UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Lurdes Filipa Crisóstomo Santos Loureiro

Lisboa, Junho de 2012

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Por Lurdes Filipa Crisóstomo Santos Loureiro

Sob orientação de Professora Doutora Zaida Charepe

Lisboa, Junho de 2012

"Não se pode criar experiência.
É preciso passar por ela."
Albert Camus

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, pois sem eles este sonho não teria sido possível,

Ao meu marido, por toda a dedicação, carinho e paciência sempre presente,

Ao meu filho, Miguel, pela alegria transmitida através do seu sorriso e compreensão dos momentos de ausência,

Um agradecimento muito especial à minha irmã, pela disponibilidade de sempre,

À Ana Filipa e Mónica, pela nossa amizade eterna,

Às colegas Delminda Penedo, Sónia Alves e Sónia Almeida que partilharam comigo momentos de angústia e alegria, demonstrando que a amizade verdadeira atravessa qualquer obstáculo,

A todos os amigos e família, pelos desabafos partilhados e palavras de incentivo,

A todas as crianças, pois são a minha fonte de inspiração,

Às enfermeiras Lurdes, Filipa e Priscila pela sua disponibilidade e orientação ao longo dos diferentes estágios,

À professora Zaida Charepe por me ajudar a "*ver a luz*" e pela orientação dada no decorrer deste percurso.

A todos o meu sincero Obrigado!

RESUMO

O presente relatório encontra-se inserido no Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Este visa refletir sobre o percurso realizado nos diferentes módulos de estágio, ao nível de aquisição e desenvolvimento de competências profissionais como futura Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem.

O tema transversal a este percurso é a "Promoção de Hábitos de Sono Saudáveis na Criança".

O sono adequado é importante tanto nas crianças saudáveis, como em situações de doença aguda ou crónica, quer pelos mecanismos orgânicos que lhe são inerentes, quer ao nível da recuperação física e do sistema imunitário, que são fundamentais ao pleno desenvolvimento da criança.

O objetivo geral é "Desenvolver competências como Enfermeira Especialista de Saúde da Criança e do Jovem no âmbito da Promoção de Hábitos Sono Saudáveis na Criança".

O Módulo I – Saúde Infantil decorreu no Centro de Saúde do Lumiar, as atividades desenvolvidas foram de encontro à Promoção de Hábitos de Sono na criança dos 0-5 anos. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem tem o dever de promover o mais elevado estado de saúde possível e prestar cuidados à criança e família, proporcionando uma educação para a saúde.

Ao nível do módulo III, neonatologia e serviço de urgência, considerou-se fundamental a introdução da temática conforto, criando estratégias que conduzem ao conforto da criança durante a hospitalização, contribuindo para uma melhoria da qualidade de sono.

Nos diferentes locais de estágio, desenvolveram-se actividades e instrumentos que pretendem contribuir para a melhoria da prestação de cuidados, fomentando o desenvolvimento pessoal e profissional da equipa multidisciplinar.

Neste enquadramento realçou-se a pertinência de abordar a Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba, que considera o conforto como um resultado positivo e holístico importante para medir a eficácia das estratégias implementadas ao nível da prestação de cuidados de enfermagem. Sendo este o referencial teórico adotado neste trabalho.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem tem um papel de destaque na implementação de cuidados de qualidade, quer pelo conhecimento aprofundado que detém na área de especialização, como pelas competências específicas adquiridas que lhe permitem estar desperto para a abrangência dos cuidados de qualidade. Assistir a criança/Jovem e família na maximização da sua saúde e o cuidar em situações de especial complexidade em situações de doença aguda ou crónica, foram competências aprofundadas ou adquiridas ao longo deste trajeto.

Palavras-Chave: Sono, Conforto, Criança, Família e Enfermagem.

ABSTRACT

This report is inserted into the Master's Degree in Nursing in the field of specialization in Child Health and Pediatric Nursing. This aims to reflect on the course taken in the different modules of internship, the level of acquisition and development of professional skills as a future Nurse Specialist in Child Health and Youth Nursing.

The transverse theme to this course is "Promoting Healthy Sleep Habits in Children."

Adequate sleep is important both in healthy children, and in situations of acute or chronic disease, either by organic mechanisms that are inherent both in terms of physical recovery and the immune system that are fundamental to the full development of the child.

The overall objective is to “Develop Skills as Nurse Specialist in Child Health and Youth within the scope of the Promotion of Healthy Sleep Habits in Children”.

Module I - Child Health was held at the Health Center of Lumiar, the activities were under the Promotion of Sleep Habits in children from 0-5 years. The Nurse Specialist in Health of Children and Young has the duty to promote the highest possible health status and provide care to the child and families, providing health education.

In the module III, neonatology and emergency service, it was considered essential to introduce the theme comfort, creating strategies that lead to comfort of the child during hospitalization, contributing to a improved quality of sleep.

In the different internship locations, tools and activities intended to contribute to the improvement of care were developed fostering personal and professional development of the multidisciplinary team.

In this context it was pointed-out the pertinence of addressing the Theory of Comfort from Katharine Kolcaba that considers comfort as an important positive and holistic result to measure the effectiveness of the strategies implemented at the level of nursing care.

This being the theoretical reference adopted in this work.

The Nurse Specialist in Child Health and Youth has a prominent role in the implementation of quality care, either by holding in-depth knowledge in the area of specialization, as per the specific skills acquired that allows to be aware to the scope of quality care. Assist the child / young and family in maximizing their health through care in situations of particular complexity of acute or chronic disease, were competency acquired or deepened along this course.

