores. Assim, esta via é considerada uma segunda alternativa apenas para casos mais específicos.

Paralelamente, os fármacos que apresentam indicação absoluta para serem usados via sistema de nebulização são os mucolíticos, os antibióticos, antifúngicos, iloprost e os que intensificam a clearance mucociliar (SF e soro hipertónico) (DGS, 2013;2015;2017).

É também importante salientar que, quando se realiza terapêutica com corticosteroides, deve dar-se também preferência à utilização de CE, com vista a reduzir os efeitos adversos do fármaco inerente à absorção por deposição na orofaringe (DGS,2013).

Caso seja **prescrito mais do que um fármaco**, a sua administração deve também seguir uma ordem, cumprindo os critérios de eficácia da ação. Assim, a ordem deve ser: primeiro administrar os broncodilatadores de ação curta; em segundo lugar os broncodilatadores de ação longa (como os anticolinérgicos) e, em último lugar os corticosteroides. De salientar que estes últimos devem ser administrados 5-10 minutos após a inalação do segundo fármaco (Aguiar et al., 2017).

De ressaltar que, apesar de serem os médicos os profissionais responsáveis pela prescrição desta terapêutica medicamentosa, é também da responsabilidade (principalmente) do EESIP

informar sobre a correta técnica de inalação, efeito terapêutico desejável e possíveis reações adversas, avaliar a técnica e documentar todos os dados inerentes ao processo.

### Quadro 5

#### *Fármacos mais utilizados na aerossolterapia em crianças*

<b>FÁRMACO</b>	<b>FUNÇÃO (INFARMED)</b>
Salbutamol	é um broncodilatador de ação curta, que apresenta um início de ação rápido (cerca de 5 minutos) e uma ação curta (4 a 6 horas). As partículas que não são depositadas no pulmão, ficam na via respiratória e são absorvidas para os tecidos pulmonares e para a circulação. Paralelamente, por induzir a vasodilatação, apresenta um efeito cronotrópico reflexo, com alguns efeitos sistêmicos. As reações adversas mais comuns são: cefaleias, tremores e taquicardia (INFARMED, 2014).
Brometo de Ipratrópio	é um broncodilatador com propriedades anticolinérgicas, usado no tratamento de manutenção do broncoespasmo na asma e DPOC. A broncodilatação após a inalação de brometo de ipatrópio é maioritariamente local, especificamente a nível pulmonar, produzindo muito pouco efeito sistémico. As reações adversas mais comuns são: cefaleias, xerostomia, garganta irritada, alterações gastrointestinais, tonturas e náuseas (INFARMED, 2021).
Fluticasona	é um anti-inflamatório glucocorticoide que atua diretamente no pulmão, diminuindo as exacerbações da asma, sendo por isso usada no tratamento profilático da asma ligeira, moderada e grave. As principais reações adversas são: candidíase oral e disfonia (INFARMED, 2020).
Budesonida	é um anti-inflamatório glucocorticoide com elevado efeito local, utilizado maioritariamente no tratamento da asma brônquica que requer manutenção para controlar a inflamação. A sua potência é cerca de 15 vezes mais elevada do que a prednisolona. As principais reações adversas são: candidíase na orofaringe, irritação na garganta, disfonia e tosse (INFARMED, 2018).

## LAVAGEM NASAL

O nariz desempenha importante um papel importante no sistema respiratório, cabendo-lhe a ele a função de humidificar, aquecer e filtrar o ar inspirado. Fatores ambientais como a baixa humidade, poluição e frio exigem um trabalho ainda maior do nariz para que sejam mantidas as características ideais do ar que chega aos pulmões.

Anatomicamente o nariz é dividido pelo septo nasal em duas cavidades, revestidas por epitélio estratificado pavimentoso queratinizado na região do vestíbulo nasal e pseudo-estratificado cilíndrico ciliado (respiratório) a partir do vestíbulo, com relevos ósseos nas paredes laterais denominados cornetos, que são em número de três em cada lado (inferior, médio e posterior). A mucosa que recobre o corneto inferior tem característica erétil, ou seja,

pode aumentar de volume de acordo com estímulos ambientais. Na região dos cornetos médio e superior é onde se encontram os óstios de drenagem dos seios da face (Sih & Cavinatto, 2010).

Quando há alteração na função nasal um dos principais sintomas é a obstrução que, instintivamente, ocasiona respiração bucal para manter o suprimento de ar necessário a oxigenação dos tecidos. Secundariamente é muito comum a ocorrência de sinusites. Do ponto de vista anatômico e fisiológico a respiração bucal não desempenha as funções necessárias para a adequação do ar que é inspirado às condições necessárias para o pulmão, ocasionando vários problemas. Nas crianças a respiração pela boca pode ocasionar infecções de toda a árvore respiratória, consequência da filtragem inadequada do ar (Sih & Cavinatto, 2010).

O muco constitui a primeira linha de defesa das vias aéreas contra alérgenos inalados, bactérias e poluentes. A camada mucociliar participa na homeostase respiratória por meio de uma série de mecanismos protetores, que incluem a função ciliar, a secreção de muco e a libertação de mediadores inflamatórios em resposta aos estímulos ambientais. Desta forma as partículas estranhas são retidas no muco e a ação ciliar propela a camada inteira de muco em direção à nasofaringe, onde é deglutida, promovendo a limpeza fisiológica da cavidade nasal. A higiene fisiológica das vias aéreas depende do *clearance* mucociliar, que por sua vez, depende dos movimentos do “manto mucoso”. Quando ocorre uma alteração do mecanismo de transporte, pode instalar-se um processo inflamatório. A inflamação estimula a conversão de células ciliadas em células caliciformes, tornando o muco mais espesso e, conseqüentemente, dificultando a sua remoção e facilitando o crescimento bacteriano. Assim, a manutenção e limpeza da mucosa nasal é primordial para que as vias respiratórias cumpram o seu papel, justificando a utilização de meios externos como: sprays; lavagens nasais; RhinoDouche (Sih & Cavinatto, 2010).

### **Mecanismo de ação da lavagem nasal**

O mecanismo pelo qual a higiene nasal atua permanece controverso.

A lavagem nasal com soluções salinas parece facilitar o transporte do muco e, direção à nasofaringe, provavelmente por uma ação física direta. As crostas associadas a várias

condições podem ser amolecidas e deslocadas pela lavagem nasal; secreções mais espessas podem-se tornar menos viscosas sendo mais facilmente eliminadas.

O muco é constituído por mediadores inflamatórios como: histaminas; prostaglandinas; leucotrienos e interleucinas (IL). Embora a ação de alguns destes mediadores ainda não seja clara, admite-se que uma das vantagens da lavagem nasal seja a remoção destes mediadores inflamatórios, protegendo assim a mucosa nasal.

Assim, assume-se que a lavagem nasal proporciona a limpeza do excesso de muco, de partículas e de microorganismos, reduzindo a ação inflamatória dos mesmos e favorecendo a função normal da mucosa nasal (Sih & Cavinatto, 2010).

### **Indicações para a lavagem nasal em crianças**

A lavagem nasal em crianças pode e deve ser realizada de modo natural, fisiológico, a qualquer momento do dia. Habitualmente deve ser praticada 1 a 2 vezes/dia (pela manhã e ao deitar, por exemplo). Uma frequência maior não parece trazer benefícios adicionais, a não ser que a criança esteja muito congestionada.

A lavagem nasal é um método eficaz na lavagem das vias aéreas superiores e deve ser efetuada antes da aplicação de qualquer medicação nasal, pois a lavagem permite um aumento da eficácia do fármaco a administrar posteriormente.

De um modo geral a lavagem nasal está indicada na prevenção e tratamento das rinosinusites agudas ou crónicas; rinites alérgicas; processos gripais, entre outros (Sih & Cavinatto, 2010).

### **Efeitos da Lavagem Nasal**

A lavagem nasal permite:

- remoção do excesso de muco;
- prevenção de infeções respiratórias;
- limpeza das narinas e cavidade nasal de agentes irritantes e outros alérgénios;
- humedificação da mucosa nasal;
- Favorecimento da ação de medicamentos tópicos
- (Sih & Cavinatto, 2010).

## **Tipos de Lavagem Nasal**

A administração de soluções pela via nasal pode ser feita por:

- Sistemas de pressão positiva (frascos; seringas; irrigadores);
- Sistemas de pressão negativa (sprays; gotejadores, aerossóis)
- Nebulizadores (Sih & Cavinatto, 2010).

Método de aplicação da lavagem nasal

É aconselhável remover as secreções antes de praticar a lavagem nasal. Em lactentes, que não têm capacidade de se assoar devem ser removidas as crostas ou secreções que se conseguem visualizar usando o aspirador. As crianças maiores, com capacidade de se assoarem, devem fazê-lo de forma suave, para evitar o envio de secreções para o ouvido médio (prevenindo otite).

A escolha da solução deve passar pela solução mais “fisiológica”, ou seja, optar por uma solução salina isotônica, isto é, cujas concentrações de cloreto de sódio (osmolaridade) se assemelham às das secreções nasais, por exemplo, o soro fisiológico. Assim os passos para a lavagem nasal são:

1. Assoar suavemente o nariz OU limpar o nariz com recurso a aspirador (lactentes);
2. Aplicar a solução salina (através de spray ou seringa) à temperatura ambiente;
3. Colocar delicadamente a ponta do spray ou da seringa na entrada da narina, mas apontada para a parte externa desta e NUNCA para o septo nasal;
4. Fechar a outra narina pressionando-a com um dedo;
5. Inclinar a cabeça ligeiramente para a frente;
6. Acionar o spray/instilar a seringa;
7. Repetir o processo na outra narina (Sih & Cavinatto, 2010).

**No caso dos recém-nascidos** a forma ideal de fazer a higienização é:

1. Deitado de barriga para cima;
2. Coloque a cabeça do bebé apoiada, ligeiramente, para trás e rodada;
3. Coloque o soro fisiológico na narina do lado para o qual a cabeça do bebé está rodada;
4. Repita este processo na outra narina, rodando a cabeça do bebé para esse lado.

A instilação do soro deve ser feita de uma forma gradual e contínua, observando-se a sua saída pela narina contrária. Após a irrigação nasal com soro fisiológico, se necessário, pode

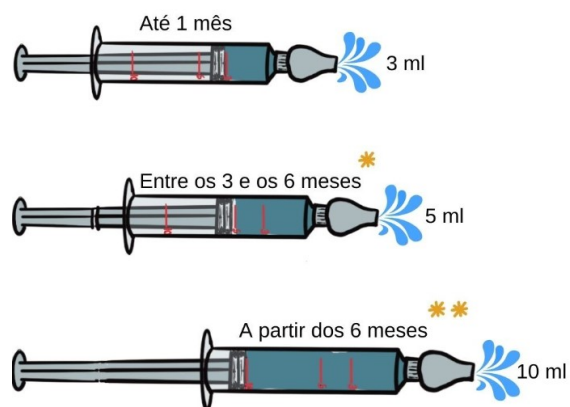
ainda aplicar uma aspiração suave com recurso aos dispositivos de aspiração disponíveis no mercado para esse fim.

Outra forma prática de limpar o nariz das crianças são os sprays nasais, sendo que estes, apesar de mais funcionais por serem anatómicos e fáceis de usar, mecanicamente, não são tão eficazes como a lavagem por meio de uma seringa.

### Quantidades de solução a injetar na lavagem nasal

#### Figura 2

Quantidades de soro fisiológico usado na lavagem nasal e respectivas idades



\*Até aos 6 meses os pais devem optar por fazer a lavagem nasal com seringas de 5ml de SF. Se se sentirem confortáveis podem começar a fazer com seringas de 10ml;

\*\* A partir dos 2 anos há a hipótese de utilização de Rhinodouche.

## PROGRAMAÇÃO DA ATIVIDADE

<b>Sessão Formativa “Sistema Respiratório: Aerosolterapia e Lavagem Nasal Infantil”</b>				
<b>Local:</b>	X			
<b>Data:</b>	15/12/2022	<b>Hora:</b>	14h30 - 15h30	
<b>Formador:</b>	- Aluna Rita Alves	<b>Grupo Destinatário:</b>	-Profissionais de Enfermagem da UCC	
<b>Objetivos da Sessão:</b>	<p><b>Objetivos Gerais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aumentar o conhecimento dos profissionais de saúde da UCC sobre aerosolterapia infantil;</li> <li>▪ Esclarecer a execução de uma boa técnica de aerosolterapia infantil (nos diferentes tipos de dispositivos);</li> <li>▪ Aumentar o conhecimento dos profissionais de saúde da UCC sobre lavagem nasal infantil;</li> <li>▪ Abordar a técnica para uma efetiva lavagem nasal infantil.</li> </ul> <p><b>Objetivos Específicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Compreender as particularidades do aparelho respiratório em idade infantil;</li> <li>• Conhecer os dispositivos de aerosolterapia existentes;</li> <li>• Clarificar a importância da escolha de um dispositivo adequado;</li> <li>• Conhecer os fármacos mais utilizados na aerosolterapia;</li> <li>• Conhecer a importância da lavagem nasal infantil;</li> <li>• Clarificar a técnica para execução da lavagem nasal nas crianças.</li> </ul>			
<b>SESSÃO</b>				
FASE	CONTEÚDO	MÉTODO	RECURSOS	AVALIAÇÃO
<b>Introdução</b> (10 minutos)	- Apresentação da formadora; -Momento “quebra-gelo”; - Justificação da escolha do tema; - Apresentação dos objetivos a atingir com a sessão; - Apresentação do projeto; -Referência aos conteúdos que irão ser abordados. Entrega e preenchimento do questionário.	Expositivo Descritivo		Questionário
<b>Desenvolvimento</b> (35 minutos)	- Sistema Respiratório e as suas particularidades na criança; - Aerosolterapia (História; Conceito; Tipo de dispositivos; utilização dos dispositivos; escolha adequada dos dispositivos; fármacos utilizados); - Lavagem Nasal (Mecanismo de ação da lavagem nasal; indicações para a lavagem nasal; efeitos da lavagem nasal; Tipos de lavagem	Expositivo Descritivo Interativo	Projetor Computador Aerochamber pMDI’s	

	nasal; quantidades de solução a injetar na lavagem nasal.			
<b>Conclusão</b> (15 minutos)	- Treino prático com os aerochamber e pMDI. - Sumário das ideias abordadas na sessão. - Entrega e preenchimento do questionário.	Interativo Síntese de conteúdos	Aerochamber pMDI's	Questionário

## ESTRATÉGIAS DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO

A avaliação assume-se como um momento fulcral do processo formativo, de forma a compreender o sucesso da formação.

Relativamente à avaliação da sessão esta será feita de através de um questionário (Apêndice II), tendo como respostas possíveis “verdadeiro” ou “falso”. Este questionário será aplicado no início e no fim da sessão de forma a avaliar os conhecimentos que já possuíam e quais foram passíveis de adquirir com a sessão (Apêndice III). As respostas são anónimas e voluntárias.

A avaliação da sessão será realizada pelos indicadores de processo e resultado que a seguir se apresentam:

### Indicadores de Processo

- % de profissionais de saúde presentes na sessão formativa de pares

$$\frac{\text{nº de profissionais presentes na sessão formativa de pares}}{\text{nº total de profissionais que confirmaram presença na sessão formativa de pares}} \times 100$$

### Indicadores de Resultado

- % de questões respondidas corretamente no questionário final da sessão formativa de pares

$$\frac{\text{nº total de questões respondidas corretamente no questionário final da sessão formativa de pares}}{\text{nº total de questões do questionário}} \times 100$$

## EXECUÇÃO DA SESSÃO

A sessão formativa de pares ocorreu no dia 15 de dezembro de 2022, com intuito não só de reforçar conhecimentos dos profissionais de saúde desta UCC sobre este tema, como também de maneira a cumprir o objetivo a que me propus de colaborar, na medida do possível, para a formação de pares, tendo esta formação surgido com base num levantamento previamente feito acerca das necessidades formativas desta equipa.

No início da sessão foi distribuído o questionário que se encontra no apêndice II, onde os profissionais de saúde antes do início da sessão assinalavam com “verdadeiro” ou “falso” a resposta que consideravam correta à questão colocada. De seguida, procedi à apresentação *powerpoint* da sessão (apêndice III), sendo que no seu final houve ainda espaço para passagem de um vídeo sobre aerossolterapia, um espaço para manipular uma câmara expansora + pMDI e um momento para colocarem questões práticas ou sobre a sessão.

No fim, foi distribuída uma nova folha com o mesmo questionário inicial (nova para não enviesar o resultado) que foi recolhido no fim do preenchimento e que serão posteriormente avaliados por mim, mais à frente neste planeamento.

A única dificuldade sentida aquando do planeamento desta sessão foi o facto da UCC não possuir material de aerossolterapia. A questão foi seleccionada quando abordei com o enfermeiro chefe do meu serviço a possibilidade de poder trazer para a sessão, com a sua autorização, o equipamento necessário para a exemplificação da administração de aerossolterapia. Pedido este que me foi permitido.

## AVALIAÇÃO DA SESSÃO

A sessão formativa de pares teve um total de 5 profissionais de saúde presentes, sendo o total de profissionais de saúde daquele UCC de 10 profissionais.

O questionário entregue no início da sessão foi novamente entregue no fim desta (novos questionários, com as mesmas questões) para avaliar se houve alguma evolução de conhecimento e alguma alteração das respostas dadas comparativamente ao questionário inicial.

Seguem-se os resultados da avaliação diagnóstica (Quadro 1 – *Contabilização das respostas ao questionário antes do início da sessão* e Gráfico 1 - *Distribuição gráfica das respostas ao questionário diagnóstico*) e da avaliação no fim da sessão (Quadro 2 - *Contabilização das respostas ao questionário no fim da sessão* e Gráfico 2 - *Distribuição gráfica das respostas ao questionário no fim da sessão*).

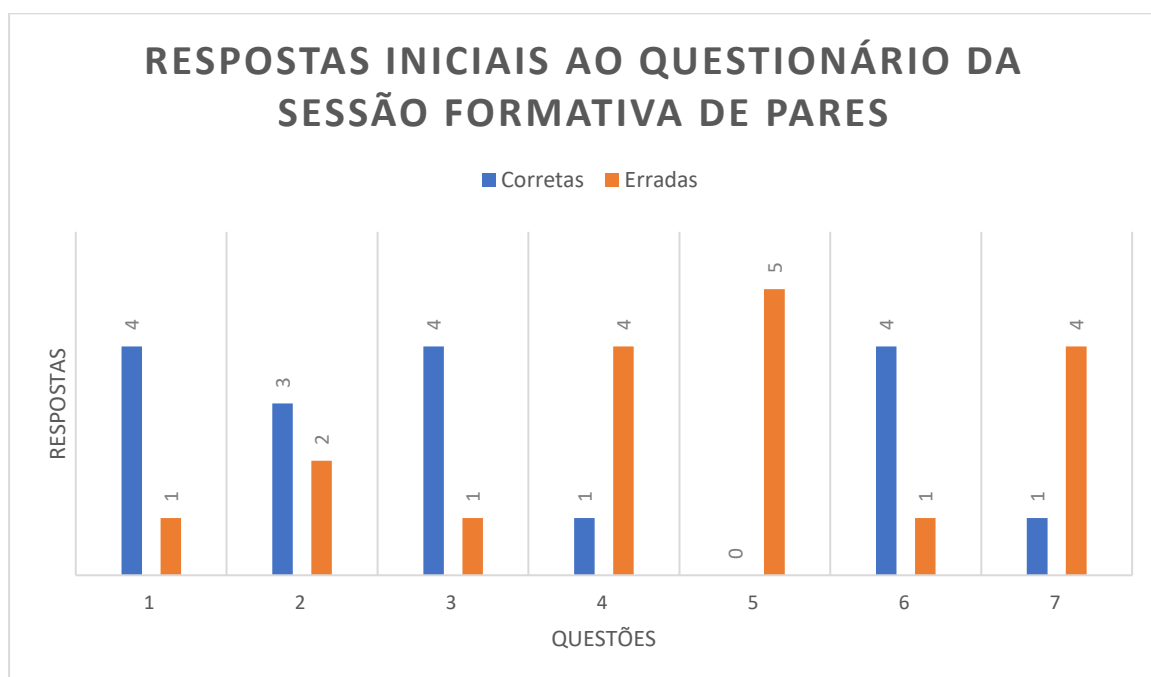
### Quadro 1

*Contabilização das respostas ao questionário antes do início da sessão*

QUESTÃO	RESPOSTAS CORRETAS	RESPOSTAS ERRADAS
1	4	1
2	3	2
3	4	1
4	1	4
5	0	5
6	4	1
7	1	4

## Gráfico 1

*Distribuição gráfica das respostas ao questionário diagnóstico*



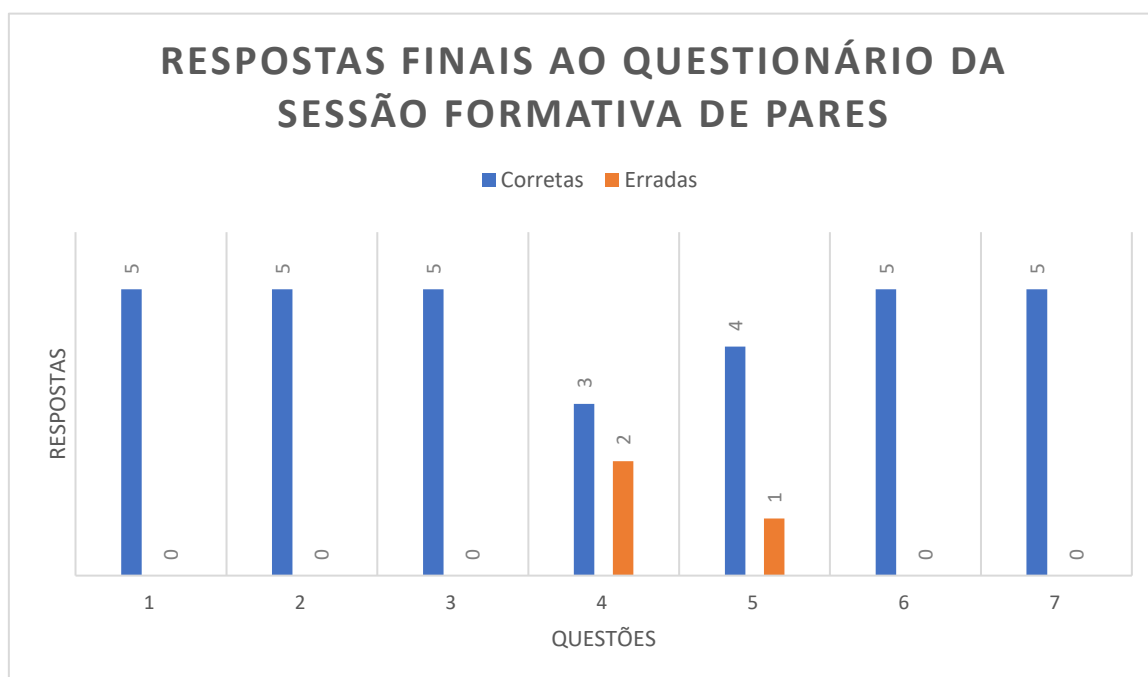
## Quadro 2

*Contabilização das respostas ao questionário no fim da sessão*

QUESTÃO	RESPOSTAS CORRETAS	RESPOSTAS ERRADAS
1	5	0
2	5	0
3	5	0
4	3	2
5	4	1
6	5	0
7	5	0

## Gráfico 1

*Distribuição gráfica das respostas ao questionário no fim da sessão*



O gráfico 1 comparativamente ao gráfico 2 evidencia as melhorias obtidas ao nível do conhecimento dos profissionais de saúde, antes da sessão e no fim desta. Estes resultados evidenciam a atenção e o interesse com que os profissionais de saúde estiveram presentes na sessão. A questão que obteve ainda um número elevado de respostas erradas, mesmo no questionário final, foi a questão nº4 (Questão nº4: Quando se realiza terapêutica com corticosteroides, deve dar-se preferência à utilização de CE). No fim da sessão foi feita uma análise e uma correção do questionário, onde os profissionais refletiram sobretudo acerca desta questão percebendo a resposta correta à mesma.

Nas restantes questões, vê-se uma melhoria significativa, sendo que na questão nº1, nº2, nº3, nº6 e nº7 não houve nenhuma resposta errada no questionário de avaliação final da sessão.

No que respeita ao cálculo dos indicadores que demonstram o atingimento das metas a que me propus atingir com esta formação de pares, estabeleci como meta que 50% dos profissionais da UCC estivessem presentes na sessão formativa de pares. No total a UCC tem 10 profissionais que se inscreveram para estar presente na sessão, sendo que dos 10 compareceram 5 profissionais, assim:

<b>INDICADOR</b>	<b>META</b>	<b>AVALIAÇÃO</b>
$\frac{\text{nº de profissionais presentes na sessão formativa de pares}}{\text{nº total de profissionais que confirmaram presença na sessão formativa de pares}} \times 100$	<b>50%</b>	<b>50%</b>

Relativamente ao indicador de resultado, o meu objetivo é que 70 % dos profissionais de saúde respondessem de forma correta às sete questões do questionário no final da sessão.

Assim:

<b>INDICADOR</b>	<b>META</b>	<b>AVALIAÇÃO</b>
$\frac{\text{nº total de questões respondidas corretamente no questionário final da sessão formativa de pares}}{\text{nº total de questões do questionário}} \times 100$	<b>70%</b>	<b>71%</b>

Assim, posso afirmar que as metas que me propus atingir com esta sessão formativa de pares foram atingidas.

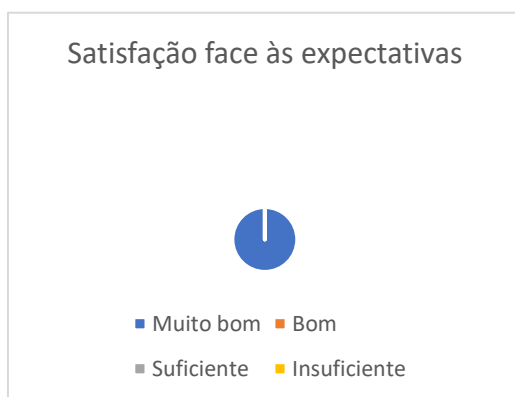
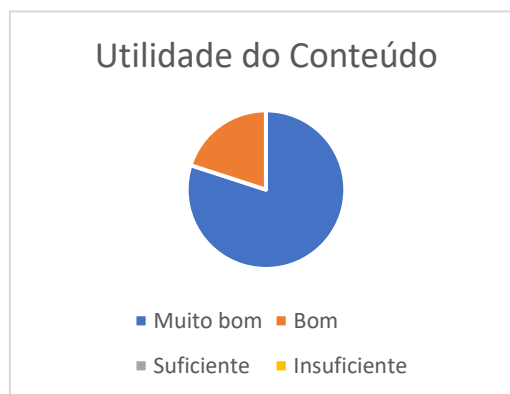
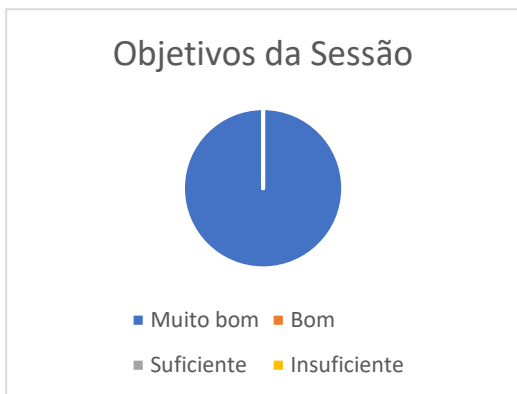
Saliento que os próprios profissionais da UCC consideraram útil e pertinente o tema da sessão formativa quer a nível profissional, quer a nível pessoal.