Keywords: Sleep, Comfort, Child, Family and Nursing.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde
CHLN – Centro Hospitalar Lisboa Norte
CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CO_2 – Dióxido de Carbono
CSL – Centro de Saúde do Lumiar
dB - Decibéis
ECMO - Extra Corporeal Membrane Oxygenation
EESCJ – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem
Enf.ª - Enfermeira
EPE - Entidade Pública Empresarial
HPV – Hospital Pulido Valente
HSM – Hospital de Santa Maria
INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica
Km - Kilometro
NACJR – Núcleo de Apoio de Crianças e Jovens em Risco
Nº- Número
NSQ – Núcleos Supraquiasmáticos
OMS – Organização Mundial de Saúde
P. – Página
Prof.ª. – Professora
Q. - Questionário
REM – Rapid eye movements
REPE – Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem
RN – Recém-Nascido
SAPE - Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem
SOPED – Sala de Observação de Pediatria
SU – Serviço de Urgência
UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade
UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais
UCIPED – Unidade de Cuidados Intensivos de Pediatria
UCP – Universidade Católica Portuguesa

INDICE ..... **p.**

0. INTRODUÇÃO **17**

1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA DO TEMA **21**
1.1.SONO, CONCEITO E PROMOÇÃO **21**
1.2.CONFORTO COMO CUIDADO PROMOTOR DO SONO **24**

2. BREVE CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO **29**
2.1.CENTRO DE SAÚDE DO LUMIAR **29**
2.2.HOSPITAL DE SANTA MARIA **30**
2.2.1. Consultas Externas de Pediatria **31**
2.2.2. Serviço de Neonatologia **31**
2.2.3. Serviço de Urgência de Pediatria **32**

3. DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DO PLANO DE ATIVIDADES **35**
3.1. MÓDULO I - CENTRO DE SAÚDE DO LUMIAR **36**
3.2. MÓDULO II - CREDITAÇÃO **43**
3.3. MÓDULO III - SERVIÇO DE NEONATOLOGIA **44**
3.4. MÓDULO III - SERVIÇO DE URGÊNCIA DE PEDIATRIA **49**

4.CONCLUSÃO **55**

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS **57**

ANEXOS **61**

ANEXO I - Folheto Informativo sobre a temática "Núcleo de Apoio à Criança e Jovem em Risco do Centro de Saúde do Lumiar" **63**

ANEXO II - Questionário aplicado aos utentes do CSL sobre os hábitos de sono da criança **67**

ANEXO III - Solicitação de autorização para adaptação e utilização do questionário sobre os hábitos de sono da criança aplicado aos utentes do CSL **75**

ANEXO IV - Análise dos resultados referentes aos questionários aplicados aos utentes do CSL sobre os hábitos de sono da criança **79**

ANEXO V - Folheto Informativo sobre a temática “Promoção de Hábitos de Sono Saudáveis na Criança” **89**

ANEXO VI - Poster afixado no Centro de Saúde do Lumiar sobre a temática “Promoção de Hábitos de Sono Saudáveis na Criança” **93**

ANEXO VII - Questionários aplicados à equipa de enfermagem sobre "Perturbações do Sono - Promoção de Hábitos de Sono Saudáveis na Criança" e respetiva análise dos resultados **97**

ANEXO VIII - Relatório de formação sobre a temática "Perturbações do Sono - Promoção de Hábitos de Sono Saudáveis na Criança dos 0-5 anos" **111**

ANEXO IX - Norma de Procedimento sobre a "Promoção de Hábitos de Sono Saudáveis na Criança dos 0-5 anos" para a consulta de Enfermagem de Saude Infantil" **139**

ANEXO X - Relatório de formação sobre a temática "A Importância do Sono no Recém-nascido e Como Reduzir o Risco do Síndrome de Morte Súbita" **153**

ANEXO XI - Folheto Informativo sobre a temática "A Importância do Sono no Recém-nascido e Como Reduzir o Risco do Síndrome de Morte Súbita" **197**

ANEXO XII - Poster afixado no Serviço de Neonatologia sobre a temática “Como Reduzir o Risco do Síndrome de Morte Súbita no Recém-nascido” **201**

ANEXO XIII - Norma de Procedimento para Equipa de Enfermagem subordinada à temática "Intervenção de Enfermagem no Conforto do Recém-nascido no âmbito da Promoção do Sono no Serviço de neonatologia" **205**

ANEXO XIV - Poster afixado Serviço de Neonatologia sobre a temática “O Sono do seu Bébe é Importante!" **215**

ANEXO XV - . Projeto de Intervenção com a temática - "Promoção do Conforto da Criança e Família Internada na Sala de Observação do Serviço de Urgência de Pediatria do Hospital de Santa Maria" **219**

0. INTRODUÇÃO

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

Pretende-se a descrição e reflexão sobre um percurso delineado, com intuito de alcançar o "(…) *desenvolvimento de competências para assistência de enfermagem avançada ao RN, criança e adolescente, e é especialmente dirigido para a promoção do desenvolvimento e adaptação aos processos de saúde e doença"* (Universidade Católica Portuguesa, 2010,p. 8).

No decorrer do curso, nomeadamente em Fevereiro de 2011, foi publicado em Diário da República o documento que regulamenta as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, pelo que foi de acordo com o mesmo que se definiu a nomenclatura utilizada ao longo deste relatório.

O Enfermeiro Especialista é aquele que detém um conhecimento aprofundado num domínio específico da Enfermagem que tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, assume demonstrar níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão (Regulamento nº122/2011, Diário da República).