Relativamente à avaliação da sessão, avaliação do conteúdo programático, organização da sessão e do formador, os resultados foram bastante positivos tendo classificada com “Muito Bom” em quase todos os itens, à exceção do item “utilidade do conteúdo” em que 1 formando respondeu com “Bom”.

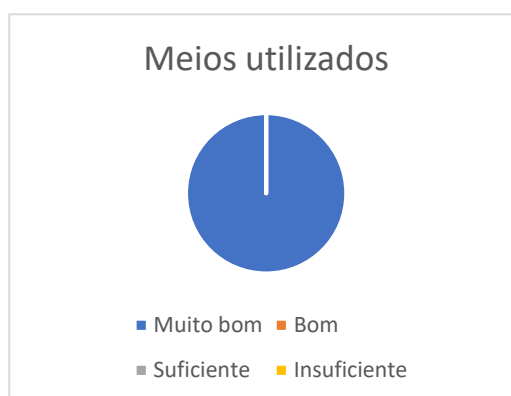
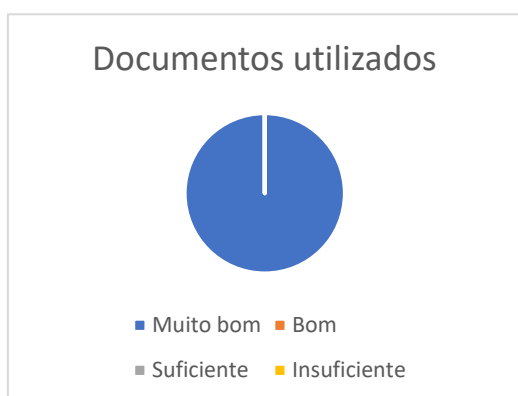
## Gráfico 1

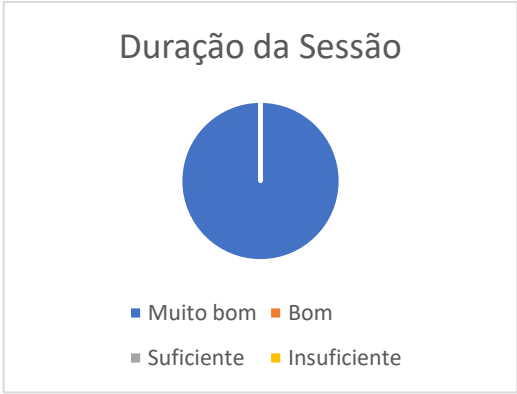
*Distribuição gráfica das respostas ao questionário de avaliação da sessão*

### **Conteúdo Programático:**

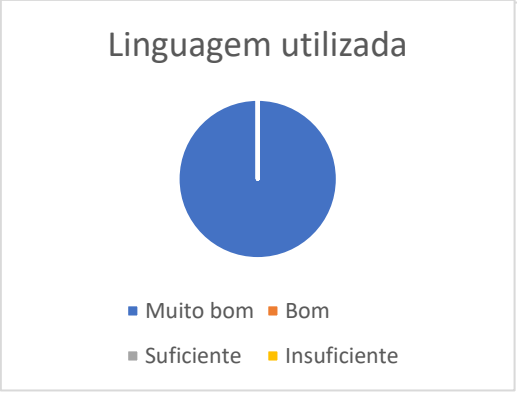
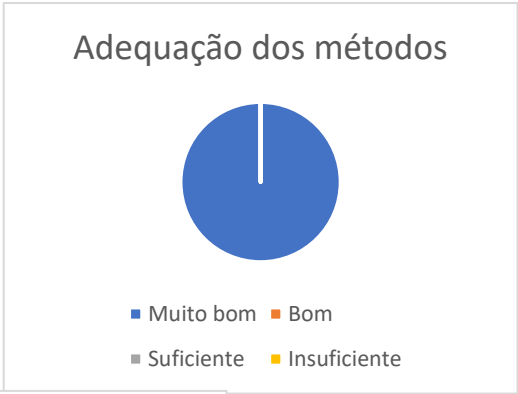
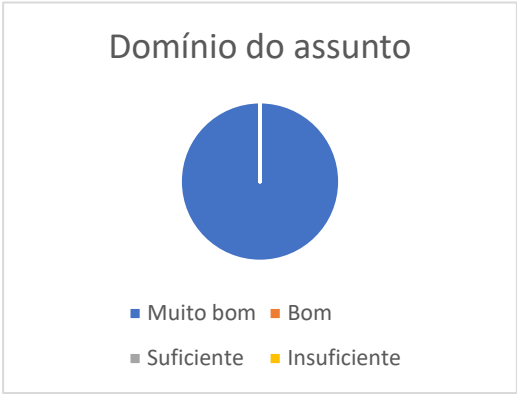


### **Organização da Sessão:**





**Formador:**



## CONCLUSÃO

As particularidades intrínsecas à idade pediátrica, tornam-na uma área muito complexa e multifacetada. As diversas faixas etárias que abrange, acarretam diferentes competências e capacidades desenvolvimentais. Este fenómeno implica que o EESIP disponha de um conhecimento muito vasto e, ao mesmo tempo, muito peculiar.

Houve uma grande evolução na ciência e nos cuidados de saúde e conclui-se que a prática baseada na melhor evidência deve ser a base da nossa atuação e deve contribuir para melhorar e aperfeiçoar a prática clínica. Paralelamente à competência teórica e técnica, o EESIP deve promover cuidados sensíveis e adequados à criança/jovem e família em particular. A harmonia entre o desenvolvimento infantil, as dinâmicas familiares e a articulação entre todos os ambientes que rodeiam a criança/jovem promovem a prestação de cuidados competentes de enfermagem (Hockenberry & Wilson, 2014).

Sendo a via inalatória a mais adequada para o tratamento destas doenças, devemos então procurar ser proativos e inovar as nossas intervenções, procurando sempre alcançar o máximo sucesso terapêutico possível. É do nosso conhecimento que o efeito terapêutico é influenciado por inúmeros fatores, cabe-nos a nós, EESIP, avaliá-los um a um e questionarmos sobre quais podemos incidir e de que forma podemos contribuir para minimizar o impacto do erro e potenciar a sua máxima eficácia. É certo que há alguns fatores sobre os quais não conseguimos ter influência (como por exemplo, a anatomofisiologia da via aérea da criança), no entanto somos responsáveis por nos certificarmos de que a decisão acerca dos dispositivos a utilizar e a medicação a realizar são adequadas a cada criança/jovem.

A DGS (2017) refere que cerca de 49 a 54 % dos clientes que usam pMDI + CE cometem, pelo menos um erro no uso do dispositivo. Esta estatística traduz bem a necessidade e a pertinência da implementação da minha sessão. O empoderamento que os EESIP potenciam aos pais/cuidadores e também às crianças/jovens vai permitir que estas últimas cresçam de uma forma mais autónoma e capaz e que se transformem em adultos felizes e saudáveis. Esta é a verdadeira máxima do EESIP: maximizar o potencial de saúde da criança/jovem, ajudando-os a crescer e a promover o ser bem-estar.

Em suma, considero ter atingido os objetivos que me propus atingir com esta sessão.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguiar, R., Lopes, A., Ornelas, C., Ferreira, R., Caiado, J., Mendes, A. & Pereira-Barbosa, M. (2017). Terapêutica inalatória: Técnicas de inalação e dispositivos inalatórios. *Revista Portuguesa de Imunoalergologia*, 25 (1), 9-26. [https://www.spaic.pt/client\\_files/rpia\\_artigos/terapeutica-inalatria-tnicas-de-inalao-e-dispositivos-inalatrios.pdf](https://www.spaic.pt/client_files/rpia_artigos/terapeutica-inalatria-tnicas-de-inalao-e-dispositivos-inalatrios.pdf)
- Arruda, A., Caldeira, F., Machado, A., Eloi, C., Resendes, C., Fechado, J. Amaral, B.(2022). Sistemas de nebulização em idade pediátrica: uso domiciliário em São Miguel. *Estudos Originais*. 38, 357-69. DOI: 10.32385/rpmgf.v38i4.13167
- Batalha, L.M.C. (2018). *Anatomofisiologia pediátrica: Manual de estudo – versão 1*. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Belini, G., Sartori, G., Pellizzaro, A., Lima dos Santos, E. & Batista, k. (2021). Incidência de infeções respiratórias em crianças até 4 anos: relação com o cumprimento do calendário vacinal. *Revista Eletronica Funvic*, 1, 18-23. <https://revistaeletronicafunvic.org/index.php/c14ffd10/article/view/234>
- Cordeiro, M.C. (2010). Intervenção educativa junto de um grupo de enfermeiros de um serviço de medicina: Impacto na prática da terapêutica inalatória [Dissertação de Mestrado]. Faculdade de Ciências Médicas Universidade Nova de Lisboa. <https://www.sinaisvitais.pt/index.php/revista-sinais-vitais/revista-investigacao-enfermagem/49-2012-2015/562-revista-investigacao-enfermagem-n-25?start=5>
- Direção-Geral da Saúde. (2013). Norma número 010/2013 - Utilização de Dispositivos Simples em Aerossolterapia. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0102013-de-02082013-jpg.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2015). Norma número 021/2011 - Cuidados Respiratórios Domiciliários: Prescrição de Aerossolterapia por Sistemas de Nebulização. Atualizada a 11/09/2015. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/cuidados-respiratorios-domiciliarios-prescricao-de-aerossolterapia-por-sistemas-de-nebulizacao.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2017). Norma número 010/2017 - Ensino e Avaliação da Técnica Inalatória na Asma. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n0102017-de-26072017-pdf.aspx>

Hockenberry, M. & Wilson, D. (2011). Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente. (9ª edição). LUSOCIÊNCIA – Edições Técnicas e Científicas.

INFARMED. (2014). Resumo das características do medicamento – Ventilan-Inalador 100 microgramas/dose Suspensão pressurizada para inalação. <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/detalhes-medicamento.xhtml;jsessionid=AX2AFF8WyHUPtvYAa-aZsjlVK4UuagsxDyQNgSEr.fo1>

INFARMED. (2018). Resumo das características do medicamento – Budesonida Budiair 200 microgramas/dose solução pressurizada para inalação. <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/detalhes-medicamento.xhtml>

INFARMED. (2020). Resumo das características do medicamento – Flixotaide Inalador 50 microgramas/dose suspensão pressurizada para inalação. Flixotaide Inalador 125 microgramas/dose suspensão pressurizada para inalação. Flixotaide Inalador 250 microgramas/dose suspensão pressurizada para inalação. <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/detalhes-medicamento.xhtml>

INFARMED. (2021). Resumo das características do medicamento – Atrovent PA, 20 microgramas/dose, solução pressurizada para inalação. <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/detalhes-medicamento.xhtml>

Rocha, O. (2006). Dificuldade Respiratória no Lactente e na Criança. *Nascer e Crescer*, XV (3) 151-152. Recuperado de [https://repositorio.chporto.pt/bitstream/10400.16/1180/1/DifRespLactCrianca\\_15-3\\_Web.pdf](https://repositorio.chporto.pt/bitstream/10400.16/1180/1/DifRespLactCrianca_15-3_Web.pdf)

Seeley, R. R., Stephens, T. D., & Tate, P. (2008). *Anatomia e fisiologia*, 8ª edição. Loures: Lusociência.

Sih, T. e Cavinatto, J. (2010). A importância da Higiene Nasal nas Crianças. *Interamerican Association of Pediatric Otorhinolaryngology*. 190-198

## ANEXOS

## Anexo 1- Imagem de dispositivos simples de aerossolterapia

- pMDI



Figura 1 - pMDI (Fonte: DGS, 2013)

- pMDI + CE de grande e pequeno volume

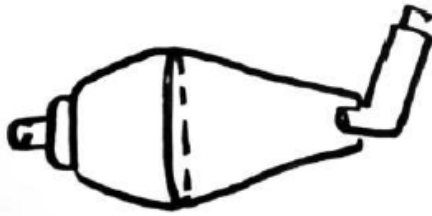


Figura 2 - pMDI + CE grande volume (Fonte: DGS, 2013)

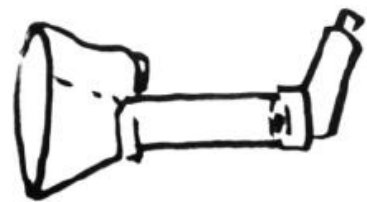


Figura 3 - pMDI + CE de pequeno volume e máscara (Fonte: DGS, 2013)






- DPI



Figura 4 - DPI (Fonte: DGS, 2013)

pMDI			
pMDI (1)		pMDI nova geração (2)	
DPI			
DPI Aerolizer (3)		DPI Breezhaler (4)	
DPI Handihaler (5)		DPI Accuhaler/ Diskus (6)	
DPI Clickhaler (7)		DPI Easyhaler (8)	
DPI Elipta (9)		DPI Forspiro (10)	

Fonte: Aguiar et al., 2017

DPI (continuação)			
DPI Genuair (11)		DPI Novolizer (12)	
DPI Spiromax (13)		DPI Turbohaler (14)	
DPI Twisthaler (15)			
SMI Respimat (16)			
			

Fonte: Aguiar et al., 2017

## APÊNDICES







## Apêndice I – Vantagens e Desvantagens de cada tipo de dispositivo respiratório

DISPOSITIVO	VANTAGENS	DESvantagens
<b>pMDI</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Portátil, leve e compacto;</li> <li>- Não necessita de preparação;</li> <li>- Não necessita de fonte externa para ser ativado;</li> <li>- O mesmo dispositivo dá para realizar múltiplas doses;</li> <li>- Encurtamento do tempo da terapêutica;</li> <li>- Libertam uma dose fixa do fármaco;</li> <li>- Difícil de contaminar;</li> <li>- Necessita de débitos inspiratórios baixos;</li> <li>- Maior parte apresenta custos reduzidos;</li> <li>- Disponível na maior parte dos fármacos;</li> <li>- Algumas marcas têm marcadores de dose (que permite controlar melhor quando está a acabar);</li> <li>- Apresenta maior deposição pulmonar periférica de alguns corticosteroides.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Necessita da coordenação mão-pulmão;</li> <li>- Muito dependentes de técnica inalatória correta e por isso apresenta maior variabilidade da percentagem de aerossol libertado;</li> <li>- Alguns clientes apresentam reações adversas aos propelentes;</li> <li>- Libertam uma dose fixa do fármaco;</li> <li>- Pode haver deposição de detritos contaminados que estejam depositados no bucal;</li> <li>- Maior deposição orofaríngea, que potencia os efeitos secundários e reduz os efeitos terapêuticos;</li> <li>- Os dispositivos que não têm contador de dose, tornam-se mais difíceis de determinar quantas doses faltam para acabar;</li> </ul>
<b>pMDI + CE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diminui a deposição orofaríngea;</li> <li>- Aumenta a deposição pulmonar em cerca de duas a quatro vezes a mais do que o pMDI sozinho;</li> <li>- Reduzem deposição na orofaringe cerca 10 vezes;</li> <li>- Permite o uso do pMDI durante a obstrução aguda do fluxo de ar com dispneia;</li> <li>- Não necessita de preparação complexa;</li> <li>- Minimiza a dificuldade na coordenação mão-pulmão;</li> <li>- Reduz as reações adversas locais e sistémicas;</li> <li>- Aumentam a deposição pulmonar até duas vezes do fármaco;</li> <li>- Uso independente da idade, incluindo recém-nascidos e lactentes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Maior dimensão e peso que o pMDI sozinho;</li> <li>- Mais caro do que o pMDI sozinho;</li> <li>- Há maior margem de erro para realizar os múltiplos <i>puffs</i> de uma só vez na CE, ao invés de realizar um de cada vez;</li> <li>- Necessita de limpeza e manutenção periódica;</li> <li>- Atração eletrostática para as paredes da CE;</li> <li>- Deposição pulmonar varia de acordo com o dispositivo, o fármaco e a técnica.</li> </ul>
<b>DPI</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pequeno e portátil;</li> <li>- Há dispositivos que possuem contador de doses;</li> <li>- Há dispositivos que contém múltiplas doses;</li> <li>- Não possui propelente;</li> <li>- É acionado pela respiração;</li> <li>- Curto tempo de preparação e administração do fármaco;</li> <li>- Técnica de uso relativamente simples para crianças com idade superior a 6 anos;</li> <li>- Alguns dispositivos alertam que a dose foi inalada;</li> <li>- Se a técnica for correta, possuem maior deposição pulmonar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dependem do fluxo inspiratório do cliente;</li> <li>- Maior custo do conjunto (medicação-dispositivo);</li> <li>- Dúvidas se o fármaco foi depositado ou não;</li> <li>- Grande deposição orofaríngea;</li> <li>- Vulnerável à temperatura e humidade ambiente;</li> <li>- Quantidade de fármacos disponíveis limitada, principalmente para <math>\beta_2</math> de curta duração;</li> <li>- Existem diferentes dispositivos com diferentes fármacos, o que facilita a confusão e a troca de fármacos;</li> <li>- O cliente confunde com facilidade as instruções de uso de outros dispositivos;</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Os <b>dispositivos de monodose</b> necessitam de muito tempo para preparar a inalação e têm mais dificuldade;</li> <li>- Cápsula pode ser aberta de forma incorreta, não depositando a dose toda no dispositivo;</li> <li>- Os clientes devem ser advertidos para não engolirem as cápsulas;</li> <li>- Sensação de pó na orofaringe com gosto desagradável.</li> </ul>
<p><b>Inalador com solução para inalação por nebulização</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Facilidade de utilização;</li> <li>- Não necessita de coordenação mão-pulmão;</li> <li>- Maior deposição pulmonar e menor na orofaringe;</li> <li>- Pode ser acoplado à CE.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pouca opção terapêutica.</li> </ul>

Fonte: Aguiar et al., 2017 e DGS, 2017.

**Apêndice II – Tabela resumo das Vantagens e desvantagens de cada dispositivo respiratório**

<b>COMPILAÇÃO DE VANTAGENS E DESVANTAGENS DE CADA DISPOSITIVO</b>			
<b>DISPOSITIVO</b>	<b>IMAGEM</b>	<b>VANTAGENS</b>	<b>DESVANTAGENS</b>
<b>pMDI</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Portátil, leve e compacto;</li> <li>- Não necessita de preparação;</li> <li>- Não necessita de fonte externa para ser ativado;</li> <li>- O mesmo dispositivo dá para realizar múltiplas doses;</li> <li>- Encurtamento do tempo da terapêutica;</li> <li>- Liberta uma dose fixa do fármaco;</li> <li>- Difícil de contaminar;</li> <li>- Necessita de débitos inspiratórios baixos;</li> <li>- Custos reduzidos;</li> <li>- Disponível na maior parte dos fármacos;</li> <li>- Apresenta maior deposição pulmonar periférica de alguns corticosteroides.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Necessita da coordenação mão-pulmão;</li> <li>- Muito dependentes de técnica inalatória correta e por isso apresenta maior variabilidade da percentagem de aerossol libertado;</li> <li>- Libertam uma dose fixa do fármaco;</li> <li>- Pode haver deposição de detritos contaminados que estejam depositados no bucal;</li> <li>- Maior deposição orofaríngea, que potencia os efeitos secundários e reduz os efeitos terapêuticos;</li> <li>- Os dispositivos que não têm contador de dose, tornam-se mais difíceis de determinar quantas doses faltam para acabar.</li> </ul>
<b>pMDI + CE</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diminui a deposição orofaríngea;</li> <li>- Aumenta a deposição pulmonar em cerca de 2-4x mais do que o pMDI sozinho;</li> <li>- Reduzem deposição na orofaringe cerca 10x;</li> <li>- Permite o uso do pMDI durante a obstrução aguda do fluxo de ar com dispneia;</li> <li>- Não necessita de preparação complexa;</li> <li>- Minimiza a dificuldade na coordenação mão-pulmão;</li> <li>- Reduz as reações adversas locais e sistêmicas;</li> <li>- Uso independente da idade, incluindo recém-nascidos e lactentes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Maior dimensão e peso que o pMDI sozinho;</li> <li>- Mais caro do que o pMDI sozinho;</li> <li>- Há maior margem de erro para realizar os múltiplos <i>puffs</i> de uma só vez na CE, ao invés de realizar um de cada vez;</li> <li>- Necessita de limpeza e manutenção periódica;</li> <li>- Atração eletrostática para as paredes da CE;</li> <li>- Deposição pulmonar varia de acordo com o dispositivo, o fármaco e a técnica.</li> </ul>
<b>DPI</b>	<p>Aerolizer® </p> <p>Breezhaler® </p> <p>HandiHaler® </p> <p>Zonda® </p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pequeno e portátil;</li> <li>- Há dispositivos que possuem contador de doses; - Há dispositivos que contêm múltiplas doses;</li> <li>- Não possui propelente;</li> <li>- É acionado pela respiração;</li> <li>- Curto tempo de preparação e administração do fármaco;</li> <li>- Técnica de uso relativamente simples para crianças com idade superior a 6 anos;</li> <li>- Alguns dispositivos alertam que a dose foi inalada;</li> <li>- Se a técnica for correta, possuem maior deposição pulmonar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dependem do fluxo inspiratório do cliente;</li> <li>- Maior custo do conjunto (medicação-dispositivo);</li> <li>- Dúvidas se o fármaco foi depositado ou não;</li> <li>- Grande deposição orofaríngea;</li> <li>- Vulnerável à temperatura e humidade ambiente;</li> <li>- Quantidade de fármacos disponíveis limitada;</li> <li>- Existem diferentes dispositivos com diferentes fármacos, o que facilita a confusão e a troca de fármacos;</li> <li>- O cliente confunde com facilidade as instruções de uso de outros dispositivos;</li> <li>- Os dispositivos de monodose necessitam de muito tempo para preparar a inalação e têm mais dificuldade;</li> <li>- Cápsula pode ser aberta de forma incorreta, não depositando a dose toda no dispositivo;</li> <li>- Os clientes devem ser advertidos para não engolirem as cápsulas;</li> <li>- Sensação de pó na orofaringe com gosto desagradável.</li> </ul>

## Apêndice III – Questionário de avaliação inicial e final da sessão

### QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO

Este questionário, que será preenchido antes e após a sessão de formação, pretende perceber os ganhos em conhecimento com a mesma. É anónimo, e tem apenas o propósito de avaliar a eficácia da intervenção formativa.

Questionário Pré-Formação

Questionário Pós-Formação

Para cada afirmação, considere se é verdadeira ou falsa e assinale com um X na coluna correspondente:

QUESTÃO	VERDADEIRO	FALSO	NÃO SEI
1. Com o choro, só uma porção da medicação é depositada a nível pulmonar.			
2. Até aos 8 meses a respiração da criança é predominantemente nasal.			
3. O <b>pMDI + CE</b> deposita uma maior quantidade de fármaco nas vias aéreas inferiores, ao invés de na orofaringe.			
4. Quando se realiza terapêutica com corticosteroides, deve dar-se preferência à utilização de CE.			
5. Caso seja <b>prescrito mais do que um fármaco</b> , a sua administração deve também seguir uma ordem. Primeiro administrar os broncodilatadores de ação curta; em segundo lugar os corticosteroides. E em último os broncodilatadores de ação longa (como os anticolinérgicos).			
6. A lavagem nasal é um método eficaz na lavagem das vias aéreas inferiores e deve ser efetuada antes da aplicação de qualquer medicação nasal.			
7. Até ao 1º mês de vida podemos utilizar até 5ml de SF para instalação nasal.			

## Apêndice IV–Questionário de avaliação da sessão

### QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO

Este questionário tem como objetivo a avaliação da sessão de formação realizada, sendo anónimo e confidencial. A sua implementação e posterior análise permitirá uma melhoria em sessões de formação futuras.

- **Data da formação:** 15/12/2022
- **Formação:** Sistema Respiratório: Aerosolterapia e Lavagem Nasal Infantil
- **Formadora:** Rita Alves

Preencha com um X no local que melhor traduza a sua opinião em relação à sessão realizada.

<b>Conteúdo Programático</b>	<b>Muito Bom</b>	<b>Bom</b>	<b>Suficiente</b>	<b>Insuficiente</b>
Objetivos da sessão				
Utilidade do conteúdo				
Satisfação face às expectativas				

<b>Organização da Sessão</b>	<b>Muito Bom</b>	<b>Bom</b>	<b>Suficiente</b>	<b>Insuficiente</b>
Documentos Utilizados				
Meios utilizados				
Adequação duração sessão				

<b>Formador</b>	<b>Muito Bom</b>	<b>Bom</b>	<b>Suficiente</b>	<b>Insuficiente</b>
Domínio do Assunto				
Adequação do método aos objetivos				
Linguagem Utilizada				

# Apêndice V–Powerpoint da apresentação da sessão formativa de pares

## SUMÁRIO

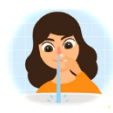
**AEROSSOLTERAPIA**

- História
- Conceito
- Tipos de Dispositivos
- Uso correto
- Seleção Adequada
- Fármacos

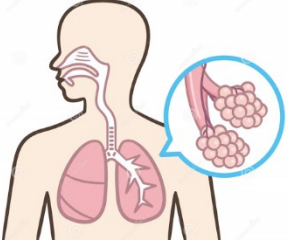


**LAVAGEM NASAL**

- Mecanismos de Ação
- Indicações
- Efeitos da Lavagem Nasal
- Tipos de Lavagem
- Técnica de Lavagem
- Quantidades Recomendadas



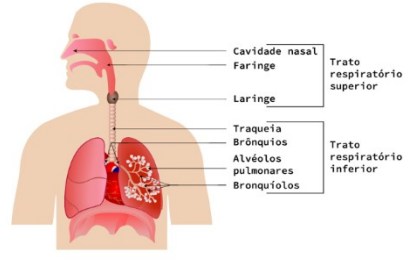
# SISTEMA RESPIRATÓRIO



## SISTEMA RESPIRATÓRIO

### FUNÇÕES DO SISTEMA RESPIRATÓRIO: para além da respiração...

- Trocas gasosas
- Controlar pH do sangue
- Fonação
- Olfato
- Proteção
- Produção de surfactante

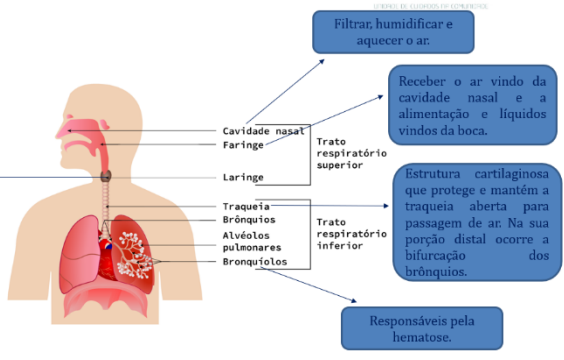


Batalha, 2018; Seeley et al, 2008

## SISTEMA RESPIRATÓRIO

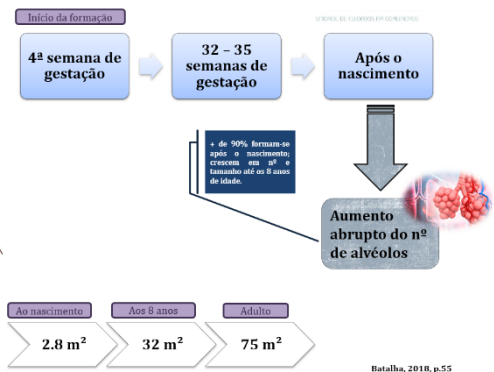
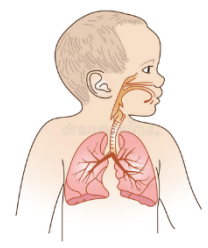
Responsável pela passagem do ar da faringe para a traqueia.  
Tem 4 funções importantes:

- Manter a permeabilidade do canal do ar;
- Impedir entrada de alimentos (líquidos ou sólidos) para as vias aéreas inferiores;
- Produzir sons;
- Filtrar o ar.



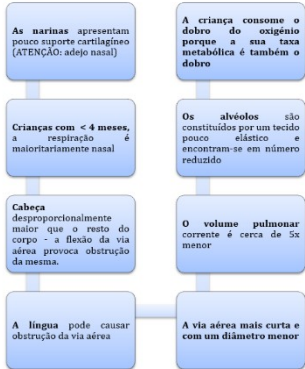
Batalha, 2018; Seeley et al, 2008

## PARTICULARIDADES NAS CRIANÇAS



Batalha, 2018, p.55

## PARTICULARIDADES NAS CRIANÇAS



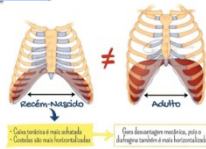
Frequência respiratória (por minuto) em crianças

Idade	Frequência
0 a 12 meses	30 a 50
1 a 2 anos	22 a 37
3 a 5 anos	20 a 28
Escolar	18 a 25
Adolescente	12 a 20

Fonte: American Heart Association, 2015.

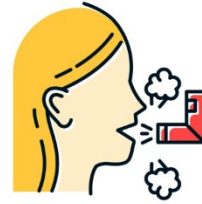
★ Maior taxa metabólica e consumo de oxigénio, a frequência respiratória é mais elevada

★ Imaturidade dos músculos intercostais → TIRAGEM

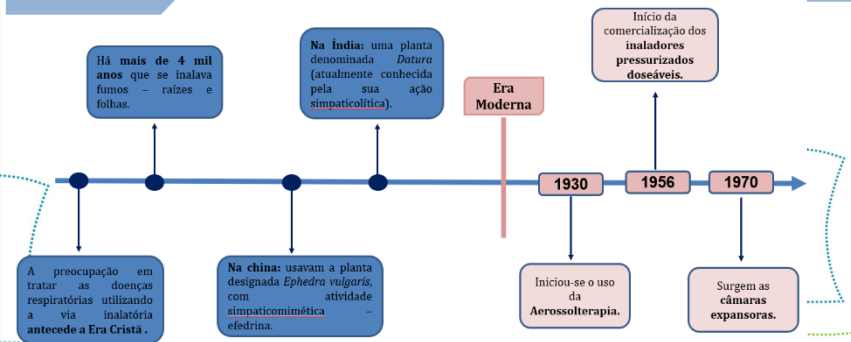


Batalha, 2018, pp. 57-59

# AEROSSOLTERAPIA



## HISTÓRIA



## CONCEITO

A aerossolterapia consiste na "administração por via inalatória de fármacos na forma de aerossol e é realizada por dispositivos simples ou sistemas de nebulização" (DGS, 2015, 2017).

O aerossol é uma suspensão de partículas sólidas ou líquidas que são produzidas através de um gerador.

Órgão-alvo: Pulmão - Via de administração recomendada no tratamento de patologias agudas ou crónicas, relacionadas com doenças respiratórias.

DGS, 2015, 2017

## TIPOS DE DISPOSITIVOS

### DISPOSITIVOS SIMPLES



- Inalador pressurizado doseável (pMDI)
- Inalador pressurizado doseável + Câmara expansora (pMDI + CE)
- Inalador de Pó Seco (DPI)

### SISTEMAS DE NEBULIZAÇÃO

- Pneumáticos
- Ultrassónicos
- Eléctricos



### pMDI

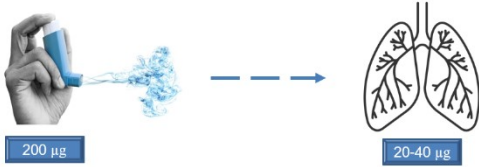
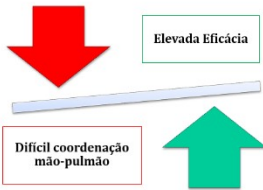


DGS, 2013, 2015

+	-
- Portátil, leve e compacto;	- Necessita da coordenação mão-pulmão;
- Não necessita de preparação;	- Muito dependentes de técnica inalatória correta e por isso apresenta variabilidade da percentagem de aerossol libertado;
- Não necessita de fonte externa para ser ativado;	- Pode haver deposição de fármacos em locais não pretendidos que estejam depositados na cavidade bucal;
- O mesmo dispositivo dá para realizar múltiplas doses;	- Maior deposição orofaríngea, que potencia efeitos secundários e reduz os efeitos terapêuticos;
- Libertam uma dose fixa do fármaco;	- Libertam uma dose fixa do fármaco;
- Disponível na maior parte dos fármacos;	- Não têm contador de dose, tornando-se difíceis de determinar quantas doses foram administradas para acabar;
- Custos reduzidos.	

Aguilar et al., 2017 e DGS, 2015

## pMDI



## pMDI + CE



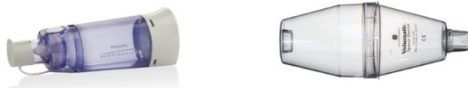
Aconselhável para crianças com < 4 anos de idade.

- Diminui a deposição orofaríngea cerca de 10x;	- Maior dimensão e peso que o pMDI sozinho;
- Aumenta a deposição pulmonar em cerca de 2-4x mais do que o pMDI sozinho;	- Mais caro do que o pMDI sozinho;
- Não necessita de preparação complexa;	- Há maior margem de erro para realizar os múltiplos puffs de uma só vez na CE, ao invés de realizar um de cada vez;
- Minimiza a dificuldade na coordenação mão-pulmão;	- Necessita de limpeza e manutenção periódica;
- Uso independente da idade.	

Aguilar et al., 2017 e DGS, 2017

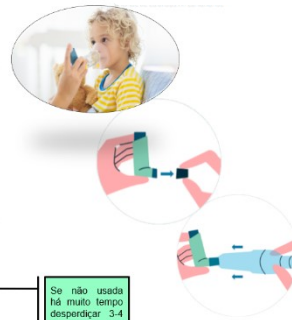
## pMDI + CE

NOME COMERCIAL	VOLUME	MÁSCARA	BUCAL	COMPATIBILIDADE COM INALADORES
Aerochamber®	145cc	✓ 3	✓	Todos
Vortex®	193cc	✓ 3	✓	Todos
OptiChamber®	140cc	✓ 3	✓	Todos
Volumatic®	750cc	✗	✓	Próprios



## UTILIZAÇÃO DO pMDI + CE

1. Criança deve estar na posição de pé ou sentado (possibilitando a expansão torácica);
2. Colocar a embalagem à temperatura ambiente;
3. Retirar a tampa;
4. Agitar o dispositivo verticalmente durante aproximadamente 2-5 segundos;
5. Desperdiçar 1 puff;
6. Posicionar a embalagem em forma de L (na vertical) e adaptá-la na CE;



Aguilar et al., 2017 e DGS, 2017

## UTILIZAÇÃO DO pMDI + CE

7. Realizar uma expiração lenta;

8. Posicionar o bucal na boca selando os lábios e colocando a língua por baixo.

9. Posicionar a máscara na face, abrangendo o nariz e a boca, selar bem.

10. Iniciar uma inspiração lenta e ativar o dispositivo;

11. Manter a inspiração lenta e profunda durante aproximadamente 3 a 5 segundos;

12. Aguardar 30 segundos ou 5 inspirações.



**AVISO IMPORTANTE**

Se tiver prescrito mais do que um puff deve desadaptar o bucal ou afastar a máscara e aguardar no mínimo 30 segundos antes de realizar o próximo puff.  
Deve-se observar se há movimento da válvula da CE aquando da inalação/respiração;  
Após a inalação do corticóide deve lavar-se a boca evitando deglutir a água.

Aguilar et al., 2017 e DGS, 2017

## Higienização e Armazenamento

HIGIENIZAÇÃO	ARMAZENAMENTO
<b>Lavar pelo menos 1x/semana:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>1ª passar por água</li> <li>2ª colocar as peças num recipiente com água quente e detergente da loiça durante 15 minutos.</li> </ul> <b>Secar:</b> sacudir e deixar ao ar.	<b>Local limpo e seco.</b>
<b>Máscara:</b> lavada com água quente e detergente no fim de cada utilização. <b>Bucal:</b> limpo com 1 lenço de papel no fim de cada utilização.	<b>ERROS MAIS COMUNS</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Máscara facial mal adaptada;</li> <li>2. Demora na inalação depois da ativação do dispositivo;</li> <li>3. Não realizar uma correta higienização com a periodicidade recomendada;</li> <li>4. Acionar múltiplos puffs de uma só vez.</li> </ol>



Aguilar et al., 2017 e DGS, 2017

## DPI



- Pequeno e portátil;	- Dependem do fluxo inspiratório da criança;
- Idades >8 anos;	- Maior custo do conjunto (medicação-dispositivo);
- Possui contador de doses;	- Dúvidas se o fármaco foi depositado ou não;
- Acionado pela respiração;	- Grande deposição orofaríngea;
- Alguns dispositivos alertam que a dose foi inalada;	- Quantidade de fármacos disponíveis limitada;
- Se a técnica for correta possuem maior deposição pulmonar.	- Sensação de pó na orofaringe com gosto desagradável.

Aguar et al., 2017 e DGS, 2017

## SISTEMAS DE NEBULIZAÇÃO

### SISTEMAS DE NEBULIZAÇÃO

Pneumáticos

Ultrassônicos

Eletrônicos

- ✓ Compressor de fluxo dinâmico: 6-10l
- ✓ Duração inferior a 10-15 minutos;
- ✓ Pressão de nebulização;
- ✓ Volume mínimo e máximo de solução

**Atenção!**

Não são o recurso de primeira linha de acordo com as boas práticas clínicas.

Aguar et al., 2017 e DGS, 2017

## SELEÇÃO DO DISPOSITIVO



UNIVERSIDADE DE LISBOA, ICS, 2015

DGS, 2017

## SELEÇÃO DO DISPOSITIVO

IDADE	DISPOSITIVO
< 4 anos	pMDI + CE com máscara
4 - 6 anos	pMDI + CE com bucal
> 6 anos	DPI ou pMDI ou pMDI + CE com bucal



DGS, 2017

## FÁRMACOS MAIS USADOS...

FÁRMACO	FUNÇÃO (INFARMED)
SALBUTAMOL	É um broncodilatador de ação curta, que apresenta um início de ação rápido (cerca de 5 minutos) e uma ação curta (4 a 6 horas). As reações adversas mais comuns são: cefaleias, tremores e taquicardia (INFARMED, 2014).
BROMETO DE IPATRÓPIO	É um broncodilatador com propriedades anticolinérgicas, usado no tratamento de manutenção do broncoespasmo na asma e DPOC. As reações adversas mais comuns são: cefaleias, xerostomia, garganta irritada, alterações gastrointestinais, tonturas e náuseas (INFARMED, 2011).
BUDESONIDA	É um anti-inflamatório glucocorticoide com elevado efeito local. A sua potência é cerca de 15X mais elevada do que a prednisona. As principais reações adversas são: candidíase na orofaringe, irritação na garganta, disfonía e tosse (INFARMED, 2015).



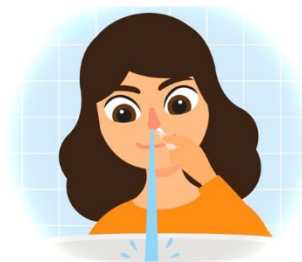
ORDEM:

1º

2º

3º

Aguar et al., 2017 e DGS 2013, 2015, 2017; INFARMED21



## LAVAGEM NASAL

Mecanismos de Ação

Indicações

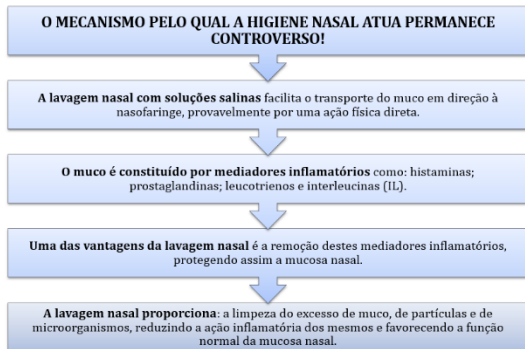
Efeitos da Lavagem Nasal

Tipos de Lavagem

Técnica de Lavagem

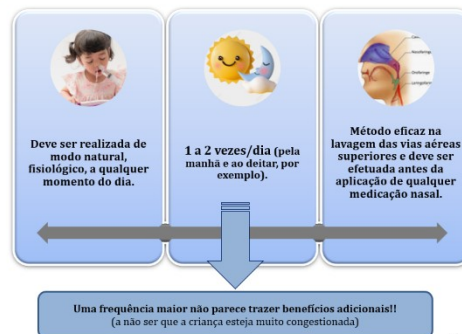
Quantidades Recomendadas

## MECANISMO DE AÇÃO



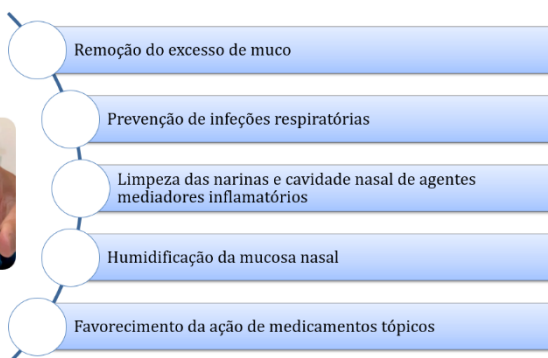
Sih & Cavinatto, 2010

## INDICAÇÕES



Sih & Cavinatto, 2010

## EFEITOS DA LAVAGEM NASAL



Sih & Cavinatto, 2010

## TIPOS DE LAVAGEM NASAL

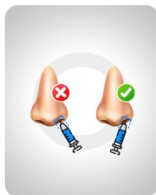


Sih & Cavinatto, 2010

## TÉCNICA DE LAVAGEM NASAL

Optar por uma solução salina isotónica, isto é, cujas concentrações de cloreto de sódio (osmolaridade) se assemelham às das secreções nasais (exemplo: soro fisiológico).

- Assoar suavemente o nariz **OU** limpar o nariz com recurso a aspirador (lactentes);
- Aplicar a solução salina (através de spray ou seringa) à temperatura ambiente;
- Colocar delicadamente a ponta do spray ou da seringa na entrada da narina, mas apontada para a parte externa desta e NUNCA para o septo nasal;
- Fechar a outra narina pressionando-a com um dedo;
- Inclinar a cabeça ligeiramente para a frente;
- Acionar o spray/institilar a seringa;
- Repetir o processo na outra narina.



Sih & Cavinatto, 2010

## TÉCNICA DE LAVAGEM NASAL

No caso dos recém-nascidos a forma ideal de fazer a higienização é:

- Deitado de barriga para cima;
- Coloque a cabeça do bebé apoiada, ligeiramente, para trás e rodada;
- Instile o soro fisiológico na narina do lado para o qual a cabeça do bebé está rodada;
- Repita este processo na outra narina, rodando a cabeça do bebé para esse lado.

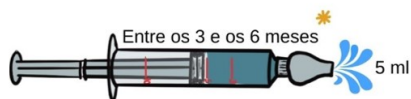
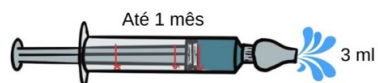


A instilação do soro deve ser feita de uma forma gradual e contínua!

Após a irrigação nasal com SF, se necessário, pode ainda aplicar uma aspiração suave com recurso aos dispositivos de aspiração.

Sih & Cavinatto, 2010

## QUANTIDADES RECOMENDADAS



\* Até aos 6 meses os pais devem optar por fazer a lavagem nasal com seringas de 5ml de SF. Se se sentirem confortáveis podem começar a fazer com seringas de 10ml.



\*\* A partir dos 2 anos há a hipótese de utilização de RhinoDouche.

\*\*\* Os sprays nasais são outra forma de lavagem nasal, apesar de mais funcionais por serem anatómicos e fáceis de usar, não são tão eficazes como a lavagem por meio de uma seringa.

# DÚVIDAS?



## OBRIGADO!

## Apêndice VI – Resumo comparativo das técnicas inalatórias

RESUMO COMPARATIVO DA TÉCNICA INALATÓRIA				
INALADOR DE PÓ SECO <i>Dry Powder Inhaler (DPI)</i>		INALADOR PRESSURIZADO DOSEÁVEL <i>Pressurized Metered-Dose Inhaler (pMDI)</i>		pMDI + CÂMARA EXPANSORA Inalação múltipla
UNIDOSE	MULTIDOSE	TRADICIONAIS	ATIVADO PELA INALAÇÃO	
Não necessita agitar		Agitar inalador		
Aerolizer®  Breezhaler®  HandiHaler®  Zonda®  Colocar cápsula e perfurar	RespiMat® Rodar a base na direção da seta que se encontra na etiqueta até ouvir um clique (meia volta) 		Acoplar pMDI à câmara expansora 	
Expiração forçada prévia à inalação (atenção: não expirar em direção ao inalador)				Não necessita de expiração prévia
Colocar bucal entre os dentes com a língua por baixo				Usar máscara ou bucal bem-adaptado
Inspiração rápida e vigorosa pela boca	Iniciar inspiração lenta e ativar o inalador (coordenação mão – pulmão)	Inspiração lenta Ativação automática do inalador	Ativar pMDI e fazer 10 inalações em volume corrente	
No final da inspiração deve fazer APNEIA: adultos: 10seg   crianças: 5seg				Não necessita de apneia
Se necessária outra dose - esperar 30 - 60seg – repetir procedimento				

ALGUNS ERROS FREQUENTES	INALADOR DE PÓ SECO (DPI)	INALADOR PRESSURIZADO DOSEÁVEL (pMDI)	PMDI + CÂMARA EXPANSORA Inalação múltipla
	Erro na ativação da dose (características de cada inalador)	Não agitar (reduz a quantidade de fármaco libertado)	Atraso entre a ativação do pMDI e a inalação (não deve ser superior a 2 seg). Os pMDI BTI não funcionam em câmara expansora
	libertação inadvertida de dose		Administração durante o choro (reduz a deposição pulmonar)
	Inalação pelo nariz (só aceitável em crianças pequenas a utilizar câmara expansora ou nebulizador com máscara)		
	Inalação pouco vigorosa Inalação lenta	Inalação rápida Ausência de coordenação mão-pulmão	Administrar várias doses por inalação (vários puffs seguidos reduzem a deposição pulmonar)
	Ausência de apneia no final da inalação		Fugas entre a máscara e a boca
Humidade - expirar para o inalador; Guardar sem tampa	Má manutenção da câmara Necessidade de desinfeção periódica dos materiais (verificar as instruções do fabricante)		
<b>NÃO LAVAR A BOCA APÓS INALAÇÃO COM CORTICOSTEROIDES</b> <small>(risco: candidíase orofaríngea; efeitos sistémicos)</small>			
HIGIENIZAÇÃO	<b>Câmara Expansora:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Desmontar todas as peças possíveis e 1 vez por semana colocá-las em recipiente com água quente e detergente suave, durante 15 minutos. Passá-las por água limpa, sacudir e deixar secar ao ar ambiente, sem limpar.</li> <li>Após cada tratamento, no caso de ter sido utilizada a máscara, esta deve ser lavada com água quente e detergente e seca. No caso de utilização de bucal basta limpar com lenço de papel.</li> </ul> As câmaras expansoras de longa duração podem ser usadas pelo mesmo doente por período prolongado (superior a 1 ano).		
	<b>Máscara Facial:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>deve ser sempre lavada com água quente e detergente no fim de cada utilização, secando com o mesmo princípio da CE.</li> </ul>		
	<b>Bucal:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Caso se utilize o bucal, o mesmo deve ser limpo com um lenço de papel no fim de cada utilização.</li> </ul>		
ARMAZENAMENTO	<b>Local de Armazenamento</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Estes dispositivos devem ser guardados num local limpo e seco.</li> </ul>		

## **Apêndice II**

Planeamento do Projeto: “*Desenvolver Sorrisos*”





CATÓLICA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

---

LISBOA · PORTO

Planeamento do Projeto:

***“DESENVOLVER SORRISOS”***

Curso de Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem de  
Saúde Infantil e Pediátrica

**Elaborado por:** Rita Daniela Barbosa Alves

**Sob a orientação de** Enfermeira X e Professora Doutora Constança Festas

Porto, dezembro de 2022

## INTRODUÇÃO

O projeto “Desenvolver Sorrisos” surge de um desafio proposto pela minha enfermeira orientadora X, enfermeira EEESIP, aquando do início do contexto de estágio de Cuidados de Saúde Primários na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC). Este projeto surgiu da necessidade de combater uma lacuna existente nos Curso de Recuperação Pós-Parto e Apoio à Parentalidade (CRPP) desenvolvido nesta UCC, que não abordava os pontos/aspectos do desenvolvimento infantil no primeiro ano de vida da criança e sendo esta a fase com mais evoluções e mudanças na vida de uma criança, surge a necessidade de colmatar esta lacuna. Assim, no âmbito da Unidade Curricular de “Estágio Final e Relatório”, inserido no 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, aceitei o desafio proposto pela minha orientadora. Integrei este projeto que ainda se encontrava numa fase inicial, a fim de o desenvolver com a enfermeira orientadora e torná-lo numa ferramenta útil para os pais ajudarem os seus filhos a desenvolverem-se de uma forma saudável através de jogos/atividades didáticas que podem usar com os seus filhos para promoverem o seu desenvolvimento físico e psicossocial.

Assim, a elaboração deste projeto tem como objetivos principais:

- Servir de instrumento de avaliação para o Estágio Final e Relatório;
- Aumentar conhecimento dos pais sobre jogos/atividades a adotar no 1º ano de vida para promoção do desenvolvimento infantil dos filhos.
- Aumentar o conhecimento dos pais sobre as competências adquiridas pelos filhos ao longo do 1º ano de vida (visão; audição; motricidade, entre outros).

Estruturalmente, este documento é constituído pela Introdução, onde é realizada uma breve referência à escolha do tema e aos objetivos a desenvolver com este trabalho. No primeiro capítulo faço uma abordagem ao motivo pelo qual escolho este tema e no capítulo seguinte, abordo os objetivos desta sessão. O terceiro capítulo aborda os conteúdos que serão explanados na sessão e o quarto capítulo aborda os recursos necessários para a elaboração desta sessão. O quinto capítulo, da fundamentação teórica, aborda em específico os conteúdos explanados na sessão. O sexto capítulo tem um esquema da programação da sessão e o sétimo capítulo será sobre as estratégias de avaliação da sessão; o oitavo sobre a sua execução e o nono capítulo sobre a sua avaliação. Termina com a conclusão, referências bibliográficas (segundo a norma APA, 7ª edição) anexos e apêndices.

## SELEÇÃO DO TEMA

Este projeto surge com base na necessidade de dar uma resposta efetiva às dificuldades manifestadas pelos pais em conseguirem interpretar as alterações comportamentais e desenvolvimentais dos filhos, bem como as suas necessidades de interação ao longo dos meses.

As sessões do projeto “Desenvolver Sorrisos” ocorrem numa fase em que os bebés já têm entre 2-4 meses, ou seja, os pais já tiveram várias oportunidades e momentos de se relacionarem com os seus filhos nos mais diversos momentos. Nestes momentos surgiram também fragilidades e momentos de dúvida. O objetivo desta sessão é trazer as dúvidas do quotidiano para partilhar com os restantes pais da sessão e para serem resolvidas pela enfermeira X e por mim ou pela terapeuta da fala. O projeto tem como objetivo não só desenvolver capacidades parentais para a interpretação e satisfação das necessidades desenvolvimentais dos filhos, como também dinamizar e promover envolvimento familiar com as crianças, através de jogos, por exemplo, uma vez que estas descobrem o mundo a brincar com o corpo e com os sentidos. Estes jogos serão adequados à faixa etária e estágio desenvolvimental em que se encontra a criança.

## OBJETIVOS

### Objetivos Educacionais

O projeto “Desenvolver Sorrisos” tem os seguintes objetivos:

#### Objetivos Gerais:

- Desenvolver capacidades parentais para a interpretação e satisfação das necessidades desenvolvimentais da criança no 1º ano de vida;
- Promover e incentivar a participação ativa das famílias no processo educativo e desenvolvimental da criança;
- Melhorar a adaptação da família ao desenvolvimento infantil da criança no 1º ano de vida.