Neste contexto de aprendizagem, selecionou-se o tema "Promoção de Hábitos de Sono Saudáveis na Criança". Tendo em consideração as novas exigências da sociedade, existem cada vez mais crianças com hábitos de sono inadequados, dos quais se podem mencionar a dificuldade em adormecer e/ou os despertares noturnos frequentes que conduzem à exaustão dos pais e até a um ambiente de tensão e irritabilidade no subsistema conjugal. (Brazelton e Sparrow, 2009; Paiva, 2009; Cordeiro,2010).

Consideramos que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem deve estar atento para detetar situações de risco, de forma a poder agir, prevenindo o seu agravamento e consequente evolução para perturbações mais profundas e difíceis de gerir.

O sono é um dos contributos mais importantes para a saúde física e mental da criança. Bons hábitos de sono, "higiene do sono" ou "saúde de sono" são termos alternativos frequentemente utilizados para descrever as práticas de promoção de sono saudável (World Association of Sleep Medicine, 2011). Ao longo deste trajecto considerou-se pertinente abordar a Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba, que considera o conforto como um resultado positivo e holístico importante para medir a eficácia das estratégias implementadas ao nível da prestação de cuidados de enfermagem (Kolcaba e Dimarco, 2005). Dá, ainda, a ênfase inerente aos aspetos físicos, psicoespiritual, sócio-cultural e ambiental do conforto, na contribuição para uma abordagem pró-ativa e multifacetada do cuidar (Kolcaba e Dimarco, 2005). Pois um sono calmo só pode existir quando a criança se encontra envolta em conforto.

O plano de estudos do presente curso engloba três módulos de estágio que diferem nas suas áreas de intervenção.

O primeiro estágio que correspondeu ao módulo I teve início a 27 de Abril e términus a 18 de Junho de 2011, decorreu no Centro de Saúde do Lumiar. A seleção deste local deveu-se ao facto de se tratar de uma Unidade de Cuidados de Saúde Primários de grande afluência populacional pediátrica na qual se encontra em funcionamento uma consulta de enfermagem de saúde infantil já estruturada.

No segundo estágio, referente ao módulo II – Internamento Pediátrico, foi concedida creditação por reconhecimento de competências desenvolvidas e saber experiencial relativo a 8 anos de prática profissional no âmbito de Cuidados Intensivos de Pediatria, nomeadamente na Unidade de Cuidados Intensivos de Pediatria (UCIPED) / Serviço de Urgência de Pediatria do Hospital de Santa Maria (HSM). Sendo a UCIPED uma unidade inovadora, abrangendo tratamentos muito diferenciados, nomeadamente todo o processo inerente ao transplante de medula óssea, técnicas diferenciadas como ECMO (Extra Corporeal Membrane Oxygenation), hemodiafiltração, pós operatórios, crianças vitimas de traumatismos graves, entre outras patologias, que exigem por parte da equipa de enfermagem permanentes atualizações teórico-práticas, e ainda o desenvolvimento contínuo de competências para lidar com a criança e família em situação critica.

O módulo III encontrou-se dividido em 2 partes, ambos realizados no HSM. A primeira parte decorreu no Serviço de Neonatologia, entre 26 de Setembro e 23 de Outubro de 2011. Este é considerado um serviço de referência a nível nacional na prestação de cuidados ao recém-nascido sendo pioneiro em algumas técnicas, sendo de realçar a hipotermia induzida no RN e cirurgias cardíacas por cateterismo.

A segunda parte concretizou-se, entre 24 de Outubro e 19 de Novembro de 2011, no Serviço de Urgência de Pediatria, onde atualmente exerce funções. Trata-se de um serviço de referência de primeira linha, recebendo crianças referenciadas da região centro e sul do país.

Estruturalmente este trabalho encontra-se dividido por capítulos de forma a facilitar a compreensão do percurso desenvolvido. No primeiro encontra-se uma breve fundamentação teórica que visa alicerçar o tema selecionado, seguidamente encontra-se a caracterização dos locais de estágio. No terceiro capítulo é elaborada uma análise crítica dos objetivos propostos e atividades desenvolvidas com vista ao desenvolvimento das competências inerentes à intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem em cada módulo de estágio. Finalmente surge a conclusão onde se reflete sobre todo o percurso descrito. Em anexo encontram-se os trabalhos elaborados que fundamentam as atividades desenvolvidas.

Atendendo ao percurso efetuado e tendo em conta as necessidades de aprendizagem pessoal, este relatório tem como objetivos:

- Descrever o percurso realizado ao longo dos diferentes módulos de estágio, face à proposta inicial de aprendizagem, através da análise crítica das atividades desenvolvidas, recursos utilizados e competências adquiridas;
- Justificar a temática desenvolvida nos diferentes contextos de estágio;

- Refletir sobre a importância deste projeto pessoal ao nível profissional e como futura Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem trabalha em parceria com a criança e família, para promover o mais elevado estado de saúde possível, presta cuidados à criança saudável ou doente e proporciona educação para a saúde, assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família (Regulamento nº 123/2011, Diário da República).

A perícia em matéria de tomadas de decisões humanas complexas, como é o caso dos cuidados de enfermagem são a chave do progresso da prática da enfermagem e do desenvolvimento da ciência da enfermagem (Benner, 2001).

A elaboração deste trabalho assentou numa metodologia descritiva, reflexiva e crítica sobre a prática desenvolvida nos diferentes contextos e aprendizagens realizadas, promovendo o desenvolvimento pessoal e profissional, estimulando um "querer saber" como algo dinâmico e sempre presente.