### **Objetivos Específicos:**

- Favorecer e promover atividades promotoras do desenvolvimento motor; cognitivo; pessoal, social, sensorial e criativo;
- Capacitar os pais sobre atividades promotoras do desenvolvimento infantil;
- Desenvolver a linguagem e a comunicação entre pais e criança;
- Capacitar os pais a interpretar as necessidades desenvolvimentais da criança;
- Promover/Reforçar a ligação mãe-filho;
- Promover/Reforçar a vinculação.
- Acompanhar a criança com avaliações de desenvolvimento de 6 em 6 meses.

### **CONTEÚDOS SELECIONADOS**

Os conteúdos a serem abordados neste projeto são os seguintes:

- Desenvolvimento da Visão;
- Desenvolvimento da Audição;
- Desenvolvimento da Motricidade Fina e Grossa;
- Desenvolvimento Psicossocial;
- Desenvolvimento Cognitivo;
- Importância do jogo no desenvolvimento infantil.

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

Os recursos a utilizar para a realização deste projeto são:

- **Recursos Humanos:** Aluna do 15º Curso de Mestrado de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa do Porto sob a orientação da Enfermeira X, EESIP e Terapeuta da Fala.
- **Recursos Físicos:** Sala de Formações da UCC;
- **Recursos materiais:** Um computador portátil; um projetor; tapetes; brinquedos com chocalho; brinquedos a preto e branco; brinquedos brilhantes, com sons e luzes; autocolante *QR Code* com sumário de informação da sessão.
- **Recursos Financeiros:** fornecidos pela UCC.

## FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Os seres vivos passam por diferentes etapas durante a sua existência. Essas etapas constituem o Ciclo Vital em que os primeiros anos de vida são preponderantes.

Em nenhuma outra altura da vida as mudanças físicas e as conquistas do desenvolvimento são tão acentuadas como durante a infância. Nesta fase, todos os sistemas corporais da criança passam por uma maturação progressiva e o desenvolvimento de competências torna-se cada vez mais aptos a responderem e interagirem com o ambiente que os rodeia (Hockenberry & Wilson, 2011, p. 492).

Além das mudanças proporcionais (peso, altura...) ocorrem também mudanças sensoriais, ao nível da visão e da audição e ao nível da motricidade.

### VISÃO

No que diz respeito à **visão**, por volta das 6 semanas começa a desenvolver-se a visão binocular, em que o recém-nascido é capaz de obter a fixação de duas imagens oculares numa só imagem cerebral (fusão). Esta competência deve estar bem estabelecida até aos 4 meses de idade, sendo que a falta de visão binocular resulta em estrabismo e tem de ser detetado precocemente. Assim, ao nascimento o recém-nascido já é capaz de fixar um objeto a cerca de 20-25cm de distância (num ângulo de 45 graus); por volta das 4 semanas, consegue seguir objetos numa amplitude de 90 graus e observar atentamente o pai/mãe quando falam com ele; por volta das 6-12 semanas, começam a desenvolver a visão periférica até 180 graus, consegue perceber e focar objetos e tenta agarrá-los; pelas 12-20 semanas reconhece o biberão e é capaz de se acomodar e perceber objetos próximos; pelas 20-28 semanas consegue adaptar a postura para ver os objetos e desenvolve preferência pela cor vermelha e amarela, consegue recuperar um brinquedo perdido, prefere estímulos visuais mais complexos e desenvolve coordenação mãos-olhos. Está ainda estudado que os recém-nascidos têm preferência pelo rosto humano e por objetos com contraste branco e preto (Hockenberry & Wilson, p. 493, 2011).

### AUDIÇÃO

Com a progressiva mielinização das vias auditivas as respostas específicas de localização do som substituem a resposta generalizada do recém-nascido. No que diz respeito à **audição** ao

nascimento apresenta apenas o reflexo de sobressalto ao ouvir sons altos, sendo que pelas 8-12 semanas já vira a cabeça para o lado quando o som é feito ao nível do ouvido. Pelas 12-16 semanas localiza o som virando a cabeça para o lado e olhando na direção do som; pelas 24-32 semanas responde ao som do seu próprio nome e pelas 40-52 semanas já reconhece o significado de palavras como o “não” (Hockenberry & Wilson, 2011, p. 493).

Não são apenas os sentidos que se desenvolvem, também o corpo se torna cada vez mais apto ao meio que os rodeia.

### **MOTRICIDADE FINA E GROSSA**

A **Motricidade Fina** que inclui o uso das mãos e dos dedos para efetuar preensão dos objetos, começa inicialmente por ser um reflexo, nos primeiros 2-3 meses e torna-se gradualmente voluntário e com uma intenção. Esta preensão inicialmente é feita com a palma da mão e gradualmente é substituída pela preensão em pinça. É notório que nos primeiros meses de vida o recém-nascido mantém as mãos fechadas, sendo que pelos 3 meses elas já estão a maior parte do tempo abertas, mas não possuem ainda capacidade de preensão efetiva. Aos 5 meses já conseguem agarrar voluntariamente os objetos e por volta dos 11 meses consegue apresentar uma preensão em pinça perfeita.

No que respeita à postura, controlo da cabeça, equilíbrio, ou seja, a **Motricidade Grossa** esta vai-se estabelecendo por etapas, no sentido céfalo-caudal. Aquando do nascimento o recém-nascido apresenta inúmeros reflexos primitivos que vão evoluindo e tornando-se cada vez mais estruturados e consistentes. O **controlo da cabeça**, ao nascimento é bastante imaturo e este não tem capacidade de segurar a cabeça, porém, por volta dos 3 meses já a conseguem segurar muito além do plano do corpo; aos 4 meses conseguem levantar a cabeça e aos 4-6 meses é expectável que o controlo da cabeça esteja estabelecido. A **capacidade de rebolar** voluntariamente da posição ventral para dorsal surge por volta dos 6 meses; já a **capacidade de sentar** começa a iniciar-se perto dos 4 meses, sendo que só com o amadurecimento da coluna dorsal se torna efetiva: por volta dos 8-9 meses. É expectável que pelos 11-12 meses possam gatinhar/andar (Hockenberry & Wilson, 2011, p. 498).

Todas estas conquistas a nível motor não seriam possíveis sem estimulação e envolvimento da família. O primeiro ano de vida é o ano em que ocorrem mais mudanças na vida do lactente, pois a maturação dos sistemas é efetuada de forma muito rápida e progressiva (Ramos & Barbieri, 2020, p.144). É por isto que muitos autores consideram o nascimento um momento de crise, pois as primeiras semanas de vida da criança exigem uma

reestruturação e reorganização do núcleo familiar, bem como uma adaptação a cada nova exigência da etapa do desenvolvimento infantil da criança (Hockenberry & Wilson, 2011, p. 59). O desenvolvimento do bebê deve ser encorajado pelos adultos através dos seus sentidos pois são os seus “instrumentos” para explorar o mundo que os rodeia antes de conseguirem movimentar-se nele autonomamente. Essa percepção do mundo vai ser avaliada como positiva ou negativa, provocando respostas por parte do bebê.

### **DESENVOLVIMENTO PSICOSSOCIAL**

O **desenvolvimento psicossocial** do bebê começa a desenvolver-se desde o nascimento. É entre o nascimento e o 1º ano de vida que o bebê desenvolve aquilo que Erikson denomina de “Sentimento de Confiança”. O elemento crucial para a consecução desta tarefa é a qualidade da relação entre pais e criança e os cuidados que esta recebe. Esta díade tem que aprender em conjunto a ir ao encontro das suas necessidades de forma satisfatória, para que haja uma mútua regulação da frustração e, posteriormente, surja o sentimento de confiança. Quando esta relação fracassa, surgem os sentimentos de frustração manifestado através do choro. A Confiança adquirida na infância fornece as bases do sucesso de todas as fases posteriores. (Hockenberry & Wilson, 2011, p. 499).

### **DESENVOLVIMENTO COGNITIVO**

Além do desenvolvimento psicossocial o bebê desenvolve a capacidade de adquirir novos conhecimentos (cognição). O **desenvolvimento cognitivo** pode ser categorizado por múltiplos estádios. Mais do que a especificidade dos estádios, importa referir que desde o nascimento até ao 1º ano de vida, o bebê abandona os comportamentos reflexos e passa a ter comportamentos voluntários com intuito de obterem algo e percebem que ao terem um tipo de comportamento de forma consistente e repetida, obterão uma resposta por parte de quem deles cuida (Hockenberry & Wilson, 2011, p. 500).

Todos estes comportamentos voluntários com objetivos específicos tornar-se-ão mais desenvolvidos à medida que estes interagem com o ambiente. O Comportamento Pessoal-Social, que abrange as respostas pessoais da criança ao ambiente encontra-se influenciada pelos estímulos externos. Às 6- 8 semanas está presente o sorriso social, em resposta a estímulos agradáveis; por volta dos 3 meses demonstram um maior interesse pelo ambiente que o rodeia, tendo necessidade dessa estimulação externa; são capazes de reconhecerem os pais e reagem mal quando são “deixados sozinhos”. Aos 6 meses, já participam em jogos

como o “cu-cu” e já manifestam desejo de serem pegados ao colo, estendendo os braços. Aos 7 meses são capazes de imitar barulhos, aos 8 meses são capazes de imitar sons e aos 10 meses têm capacidade de participar em jogos como “bater palminhas” e “cu-cu” (Hockenberry & Wilson, 2011, pp. 501-505).

### **IMPORTÂNCIA DO JOGO NA INFÂNCIA**

O **jogo** tem um papel importante na estimulação do bebé. Dos 3 aos 6 meses os bebés começam a brincar sozinhas com um chocalho, peluche ou outra pessoa. Aos 4 meses já riem alto durante a brincadeira e demonstram preferência por determinados brinquedos. Com 6-8 meses costumam recusar brincar com estranhos, sendo definitivamente os pais os companheiros de brincadeira preferidos. É fundamental brincar desde que se nasce, pois é através do jogo que a criança adquire e desenvolve todas as suas capacidades e linguagem. O jogo possibilita a aprendizagem de novas competências. Para que haja aprendizagem durante o jogo devem estar presentes estes 4 passos: chamar atenção do bebé; explicar-lhe o jogo; fazer o jogo e terminar a atividade com reforço positivo para estimular a sua repetição. A isto se chama “Ciclo de Aprendizagem”.

A estimulação (também através de jogos) é tão importante para o crescimento psicossocial como a comida para o crescimento físico (Hockenberry & Wilson, 2011, p. 505). O conhecimento dos marcos do desenvolvimento permite aos enfermeiros orientar os pais relativamente a jogos próprios para os bebés (**Ver anexo 1**). É tendo por base que o desenvolvimento infantil é mais do que o crescimento físico que também se elabora este projeto.

Cabe aos enfermeiros, o papel de preparação para a transição para a parentalidade, reforçando e instruindo os pais sobre quais as evoluções expectáveis e passíveis de ocorrer em cada etapa do desenvolvimento e quais as atividades que podem desenvolver com os filhos que lhes permitirá atingir em pleno não só maturação física como a psicossocial. Este projeto, focar-se-á na promoção de uma transição para a parentalidade saudável, tornando estes pais capazes e atentos ao desenvolvimento infantil expectável dos seus filhos, mas também mais capazes de estimularem os seus filhos através de jogos com objetivos específicos ao nível psicossocial. Com este projeto pretende-se ainda reforçar a ligação mãe-filho e a vinculação.

## PROGRAMAÇÃO DA ATIVIDADE

<b>Projeto “Desenvolver Sorrisos”</b>				
<b>Local:</b>	X			
<b>Data:</b>	Às 5ª feiras (2 sessões consecutivas)	<b>Hora:</b>	11h00 - 12h30	
<b>Formadores:</b>	- Enfermeira X - Terapeuta da Fala Y - Aluna Rita Alves	<b>Grupo Destinatário:</b>	- 6 Famílias que frequentam o CRPP - Bebés entre os 2-4 meses	
<b>Objetivos do Projeto:</b>	<p><b>1. Objetivos Principais</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Desenvolver capacidades parentais para a interpretação e satisfação das necessidades desenvolvimentais da criança no 1º ano de vida;</li> <li>• Promover e incentivar a participação ativa das famílias no processo educativo e desenvolvimental da criança;</li> <li>• Melhorar a adaptação da família ao desenvolvimento infantil da criança no 1º ano de vida.</li> </ul> <p><b>2. Objetivos Específicos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Favorecer e promover atividades promotoras do desenvolvimento motor; cognitivo; pessoal, social, sensorial e criativo;</li> <li>• Capacitar os pais sobre atividades promotoras do desenvolvimento infantil;</li> <li>• Desenvolver a linguagem e a comunicação entre pais e criança;</li> <li>• Capacitar os pais a interpretar as necessidades desenvolvimentais da criança;</li> <li>• Promover/Reforçar a ligação mãe-filho;</li> <li>• Promover/Reforçar a vinculação.</li> <li>• Acompanhar a criança com avaliações de desenvolvimento de 6 em 6 meses.</li> </ul>			
<b>1ª SESSÃO</b>				
FASE	CONTEÚDO	MÉTODO	RECURSOS	AVALIAÇÃO
<b>Introdução</b> (5 minutos)	- Apresentação dos formadores; - Apresentação do projeto; -Referência aos conteúdos que irão ser abordados, tendo por base as necessidades manifestadas pelos pais; -Entrega de um Questionário aos pais sobre desenvolvimento infantil.	Expositivo  Descritivo		Questionário
<b>Desenvolvimento</b> (70 minutos)	- Espaço para exposição das dúvidas dos pais; - Esclarecimento das dúvidas colocadas; -Abordagem às atividades/exercícios promotores de desenvolvimento físico; à motricidade fina; à motricidade grossa; sensorial; linguagem e socialização/cognição;	Expositivo  Descritivo  Interativo	Projetor Computador Tapetes Brinquedos sonoros Peluche branco-preto	

	- Dar ênfase às competências ao nível da: Visão; Audição e Motricidade.			
<b>Conclusão</b> (15 minutos)	- Sumário das ideias abordadas na sessão. - Desafio para execução de atividades promotoras de desenvolvimento no domicílio com os pais.	Interativo Síntese de conteúdos		
<b>2ª SESSÃO</b>				
<b>FASE</b>	<b>CONTEÚDO</b>	<b>MÉTODO</b>	<b>RECURSOS</b>	<b>AVALIAÇÃO</b>
<b>Introdução</b> (5 minutos)	- Apresentação dos formadores presentes na sessão; - Introdução dos objetivos desta 2ª e última sessão.	Expositivo Descritivo		
<b>Desenvolvimento</b> (70 minutos)	-Perceber junto dos pais se perceberam alguma alteração desenvolvimental/comportamental da criança; - Abordar o desenvolvimento psicossocial do bebé; - Abordar a importância do jogo no desenvolvimento psicossocial; - Abordar jogos para os pais fazerem em casa adaptados ao estadio desenvolvimental do bebé. - Esclarecer junto dos pais o processamento do ciclo de aprendizagem; - Esclarecer as dúvidas dos pais;	Expositivo Descritivo Interativo	Tapetes Brinquedos sonoros Peluche branco-preto	
<b>Conclusão</b> (15 minutos)	-Entrega do Questionário de avaliação de conhecimentos sobre desenvolvimento infantil entregue na 1ª sessão. - Sumário das ideias abordadas na sessão. - Reforçar que eventuais dúvidas podem ser esclarecidas com agendamento prévio de uma hora presencialmente na UCC ou através de email/contacto telefónico. - Oferecer autocolante com QR Code com informação sumária de jogos para os pais fazerem em casa.	Interativo Síntese de conteúdos		Questionário

## ESTRATÉGIAS DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO

A avaliação assume-se como um momento fulcral do processo formativo, de forma a compreender o sucesso da formação.

Relativamente à avaliação da sessão esta será feita de através de um questionário escrito (**Apêndice 1**) aplicado no início e no fim da sessão de forma a avaliar os conhecimentos que já possuíam e quais adquiriram com a sessão. As respostas são anónimas e voluntárias.

## EXECUÇÃO DA SESSÃO

O projeto “Desenvolver Sorrisos” é constituído apenas por 2 sessões consecutivas com um objetivo próprio: causar uma maior adesão dos pais a frequentarem as sessões. O que se constatou nas primeiras sessões deste projeto é que os pais pouco aderiam, não por não reconhecerem a necessidade e importância de abordar este tema, mas sim pela exaustão de já terem frequentado muitas sessões anteriormente (Curso preparação para o parto e parentalidade e o Curso recuperação pós-parto e massagem infantil). Assim, adotou-se estrategicamente esta forma de conceber o projeto em apenas duas sessões e o número de adesão tem vindo a aumentar, tal como confirma a enfermeira X.

Para cada sessão existe sempre um momento para a Gestão do Ambiente em que se prepara a sala para receber os pais e respetivos filhos. Queremos um espaço:

- Calmo e com boa luminosidade;
- Sem fontes de distração (televisão; telemóveis...);
- Colocam-se colchões de maneira a formar um retângulo em que os pais se possam sentar virados uns para os outros, com os seus filhos à frente deitados numa manta no chão;
- No centro deste retângulo são colocados brinquedos (chocalhos; guizos; bonecos branco-preto/com cores...), o objetivo é estarem ao alcance dos bebés para que estes possam pegar e interagir com eles.

É possível observar uma foto do espaço no apêndice 4.

Preparado o ambiente damos início à sessão.

De maneira a não serem sessões com excessiva transmissão de conhecimentos, mas sim mais focadas num momento de partilha das descobertas/dificuldades destes últimos 2-4 meses, dividimos os conteúdos pelas diferentes sessões.

Assim, na 1ª sessão optamos por abordar os seguintes conteúdos:

- Abordar as diferentes conquistas ao longo do 1º ano de vida no que respeita: ao físico; à motricidade fina; à motricidade grossa; sensorial e socialização/cognição;
- Dar ênfase às competências ao nível da:
  - Visão;
  - Audição;
  - Motricidade.

Na 2ª sessão optamos por abordar os seguintes conteúdos:

- o desenvolvimento psicossocial do bebé;
- a importância do jogo no desenvolvimento psicossocial;
- jogos para os pais fazerem em casa adaptados ao estadio desenvolvimental do bebé.

No fim da primeira sessão o objetivo é desafiar os pais a estarem atentos às evoluções abordadas nessa sessão de maneira a relatarem as suas experiências na próxima sessão.

No fim da segunda sessão achamos pertinente além de voltar a reforçar a importância do jogo e do tempo em família para o desenvolvimento do bebé que os pais pudessem levar consigo uma compilação dos jogos/atividades que podem praticar em casa com os seus filhos, através de um QR Code autocolante, assim pensado para que possam colá-lo no boletim de saúde dos filhos e consultar sempre que quiserem.

Terminamos a sessão mostrando sempre disponibilidade para esclarecimento de dúvidas futuras em consultas de enfermagem posteriores.

## AVALIAÇÃO DA SESSÃO

Em ambas as sessões o número máximo de pais foram 5.

Os questionários entregues na primeira sessão foram novamente entregues no fim da segunda sessão (novos questionários, com as mesmas questões) para avaliar se houve evolução ao nível do conhecimento de umas sessões para outros.

Seguem-se os resultados da avaliação diagnóstica (Quadro 1 – *Contabilização das respostas ao questionário início da sessão* e Gráfico 1 - *Distribuição gráfica das respostas ao questionário diagnóstico*) e da avaliação no final da sessão (Quadro 2 - *Contabilização das respostas ao questionário no fim da sessão* e Gráfico 2 - *Distribuição gráfica das respostas ao questionário final*).

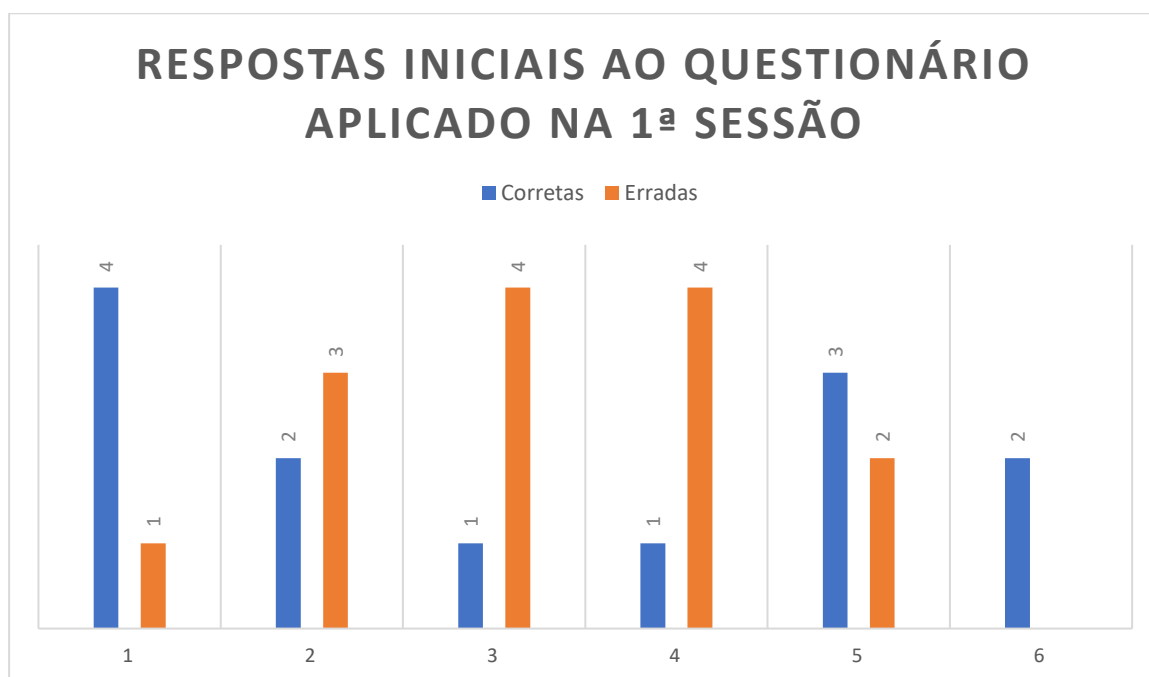
### Quadro 1

*Contabilização das respostas ao questionário antes do início da sessão*

<b>QUESTÃO</b>	<b>RESPOSTAS CORRETAS</b>	<b>RESPOSTAS ERRADAS</b>
1	4	1
2	2	3
3	1	4
4	1	4
5	3	2
6	2	3

## Gráfico 1

*Distribuição gráfica das respostas ao questionário diagnóstico*



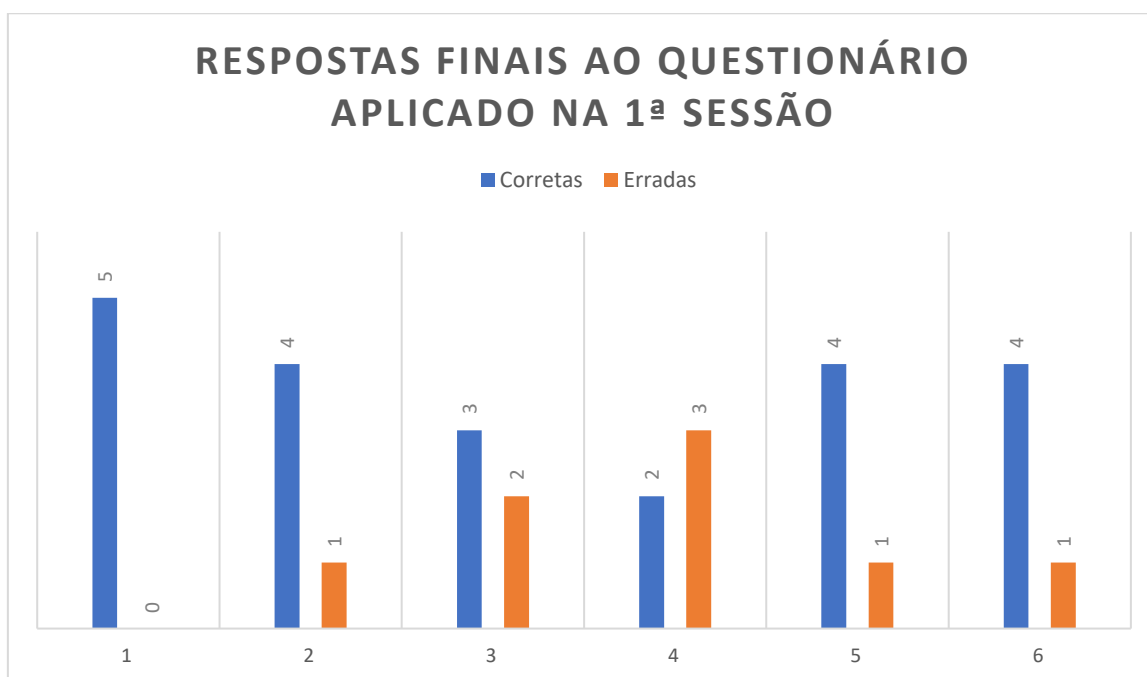
## Quadro 2

*Contabilização das respostas ao questionário no fim da sessão*

QUESTÃO	RESPOSTAS CORRETAS	RESPOSTAS ERRADAS
1	5	0
2	4	1
3	3	2
4	2	3
5	4	1
6	4	1

## Gráfico 2

*Distribuição gráfica das respostas ao questionário final*



O gráfico 1 comparativamente ao gráfico 2 evidencia as melhorias obtidas ao nível do conhecimento dos pais, antes da 1ª sessão e no fim da 2ª sessão, o que revela que as sessões têm-se vindo a revelar produtivas. A única exceção foi em que o conhecimento da 1ª para a 2ª sessão não evoluiu foi ao nível da questão número 4 (Questão: Os bebés no 1º mês de vida têm um maior interesse por objetos a preto e branco?) em que os pais ainda continuam a achar que os livros mais coloridos e com mais imagens são os mais atrativos para os bebés com 1 mês de vida.

## CONCLUSÃO

As particularidades intrínsecas à idade pediátrica, tornam-na uma área muito complexa e multifacetada. As diversas faixas etárias que a abrange acarretam diferentes competências e capacidades desenvolvimentais. Este fenómeno implica que o EESIP disponha de um conhecimento muito vasto e, ao mesmo tempo, muito peculiar.

Este projeto encontra-se ainda numa fase inicial e experimental de adaptação sobre quais as estratégias de transferência de conhecimentos que melhor se adequam aos pais, portanto este não é um planeamento estanque do projeto, mas sim o planeamento que se encontra em implementação atualmente.

Capacitar os pais para desenvolverem positivamente os seus filhos é o objetivo deste projeto, sobretudo desenvolvê-los através de jogos/atividades, a forma mais natural de desenvolver competências numa criança. O nosso contributo é poder esclarecer dúvidas acerca do desenvolvimento infantil e fomentar os pais para que no quotidiano possam proporcionar oportunidades para aquisição de competências dos seus filhos.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Hockenberry, M. & Wilson, D. (2011). Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente. (9ª edição). LUSOCIÊNCIA – Edições Técnicas e Científicas.

Ramos, A.L. & Barbieri-Figueiredo, M., C. (2020). Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem. (1ª edição). LIDEL, Edições Técnicas.

## **ANEXOS**

## Anexo 1- Tabela sobre “Jogo durante a Infância”

QUADRO 12-2 JOGO DURANTE A INFÂNCIA				
IDADE (MESES)	ESTIMULAÇÃO VISUAL	ESTIMULAÇÃO AUDITIVA	ESTIMULAÇÃO TÁCTIL	ESTIMULAÇÃO CINÉTICA
<b>Atividades Sugeridas</b>				
Nascimento-1	Olhar para o lactente de perto. Pendurar objetos claros e brilhantes a 20-25 cm do rosto do lactente e centrados. Pendurar móveis com artefactos a preto e branco.	Falar com o lactente; cantar com voz suave. Tocar uma caixa de música, cassette ou CD. Ter relógios com tique-taque ou bonecas com imitação do batimento cardíaco por perto.	Segurar, acariciar, abraçar. Manter o lactente quente. Envolver o rosto do lactente com as mãos.	Embarcar o lactente; colocá-lo no berço. Usar um carrinho para passeios.
2-3	Oferecer objetos brilhantes. Tornar o quarto claro com imagens ou espelhos. Levar o lactente a vários quartos enquanto realiza tarefas. Colocar na cadeira de lactente para um ponto de vista vertical do ambiente (usar uma superfície segura).	Falar com o lactente. Incluir o lactente em reuniões de família. Expor o lactente a diversos ruídos do ambiente para além dos de casa. Usar chocalhos, sinos de vento.	Acariciar o lactente no banho ou durante a muda de fralda. Escovar o cabelo do lactente com uma escova macia. Massajar.	Usar um baloço infantil. Levar o lactente a dar passeios de carro. Exercitar o corpo movendo as extremidades em movimentos de natação. Usar um ginásio de berço.
4-6	Colocar o lactente em frente de um espelho inquebrável. Dar ao lactente brinquedos coloridos e brilhantes, com tamanho adequado para ele agarrar.	Falar com o lactente; repetir os sons que o lactente faz. Rir quando o lactente ri. Chamar o lactente pelo nome. Colocar chocalhos ou sinos na mão do lactente.	Oferecer ao lactente brinquedos macios para apertar com várias texturas. Permitir ao lactente chapinhar no banho. Colocar o lactente num tapete felpudo, macio, e movimentar as extremidades.	Usar movimentos de baloço ou vaivém. Balançar o lactente no colo enquanto o segura na posição de pé. Apoiar o lactente na posição sentada; deixá-lo inclinar-se para a frente para se equilibrar. Colocar o lactente no chão para rastejar, virar-se e sentar-se.
6-9	Oferecer ao lactente brinquedos grandes com cores brilhantes, partes móveis e que façam barulho. Jogar ao cu-cu, especialmente escondendo o rosto numa toalha. Fazer caretas para encorajar a imitação. Oferecer uma bola de lã ou corda para o lactente desfazer.	Chamar o lactente pelo nome. Repetir palavras simples como “papá,” “mamã,” “adeus.” Falar com clareza. Nomear partes do corpo, pessoas e alimentos. Dizer ao lactente o que está a fazer. Usar “não” apenas quando necessário. Dar ordens simples.	Deixar o lactente brincar com tecidos de várias texturas. Ter taças com alimentos de diferentes tamanhos e texturas para o lactente experimentar. Deixar o lactente “apanhar” a água da torneira a correr. Incentivar o lactente a “nadar” numa banheira grande ou piscina rasa Oferecer maços de fita adesiva para o lactente manipular.	Segurar o lactente direito para ele suportar o peso e equilibrar-se. Apanhar, dizer “dá.” Largar, dizer “larga.” Colocar os brinquedos fora do alcance; encorajar o lactente a ir buscá-los. Jogar ao bate-palminhas.
9-12	Mostrar ao lactente imagens grandes em livros. Jogar à bola fazendo-a rolar até à criança, demonstrar como “atirar” a bola de volta. Demonstrar como construir uma torre de dois blocos.	Ler ao lactente rimas infantis simples. Apontar partes do corpo e nomear cada uma delas. Imitar sons de animais.	Dar ao lactente alimentos para comer com os dedos de diferentes texturas. Deixar o lactente misturar e esmagar a comida. Deixar o lactente sentir objetos frios (cubo de gelo) ou quentes; dizer a que temperatura está cada um. Deixar o lactente sentir uma brisa (ventoinha em funcionamento).	Oferecer ao lactente brinquedos grandes de empurrar e puxar. Virar o lactente para diferentes posições.
<b>Brinquedos Sugeridos</b>				
Nascimento-6	Móviles infantis Espelhos inquebráveis	Caixas de música Móviles musicais Sinos de berço Pequenos chocalhos	Animais de peluche Roupas macias* Mantas macias ou felpudas* Móviles macios	Berço de balançar Brinquedo pesado ou para sucção Baloço infantil
6-12	Blocos coloridos Caixas ou copos de encaixar Livros com rimas e imagens coloridas Cordas com contas grandes Brinquedos desmontáveis simples Bola grande Chávena e colher Puzzles grandes Caixa de surpresas	Chocalhos de diferentes tamanhos, feitos, tons e cores brilhantes Animais e bonecas para apertar Discos com música calma e ritmada	Animais e bonecas com diferentes texturas Brinquedos de esponja, flutuantes Brinquedos para apertar Brinquedos para os dentes Livros com texturas e objetos, como pele e fecho éclair	Caixa de atividades para o berço Brinquedos de empurrar e puxar Baloço com estrutura

Fonte: Hockenberry, M. & Wilson, D. (2011). Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente. (9ª edição). LUSOCIÊNCIA – Edições Técnicas e Científicas

## APÊNDICES

## Apêndice I– Questionário de avaliação inicial e final da sessão na UCC

Este questionário, que será preenchido antes e após a sessão de formação, pretende perceber os ganhos em conhecimento com a mesma. É anónimo, e tem apenas o propósito de avaliar a eficácia da intervenção formativa.

Questionário Pré-Formação

Questionário Pós-Formação

Leia atentamente as seguintes questões e assinale com um X a resposta que considerar correta.

QUESTÕES	SIM	NÃO	NÃO SEI
1. Considera importante falar com o seu bebé enquanto lhe presta cuidados?			
2. Devem-se evitar brinquedos que possam assustar as crianças como: chocalhos, guizos e sinos entre os 2-3 meses de idade?			
3. Pelos 6-9 meses brincadeiras como o “cu-cu” e o “bater palminhas” são adequadas ao desenvolvimento infantil do seu filho?			
4. Os bebés no 1º mês de vida têm um maior interesse por objetos a preto e branco?			
5. Entre o 2-3 meses de idade deve expor-se os bebés a ruídos externos aos ruídos do ambiente familiar?			
6. Aos 5 meses é expectável que o bebé tenha total controlo da cabeça?			

Apêndice II – Folheto para divulgação da próxima sessão

**Projeto**  
**"DESENVOLVER SORRISOS"**

VAMOS BRINCAR?

**Formadores**

Enfermeira [redacted]  
Enfermeira Rita Alves  
Terapeuta da fala [redacted]

**Data**  
Às quintas-feiras

**Hora**  
Das 11:00 às 12:30h

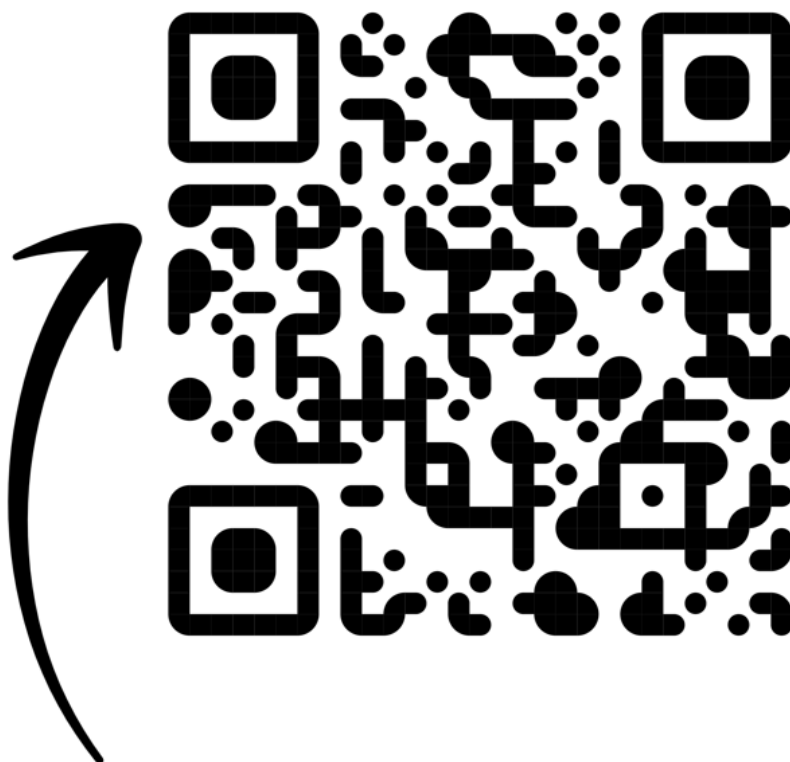
**Local**  
[redacted]

O seu bebé desenvolve-se a cada dia.  
Entenda melhor cada evolução!

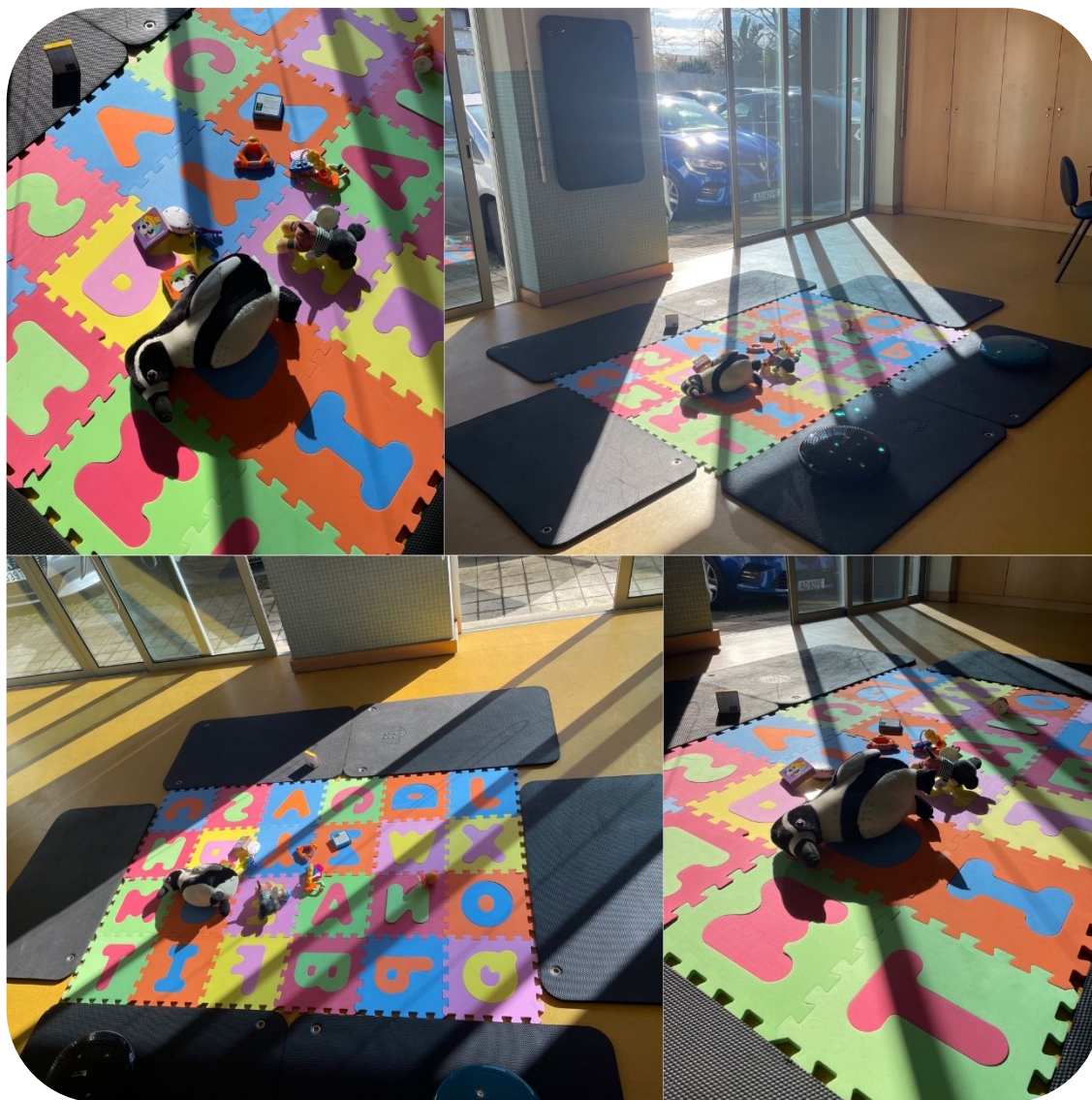
ARS NORTE  
Administração Regional  
de Saúde do Norte, I.P.

GOVERNO DE  
PORTUGAL  
MINISTÉRIO DA SAÚDE

**Apêndice III – QR Code disponível com informação sumária para os pais**



## Apêndice IV – Ambiente onde decorre a sessão



### **Apêndice III**

Os benefícios da sesta nas crianças durante a primeira infância: Revisão da  
Literatura



# Os benefícios da sesta nas crianças durante a primeira infância: Revisão da Literatura

*The benefits of napping in children during early childhood: Literature review*

Rita Alves<sup>1</sup>, Constança Festas<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Enfermeira no serviço de Pediatria Médica, Centro Hospitalar S. João; Mestranda na Universidade Católica Portuguesa, Instituto Ciências da Saúde, Escola de Enfermagem (Porto), Porto, Portugal

<sup>2</sup>Professora Associada, Universidade Católica Portuguesa, Instituto Ciências da Saúde, Escola de Enfermagem (Porto); Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde (ICS) – Universidade Católica Portuguesa, Portugal

## Resumo:

**Enquadramento:** O sono é um dos temas da primeira infância sobre o qual ainda muito se investiga e que muita inquietude causa entre enfermeiros que cuidam de crianças, educadores e suas famílias. Em Portugal, as crianças e os adolescentes dormem menos tempo do que o recomendado, sendo que algumas crianças portuguesas, em idade em que a sesta ainda lhes é recomendada (nascimento até à idade pré-escolar), não a cumprem.

Grande parte do tempo nos primeiros anos de vida de uma criança são passados a dormir. No primeiro ano de vida, as crianças dormem em média, diariamente, entre 12 a 16 horas (Sleep Foundation, 2023). Alguns estudos da *American Academy of Pediatrics* (AAP), referem explicitamente que a sesta tem múltiplos benefícios, como no desenvolvimento da linguagem, da cognição, da memória, entre outros. Estudos demonstram que a consolidação da memória ocorre sobretudo aquando da sesta e que as crianças que a fazem se encontram mais dispostas e alertas para reterem novas aprendizagens. Apesar de todos os benefícios descritos acerca da sesta na primeira infância ainda não é uniforme a sua generalização nas políticas educativas do país, nem nos lares de muitas famílias, havendo ainda crianças que já não fazem sesta, embora ainda beneficiassem com a mesma. Existe, portanto, a necessidade de reforçar e promover a realização da sesta em casa, bem como, no ambiente escolar.

**Objetivo:** O objetivo desta revisão é compilar os resultados da evidência científica sobre o benefício da sesta nas crianças durante a primeira infância, a fim de reunir um consenso se estas devem ou não ser incentivadas pelos pais e pelas escolas como um comportamento promotor de ganhos em saúde.

**Metodologia:** Foi realizada uma revisão da literatura através da pesquisa em bases de dados online, com os descritores em Ciência da Saúde, identificando artigos com data de publicação entre 2015 e 2022, em inglês e com texto integral disponível, os quais foram posteriormente sujeitos a um processo de seleção.

**Resultados:** Após o processo de seleção foram analisados 10 artigos, entre eles revisões sistemáticas, revisões sistemáticas com meta-análise, estudos experimentais e estudos pilotos que comparavam crianças que realizavam ou não sestas e relatavam quais os benefícios destas, ao nível da aprendizagem, memória, linguagem e até motricidade motora. Estes artigos abordaram ainda temas como a cessação da sesta na primeira infância; o benefício de 2 sestas por dia; a influência das sestas no sedentarismo e até que ponto as sestas podem ser encaradas como prejudiciais para o sono noturno.

**Conclusões:** Todos os estudos afirmam que a sesta na primeira infância tem múltiplos benefícios ao nível da aprendizagem, cognição, consolidação da memória, leitura, regulação emocional, motricidade motora, entre outros. Não existe ainda um consenso sobre a transição da sesta para um padrão de sono monofásico, no entanto as investigações apontam que apesar da variabilidade da ocorrência deste fenómeno nas crianças, esta transição não deve ser forçada nem deve ocorrer antes dos 2 anos de idade. Constatou-se também que as sestas devem ter uma duração definida que não deve ultrapassar as 2 horas (entre 60 a 90 minutos e depois dos 5 anos nunca superior a 1 hora/dia). Foi ainda demonstrado que a sesta não interfere

negativamente no sono noturno, nem na sua qualidade em geral sendo o tempo total de sono preservado nas 24 horas. Um estudo reforçou que até aos 9 meses devem ser mantidas duas sestas (uma matinal e uma vespertina) com benefício na consolidação da memória desta faixa etária. Todos os estudos incentivam a realização das sestas em ambiente escolar, independentemente da regularidade com que a criança costuma realizar sesta no domicílio.

**Palavras-chave:** sesta; criança; aprendizagem, linguagem, memória, cessação.

## **Abstract**

**Background:** Sleep is one of the themes of early childhood on which much is still being investigated and which causes a lot of concern among nurses who care for children, educators and their families. In Portugal, children and adolescents sleep less than the recommended time, and some portuguese children, at an age when a nap is still recommended for them (birth to pre-school age), do not comply with it. Much of the time in the first few years of a child's life is spent sleeping. In the first year of life, children sleep on average between 12 and 16 hours a day (Sleep Foundation, 2023). Some studies by the American Academy of Pediatrics (AAP) explicitly state that naps have multiple benefits, such as the development of language, cognition, memory, among others. Studies show that memory consolidation occurs mainly during naps and that children who take it are more willing and alert to retain new learning.

Despite all the benefits described about napping in early childhood, its generalization in educational policies in the country is still not uniform, nor in the homes of many families, and there are still children who no longer take naps, although they would still benefit from it. Therefore, there is a need to reinforce and promote naps at home, as well as in the school environment.

**Objective:** The objective of this review is to compile the results of the scientific evidence on the benefit of naps in early childhood and what is the consensus on their cessation.

**Methodology:** An integrative literature review was conducted by searching online databases with the selected descriptors Health Science, identifying articles with a publication date between 2015 and 2022, in English and with full text available, which were subsequently subject to a selection process.

**Results:** After the selection process, 10 articles were analyzed, including systematic reviews, systematic reviews with meta-analysis, experimental studies and pilot studies that compared children who took naps or not and reported the benefits of these, in terms of learning, memory, language and even motor skills. These articles also addressed topics such as the cessation of naps in early childhood; the benefit of 2 naps a day; the influence of naps on sedentary lifestyle and to what extent naps can be seen as harmful for nocturnal sleep.

**Conclusion:** All studies claim that napping in early childhood has multiple benefits in terms of learning, cognition, memory consolidation, reading, emotional regulation, motor skills, among others. There is still no consensus on the transition from napping to a monophasic sleep pattern, however research indicates that despite the variability in the occurrence of this phenomenon in children, this transition should not be forced nor should it occur before 2 years of age. It was also found that naps should have a defined duration that should not exceed 2 hours (between 60 and 90 minutes and after 5 years never more than 1 hour/day). It was also demonstrated that the nap does not negatively interfere with night sleep, nor with its quality in general, and that the total sleep time is preserved in the 24 hours. One study reinforced that up to 9 months two naps should be maintained (one in the morning and one in the afternoon) with benefit in consolidating the memory of this age group. All studies encourage taking naps in the school environment, regardless of how often children tend to take naps at home.

**Keywords:** nap; child; learning, language, memory, cessation

## Introdução

O sono é uma função natural e básica da vida, essencial à sobrevivência e que vai sofrendo alterações evolutivas ao longo do ciclo vital. Estima-se que cerca de um terço da vida de qualquer ser humano seja passado a dormir. O sono não se limita à ausência de vigília, mas sim a um estado corporal complexo durante o qual se reorganizam todas as funções corporais, sendo o seu cumprimento regular, imprescindível para um saudável desenvolvimento físico, mental e intelectual do ser humano (Associação Portuguesa do Sono, 2017).

O sono pode ser definido como “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” (Internacional Council of Nurses, 2020). Tal como refere a definição do ICN, apesar do sono poder ser caracterizado como um período onde existe diminuição do estado de consciência e menor mobilidade física, este é também um momento durante o qual o nosso organismo mantém uma intensa atividade, que permite a renovação celular, a regulação metabólica, o crescimento e desenvolvimento do sistema nervoso central (SNC), a recuperação de energia, a produção de anticorpos e a produção de várias hormonas (ex. a produção da hormona de crescimento) (Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2017). Nas crianças, o sono contribui de forma importante para o seu crescimento corporal e para o desenvolvimento do SNC, que é fortemente influenciado pelo sono, sendo por isso que as crianças mais pequenas têm uma maior necessidade de dormir, por um maior período de tempo (Associação Portuguesa do Sono, 2017).

A Sociedade Portuguesa de Pediatria (2017), numa das suas publicações intitulada “Recomendações SPS-SPP”, refere que aquando do nascimento os ciclos do sono não são influenciados pela variação dia-noite, sendo que, normalmente, o que desperta o recém-nascido que dorme em média 17h/dia é a fome, uma vez que, só após o 1º mês de vida, o sono se vai consolidando em torno do período noturno. Acredita-se que o ritmo dos períodos de sono e vigília seja imposto por um relógio biológico, localizado numa região do nosso cérebro chamada hipotálamo, sob a influência de fatores internos e externos. A SPS-SPP, preconiza que os lactentes entre os 4 e os 12 meses devem dormir entre 12h-16h/dia (incluindo sesta); que crianças entre o 1- 2anos entre 11h-14h/dia (incluindo sesta); que crianças entre os 3-5 anos entre 10h-13h/dia (incluindo sesta) e que após os 6 anos o sono

noturno passe ter entre 9h-12h (já sem sestas) (Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2017). Nesta recomendação, surge ainda um achado muito importante: a sesta na rotina de sono da criança. O termo sesta, surge no *Internacional Council of Nurses*, como um foco que descreve um comportamento, sendo que esta pode ser definida como um curto período de sono que, geralmente, ocorre durante o dia (Sleep Foundation, 2023).

Recomenda-se que até aos 24 meses de idade, a criança, tenha um sono diurno entre 2h-3h repartido por 1 a 3 sestas por dia (normalmente uma sesta de manhã e outra à tarde); entre os 15 e os 30 meses de idade, é esperado que estes suspendam espontaneamente a sesta da manhã, mantendo a sesta da tarde. No que diz respeito aos, 2-3 anos, o sono diurno deve incidir apenas numa sesta diária com uma duração de aproximadamente 2horas, em que a criança pode ser despertada após este período; por fim, entre os 3 e os 5/6 anos, já em idade pré-escolar, é expectável e desejável que a criança realize uma sesta diária, de preferência ao início da tarde, com uma duração < 90 minutos, período após o qual deve ser despertada. É de salientar, que após os 4 anos, nem todas as crianças têm necessidade de realizar sesta de forma regular, pelo que deve ser avaliada a situação particular de cada criança (Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2017). Assim, pode dizer-se que o número de sestas por dia varia, mas que no final do primeiro ano de vida as crianças podem fazer uma ou duas sestas diárias, sendo que este número de sestas numa fase *toodler* vai diminuindo, até deixar de existir na idade pré-escolar (Wilson, 2014).

A Sociedade Portuguesa de Pediatria (2017), refere que durante o período pré-escolar a maior parte das crianças precisa de cumprir biologicamente um ciclo de sono bifásico (sono noturno e uma sesta). A partir dos 4/5 anos de idade algumas crianças iniciam a transição para o ciclo de sono monofásico (só sono noturno), embora uma maioria continue a necessitar de realizar a sesta até aos 5/6 anos de idade para permitir o pleno desenvolvimento da sua saúde e bem-estar.

Na idade pré-escolar, a sesta tem sido referida como recurso valioso para a consolidação da memória. Acredita-se que durante a sesta, toda a informação recebida pelo nosso cérebro durante o dia é filtrada, o que facilita o processo de reter as memórias mais importantes. A capacidade de concentração, a aprendizagem, o controlo das emoções e a impulsividade são também influenciados pela qualidade e quantidade do sono (Associação Portuguesa do Sono, 2017), sendo o benefício da sesta, maior nas crianças que fazem sesta de uma forma habitual apesar da idade (Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2017).

A variabilidade individual na necessidade do sono é influenciada por fatores genéticos, comportamentais e ambientais, pois tal como entre os adultos, existem crianças com maior ou menor necessidade de dormir. É passível de acontecer, por exemplo, que uma criança com 4 anos lhe baste o período de sono noturno para se manter atenta e desperta durante o dia, não conseguindo realizar uma sesta durante a tarde e, por outro lado, uma criança da mesma idade precisar de, além das horas de sono noturno, realizar uma sesta de 1h a 2h no início da tarde. Esta variabilidade, é o que torna difícil o estabelecimento de um período exato e indicativo de quanto tempo as crianças ainda precisam de sesta, ou se estas poderão cessar. Apesar de não existir um consenso acerca do momento/idade ideal para tal, acredita-se que a sesta deve ser mantida, tendo em conta os seus benefícios, pelo menos até à idade escolar (Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2017), estando descritos que os efeitos da privação da sesta são extremamente prejudiciais ao saudável desenvolvimento e crescimento da criança, o que leva a que “na dúvida” a opção pela sesta seja sempre uma hipótese segura a promover nas creches/infantários. Ressalvando sempre que não se deve obrigar a fazê-la tendo em conta as particularidades de cada criança.