1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA DO TEMA

1.1. SONO, CONCEITO E PROMOÇÃO

No final de uma gravidez, a mãe já consegue, na maior parte das vezes, perceber se o bebé está a dormir ou acordado. Segundo Brunschwing (2008), a partir da vigésima semana, existe já no feto uma alternância de atividade e de imobilidade, cuja periodicidade está muito próxima do futuro ciclo do sono. Ao nascer, os ciclos do sono não são influenciados pela alternância entre o dia e a noite. Só progressivamente o recém-nascido adapta-se a um novo ritmo circadiano. Até aos 2 ou 3 anos o sono da criança é instável e apenas nesta altura começa a adquirir as características do sono do adulto.

Segundo Soares (2010, p.13) *"O sono resulta da ação conjugada de muitos neurotransmissores e é acertada pelo relógio biológico central, que ajusta tudo ao ritmo circadiano, controlado por núcleos supraquiasmáticos (NSQ) do hipotálamo".*

O sono é formado por ciclos não REM (Rapid eye movements) e sono REM. Através das ondas de um traçado de eletroencefalograma consegue-se definir estas diferentes fases (Soares, 2010).

Se pesquisarmos na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) – versão 2 (International Council of Nurses, 2011, 76) a palavra sono significa "*Repouso: Redução recorrente da atividade corporal, marcada por uma diminuição da consciência, não se manter acordado, em que a pessoa não está alerta, metabolismo diminuído, postura imóvel, atividade corporal diminuída e sensibilidade diminuída mas prontamente reversível a estímulos externos"*.

O recém-nascido reage e interage com o meio envolvente desde o nascimento. Para além de possuir capacidades para receber informação do meio exterior, também nasce dotado com capacidades que lhe permitem expressar os seus sentimentos, dispondo dessa forma, de sistemas para transmitir informação. Brazelton (2003) considerou a existência de seis estádios de consciência: *Sono Profundo; Sono Ativo ou Sono REM; Estado de Sonolência ou Intermédio* (os estímulos externos tendem a acordar mais facilmente o bebé); *Acordado* (em Estado de Alerta); *Alerta* (mas Irritado e Choro).

À medida que a criança vai crescendo os estados de sono-vigília vão sofrendo alterações graduais. A criança vai procurando os seus padrões de conforto, podendo aprender a adormecer sozinho quando acorda (Brazelton e Sparrow, 2009; Cordeiro 2010).

Aos 18 meses, as crianças começam a dormir apenas uma sesta, esta deverá ser o mais cedo possível para que não seja difícil adormecer à noite. No entanto, nesta idade é extremamente complicado deitar a criança na cama. O recurso a objetos de transição (brinquedo, boneco ou fralda) funciona como fontes de segurança para o bebé, devendo ser este a escolher quais os objetos que deseja (Brazelton e Sparrow, 2009).

As crianças atingem o padrão de sono do adulto aos 3 anos de idade. Contudo, é frequente existirem problemas de sono, como o ir para a cama e adormecer, constituindo-se como reações a medos e à tomada de consciência da separação. Todavia, pode demorar algum tempo, mas a criança aprende a confortar-se sozinha (Brazelton e Sparrow, 2009).

Existe uma grande variedade entre a quantidade e distribuição do sono da criança mediante a idade, tal como os restantes parâmetros do desenvolvimento infantil. O sono tem um desenvolvimento próprio ao longo da vida, que acompanha a maturação do sistema nervoso nas diferentes etapas da vida da criança.

Sendo de salientar que *"(…) durante o sono, o cérebro «aproveita» para trabalhar arduamente nas diferentes fases de registo, codificação, armazenamento e evocação da memória. Além da cooperação com o sistema imunitário, participa na recuperação de eventuais «lesões» orgânicas do cérebro ou na defesa contra agentes patogénicos"* (Soares, 2010, p.19).

Poderá citar-se o ditado popular "*dormir faz crescer",* pois enquanto se dorme são segregadas hormonas, como a de crescimento (fundamental nas crianças), prolactina e cortisol (Soares, 2010).

Durante o sono o cérebro forma as vias necessárias para a aprendizagem, criando condições para a fixação e retenção das recordações, arquivando na memória, depois de devidamente catalogadas, as experiências vividas a reter e estabelecendo novas perspetivas das vivências previamente adquiridas (Soares, 2010).

Segundo Mendes, Fernandes e Garcia (2004, p. 3) *"Os problemas do sono na criança resultam duma interação complexa entre fatores fisiológicos da criança e do seu relacionamento com os pais, sendo mesmo uma das alterações comportamentais mais frequentes nas populações pediátricas".*

Os mesmos autores referem que as perturbações primárias do sono são divididas em dissónias (quando existe alteração da duração ou organização do sono, como por exemplo recusa em dormir ou acordar durante a noite) e parassónias (caracterizadas por eventos comportamentais ou fisiológicos anormais) (Mendes, Fernandes e Garcia, 2004). As dissónias dividem-se em insónias (sono deficiente em qualidade ou quantidade), hiperssónias (presença de sonolência diurna excessiva apesar de uma duração de sono aparentemente não diminuída) e distúrbios do ritmo circadiano do sono (Mendes, Fernandes e Garcia, 2004). As parassónias caracterizam-se pelos terrores noturnos, pesadelos, somniloquia (falar a dormir), sonambulismo, bruxismo (ranger dos dentes) e enurese noturna (Mendes, Fernandes e Garcia, 2004).

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

As perturbações do sono podem causar morbilidade substancial na criança, nomeadamente consequências a nível do comportamento, da aprendizagem e mesmo perturbações de desenvolvimento como hiperatividade, défice de atenção, défice cognitivo e depressão (Mendes, Fernandes e Garcia, 2004).

O sono tem diversas funções protetoras e reparadoras do organismo. A qualidade de vida de uma família por vezes é afetada pelos problemas de sono dos filhos, induzindo à exaustão parental e aumentando o risco de saúde (Brazelton e Sparrow, 2009).

Cordeiro (2010, p.90) realça que *"(…) não dormir o suficiente conduz mais cedo ou mais tarde, a uma diminuição da concentração e a irritabilidade, com aumento da ansiedade e risco de depressão. Estes sintomas podem aparecer tanto nas crianças como nos pais, apenas com uma diferença: as crianças, quanto menos dormem, mais excitadas ficam, como se a falta de dormir fosse uma verdadeira anfetamina – ou seja, no momento que os pais estão "off", os filhos aceleram o «on», estando criado o desfasamento".*

A Ordem dos Enfermeiros (2001) salienta que as intervenções de enfermagem são frequentemente otimizadas se toda a unidade familiar for tomada por alvo do processo de cuidados, nomeadamente quando as intervenções de enfermagem visam a alteração de comportamentos, tendo em vista a adoção de estilos de vida compatíveis com a promoção da saúde.

Considera-se necessário criar estratégias que promovam o sono saudável da criança desde o seu nascimento, sendo fundamental realçar esta temática nas consultas de saúde infantil.

Pender (2011) tendo por base o Modelo de Promoção da Saúde, define alguns conceitos importantes, sendo de salientar, **Pessoa** como um ser biopsicossocial que encontra-se parcialmente moldado pelo ambiente, mas que por sua vez procura criar um ambiente propício ao seu potencial humano, assim, a relação entre a pessoa e o ambiente é recíproca. O **Meio Ambiente** é o contexto social, cultural e físico no qual o curso da vida se desenrola. O ambiente pode ser manipulado pelo indivíduo para criar um contexto positivo e facilitador para aumentar o número de comportamentos benéficos para a saúde (Pender, 2011).

Segundo a mesma autora a **Enfermagem** assume um papel essencial na interligação da pessoa, famílias e comunidades de forma a promover as condições mais favoráveis para um alto nível de saúde e bem-estar (Pender, 2011).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem tem a competência de assistir a criança e jovem na maximização da sua saúde, implementando e gerindo um plano de saúde, promotor da parentalidade no sentido de adoção de comportamentos potenciadores de saúde. Promovendo assim, o crescimento e desenvolvimento infantil, transmitindo orientações antecipatórias à criança e família com o intuito de educação para a saúde onde se pode incluir a promoção de hábitos de sono saudáveis (Regulamento nº 123/2011, Diário da República).

Ao nível da promoção de hábitos de sono saudáveis, subsistem diferentes e diversas linhas de conduta mediante os diferentes autores. O importante é aprofundar e generalizar a aplicação das práticas de saúde que reconheçam e valorizem a subjetividade e a riqueza das experiências da criança enquanto sujeito ativo do seu desenvolvimento. As significações da criança sobre o mundo, a saúde e a doença são facilmente acessíveis aos adultos que sabem ouvir e entender a linguagem infantil feita por palavras, silêncios, gestos, expressões faciais e sobretudo ações (Barros, 2003).

Tendo em conta os autores referenciados (Brazelton e Sparrow, 2009; Cordeiro 2010; Soares, 2010), denota-se algum consenso relativamente ao facto de que a criança deve conseguir ser independente durante a noite, por ajudar a desenvolver a auto-imagem positiva e lhe dar uma sensação de poder.

Crispim et al (2011) efetuou um estudo sobre o "*Padrão de sono e fatores de risco para privação de sono numa população pediátrica portuguesa",* sendo as principais conclusões que as crianças portuguesas têm menor número de horas de sono comparativamente com resultados obtidos em estudos semelhantes na realidade internacional, considerando-se um dado preocupante visto que existe o risco da privação de sono, com todas as consequências já demonstradas. Outro resultado obtido identifica as famílias menos diferenciadas como alvos preferenciais de intervenção (por ser nestas famílias que se encontram as crianças com menor número de horas totais de sono), salientando-se que é o momento da hora de deitar o ponto mais suscetível de intervenção (Crispim et al, 2011).

Estes dados são fundamentais para delinear estratégias de intervenção específicas e dirigidas na prevenção da privação de sono em crianças, que podem ser aplicadas ao nível das estruturas educativas e de apoio social, alertando os profissionais de saúde ao nível dos cuidados antecipatórios (Crispim et al, 2011).

Na promoção de hábitos de sono saudáveis existe uma conjugação de fatores que contribuem para um sono saudável, estes devem ser considerados sendo fundamental o papel das instituições de saúde em alertar a população sobre a importância do sono para o bem-estar da criança.

Consideramos que o sono adequado é importante tanto nas crianças saudáveis, como em situações de doença aguda ou crónica, quer pelos mecanismos orgânicos inerentes ao sono, quer ao nível da recuperação física e do sistema imunitário, que são fundamentais ao pleno desenvolvimento da criança.

1.2. CONFORTO COMO CUIDADO PROMOTOR DO SONO

Em situação de doença e hospitalização o equilíbrio da criança é alterado, ocorrendo uma alteração da sua rotina, desconforto com a situação da doença e medos dado o contexto da hospitalização (Jorge, 2004). Esta provoca inevitavelmente stress ao nível da criança, assim como na sua família. Como referencia Jorge (2004, p. 24) falar em hospitalização significa *"(…) falar em separação em sentido lato, pois, mesmo que essa separação não se verifique em relação à figura maternal (ou paternal), ela ocorre necessariamente, em relação ao ambiente familiar físico e afetivo*". A equipa de saúde, em especial o enfermeiro, deverá ter a preocupação em colmatar todo este processo, respeitando os hábitos e rotinas daquela criança e família, minimizando o impacto do internamento hospitalar.