Esta iniciativa de promoção da sesta e perceção da sua importância deve estar bem explícita nos estabelecimentos de ensino, uma vez que, as crianças em idade pré-escolar (3 a 5/6 anos de idade) devem idealmente realizar 10 a 13 horas de sono/dia, entre 10 -11 horas de sono noturno e 1 a 3 horas de sesta. Tendo em conta que neste momento do dia as crianças encontram-se nos estabelecimentos de ensino, a promoção da sesta deve aqui ocorrer, porém, caso a sesta não seja promovida, as crianças ficam sujeitas a uma privação de sono crónica com consequências para a sua saúde orgânica e mental (Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2017).

O sono insuficiente está associado a uma grande variedade de problemas, segundo a *American Academy of Pediatrics* (AAP), estima-se que os problemas do sono afetem entre 25% a 50% das crianças e 40% dos adolescentes (Sleep Foundation, 2023), desde problemas comportamentais, de atenção e cognitivos. Conhecimentos científicos atuais, referem que a privação da sesta em idade pré-escolar pode condicionar um vasto leque de perturbações orgânicas, físicas, psíquicas e emocionais, por vezes, com consequências a curto e longo prazo, que podem mesmo ser irreversíveis. A privação de sono e a sua fragmentação afetam de modo direto o humor e a sua regulação, com irritabilidade e distúrbios na modulação dos afetos, podendo estar relacionada com a impulsividade e défice de atenção, comportamentos que muitas das vezes levam à confusão com patologias de perturbação de défice de atenção

e hiperatividade. A privação do sono afeta ainda as funções neuro-cognitivas com diminuição da flexibilidade do pensamento, do raciocínio abstrato, da destreza motora e da memória, com subsequente comprometimento da aprendizagem. Além das consequências sobre o neurodesenvolvimento e o comportamento, os distúrbios do sono na infância podem estar associados à ocorrência de patologia orgânica do foro cardiovascular, imunológico, do metabolismo da glicose e da função endócrina, nomeadamente com risco aumentado de excesso ponderal/obesidade e de hipertensão arterial. (Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2017).

Assim, este torna-se um tema de valioso interesse e pertinência, a fim de, reunir um consenso em que demonstre que as crianças devem ser incentivadas pelos pais e pelas escolas a cumprir a sesta, tendo em conta os seus múltiplos benefícios.

Assim, foi definido como objetivo desta revisão **compilar os resultados da evidência científica sobre o benefício da sesta nas crianças durante a primeira infância**, a fim de reunir um consenso se estas devem ou não ser incentivadas pelos pais e pelas escolas como um comportamento promotor de ganhos em saúde, tendo para isso definido como questão de investigação **“Quais os benefícios da sesta nas crianças durante a primeira infância?”**. A questão de investigação foi elaborada de acordo com a metodologia PICO (Santos, Pimenta, & Nobre, 2007), sendo que **PICO** representa o acrónimo *Patients*, *Intervention*, *Comparison* e *Outcome* em que “*Patients*” são as crianças na primeira infância, “*Intervention*”, a realização da sesta, a “*Comparison*”, entre as crianças que fazem e as que não fazem sesta e, por fim, os “*Outcomes*” são a existência de benefícios na realização da sesta.

Antes de iniciar a pesquisa nas bases de dados, foram validados os termos de pesquisa a utilizar que foram selecionados por serem descritores em Ciência da Saúde. Assim, verificou-se que como descritores DeCS surgiu o termo “*Child*”, “*Development*” e “*Adult*”. A palavra “*nap*” não foi encontrada nestes descritores. Com estas palavra-chave foi construída a frase booleana (TI “*nap\**” AND TI “*child\**” AND TX “*effects on development*” NOT TX “*adult\**”), com recurso ao operador booleano AND e NOT. Esta frase booleana foi utilizada para proceder à pesquisa com recurso às plataformas *B ON* e *ESBCO*.

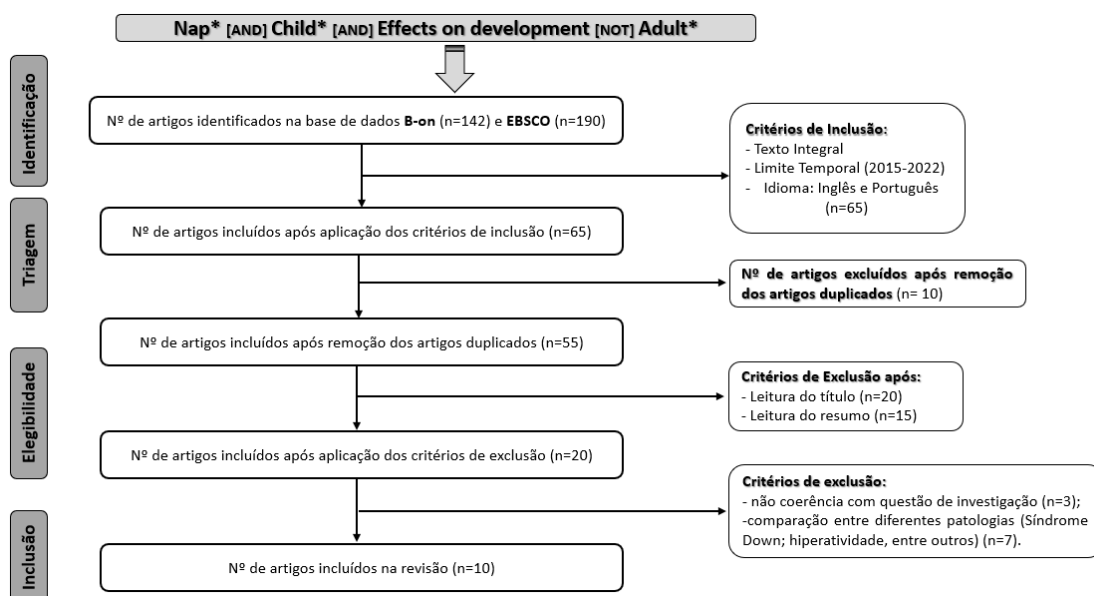
Desta pesquisa, obteve-se um total de 332 resultados (soma dos resultados encontrados na B-on e na EBSCO), aos quais foram aplicados como critérios de inclusão: serem artigos em texto integral, publicados no período temporal entre 2015 e 2022 e em idioma Inglês. Obteve-se um total de 65 artigos, tendo 267 sido excluídos. Posteriormente, foram

eliminados 10 artigos por se encontrarem repetidos, ficando com um total de 55 estudos. Deste total, foram excluídos 20 artigos após leitura do título e 15 após leitura do resumo, ficando com um total de 20 artigos incluídos após aplicação dos anteriores critérios de exclusão. Destes 20 artigos finais, excluíram-se 3 por não terem coerência com a questão de investigação e 7 por incluírem estudos de crianças com patologias como Síndrome de *Down* ou hiperatividade diagnosticada. Desta exclusão, foram obtidos um total de 10 artigos finais para análise.

Apresento de seguida (Figura 1) a esquematização deste processo de seleção recorrendo ao fluxograma de PRISMA.

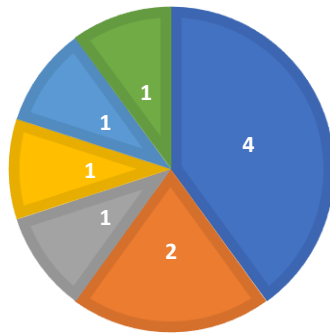
**Figura 1**

*Fluxograma de seleção dos artigos para a revisão*



## Resultados

Os artigos analisados foram publicados entre 2015 e 2022, sendo os anos de 2021 e 2022 os que tiveram um maior número de publicações, com duas e quatro publicações, respetivamente. Já o ano de 2015, 2016, 2019 e 2020 contam apenas com um artigo publicado. No ano de 2017 e 2018 não foi encontrada nenhuma publicação de artigos. Segue-se um gráfico que ilustra o número de artigos encontrados sobre a temática na janela temporal entre 2015 e 2022.



■ Artigo 2022 ■ Artigo 2021 ■ Artigo 2020 ■ Artigo 2019 ■ Artigo 2016 ■ Artigo 2015

Todos os artigos incluíram apenas crianças saudáveis e sem distúrbios do sono diagnosticados.

Dos estudos analisados cinco abordavam os múltiplos benefícios da sesta (Wang, et al., 2022; Esterline & Gómez, 2021; Mesas, et al., 2022; Lokhandwala & Spencer, 2020; Ren, Guo, Yan, Liu, & Jlia, 2015); dois artigos abordavam a cessação das sesta (Staton, et al., 2019; Spencer & Riggins, 2022), um abordava a influência da sesta no sedentarismo e na prática de atividade física (Laurent, et al., 2022); outro estudo analisava se a sesta prejudicava o sono noturno e, (Spencer, et al., 2016) por fim, foi ainda encontrado um estudo sobre o impacto de duas sesta por dia em crianças com 9 meses verificando se estas eram benéficas ou prejudiciais ao seu desenvolvimento (Mason, Kurdziel, & Spencer, 2021).

A região onde decorreram os estudos não ficou esclarecida em todos os artigos, porém na leitura do artigo foi possível saber que o estudo de Wang, et al. (2022) decorreu em Sydney, Austrália e o estudo de Spencer, et al. (2016) decorreu em Massachusetts. Os restantes não foi possível obter informação.

Uma das particularidades destes 10 estudos, apontados em todos eles como uma possível limitação, são as reduzidas amostras dos mesmos e a grande variabilidade das faixas etárias. Na tabela 1 apresenta-se a tabela de evidência em relação aos artigos analisados.

**Tabela 1** – Tabela de evidência dos artigos analisados

Título Artigo – Ano -Referência Completa	Objetivo	Metodologia	Amostra	Resultados/Conclusões
<p><b>1-</b> <i>Nap effects on preschool children's learning of letter-sound mappings – 2022</i></p> <p>Wang, H., Nation, K., Gaskell, M., Robidoux, S., Weighall, A., &amp; Castles, A. (14 de maio de 2022). Nap effects on preschool children's learning of letter-sound mappings. <i>Child Development, 93</i>(4), 1145-1153. doi:10.1111/cdev.13753</p>	<p>Avaliar se a sesta influencia a aquisição/conhecimento de novas letras e, consequentemente, se influencia a leitura.</p>	<p>Estudo experimental.</p> <p>Cada criança participou em 7 sessões, durante 2-4 semanas, constituídas por: 1 pré-teste; 2 treinos e 4 pós-testes.</p> <p>Distribuíram aleatoriamente as crianças entre dois grupos: grupo de sesta e grupo de não sesta. <b>Foi aplicado 1 pré-teste aos grupos</b> com intuito de saberem os níveis básicos de conhecimentos das letras e dos sons das letras pelas crianças.</p> <p>- <b>Grupo não-sesta:</b> o 1º treino ocorria logo após a chegada à creche (9h-10h); o 1º pós-teste antes do almoço (11h30-12h00);</p> <p>-<b>Grupo sesta:</b> 1º treino ao fim da manhã(10h30-11h30); 1º pós-teste após almoço (14h30-15h30).</p> <p><b>Os 2º pós-teste de ambos ocorreu na manhã do dia seguinte (± 10h00).</b></p> <p><b>O treino,</b> baseado no pré-teste, consistia em atribuir 2 conjuntos de letras, cada um com 2 letras (distintas das dos seus nomes), às crianças que não foram capazes de dizer o nome e o som destas letras no pré-teste. O</p>	<p>32 crianças, entre os 3 e os 5 anos, de duas creches do centro de Sydney, Austrália.</p> <p>Sendo que 3 crianças como não completaram todas as sessões ficaram de fora. <b>Total da amostra= 29 crianças.</b></p>	<p>O estudo revelou que fazer uma sesta após uma nova aprendizagem facilita a capacidade de utilizar essa informação recém-apreendida numa nova tarefa. As crianças aprendiam melhor quando faziam sesta após o treino do que quando ficavam acordadas.</p> <p>A sesta é mais útil na reconstrução da memória do que no fortalecimento da mesma.</p> <p>Werchan et al. (2021) revelou num dos seus estudos que a aprendizagem melhora após uma noite de sono. Este estudo corroborou o estudo anterior, pois no 2º pós-teste logo às 10h00 os resultados foram melhores do que no 2º pós-teste do próprio dia, mas acrescentam que os melhores resultados foram das crianças que fizeram sesta após o treino no dia anterior, juntando o benefício da sesta e do sono noturno na aprendizagem.</p> <p>O estudo conclui que as sextas influenciam a leitura e a aprendizagem de novas letras.</p>

		<p>treino tinha duração de 30' e tinha 5 atividades com estas 4 letras diferentes.</p> <p><b>A sesta</b> era controlada pelo investigador e pelo Actiwatches. Dormiram 70 minutos.</p> <p>A <b>sessão pós-teste</b>, realizavam-se 2x/dia, 2 a 3h após o treino e no dia seguinte. Cada sessão durou 20 minutos.</p>		
<p><b>2- Many naps, one nap, none: A systematic review and meta-analysis of napping patterns in children 0-12 years – 2019</b></p> <p>Staton, S., Rankin, P., Harding, M., Smith, S., Westwood, E., LeBourgeois, M., &amp; Thorpe, K. (29 de novembro de 2019). Many naps, one nap, none: A systematic review and meta-analysis of napping patterns in children 0-12 years. <i>Sleep Medicine Reviews</i>, 50, 1-11. doi:10.1016/j.smrv.2019.101247</p>	<p>Examinar as evidências globais sobre os padrões de sesta na infância e, por meio de uma meta-análise, descrever os padrões de cessação e duração da sesta em crianças entre os 0-12 anos.</p>	<p>Revisão sistemática com meta-análise.</p> <p>Foram analisados 44 estudos, em crianças dos 0 aos 12 anos, de diferentes continentes.</p> <p>41 dos estudos eram em Inglês; 1 em Francês; 1 em Chinês e 1 em alemão.</p>	<p>Um total de 44 estudos analisados, em que 11 estudos abordavam a cessação das sestas e 4 estudos investigavam a duração preconizada para as sestas.</p>	<p>Os vários estudos descreveram um padrão universal de declínio na prevalência, duração e frequência da sesta ao longo da infância e à medida que a idade da criança aumenta.</p> <p>Existiu consenso nos estudos ao afirmar que na maioria das crianças a transição do sono bifásico, para o sono monofásico ocorre nos primeiros 5 anos de vida, sendo que em todos os estudos foi evidente que antes dos 2 anos a <b>cessação da sesta</b> era rara e que a maior taxa de cessação ocorre em idade pré-escolar.</p> <p>Relativamente, à <b>duração das sestas</b>, os estudos afirmavam, de forma uniforme, que o maior período de sono ocorria antes dos 12 meses, com duração de, em média, 3,1h; entre o 1-2anos= 2,3h; entre os 2-3 anos= 1,9h; entre os 3-4 anos= 1,7h; entre os 4-5 anos= 1,5h e que, em crianças com mais de 5 anos, não foi relatado um período de sesta superior a 1,1h.</p> <p><b>Um dos estudos, de Yu et al. (2014)</b>, refere que existiu uma prevalência inferior de sestas</p>

				<p>nos fins-de-semana, comparativamente aos dias de semana.</p> <p>Os estudos, relataram ainda que existe um <b>conjunto de fatores</b> de ordem genética, ambiental e sociocultural que influenciam os padrões das sestas (duração e cessação). Os autores concluem que até aos 2 anos de idade, os padrões iniciais de sesta são altamente hereditários (genética), sendo que após esta faixa etária interferem muito os restantes fatores.</p> <p>Os 44 estudos afirmam que <b>não há um consenso sobre o momento de cessação</b> da sesta nas crianças, no entanto, evidenciaram que as taxas de cessação da sesta eram mais elevadas nos países europeus, comparativamente à Austrália ou América do Norte (reforçaram não haver estudos suficientes para fazerem comparações continentais para a maioria das faixas etárias).</p>
<p><b>3-</b> <i>The Role of Sleep in Retention of New Words in Habitually and non-habitually Napping Children – 2021</i></p> <p>Esterline, K., &amp; Gómez, R. (5 de outubro de 2021). The Role of Sleep in Retention of New</p>	<p>Examinar a aprendizagem de novas palavras em crianças que fazem sesta habitualmente e nas que não fazem sesta.</p>	<p>Estudo experimental.</p> <p>Dividiram-se as 52 crianças em 2 grupos: “sesta habitual” e “sem sesta habitual”. Esta divisão foi realizada tendo por base dados obtidos através dos pais sobre os padrões habituais de sesta da criança. As que faziam entre 0-3 dias/semana de sesta, foram consideradas como “sem sesta habitual” e as crianças com 4-7 dias/semana de sestas, pertenciam ao grupo de “sesta habitual”. Os</p>	<p>Um total de 52 crianças, com idades compreendidas entre os 3,5 anos e os 4,5 anos.</p>	<p>O estudo revelou que as crianças até aos 3 anos, beneficiam das sestas e que esta contribui para a consolidação da memória, facilitando a aquisição de vocabulário.</p> <p>O estudo revela que as crianças são capazes de reter novos objetos e os seus nomes, após um breve e único contacto com esses objetos.</p> <p>As crianças que raramente faziam sesta têm volumes menores de hipocampo, mas por</p>

<p>Words in Habitually and Non-Habitually Napping Children. Brain Sciences(11), 1-14. doi:https://doi.org/10.3390/brainsci111101320</p>		<p>investigadores, criaram 4 grupos experimentais, dentro dos 2 grupos anteriores, em que após a sessão de treino umas crianças faziam sesta, designadas por “grupo sesta” e outras ficavam acordadas após a sessão de treino, designado “grupo vigília”, ou seja, surgiram as seguintes possibilidades: “Sesta Habitual/Sesta”; “Sesta Habitual/Vigília”; “Sem sesta habitual/Sesta” e “Sem sesta habitual/Vigília”.</p> <p>O estudo iniciou-se com um treino único, de cada criança, com o investigador, onde lhes era mostrado um boneco e dito o nome do boneco e, posteriormente, este era guardado. 4h após este treino único ocorria a sessão teste, onde se mostravam 2 objetos diferentes à criança e se pedia para identificar o “objeto X” e esta tinha que indicar o objeto, cujo nome aprendeu na sessão treino há 4h atrás.</p>	<p>outro lado, tinham redes de memória mais desenvolvidas e mostravam ter uma melhor memória numa tarefa de recordação ordenada do que as crianças, da mesma idade, que faziam sestras regularmente. Porém, o estudo demonstrou que crianças com 3,5 anos, que não faziam regularmente sestras e que permaneciam acordadas depois de aprenderem novas palavras, não retinham tanto como as crianças que faziam sestras regularmente depois de aprender.</p> <p>O estudo demonstrou ainda, que as crianças que estão habituadas a fazer sestras, mas que eram obrigadas no estudo a ficarem acordadas após o treino, tinham um pior desempenho de aprendizagem/memória em comparação às crianças que não estão habituadas a sestras e que ficaram acordadas após o treino.</p> <p>O estudo demonstra que o sono beneficia a memória, uma vez que reduz a interferência contextual, onde o sono reduz a possibilidade de codificação de novas informações.</p> <p>Através deste estudo foi possível perceber que à medida que as crianças deixam de fazer sesta, tornam-se mais capazes de reter informações em períodos mais longos de vigília. Apesar de todas as conclusões aqui apresentadas, a grande conclusão do estudo é que o sono é importante para a consolidação da memória.</p>
---	--	---	--

<p>4- <i>The Role of daytime napping on salivary cortisol in children aged 0-5 years: a systematic review and meta-analysis – 2022</i></p> <p>Mesas, A., Sánchez-López, M., Pozuelo-Carrascosa, D., Sequí-Domínguez, I., Jiménez-López, E., &amp; Martínez-Vizcaíno, V. (14 de janeiro de 2022). The Role of daytime napping on salivary cortisol in children aged 0-5 years: a systematic review an meta-analysis. <i>European Journal of Pediatrics</i>, 1437-1448. Obtido de <a href="https://doi.org/10.1007/s00431-021-04371-x">https://doi.org/10.1007/s00431-021-04371-x</a></p>	<p>Sintetizar as evidências disponíveis sobre a relação entre a sesta e os níveis de cortisol em crianças dos 0 aos 5 anos, em três situações: CAR= resposta do cortisol ao despertar da sesta até 30-45min. depois; PRÉ-PÓS= antes e depois da sesta e DIURNO= desde o despertar da manhã até à hora de dormir (com ou sem sesta).</p>	<p>Revisão sistemática com meta-análise.</p> <p>Foram analisados 10 estudos, com um total de 515 crianças com idades médias compreendidas entre os 9 meses e os 56 meses. 5 destes estudos analisaram a sesta em casa; 2 estudos investigaram a sesta na creche; 2 estudos abordavam a sesta em ambos os locais e um deles não identificou o local onde ocorreu a sesta.</p>	<p>515 crianças com idades médias compreendidas entre os 9 meses e os 56 meses.</p> <p>Os resultados desta revisão sistemática com meta-análise suportam a existência de uma resposta do despertar ao cortisol (CAR) após uma sesta, ou seja, em todos os estudos se verificou que os níveis de cortisol aumentam após uma sesta o que permite que as crianças estejam mais disponíveis e dispostas a novas aprendizagens e atividades. Esta investigação, revelou que nos períodos PRÉ e PÓS acordar da sesta houve redução do cortisol salivar quando a sesta era realizada em casa, comparativamente, à sesta era realizada na creche, em que os níveis de cortisol aumentaram. Os investigadores interpretaram este resultado considerando que o ambiente doméstico, geralmente oferece condições de luz e ruído reduzido e uma maior sensação de segurança, ou seja, uma menor necessidade de alerta desencadeado pelo aumento de cortisol. Por sua vez, na creche, os estímulos externos não conseguem ser contidos na totalidade o que favorece um aumento da libertação de cortisol, para tornar a criança ativa. Os níveis de cortisol podem ser afetados pelas condições ambientais em que decorrem as sextas. Os autores ressaltaram ainda casos de crianças entre os 3-5 anos, que já não realizava sesta em casa, mas que eram obrigadas a realizá-las na creche, apresentavam níveis de cortisol salivar mais elevados, comparativamente às restantes, talvez pelo stresse de terem que dormir</p>
---	---	--	--

				<p>contrariados e sem essa necessidade fisiológica.</p> <p>O estudo revelou ainda que a concentração de cortisol nas crianças mais pequenas é muito variável e descrevem que para isso pode contribuir o facto de algumas delas serem amamentadas e existir a transferência de cortisol no leite humano e que ao longo do dia DIURNA os níveis de cortisol vão diminuindo independentemente da idade das crianças, mesmo fazendo ou não fazendo uma sesta a meio do dia.</p>
<p><b>5- <i>Practice na Nap Schedules Modulate Children's Motor Learning – 2015</i></b></p> <p>Ren, J., Guo, W., Yan, J., Liu, G., &amp; Jlia, F. (15 de novembro de 2015). Practice and Nap Schedules Modulate Children's Motor Learning. <i>Developmental Psychobiology</i>, 107-119. doi:10.1002/dev.21380</p>	<p>Explorar se os efeitos circadianos (hora do dia) e homeostáticos (tempo desde a última sesta) da sesta têm impacto na aprendizagem motora e na consolidação da memória.</p>	<p>Estudo experimental.</p> <p>O estudo consistiu em distribuir aleatoriamente as 101 crianças por 5 grupos experimentais: o grupo de controlo; o grupo NAA (Nap AM Schedule-A); o grupo NPA (Nap PM Schedule-A); o grupo NAB (Nap AM Schedule-B) e o grupo NPB (Nap PM Schedule-B).</p> <p>A habilidade motora, de retenção e de transferência destas crianças foi avaliada colocando cada criança destes grupos a tocar num teclado de computador em que o dedo indicador carregava na tecla V; o dedo médio na tecla B; o dedo anelar na tecla N e o dedo mínimo na tecla M. Foram-lhes ensinadas duas sequências de movimentos (curta e longa). Cada criança teve direito a um total de 315 tentativas de aprendizagem das sequências (15 aquecimentos; 100 tentativas para em cada</p>	<p>101 crianças (53 rapazes e 48 raparigas) em três faixas etárias: dos 6-7 anos (n= 32); dos 8-9 anos (n= 34) e dos 10-11 anos (n= 35).</p>	<p>O estudo concluiu que além da prática a sesta melhora a habilidade motora do toque no teclado, sendo que os alunos mais novos foram quem mais beneficiou com a aprendizagem motora baseada na prática e na sesta.</p> <p>O estudo revelou que as sextas, quer sejam feitas de manhã (das 11h00 às 12h00), quer de tarde (das 14h00 às 15h00) contribuíram de forma semelhante para a aprendizagem de atividades, sendo que todas as crianças que realizaram a sesta tiveram uma maior facilidade em melhorar o tempo de movimento e a precisão do toque, nas suas habilidades motoras de toque no teclado. Destacaram-se as crianças da faixa etária dos 6 aos 7 anos, comparativamente às restantes, porque ganharam diferencialmente com a aprendizagem prática aliada à sesta.</p>

		<p>aquisição: habilidade; retenção e transferência, onde se media o tempo de movimento e a precisão da sequência).</p> <p>As crianças do grupo A começaram a experiência às 8h e terminaram às 20h (um total de 12h de treino), as crianças do grupo B começaram a experiência às 8h e terminaram às 18h (um total de 10h de treino).</p> <p>Destes grupos umas crianças realizavam sestas das 11h às 12h (grupo AM) e outras das 14h às 15h (grupo PM). Nestes grupos os intervalos de sesta variaram entre 2 a 7 horas.</p>		<p>O estudo, revelou que tanto os fatores homeostáticos quanto os ritmos circadianos desempenham um papel fundamental no desenvolvimento de habilidades e que os intervalos mais longos de sesta favorecem a retenção e desempenho de atividades, relativamente a intervalos de sesta mais curtos. Este estudo revela ainda que as crianças mais novas apresentam maior aprendizagem motora do que as crianças mais velhas, ganhos que os autores associaram ao facto de as crianças mais novas realizarem sestas maiores o que potencia a sua memória, capacidade de retenção e aquisição de habilidades motoras.</p>
<p><b>6-</b> <i>The memory benefits of two naps per day during infancy: a pilot investigation - 2021</i></p> <p>Mason, G., Kurdziel, L., &amp; Spencer, R. (novembro de 2021). The memory benefits of two naps per day during infancy: a pilot investigation. <i>65</i>, 1-26. doi:10.1016/j.infbeh.2021.101647</p>	<p>Explorar o benefício, ao nível da memória, de duas sestas diárias, em crianças com 9 meses de idade em que o sono trifásico é comum.</p>	<p>Estudo piloto.</p> <p>Este estudo piloto criou duas condições de estudo separadas por 1 a 2 semanas de intervalo, em que numa primeira condição as crianças realizavam 2 sestas/dia, denominado grupo “Nap-Nap” e na outra condição a criança realizava apenas uma sesta durante a tarde, o grupo foi intitulado como “Wake-Nap”.</p> <p>No dia do estudo, os pais levaram as crianças 1h mais cedo do que a hora habitual da sesta matinal e neste período foi treinada a capacidade de codificação da memória de cada um. O investigador apresentou a ação do objeto 3x a cada criança antes de o remover e apresentar um novo objeto. Ao fim de 10-15min., apresentava o objeto e questionava a</p>	<p>15 crianças com 9 meses de idade (5 raparigas e 10 rapazes).</p>	<p>Os resultados do estudo apontam para que a inibição da sesta matinal nas crianças desta faixa etária é prejudicial para a retenção da memória, resultando numa maior interferência na consolidação e recuperação de longo prazo das aprendizagens da tarde.</p> <p>Constatou-se um declínio da memória nas crianças que apenas realizaram sesta à tarde.</p> <p>O estudo revelou ainda que as ondas SWA (ondas lentas do sono) encontravam-se mais acentuadas na sesta da tarde, mas os autores associam este resultado à privação de sesta matinal a que a criança foi submetida e não considera o resultado significativo.</p> <p>O estudo defende que as crianças com 9 meses por ainda se encontrarem numa fase em que o</p>