As crianças têm dificuldade em aceitar as restrições que a hospitalização exige, nomeadamente imobilizações, procedimentos, contato com equipamentos, ambiente

desconhecido, pessoas estranhas, entre outros exemplos (Jorge, 2004). O enfermeiro é o principal elo de ligação para minimizar todo este contexto ambiental, físico e psicossocial, procurando proporcionar o máximo de conforto durante o internamento, tendo em conta as necessidades específicas da criança/família.

As crianças durante um internamento hospitalar, conforme os autores anteriormente referidos, são expostas a diversos estímulos, nomeadamente o manuseio frequente, ruídos externos, luminosidade, procedimentos invasivos, entre outros, que contribuem para a interrupção dos ciclos de sono e consequente aumento dos níveis de stress.

Um estudo efetuado por Paiva, Antunes e Soares (2006) ao nível de uma unidade de cuidados intensivos *"Fatores que interferem na preservação do sono e repouso de criança em terapia intensiva"*, relata o caso de uma criança internada em *"Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica"*, cujo objetivo é descrever os fatores que interferem na preservação de seu sono e repouso evidenciando a necessidade e a privação do sono e repouso nestas circunstâncias. Os resultados denotam que o sono e o repouso foram interrompidos, em média, em intervalos de 60 minutos durante a noite e de 25 minutos, durante o dia. Constatou-se que a criança entrava em quadro de exaustão, evidenciando a privação do sono (Paiva, Antunes e Soares, 2006). Estes autores alertam que os automatismos na realização de cuidados, conduz a que remetam para segundo plano os momentos de repouso tão necessários à criança. Embora este estudo seja muito específico, com conclusões muito concretas adaptadas ao seu objeto de estudo, parece-me relevante referenciá-lo, no sentido em que se aproxima de algumas realidades ao nível da prestação de cuidados de enfermagem. Nestas circunstâncias, por vezes as rotinas impostas pela Instituição podem ser proteladas se salvaguardar o conforto da criança hospitalizada, mas mantendo uma prestação de cuidados em segurança.

Toda a criança necessita de sentir conforto para obter um sono tranquilo. A etimologia da palavra conforto é também a palavra latina *confortare*, cujo significado é dar forças, dar alento de forma nobre ou grandiosa; com é originado de *cum,* que significa em conjunto, e de *fortis*, que significa forte, neste sentido, conforto significa forte em conjunto (Apóstolo, 2009 citando Kolcaba, 2001).

Conforto é algo subjetivo podendo ser definido e ter significações diferentes mediante os contextos, cultura ou pessoa. Na CIPE –Versão 2 define-se como *"Sensação de tranquilidade física e bem-estar corporal"* (International Council of Nurses, 2011, p.48).

Kolcaba (2010) considera conforto uma condição experimentada pelas pessoas que recebem as medidas de conforto. É a experiência imediata e holística de ser fortalecido através da satisfação das necessidades dos três tipos de conforto (alívio, tranquilidade e transcendência) nos quatro contextos da experiência (físico, psicoespiritual, social e ambiental) (Kolcaba, 2010).

Os pressupostos fundamentais da teoria de conforto são que os seres humanos têm respostas holísticas para estímulos complexos, o conforto é um resultado holístico desejável que é pertinente para a disciplina de enfermagem, e que os seres humanos esforçam-se para satisfazer as suas necessidades básicas de conforto (Kolcaba, 1994).

Para uma correta perceção da Teoria de Conforto de Kolcaba a autora explícita alguns conceitos, nomeadamente **Enfermagem** como a avaliação intencional de necessidades de conforto dos doentes, famílias e/ou da comunidade, conceção de medidas de conforto para atender a essas necessidades, e reavaliação das necessidades após a sua implementação, em comparação com uma linha de base anterior (Kolcaba, 2010).

Esta apreciação e reapreciação poderão ser intuitivas e/ou subjetivas, quando uma enfermeira pergunta ao doente se este se encontra confortável, ou objetiva, nas observações da cicatrização de feridas, alterações analíticas ou mudanças de comportamento (Kolcaba, 2010).

Doente como o indivíduo, família ou comunidade que necessitam de cuidados de saúde; o **Ambiente** surge relacionado com as influências exteriores (o espaço físico, casa, politicas, instituições, entre outros) que podem ser manipuladas para melhorar o conforto; por último, a **Saúde** como o ótimo funcionamento do doente, família e comunidade tendo em conta as necessidades de conforto, conforme definido pelo doente, família ou comunidade (Kolcaba, 2010). Segundo a autora proporcionar conforto ao doente é uma das funções mais importantes da enfermagem e este deve ser encarado como um ser único numa situação particular e que carece de cuidados personalizados, atendendo ao seu bem-estar.

Baseada na teoria de conforto de Kolcaba (2001) e respetiva estrutura taxonómica do conforto, desenvolveu uma matriz onde descreve sumariamente os contextos onde ocorrem o conforto e o tipo/estado de conforto sentido. Conforto é definido como o nível imediato de bem estar fortalecido através das necessidades humanas de alívio, tranquilidade e transcendência tratadas nos quatro contextos de experiência (físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental), como uma condição vivida pelas pessoas que recebem medidas de conforto, ou seja, é uma experiência imediata e holística fortalecida através da satisfação das necessidades de conforto no contexto duma experiência específica (Kolcaba, 2001).

Em relação ao tipo de conforto, quando se menciona o estado de *"alívio*" refere-se a uma necessidade específica que foi satisfeita, *"tranquilidade*" como um estado de calma ou contentamento e *"transcendência"* o estado no qual ultrapassa os problemas ou a dor.