		<p>criança sobre qual a sua ação, para avaliação da memória imediata. Posto isto, eram colocados a fazer a sesta matinal ou então acordados (consoante a condição em teste). Esta sesta tinha que ter no mínimo 1h de duração.</p> <p>De tarde, repetiu-se o procedimento, mostrando a ação de 8 novos objetos às crianças e passados 10-15min. foi novamente testada a memória imediata. Após isto, foram colocados a dormir.</p> <p>Em cada uma das condições era também testado no fim da sesta (30min. após a memória de trabalho (atrasada). Todos os componentes da memória foram treinados desde a codificação, memória imediata e memória de trabalho.</p>		<p>sono é predominantemente trifásico, beneficiam de realizar as 2 sextas diárias que têm impacto no desenvolvimento da memória. Sendo que o estudo defende que a supressão da sesta matinal prejudicará a sesta da tarde como a memória.</p>
<p><b>7-</b> <i>Sleep and behavior of preschool children under typical and nap-promoted conditions - 2016</i></p> <p>Spencer, R., Campanella, C., Jong, D., Desrochers, P., Root, H., Cremone, A., &amp; Kurdziel, L. (1 de março de 2016).</p>	<p><b>Major:</b> comparar medidas de sono e comportamento em crianças, dividindo-as em grupos de sextas frequentes/às vezes/raramente e determinar quais os fatores predizem a cessação da sesta.</p> <p><b>Minores:</b> examinar se o sono noturno nas</p>	<p>Estudo experimental.</p> <p>O estudo consiste pedir colaboração aos pais e professores dando-lhes um diário onde estes apontassem: início da sesta; fim da sesta; duração da sesta; o tempo que a criança levou a adormecer, entre outros comportamentos observados na criança. Estes registos eram efetuados durante 16 dias e neste período era pedido que a criança se fizesse sempre acompanhar, no pulso, de um aparelho a que deram o nome de “actígrafos”, usados para medir a pulsação e o movimento.</p>	<p>Um total de 133 crianças, do ensino pré-escolar de Massachusetts, com idades compreendidas entre os 33 e 71 meses; sem alterações da audição, visão ou padrões de sono.</p>	<p>O estudo demonstrou que, ao contrário do que estudos anteriores possam afirmar, sobre a sesta prejudicar o sono noturno, este estudo demonstra que não houve diferença no sono total ao longo das 24 horas do dia. O que se evidenciou no estudo foi que embora as crianças que façam sesta possam dormir menos durante a noite, a qualidade do sono noturno não é afetada e o tempo total de sono é preservado.</p> <p>O estudo reforça que a sesta não deve ser vista como um mecanismo compensatório para o sono noturno insuficiente.</p>

<p>Sleep and behavior of preschool children under typical and nap-promoted conditions. <i>Journal of the National Sleep Foundation</i>, 2(1), 1-7. doi:10.1016/j.sleh.2015.12.009</p>	<p>crianças que habitualmente não fazem sesta é maior comparativamente àquelas que fazem sesta frequentemente.</p> <p>- Avaliar as consequências ou benefícios de uma sesta no sono noturno.</p>	<p>Além destes diários, foi pedido aos pais que preenchessem um questionário sobre os hábitos de sono da criança com questões, como por exemplo, “a criança resiste a ir para a cama na hora de dormir?” ou “a criança luta na hora de ir dormir?”, entre outras.</p> <p>No 1º dia deste estudo, todas as crianças foram incentivadas a fazer uma sesta, independentemente do seu padrão habitual de sesta.</p>	<p>O estudo demonstrou que as crianças que “raramente fazem sesta” dormiam mais à noite e que as crianças que faziam “sestas frequentes” dormiam por mais tempo do que as que raramente faziam sesta, contudo não houve alteração para o tempo total de sono de 24 horas.</p> <p>No estudo abordou-se ainda a “pressão do sono”, ou seja, as crianças que não queriam fazer sesta mas que se “obriga” a tal. O estudo sugere que o aumento da pressão do sono e a diminuição da necessidade de sesta revelam que as crianças estão prestes a iniciar a passagem do sono bifásico ao sono monofásico. O estudo revela ainda que nem todas as crianças param de fazer sesta de um momento para o outro e que por vezes os fatores ambientais podem influenciar esta cessação (não abordam quais).</p> <p>O estudo corrobora estudos anteriores ao afirmar que as sesta sendo ricas em ondas lentas beneficiam a cognição, aprendizagem, memória e até a regulação emocional das crianças.</p> <p>O estudo termina concluindo que as sesta devem ser incluídas e incentivadas em programas de educação infantil, devendo a sesta ser promovida e limitada a 60-90 minutos diários, para assim trazer benefícios cognitivos, emocionais e auto-regulatórios,</p>
---	--	---	--

				provando que a sesta não afeta negativamente o sono noturno.
<p><b>8- Influence of naps on sedentary time and physical activity in early childhood - 2022</b></p> <p>Laurent, C., Lokhandwala, S., Allard, T., Ji, A., Riggins, T., &amp; Spencer, R. (2022). Influence of naps on sedentary time and physical activity in early childhood. <i>Scientific Reports</i>, 12(1), 1-12. Obtido de <a href="https://doi.org/10.1038/s41598-022-25628-x">https://doi.org/10.1038/s41598-022-25628-x</a></p>	<p>O presente estudo tinha um total de 3 objetivos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1- Determinar se em crianças de idade pré-escolar a regularidade da sesta está associada à sedentariedade e à atividade física;</li> <li>2- Determinar se em crianças de idade pré-escolar a fisiologia da sesta está associada a comportamentos de movimento;</li> <li>3- Determinar se em crianças de idade pré-escolar, a vigília em comparação com a sesta se afetam os comportamentos de movimento no</li> </ol>	<p>Estudo experimental.</p> <p>O estudo decorreu durante 13 dias em casa de cada criança. Na primeira sessão do estudo, os pais receberam um “diário de sono”, preencheram um questionário e as crianças receberam um relógio denominado “actígrafo”, para usar durante 24 horas, para medição da pulsação e movimento em vigília ou na sesta.</p> <p>Nesta primeira sessão as crianças foram encorajadas a realizarem uma sesta, bem como no 2º dia. Na semana seguinte, promoveram a vigília em vez na sesta, em dois dias consecutivos, terminando o estudo no 13º dia. Nos dias que intermediaram estes, as crianças mantinham as suas rotinas normais, onde os investigadores puderam traçar o seu comportamento “típico”.</p> <p>Em todos estes dias as crianças usaram o “actígrafo” e antes de adormecerem os investigadores colocaram-lhes o material de polissonografia.</p>	<p>O estudo contou com um total de 44 crianças, com idade entre os 3 e os 6 anos que realizavam habitualmente mais de 5 sestas por semana; sem alterações físicas e sem distúrbios do sono.</p>	<p>Os resultados deste estudo revelam que apesar dos comportamentos médios de movimento tenham sido diferentes entre os grupos de sestas (os que fazem habitualmente sestas; os que fazem sestas raramente e os que não fazem sestas), as diferenças não foram significativas, não sugerindo que as sestas e os comportamentos de movimento estejam relacionados.</p> <p>O estudo demonstrou que as crianças que não faziam sesta praticavam mais atividade física e eram menos sedentários em relação às crianças que faziam sesta frequentemente/regularmente, porém as diferenças não foram estatisticamente significativas.</p> <p>No estudo não foram observadas associações significativas entre os comportamentos de movimento e a sesta. Referem ainda que o facto de a criança abdicar de uma sesta num dia, não influencia os comportamentos subsequentes ao acordar, mesmo nas crianças que fazem sestas habitualmente.</p> <p>Em suma o estudo concluiu que: não existe relação entre os comportamentos de movimento e a regularidade com que a sesta é praticada ou os estágios de sono em crianças saudáveis em idade pré-escolar; que uma única</p>

	mesmo dia e no dia seguinte.			oportunidade de sesta desperdiçada não influencia a proporção de tempo gasto em comportamentos sedentários ou fisicamente ativos no mesmo dia ou no dia seguinte e, por fim, os benefícios das sestras no comportamento de movimento não devem ser totalmente descartados em pesquisas futuras.
<p><b>9-</b> <i>Contributions of memory and brain development to the bioregulation of naps and transitions in early childhood – 2022</i></p> <p>Spencer, R., &amp; Riggins, T. (2 de junho de 2022). Contributions of memory and brain development to the bioregulation of naps and transitions in early childhood. <i>Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America</i>, 119(44), 1-9. doi:10.1073/pnas.2123415119</p>	Explorar quais os mecanismos biorregulatórios subjacentes à transição/cessação das sestras.	<p>Foi realizada uma revisão sistemática da literatura, em que os estudos incluíam crianças desde os 9 meses aos 6 anos.</p> <p>Com esta investigação os autores quiseram discutir se existia relação entre as transições/cessação das sestras e a regulação do sono tentando perceber se mecanismos neurais e fisiológicos estavam subjacentes.</p>	Um total de 117 estudos analisados.	<p>Os investigadores do estudo abordaram a biorregulação do sono resulta da interação de dois processos biológicos distintos: o ciclo circadiano e a regulação/pressão homeostática do sono, sendo que para este último processo biológico a atividade das ondas lentas de sono (SWA) pode ser usada como um marcador neurobiológico da pressão homeostática do sono. O SWA é mais alto no início do sono e também maior após a privação de sono, o que demonstra que as alterações das SWA podem ser vistas como uma medida de acúmulo de pressão homeostática do sono. O estudo concluiu que a pressão do sono acumula-se mais rapidamente em crianças pequenas, que fazem sestras habitualmente.</p> <p>Os autores do estudo não descartam que a biorregulação do sono e a cessação das sestras na primeira infância são influenciadas por fatores de ordem: genética, ambiental e cultural, porém ressaltam que mesmo crianças em que a promoção da sesta não é realizada sentem necessidade de a fazer e, por outro lado, há crianças que mesmo ocorrendo</p>

			<p>promoção da sesta, estas são incapazes de as fazer, o que levou os autores a concluírem que mais do que as influências externas estão implícitas nestes processos influências internas (variabilidade no acúmulo da pressão homeostática).</p> <p>Neste estudo os autores defendem uma nova hipótese na transição/cessação das sestas, defendendo que o desenvolvimento do cérebro e da memória (memória relacionada com o hipocampo) estão por detrás da diferença da pressão homeostática do sono. À medida que a rede de memória dependente do hipocampo se desenvolve, as memórias podem ser mantidas por mais tempo sem interferência, ganhando mais espaço, o que pode (direta ou indiretamente) produzir pressão de sono conforme medida por SWA e resultar nas transições das sestas.</p> <p>O hipocampo é uma região do cérebro associado à aprendizagem e à memória, sobretudo nos estadios iniciais da memória (formação e consolidação desta). Esta estrutura fornece armazenamento de curto prazo e trabalha em conjunto com o neocórtex para dar suporte à memória de novas informações. Os autores defendem que a primeira infância é um período onde existem muitas oportunidades de aprendizagem o que sobrecarrega o cérebro (sobretudo o hipocampo) e um período de bastante sono, o que leva a descargas de</p>
--	--	--	--

			<p>sinapses no córtex e liberta o hipocampo para aprendizagem contínuas. Assim, os autores defendem que a maturação do cérebro, particularmente da rede de memória dependente do hipocampo, durante a 1ª infância resulta do armazenamento de memória mais eficiente, reduz a pressão homeostática do sono e contribui para a cessação da sesta. Daí crianças mais velhas, serem menos necessitadas de sestadas e terem na mesma memória preservada de experiências vividas.</p> <p>Os autores defendem que a consolidação da memória é aprimorada pelo sono e que o SWA, em particular, apoia a consolidação da memória, uma vez que o sono estabiliza as memórias existentes nas regiões corticais e otimiza a organização sináptica o que leva à libertação do hipocampo para se dedicar à aprendizagem contínua. Os autores dão o exemplo que a aprendizagem procedimental motora não se beneficia com o sono, porém quando as crianças recebem treino adicional o seu desempenho melhora após uma sesta, comparativamente a um tempo em vigília após treino, o que leva a sugerir o envolvimento do hipocampo mais uma vez na codificação e consolidação da memória dependente deste.</p> <p>Os autores terminam dizendo que a regularidade das sestadas está relacionada com a maturação cerebral, onde crianças mais velhas</p>
--	--	--	--

				<p>têm maior maturação e, por isso, menos necessidade de sestas, porém reforçam que as sestas são igualmente benéficas em todas as crianças independentemente da regularidade com que costumam fazer sestas.</p> <p>Em suma, os autores defendem que a maturação das redes de memória dependentes do hipocampo durante a 1ª infância resultam em armazenamento de memória mais eficiente, o que reduz a acumulação de pressão homeostática do sono e, por sua vez, contribuiu para as transições das sestas. Defendem ainda que o desenvolvimento e maturação do cérebro e da memória são a base da transição do sono trifásico para o bifásico e, posteriormente, para o monofásico. Terminam dizendo que além dos fatores externos, são os fatores internos, como a maturação cerebral que está fortemente subjacente à cessação das sestas, sendo as cessações das sestas um produto do desenvolvimento do cérebro, o que é um acontecimento bastante variável nas crianças, tal como os seus timings na cessação das sestas, por este motivo.</p>
<p><b>10- <i>Slow wave sleep in naps supports episodic memories in early childhood - 2020</i></b></p>	<p>Determinar se o sono NREM (Estadio 2) desempenha um papel geral na consolidação da memória</p>	<p>Estudo experimental.</p> <p>O estudo decorreu num laboratório denominado “laboratório do sono”. As crianças foram levadas pelos pais até às instalações do laboratório, preencheram um questionário sobre os hábitos gerais de sono dos seus filhos</p>	<p>O estudo foi realizado com 22 crianças entre os 36 e os 71 meses de idade. Saudáveis, sem distúrbios do sono.</p>	<p>O estudo demonstrou que a recordação imediata não diferiu entre as condições.</p> <p>Foi notória que na condição de sesta a precisão de recordação atrasada foi significativamente maior, comparativamente com a condição de vigília.</p>

<p>Lokhandwala, S., &amp; Spencer, R. (14 de agosto de 2020). Slow wave sleep in naps supports episodic memories in early childhood. <i>Developmental Science</i>, 24(2), 1-10. Obtido de <a href="https://doi.org/10.1111/desc.13035">https://doi.org/10.1111/desc.13035</a></p>	<p>declarativa na primeira infância.</p>	<p>e um questionário demográfico. Posto isto, o procedimento iniciava-se por distribuir de forma aleatória as crianças que iniciavam pela condição de sesta ou de vigília. A alternância entre condições ocorreu ao fim de 1 semana.</p> <p>Em cada sessão as crianças chegavam com os pais 1h mais cedo do que a hora típica da sesta (geralmente pelas 12h). Iniciava-se a atividade pela leitura do livro de histórias. Cada criança leu um total de 4 livros experimentais com 10 páginas cada, sendo que a 1ª página de cada livro começava com uma frase alvo e as 9 páginas seguintes com imagens que ilustravam ações ou eventos.</p> <p>A experiência iniciou-se com a leitura de um livro, lido pelo investigador e onde tentava envolver a criança na história. Em seguida, foram apresentados à criança cartões com imagens da história e foi-lhe pedido que posicionasse os cartões na sequência da história que ouviram. Foi fornecido feedback sobre a sequência correta.</p> <p>Seguiu-se a fase de codificação. Em que imediatamente após a prática o investigador leu mais duas histórias à criança. Entre as histórias eram realizados intervalos curtos e permitia-se que a criança tivesse uma pausa para ir ao WC, por exemplo. No fim das 2 histórias eram fornecidos cartões com imagens sobre estas e pedido que fossem colocados numa correta</p>	<p>Após as 24h e repetição da experiência, percebeu-se que as crianças que fizeram sestras no dia anterior tinham um desempenho significativamente melhor do que as que se mantiveram em vigília.</p> <p>Não houve diferenças significativas no que respeita o humor relatado pela criança e o identificado pelo investigador após os intervalos de sesta e vigília. Relativamente à sonolência, a avaliada pela criança foi maior do que a avaliada pelo investigador.</p> <p>Em suma, este estudo concluiu que o sono noturno também demonstra apoiar a consolidação a memória, sendo o score da recordação das 24h após o evento superior do que o score da recordação tardia.</p> <p>O estudo concluiu ainda que grande parte das sestras o sono predominante era o NREM estadio 2.</p> <p>Percebeu-se com este estudo que a memória episódica é beneficiada pela sesta, benefício esse que se estende até ao dia seguinte, uma vez que as crianças que fizeram sesta tiveram um desempenho melhor aproximadamente 24h depois, comparativamente às que ficaram em vigília. Os autores sugerem que a sesta, próxima da aprendizagem tem efeitos duradouros na retenção da memória.</p>
---	--	---	---

		<p>sequência. Desta vez nenhum feedback foi fornecido.</p> <p>Após esta <b>recordação imediata</b> foi incentivada a fase de sesta (um total de 2h), onde se colou um boné com polissonografia e o actígrafo.</p> <p>30 minutos após acordarem da sesta (bem como as crianças que não foram dormir, pelas 15h ±) iniciou-se a <b>fase de recordação tardia</b>, onde se pediu novamente às crianças para ordenarem a sequência lógica das histórias com os cartões anteriormente fornecidos, sem feedback.</p> <p>Terminou a experiência e foram embora com os pais.</p> <p>Em ambas as condições (sesta ou vigília) os pais voltaram com as crianças no dia seguinte, pela mesma hora, para a <b>fase recordação de 24h</b>. As crianças receberam os cartões e mais uma vez lhes foi pedido que completassem a sequência correta das histórias. Nenhum feedback foi fornecido. Após cada fase a criança auto-relatou a sonolência que sentia, bem como o seu humor. Uma semana depois ocorreu a mesma experiência nos mesmos moldes, em que as crianças inverteram as condições, passando a fazer sesta quem nesta experiência se manteve em vigília.</p>	<p>Concluíram ainda que o tempo gasto em ondas lentas de sono (SWS) durante a sesta está subjacente ao desempenho da memória episódica e que predomina nas sestras o sono NREM estadio 2.</p> <p>O estudo chama ainda atenção que as crianças que costumam fazer sesta regularmente e que são colocadas em vigília, privadas de sesta, têm uma maior perda na aprendizagem quando privados de sesta comparativamente a crianças que não fazem sestras regularmente.</p> <p>Assim, os autores apoiam que os estabelecimentos de ensino devam incentivar a prática da sesta no ambiente escolar, uma vez que não existem contraindicações para a sesta ser realizada, mesmo pelas crianças que não a têm por hábito fazer.</p>
--	--	---	--

Os estudos analisados abordam diferentes temáticas dentro da sesta, os seus múltiplos benefícios, a sua cessação, o seu impacto no sedentarismo e atividade física, os seus benefícios quando realizada duas vezes por dia e ainda se esta prejudica ou não o sono noturno. De seguida, serão analisados cada um destes temas.

### **Múltiplos benefícios da sesta**

Dos dez estudos analisados, cinco deles, abordavam os múltiplos benefícios da sesta (Wang, et al., 2022; Esterline & Gómez, 2021; Mesas, et al., 2022; Lokhandwala & Spencer, 2020; Ren, Guo, Yan, Liu, & Jlia, 2015).

O estudo de Wang et al. (2022), pretendia avaliar se a sesta influenciava a aquisição de novos conhecimentos, como a aquisição de novas letras, que por sua vez, iriam influenciar a leitura. O estudo, com 32 crianças entre os 3 e os 5 anos, demonstrou que fazer uma sesta após uma nova aprendizagem, facilita a capacidade de utilizar essa informação recém-aprendida numa nova tarefa. Este achado permite concluir que a sesta é útil para a reconstrução da memória e as crianças que dormiram após a aprendizagem neste estudo, foram as crianças que melhores rendimentos tiveram na aprendizagem de novas letras e uma maior fluidez na leitura (Wang, et al., 2022). Também o estudo de Esterline & Gómez (2021), pretendia avaliar a aprendizagem de novas palavras em crianças, entre os 3,5 anos e os 4,5 anos, que faziam sesta e nas que não faziam, tendo acabado o estudo por concluir que a sesta contribuiu para a consolidação da memória, redução da interferência contextual, facilitação da aquisição de novo vocabulário e uma melhor retenção de novos objetos, bem como os seus nomes em apenas um contacto visual com estes (Esterline & Gómez, 2021). A consolidação da memória foi também abordada num outro estudo, de Lokhandwala & Spencer (2020), com crianças entre os 36 e os 71 meses, que pretendia analisar se o sono NREM (estadio 2) desempenhava um papel geral na consolidação da memória declarativa na 1ª infância. Os resultados evidenciaram que em grande parte das sestras o sono predominante é de facto o sono NREM (Estadio 2). Este tipo de sono está associado ao momento em que ocorre consolidação da memória e a transferência de memórias do hipocampo para o neocórtex, estando todo este processo dependente do sono. Este estudo ao concluir que o sono NREM é o predominante nas sestras, reforça a importância das mesmas na consolidação da memória, facto esse comprovado pelas crianças que fizeram sesta terem, não só um melhor desempenho no próprio dia da avaliação da experiência, como nas 24 horas após o procedimento. Isto sugere que a sesta tem efeitos, quando realizada após um momento de

aprendizagem, não só imediatos, como também duradouros na retenção da memória, sobretudo na memória declarativa.

O estudo de Mesas, et al. (2022), apresenta um artigo particular onde quis sintetizar as evidências disponíveis sobre a relação entre a sesta e os níveis de cortisol em crianças entre os 0 e os 5 anos. O cortisol é a hormona responsável por ativar mecanismos de alerta diante dos desafios que o período de vigília acarreta (aprendizagem, socialização, entre outros). Os resultados desta revisão sistemática com meta-análise permitiram concluir que os níveis de cortisol aumentam após uma sesta o que permite que as crianças estejam mais disponíveis e dispostas a novas aprendizagens e atividades após um período de sesta, o que por sua vez reforça a importância e o benefício da sesta na aprendizagem das crianças.

Todos os estudos apresentados até ao momento abordam a influência da sesta na aprendizagem e na memória, porém o estudo de Ren, Guo, Yan, Liu, & Jlia (2015), avaliou o impacto da sesta na aprendizagem motora. O estudo quis explorar se os efeitos circadianos (hora do dia) e os efeitos homeostáticos (tempo desde a última sesta) tinham impacto na aprendizagem motora e consolidação da memória. Neste estudo estavam envolvidas crianças de três faixas etárias diferentes: dos 6-7 anos; dos 8-9 anos e dos 10-11 anos. Os resultados do estudo revelaram que além da prática e do treino, a sesta melhorava sim a habilidade motora do toque das crianças no teclado, sendo que os alunos mais novos (ou seja, os que mais sextas faziam) foram os que obtiveram melhores resultados. O estudo referiu ainda que o ritmo circadiano e os fatores homeostáticos desempenhavam um papel fundamental no desenvolvimento de habilidades e que os intervalos mais longos de sesta favoreciam melhores resultados na retenção e desempenho de atividades, relativamente a sextas mais curtas. O estudo defende que a sesta potencia a consolidação da memória, a retenção de novas informações e a aquisição de habilidades motoras.

Assim, todos os estudos apontaram múltiplos benefícios na realização das sextas e todos eles destacaram que as crianças que habitualmente faziam sesta, mas que eram privadas de tal após a aprendizagem, tinham piores resultados na fase de teste do que as crianças que já não realizavam sesta regularmente e que eram mantidas em vigília após a aprendizagem. Em contrapartida, nenhum efeito nocivo existiu para as crianças que não faziam sextas regularmente, mas que foram incentivadas a fazer uma sesta. Isto leva a concluir que, em casos de dúvida, a promoção da sesta terá sempre efeitos positivos independentemente da regularidade com que estas crianças estão habituadas a fazê-las (Wang, et al., 2022; Esterline & Gómez, 2021; Mesas, et al., 2022; Lokhandwala & Spencer, 2020; Ren, Guo, Yan, Liu,

& Jlia, 2015). Os cinco estudos reforçam a importância de incentivar as sestas no ambiente escolar e das políticas de saúde incorporarem esta obrigatoriedade nas escolas como uma medida benéfica no desenvolvimento da criança.

### **Cessação das sestas**

Dois artigos abordaram a cessação das sestas (Staton, et al., 2019; Spencer & Riggins, 2022). O artigo de Staton, et al. (2019), tinha como objetivo descrever os padrões de cessação e a duração da sesta em crianças entre os 0 e os 12 anos. Através desta revisão sistemática com meta-análise, de 44 estudos, foi possível perceber um padrão universal de declínio da prevalência da sesta à medida que a idade da criança aumenta. Os resultados desta revisão reúnem consenso quando afirmam que é nos primeiros 5 anos de vida da criança que ocorre a transição do sono bifásico para o sono monofásico e que antes dos 2 anos de idade a cessação da sesta era rara e não aconselhada e que a maior taxa de cessação ocorre em idade pré-escolar. Porém, nenhum estudo apontou uma data fixa para a cessação da sesta, afirmando que são múltiplos os fatores de ordem externa ( genética, ambiental e sociocultural) e de ordem interna (maturação cerebral, entre outros) que concorrem para este acontecimento. Relativamente à duração da sesta, este estudo revela que o maior período de sono ocorria antes dos 12 meses e tinha uma duração média de 3h; que entre o 1-2 anos pode variar entre 2h a 3h; entre os 2-3 anos ronda as 1,9h. Por volta dos 3-4 anos é em média de 1,7h, já entre os 4-5 anos em média a sesta dura 1,5h e em crianças com idade > 5anos não foi relatado nenhum período de sesta >1h.