Considerou-se fundamental descrever especificamente os quatro contextos enumerados pela sua relevância na perceção da sua aplicabilidade ao nível prático. O contexto do conforto físico é relativo às sensações corporais e mecanismos homeostáticos, neste item as necessidades de conforto incluem défices fisiológicos, mecanismos que são interrompidos ou colocados em risco por causa de uma doença ou procedimento invasivo, tal como a dor, náuseas, vómitos, fome, calafrios ou prurido (Kolcaba e DiMarco, 2005). As intervenções de conforto são dirigidas para recuperação ou manutenção da homeostase.

O contexto do conforto psicoespiritual é relacionado com a autoestima, necessidades de confiança e motivação na criança e família. "*Rise Above*" ou transformar de forma serena os traumas ou o desconforto de procedimentos dolorosos que não podem ser imediatamente aliviados (Kolcaba e DiMarco, 2005). Essas necessidades são muitas vezes aliviadas através da transcendência ou *"conforto da alma"* (exemplo: fornecendo um alimento favorito ou desejado, uma massagem, visitas especiais, toque de carinho, estratégias de autoconforto,

palavras especiais de encorajamento) (Kolcaba e DiMarco, 2005). Partilhar estes momentos, são intervenções fundamentais ao nível do contexto psicoespiritual.

O conforto ambiental pertence ao meio e às condições de influência externas, as necessidades ambientais incluem tranquilidade, decoração e segurança, outros itens também são fundamentais como a temperatura, luminosidade, ruído, odores, cor, mobiliário, manuseios frequentes em que o enfermeiro deve proporcionar um ambiente promotor de saúde (Kolcaba e DiMarco, 2005).

As necessidades de conforto sociais (pertencentes a interpessoais, família e relações sociais) são estruturadas ao nível sociocultural, como o suporte, linguagem corporal positiva e carinho (Kolcaba e DiMarco, 2005). Estas necessidades são satisfeitas através do saber estar do enfermeiro, pois inclui a sua atitude, mensagens de bem-estar e incentivo, reforço positivo, presença do enfermeiro, explicação prévia dos procedimentos, respeitar a privacidade, entre outros. Também estão incluídas as necessidades da família, nomeadamente a situação socioeconómica, emprego, tradições culturais e religiosas e isolamento social (Kolcaba e DiMarco, 2005).

Segundo a teoria de conforto, Kolcaba (2001) afirma que, em situações de doença, as necessidades de conforto não satisfeitas são proporcionadas por enfermeiros. As necessidades de conforto dos doentes são movidos por expectativas, e estes esperam cuidados de enfermagem competentes e holísticos (Kolcaba, 2001).

A enfermeira identifica as necessidades de conforto não satisfeitas dos seus doentes, concebe medidas de conforto para abordar essas necessidades e procura melhorar o conforto dos seus doentes, que é o resultado imediato desejado (Kolcaba, 1994).

A estrutura taxonómica de conforto fornece um mapa do conteúdo do conforto de modo a que os futuros investigadores o possam usar para elaborarem os seus próprios instrumentos. Foram desenvolvidas noutras áreas, como por exemplo, na pediatria por Kolcaba e DiMarco (2005), sendo assim possível que os enfermeiros trabalhem em conformidade, utilizando a mesma linguagem, e com um objetivo comum que é a promoção do conforto ao doente.

Um estudo efetuado por Silva, Carvalho e Figueiredo (2011) sobre características do *"conforto"* na perspectiva dos clientes de unidades de internamento hospitalar, as respostas mais frequentes foram "*bem-estar*", *"sentir-se bem"*, "*alivio*", "*tranquilidade"* e "*calma"*. A sensação de segurança por serem cuidados por profissionais *"capacitados"* foi também uma característica bastante relevante, juntamente com os fatores *"ambientais"*. Segundo os mesmos autores para um estado de sensação de *"bem-estar"*, parece evidenciar-se o valor das condições intrínsecas relacionadas com o cliente (manutenção da sua homeostase, temperatura, alimentação, sono, repouso) como também as condições extrínsecas (relações pessoais e a adaptação ao ambiente das unidades de internamento hospitalar).

Tendo em conta a diversidade das definições, confere-se que o conforto tem uma abordagem holística e é considerado um termo complexo. O termo conforto também pode ser usado numa variedade de expressões, tais como confortável, com conforto, reconfortante e consolador (Kolcaba e DiMarco, 2005). Conforto também é um processo *("A enfermeira confortou-me")*, é

um produto *("A criança sentiu-se confortada"),* pode-se dizer sem dúvidas que a sensação de conforto é mais que a ausência de desconforto (Kolcaba e DiMarco, 2005).

Dada a multidimensionalidade do conceito de conforto, este possivelmente não depende exclusivamente da assistência de enfermagem, sendo o conforto expresso ou descrito pelos clientes por meio de formas muito variadas (por exemplo, para uma pessoa a musicoterapia pode ser agradável enquanto que outra pode preferir o silêncio). Cada pessoa tem necessidades próprias no qual o sentimento de conforto é próprio de cada ser humano.

2. BREVE CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

Cada vez mais existem novas realidades e contextos na área da saúde, com diferentes unidades de saúde direcionadas para a recente tecnologia. Vieira (2008) salienta que os enfermeiros precisarão não só de conhecer as práticas desses contextos que são diferentes daqueles onde exercem funções, como estarem preparados para desenvolverem um papel ativo nesses cuidados, ou seja, o aumento da complexidade dos cuidados de saúde aumentará também as práticas colaborativas no trabalho em equipa.

2.1. CENTRO DE SAÚDE DO LUMIAR

O Centro de Saúde do Lumiar (CSL) insere-se na Região de Saúde e Vale do Tejo e pertence ao Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) de Lisboa Norte em conjunto com os Centros de Saúde de Alvalade, Benfica e Sete Rios. Este é constituído pela sede e três extensões que trabalham em parceria (Charneca, Alta de Lisboa e Centro de Diagnóstico de Pneumologia).