Já o artigo de Spencer & Riggins (2022), uma revisão sistemática de 117 estudos sobre a cessação da sesta, explora quais os mecanismos biorregulatórios subjacentes a este acontecimento. A biorregulação do sono resulta da interação entre dois processos biológicos: o ciclo circadiano e a pressão homeostática do sono, onde para este último processo se usam as ondas lentas do sono (SWA) como marcador neurobiológico. Foi notório que o SWA foi maior no início do sono e após longos períodos de privação de sono, o que demonstra que as alterações das SWA podem ser vistas como uma medida de acúmulo de pressão homeostática do sono. Este estudo concluiu que a pressão do sono se acumulava mais rapidamente nas crianças pequenas que habitualmente faziam sesta. Os investigadores, tais como os do estudo anterior (Staton, et al., 2019), não descartam que a cessação do sono na 1ª infância é influenciada por fatores de ordem: cultural, ambiental e genética, porém ressalvam que apesar desta influência continuarão a existir crianças em que a promoção da

sesta não é realizada e sentem necessidade de a fazer e, por sua vez, crianças em que a promoção da sesta é incentivada e que a recusam realizar. Isto leva a que os investigadores concluam que mais do que as influências externas associadas ao processo de cessação da sesta estão implícitas influências internas. A nova hipótese sugerida pelos investigadores neste estudo é a de que o desenvolvimento do cérebro e da memória (a relacionada com o hipocampo) estão por detrás da diferença da pressão homeostática do sono. Os investigadores explicam que o hipocampo é uma região do cérebro associado à aprendizagem e à memória, sobretudo os estadios iniciais da memória (formação e consolidação), sendo esta estrutura cerebral responsável pelo armazenamento de curta duração, trabalhando em conjunto com o neocórtex para dar suporte à memória de novas informações. Estes referem que a 1ª infância é um momento da vida repleto de novas aprendizagens que irão sobrecarregar o cérebro, em particular, o hipocampo, mas referem também que este é um dos períodos de bastante sono, o que leva a descargas sináticas no córtex, que por sua vez, conduz à passagem de informação do hipocampo para o neocórtex, dando oportunidade do hipocampo estar “livre” para novas aprendizagens. Ora, os investigadores concluem que com a maturação do cérebro, particularmente da rede de memória dependente do hipocampo, resulta num armazenamento de memória mais eficiente, reduz a pressão homeostática do sono e contribuiu para a cessação da sesta. Daí as crianças mais velhas serem menos necessitadas de sestas, uma vez que, as suas redes de memória estão mais desenvolvidas que as crianças pequenas e já não necessitam do sono para libertar armazenamento no hipocampo, estando aptos a fazer esse processo mesmo durante períodos de vigília. As investigações defendem que é através das sestas que ocorre a consolidação da memória, uma vez que o sono estabiliza as memórias existentes nas regiões corticais e otimiza a organização sinática, o que leva à libertação do hipocampo para se dedicar à aprendizagem contínua. Defendem ainda que a regularidade das sestas está relacionada com a maturação cerebral, onde as crianças mais velhas têm maior maturação e, por isso, menor necessidade de sesta. Defendem que a consistência dos horários das sestas devem ser mantidas, para assim ocorrer a promoção de padrões de sono estáveis e previsíveis, criando uma rotina na criança (Spencer & Riggins, 2022).

Embora em nenhum dos artigos se encontre estipulada uma idade passível e aceitável para a ocorrência da cessação da sesta, os autores dos dois estudos (Lokhandwala & Spencer, 2020; Staton, et al., 2019) defendem que esta cessação não deve ocorrer antes dos 2 anos de idade, que a mesma está implícita a fatores de ordem externa e interna, sendo o desenvolvimento

cerebral, acontecimento bastante variável entre as crianças, um dos fatores ditadores da cessação das sesta (Spencer & Riggins, 2022). Os mesmos investigadores reforçam ainda que a sesta depois dos 2 anos nunca deve ser superior a 2 horas e que deve existir consistência diária dos horários em que esta ocorre.

### **Influência da sesta no sedentarismo e na atividade física**

Um destes 10 artigos abordava a influência da sesta no sedentarismo e na prática de atividade física em crianças entre os 3 e os 6 anos de idade (Laurent, et al., 2022). Apesar dos resultados encontrados neste estudo não revelarem a existência de uma relação entre o exercício físico e a regularidade com que a sesta é praticada, foi possível demonstrar que as crianças que não faziam sesta praticavam mais atividade física, sendo menos sedentárias, quando comparadas com as crianças que faziam regularmente sesta, porém reforçam que as diferenças encontradas não eram estatisticamente significativas entre os dois grupos (grupo da sesta e grupo em vigília). Apesar de não terem encontrado uma relação estatisticamente significativa neste estudo, entre a sesta e o sedentarismo e atividade física, os investigadores reforçam que existe necessidade de mais pesquisas futuras pela relevância do tema.

### **Benefícios de 2 sestas/dia**

Nesta pesquisa foi ainda encontrado um estudo sobre o impacto de duas sestas por dia em crianças com 9 meses, onde os investigadores tentaram perceber se estas eram benéficas ou prejudiciais ao seu desenvolvimento (Mason, Kurdziel, & Spencer, 2021).

Afirmam que esta é uma faixa etária em que o sono ainda deve ser trifásico e que por isso devem existir duas sestas diárias. Reforçam que a inibição de uma sesta matinal é prejudicial para a retenção da memória, resultando numa maior interferência na consolidação e recuperação a longo prazo das aprendizagens. Os investigadores defendem que a supressão da sesta matinal irá repercutir-se no declínio da memória e que as experiências teste realizadas no estudo, à tarde, em crianças de 9 meses cuja sesta matinal foi suprimida, tiveram um pior resultado, comparativamente às crianças que realizaram as duas sestas.

### **Sesta como prejudicial para o sono noturno**

Um dos estudos encontrados nos 10 artigos finais para análise, foi uma investigação que analisou se a sesta teve um impacto negativo no sono noturno (Spencer, et al., 2016). Este é por vezes um argumento muito utilizado contra a sesta, o facto de poder vir a prejudicar e a

reduzir o sono noturno. Este estudo, com crianças entre os 33 e os 71 meses, demonstrou que a duração do sono noturno foi significativamente menor para as crianças que faziam sestas com maior frequência, comparativamente àquelas que raramente as faziam, porém, apesar deste achado o estudo concluiu que o sono total das 24 horas e outros parâmetros do sono não diferiram entre grupos. Embora as crianças que fazem sesta possam dormir menos durante a noite, os autores reforçam que a qualidade geral do sono noturno não é afetada e o tempo total de sono é preservado, independentemente da habitualidade da sesta. O estudo reforça a importância de estabelecer um limite na duração da sesta, porque defendem que a sesta não deve ser encarada como um mecanismo compensatório para o sono insuficiente, mas sim um complemento do sono total e porque revelou ainda que durações curtas de sono noturno estavam associadas a sestas mais longas. Ora, os investigadores sugerem que as sestas devem durar entre 60 a 90 minutos (o que vai de encontro ao estudo de (Staton, et al., 2019), que refere que as sestas não devem ser superiores a 2 horas). Assim, este estudo, conclui que as sestas não afetam negativamente o sono noturno e que, em contrapartida, verificaram que as sestas tinham benefícios para a criança a nível cognitivo, emocional e auto-regulatório. Os autores associam estes benefícios ao facto das sestas serem ricas em ondas lentas de sono o que beneficia a cognição, aprendizagem, memória e até a regulação emocional das crianças pelo que incentivam que estas devem ser promovidas em programas de educação infantil e nas escolas (Spencer, et al., 2016).

## **Discussão dos Resultados**

Esta revisão da literatura teve como objetivo compilar os resultados da evidência científica sobre o benefício da sesta nas crianças durante a primeira infância, apelando a que esta se torne num hábito a considerar e a ser promovido no seio familiar e nos estabelecimentos de ensino, como as creches e os infantários.

Os resultados encontrados nesta revisão da literatura são claros no que concerne à validação dos inequívocos benefícios da sesta nas crianças durante a primeira infância.

Pelo menos cinco estudos (Wang, et al., 2022; Esterline & Gómez, 2021; Mesas, et al., 2022; Lokhandwala & Spencer, 2020; Ren, Guo, Yan, Liu, & Jlia, 2015), foram claros ao afirmar que os benefícios da sesta foram evidentes após momentos de aprendizagem, onde crianças cuja sesta foi promovida obtiveram melhores resultados, comparativamente às crianças mantidas em vigília. Perceberam-se melhores resultados, ao nível da consolidação da

memória, aprendizagem, atenção e aquisição de novo vocabulário. Wang, et al. (2022), no seu estudo, revela que as crianças que realizaram sesta foram as que melhor rendimento obtiveram na aprendizagem/ aquisição de novo vocabulário, o que por sua vez se refletiu numa maior fluidez na leitura. Estas conclusões foram de encontro ao estudo de Esterline & Gómez (2021), que concluiu nos seus estudos experimentais, que as crianças que faziam uma sesta imediatamente após uma nova aprendizagem, aumentaram a consolidação da memória, reduziram a interferência contextual, melhoraram a retenção de novos nomes de objetos, o que por sua vez, se refletiu numa maior facilidade de aquisição de novo vocabulário. Os resultados destes estudos (Wang, et al., 2022; Esterline & Gómez, 2021), onde se refere claramente que a sesta tem efeito positivo na consolidação da memória, vai de encontro ao referido pela Sociedade Portuguesa de Pediatria (2017), que referia ser durante a sesta que toda a informação recebida pelo cérebro durante o dia era filtrada, armazenada e consolidada, dando origem à memória declarativa. Lokhandwala & Spencer (2020) corrobora esta afirmação, ao demonstrar no seu estudo que o tipo de sono predominante na sesta era o sono NREM (estadio 2), sendo este um tipo de sono associado ao momento em que ocorre consolidação da memória e transferência de memórias do hipocampo para o neocórtex, o que facilita a consolidação da memória e a libertação do hipocampo para novas aprendizagens futuras. Os resultados deste estudo, revelam que a memória das crianças que fizeram sesta, após um momento de aprendizagem, não só obtiveram melhores resultados no próprio dia, comparativamente às crianças que se mantiveram em vigília, como também conseguiram melhores resultados nas 24 horas após a experiência. Esta conclusão reforça que a sesta não tem apenas efeitos benéficos e imediatos na memória, mas também efeitos a longo prazo.

A Sociedade Portuguesa de Pediatria (2017), evidenciou que a privação de sono afetava as funções neuro-cognitivas como o raciocínio abstrato, memória e destreza motora. Ora, o estudo de Ren, Guo, Yan, Liu, & Jlia (2015), demonstrou que efetivamente a sesta tem impacto comprovado na aprendizagem/habilidade motora. Este investigador, demonstrou que a sesta melhorava o desempenho dos alunos no toque de teclado, tendo sido as crianças mais novas (que mais sestias faziam) a obterem um melhor desempenho no procedimento. Assim, a sesta potencia não só a consolidação da memória e aquisição de novas informações, como também interfere na aquisição de habilidades motoras.

A privação de sono e da sesta, encontram-se muitas vezes associadas a impactos negativos no humor, irritabilidade e atenção das crianças (Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2017).

O estudo de Mesas, et al. (2022), que tinha como objetivo perceber se existia uma relação entre a sesta e os níveis de cortisol salivar em crianças entre os 0 e os 5 anos, evidenciou que era notória uma relação significativa entre a sesta e os níveis de cortisol salivar, sendo que os níveis de cortisol aumentavam nas crianças que tinham realizado uma sesta, o que permitiu que estas crianças fossem, posteriormente, as que se encontravam mais dispostas, despertas e atentas a adquirirem novos conhecimentos. Deste modo o estudo valida o que a Sociedade Portuguesa de Pediatria (2017) há muito apela acerca da importância da sesta na criança, com o intuito de melhorar os seus níveis de atenção e alerta o que, por conseguinte, terá impacto direto no seu rendimento escolar.

É sabido que os primeiros anos de vida das crianças são caracterizados por uma transição dinâmica nos padrões de sono. À medida que as crianças crescem e se desenvolvem o sono evolui de um padrão polifásico (caracterizado por múltiplos períodos de sono ao longo de 24 horas), para um padrão de sono bifásico (caracterizado por uma sesta nas 24 horas a complementar o sono noturno), terminando no padrão idêntico ao dos adultos, o padrão monofásico (o sono consolida-se num único episódio de sono noturno). Os resultados obtidos nesta revisão da literatura (Staton, et al., 2019; Spencer & Riggins, 2022), demonstraram existir uma relação entre a idade e a frequência com que ocorre a sesta, sendo que as crianças mais novas eram as que tinham maior necessidade de realizar uma sesta e cujo hábito da mesma ocorria com maior frequência. A transição dinâmica dos padrões de sono justifica a necessidade das crianças na primeira infância terem necessidade de realizarem uma a duas sextas diárias até atingirem o patamar do sono monofásico.

Staton, et al. (2019), revelou nos resultados do seu estudo que na primeira infância, sobretudo na idade pré-escolar ( $\pm$  3-5 anos), se iniciava o período de transição do sono bifásico para o sono monofásico e este passa a seguir um ritmo circadiano idêntico ao dos adultos. Ora, estes resultados, vão também de encontro às orientações da Sociedade Portuguesa de Pediatria (2017), que referiu que durante o período pré-escolar a maior parte das crianças precisava de cumprir um ciclo de sono bifásico e que só após os 4/5 anos iniciavam a transição para o sono monofásico, existindo a exceção de algumas crianças que, embora tenham mais de 5 anos, ainda sintam biologicamente necessidade de realizar uma sesta com duração  $<$  90 minutos.

Os resultados desta revisão revelaram ainda que, a transição e evolução dos padrões de sono não ocorrem de forma homogénea nem padronizada em todas as crianças, sendo esta variação alvo de investigação por não ser ainda compreendida a causa subjacente à cessação

e/ou continuidade da sesta, bem como ao período/idade em que esta deve cessar e/ou continuar. A questão da cessação é controversa, sendo um tema onde há pouco ou nenhum consenso, continuando a não ser unânime na comunidade científica, qual a idade em que a criança deve cessar as sesta e se estas devem ser cessadas por imposição dos pais ou pela necessidade que a criança tem em se manter vigil durante o dia. Alguns investigadores reforçam que a transição entre padrões de sono é um marco do desenvolvimento cerebral e que a cessação corresponde a mudanças na necessidade do sono, na sua função neurocognitiva e na maturação dos processos biorregulatórios circadianos e homeostáticos do organismo (Staton, et al., 2019), não ocorrendo por estes motivos no mesmo período para todas as crianças, E por isso não devendo ser imposta a sua cessação.

A Sociedade Portuguesa de Pediatria (2017), descreve que a variabilidade individual da necessidade de sesta é influenciada por fatores genéticos, comportamentais e ambientais, o que vai de encontro aos resultados encontrados no estudo de Staton, et al. (2019), onde estes investigadores concluíram que a cessação da sesta está dependente de múltiplos fatores de ordem externa (ambiental, genética e sociocultural) como também de fatores de ordem interna (maturação cerebral, entre outros). Os resultados deste estudo, mantém-se em consonância com os dados fornecidos pela Sociedade Portuguesa de Pediatria (2017), onde Staton, et al. (2019), refere que a duração das sesta deve ir diminuindo conforme a idade da criança aumenta, começando por ser de cerca de 3h antes dos 12 meses até reduzir para menos de 1h após os 5 anos. Na mesma linha de pensamento, afirma a Sociedade Portuguesa de Pediatria (2017), que afirma que até aos 2 anos de idade a criança deve realizar duas sesta por dia (uma de manhã e uma noite), em que a duração total dessas sesta não deve ser superior a 3h, sendo expectável que entre os 15 e os 30 meses a criança possa abdicar da sesta matinal mas manter a sesta vespertina. Entre os 2-3 anos, deve apenas existir espaço para uma sesta vespertina e após os 4 anos existe a necessidade de avaliar a necessidade da criança em realizar ou não uma sesta, que nunca deve ser superior a 90 minutos, podendo a criança ser despertada após este período.

Nesta revisão da literatura, foi ainda incluído um artigo de Mason, Kurdziel, & Spencer (2021), com crianças de apenas 9 meses de idade, em que os investigadores afirmam que nesta faixa etária o sono é trifásico, sendo benéfico que a criança realize 2 sesta/dia, o que mais uma vez confirma o descrito pela Sociedade Portuguesa de Pediatria (2017), que considera admissível que até aos 30 meses a criança possa manter 2 sesta diárias, sem implicações negativas no seu desenvolvimento.

Os resultados dos estudos Lokhandwala & Spencer (2020) e Spencer & Riggins (2022), revelaram que a habitualidade da sesta se encontra relacionada com a maturação cerebral, onde à medida que as crianças vão crescendo a necessidade da sesta vai diminuindo, o que geralmente ocorre a par do crescimento e desenvolvimento infantil. À medida que as crianças começam a manifestar estes sinais de maturação cerebral (resistência em querer dormir ou boa interação durante longos períodos de vigília, por exemplo), é o momento indicativo de que podem cessar a sesta (Staton, et al., 2019). Nenhum dos dois estudos (Lokhandwala & Spencer, 2020; Staton, et al., 2019), chegam a um consenso de quando a sesta deve cessar, uma vez que a sua cessação não está apenas dependente de fatores de ordem externa, mas sim maioritariamente por fatores de ordem interna, o que torna tão particular e difícil estipular um momento adequado para deixar de fazer sesta ou para a cessação da mesma. Os resultados desta revisão da literatura mostram que a cessação da sesta não deve ocorrer antes dos dois anos de idade, o que é também afirmado pela Sociedade Portuguesa de Pediatria (2017), que vai mais longe e refere que a sesta tem benefícios até à idade escolar, pelo que, até lá, não deve cessar. Com exceção das crianças que já forem capazes de manter um padrão de sono monofásico sem evidenciarem sinais de sono.

Os resultados do estudos de Spencer & Riggins (2022) confirmam que forçar as crianças a abdicarem das sestras pode ter consequências nefastas na sua saúde, associadas a depressão e ansiedade na infância, o que corrobora a evidência descrita pela AAP em que os problemas do sono afetam entre 25% a 50% das crianças e 40% dos adolescentes (Sleep Foundation, 2023). Estes dados vão de encontro ao que revela a Sociedade Portuguesa de Pediatria (2017), quando refere que a privação de sono e da sesta acarreta múltiplas consequências a curto e a longo prazo à criança, desde problemas ao nível comportamental, alteração das funções neuro-cognitivas (diminuição do pensamento abstrato, da destreza motora e da memória), podendo mesmo estar associada a patologia orgânica do foro cardiovascular, imunológico, endócrino, achando-se ainda que está fortemente correlacionada com o risco aumentado de desenvolver obesidade e hipertensão arterial (Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2017).

Com a realização desta investigação, constatou-se que ao contrário do que alguns estudos possam afirmar acerca do impacto negativo que a sesta pode ter no sono noturno, ficou claro que não houve diferença no sono total ao longo das 24 horas entre as crianças que fizeram e as que não fizeram sesta, nem na qualidade do sono noturno (Spencer, et al., 2016). Porém, os resultados evidenciaram que a duração da sesta influencia a duração do sono noturno,

sendo por isso necessário estabelecer uma duração para a ocorrência das sestas, adequada à idade da criança em causa (Staton, et al., 2019; Spencer, et al., 2016; Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2017).

Um artigo desta revisão da literatura, abordou ainda se a sesta tinha relação significativa com a atividade física ou comportamento sedentário, mas entendeu-se não haver relação estatisticamente significativa entre a sesta e a atividade física e/ou o sedentarismo (Laurent, et al., 2022).

## **Conclusões**

Após a realização desta investigação, pode concluir-se que os benefícios das sestas nas crianças na primeira infância são inegáveis. Todos os estudos apontaram múltiplos benefícios na sua realização, sendo que alguns deles apontavam benefícios específicos comprovados com diversos efeitos ao nível da aprendizagem, cognição, leitura, consolidação da memória e gestão emocional.

Apesar de ser transversal nos achados que a sesta tem múltiplos benefícios, importa referir que esta deve ter duração limitada e uma consistência nos horários da sua realização, pois só assim se estabelecem padrões de sono estáveis e rotinas/hábitos de sono que se perpetuam até à idade adulta. Para além disto, Mason, Kurdziel, & Spencer (2021), que afirmou que pelo menos até aos 9 meses de vida o sono é trifásico, pelo que as crianças têm necessidade de realizar no mínimo duas sestas por dia.

Nenhum dos estudos aponta uma idade rígida para a cessação da sesta, caracterizando este processo como algo variável e individual de cada criança, tornando-se por isso impossível definir um limite para a ocorrência das sestas na primeira infância, no entanto, os estudos analisados reforçam que a cessação da sesta não deve ocorrer antes dos dois anos de idade da criança.

Verificou-se ainda não parecer existir relação estatisticamente significativa entre o impacto da sesta na atividade física e/ou sedentarismo.

Foi ainda encontrado um estudo que desmente a crença de que a sesta pode influenciar negativamente o sono noturno. A sesta não altera a qualidade geral do sono noturno, sendo possível realizar a sesta e manter o tempo total de sono preservado nas 24 horas.

Todos os estudos, sem exceção, reforçaram o objetivo desta revisão da literatura, onde ficou claro que os benefícios da sesta nas crianças durante a primeira infância são inegáveis, pelo

que se revela de extrema importância preservar e promover o hábito da sesta nas creches e infantários, pelos seus múltiplos benefícios cientificamente comprovados. Verificou-se ainda em todos os resultados que, as políticas de saúde deviam integrar a obrigatoriedade da sesta nos estabelecimentos de ensino como uma política promotora de saúde na primeira infância.

A crescente exigência dos cuidados e a responsabilidade da sua excelência leva cada vez mais à necessidade de fundamentar a decisão clínica com base na evidência científica o que, por sua vez, nos conduz ao reconhecimento da necessidade de prática baseada na evidência. A Enfermagem, como qualquer outra disciplina, necessita de produção e de renovação contínua do seu próprio corpo de conhecimentos, o que apenas poderá ser assegurado pela Investigação. Esta contribui para a evolução da prática clínica no sentido em que motiva para a leitura crítica, promove a imaginação e a reflexão e auxilia na fundamentação da prática, pelo que se sugere a realização de mais estudos deste âmbito no nosso país, seja na área do sono e da sesta na primeira infância, como em todas as outras áreas que contribuirão para promover e potenciar o desenvolvimento infantil.

## Referências Bibliográficas

- Associação Portuguesa do Sono. (2017). *Higiene do sono da criança e do adolescente*. Obtido em 2023, de <https://www.apsono.com/pt/centro-de-documentacao/brochuras/14-centro-de-documentacao/material-pedagogico/52-higiene-do-sono-da-crianca-e-do-adolescente>
- Esterline, K., & Gómez, R. (5 de outubro de 2021). The Role of Sleep in Retention of New Words in Habitually and Non-Habitually Napping Children. *Brain Sciences*(11), 1-14. doi:<https://doi.org/10.3390/brainsci11101320>
- Internacional Council of Nurses. (2020). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Obtido de CIPE® Versão 2019 : <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>
- Laurent, C., Lokhandwala, S., Allard, T., Ji, A., Riggins, T., & Spencer, R. (2022). Influence of naps on sedentary time and physical activity in early childhood. *Scientific Reports*, *12*(1), 1-12. Obtido de <https://doi.org/10.1038/s41598-022-25628-x>
- Lokhandwala, S., & Spencer, R. (14 de agosto de 2020). Slow wave sleep in naps supports episodic memories in early childhood. *Developmental Science*, *24*(2), 1-10. Obtido de <https://doi.org/10.1111/desc.13035>
- Mason, G., Kurdziel, L., & Spencer, R. (novembro de 2021). The memory benefits of two naps per day during infancy: a pilot investigation. *65*, 1-26. doi:[10.1016/j.infbeh.2021.101647](https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2021.101647)
- Mesas, A., Sánchez-López, M., Pozuelo-Carrascosa, D., Sequí-Domínguez, I., Jiménez-López, E., & Martínez-Vizcaíno, V. (14 de janeiro de 2022). The Role of daytime napping on salivary cortisol in children aged 0-5 years: a systematic review and meta-analysis. *European Journal of Pediatrics*, 1437-1448. Obtido de <https://doi.org/10.1007/s00431-021-04371-x>
- Ren, J., Guo, W., Yan, J., Liu, G., & Jia, F. (15 de novembro de 2015). Practice and Nap Schedules Modulate Children's Motor Learning. *Developmental Psychobiology*, 107-119. doi:[10.1002/dev.21380](https://doi.org/10.1002/dev.21380)
- Santos, C., Pimenta, C., & Nobre, M. (junho de 2007). The PICO strategy for the research question construction and evidence search. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, *15*(3). Obtido de <https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000300023>

- Sleep Foundation. (27 de fevereiro de 2023). *Napping: Benefits and Tips*. Obtido de Sleep Foundation: a OneCare Media Company: <https://www.sleepfoundation.org/sleep-higiene/napping>
- Sociedade Portuguesa de Pediatria. (1 de junho de 2017). Recomendações SPS-SPP. *Recomendações SPS-SPP: prática da sesta da criança nas creches e infantários, públicos ou privados*, pp. 1-7. Obtido 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)
- Spencer, R., & Riggins, T. (2 de junho de 2022). Contributions of memory and brain development to the bioregulation of naps and transitions in early childhood. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 119(44), 1-9. doi:10.1073/pnas.2123415119
- Spencer, R., Campanella, C., Jong, D., Desrochers, P., Root, H., Cremone, A., & Kurdziel, L. (1 de março de 2016). Sleep and behavior of preschool children under typical and nap-promoted conditions. *Journal of the National Sleep Foundation*, 2(1), 1-7. doi:10.1016/j.sleh.2015.12.009
- Staton, S., Rankin, P., Harding, M., Smith, S., Westwood, E., LeBourgeois, M., & Thorpe, K. (29 de novembro de 2019). Many naps, one nap, none: A systematic review and meta-analysis of napping patterns in children 0-12 years. *Sleep Medicine Reviews*, 50, 1-11. doi:10.1016/j.smr.2019.101247
- Wang, H., Nation, K., Gaskell, M., Robidoux, S., Weighall, A., & Castles, A. (14 de maio de 2022). Nap effects on preschool children's learning of letter-sound mappings. *Child Development*, 93(4), 1145-1153. doi:10.1111/cdev.13753
- Wilson, D. (2014). Promoção da Saúde do Lactente e da Família. Em M. Hockenberry, & D. Wilson, *WONG - Enfermagem da Criança e do Adolescente* (Vol. I, pp. 522-524). LUSOCIÊNCIA - Edições Técnicas e Científicas, Lda