A comunidade abrangida pelo Centro de Saúde do Lumiar apresenta uma área geográfica de cerca de 9.608 Km distribuídos por três freguesias – Freguesia da Ameixoeira, da Charneca e do Lumiar. O crescimento exponencial recente da zona habitacional destas freguesias leva a que se estime uma população residente de cerca de 90.000 habitantes, o que vem de encontro aos 81.329 utentes inscritos (com inscrição permanente). Acrescem ainda cerca de 12.758 inscrições pontuais. Apenas cerca de 62% têm médico de família atribuído (Centro de Saúde do Lumiar, 2011).

A população é caracterizada por discrepâncias bastante acentuadas, tanto ao nível dos aspetos socioeconómicos e culturais, como no que concerne aos aspetos urbanísticos e acesso a serviços, exibindo dois extremos da população: a classe média e média-alta (residentes em Telheiras, Parque Europa, Parque das Conchas, Paço do Lumiar e zona central do Lumiar) e as classes socioeconómicas desfavorecidas com famílias com forte risco de exclusão social e económico, que requerem e exigem um suporte e apoio muito próximo (Bairro da Cruz Vermelha, Ameixoeira/Galinheiras e a zona nova da “Alta de Lisboa” em que se encontram mesclados prédios de venda livre com prédios de realojamento, o que por si só se constitui como um novo paradigma social) (Centro de Saúde do Lumiar, 2011).

O Centro de Saúde do Lumiar encontra-se num prédio urbano de 7 pisos que foi remodelado. A Saúde Infantil e a vacinação encontram-se no 3ª piso. Todos os espaços físicos estão remodelados e adequados à criança, apresentando um ambiente agradável, as paredes estão ilustradas com desenhos e existe mobiliário e brinquedos adequados às várias faixas etárias (Centro de Saúde do Lumiar, 2011).

O Centro de Saúde do Lumiar conta com o apoio de uma Unidade Móvel que constitui um extraordinário recurso no apoio junto das populações desfavorecidas e em risco, bem como na

deteção, integração e encaminhamento de novas situações (Centro de Saúde do Lumiar, 2011).

Em 2007 foi criado o Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR) constituído por uma equipa multidisciplinar interna que se articula com outras Instituições relevantes e que tem como objetivo a deteção e orientação de negligências e maus tratos de crianças e jovens na sua comunidade (Centro de Saúde do Lumiar, 2011).

A consulta de enfermagem é prévia a todas as consultas médicas, funcionam por marcação, mas existe quase sempre resposta imediata em situações de doença. As atividades da consulta de enfermagem de Saúde Infantil são orientadas segundo as linhas condutoras do Programa Tipo de Atuação de Saúde Infantil e Juvenil proposto pela Direção Geral de Saúde (Centro de Saúde do Lumiar, 2011).

No Centro de Saúde do Lumiar existe ainda um Serviço de Atendimento Complementar que tem como missão o atendimento de situações de doença aguda, funcionando após o encerramento do centro de saúde e sábados, domingos e feriados. O Hospital de Referência em situações de urgência ou referenciação de consultas de especialidade é o Hospital de Santa Maria integrado no Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE (Centro de Saúde do Lumiar, 2011).

2.2. HOSPITAL DE SANTA MARIA

O Hospital de Santa Maria (HSM) é uma Instituição de Saúde que apresenta como objetivos a qualidade e a diferenciação, procurando assumir-se como um Centro Hospitalar de referência, dispondo de um alargado leque de serviços especializados, com um elevado enfoque no ensino e investigação, o que garante a sua permanente atualização e inovação, centrando a sua atividade para a qualidade dos serviços prestados (Hospital de Santa Maria, 2011).

Desde a sua fundação que é um Hospital Universitário o que explica a subespecialização de muitas das suas unidades e consultas, a diversidade e o significado de muitos dos projetos de investigação (Hospital de Santa Maria, 2011).

Na sua Missão estão consagradas importantes funções integradas de prestação de cuidados de saúde, de formação pré, pós-graduada e continuada, de inovação e investigação, constituindo-se como unidade essencial dentro do Sistema Nacional de Saúde Português (Hospital de Santa Maria, 2011).

A par do apoio que presta às populações da sua zona de influência direta, região de Lisboa e Vale do Tejo, o HSM garante diferenciação, em múltiplas áreas clínicas, no âmbito regional, nacional e dos países de expressão portuguesa (Hospital de Santa Maria, 2011).

Em 2006 houve alteração no modelo de gestão, com adoção da empresarialização e em 2007 foi aprovada a criação do Centro Hospitalar Lisboa Norte (CHLN), através da fusão do HSM com o Hospital Pulido Valente (HPV); dotando-o de um único Conselho de Administração. Atualmente, o HSM dispõe de diversas consultas de especialidades médicas e cirúrgicas

pediátricas e de um Serviço de Urgência de Pediatria. Tem aproximadamente um total de 120 camas distribuídas por unidades pediátricas especializadas (Neonatologia, Gastrenterologia, Infeciologia, Nefrologia, Unidade Pluridisciplinar, Cirurgia, Pneumologia, Cuidados Intensivos e Sala de Observação - SOPED) (Hospital de Santa Maria, 2011).

2.2.1. Consultas Externas de Pediatria

As Consultas Externas de Pediatria estão localizadas num edifício exclusivo, exterior ao edifício principal. Este é constituído por duas salas de espera (ambas com Educadoras de Infância e diverso material recreativo), gabinetes de consultas de enfermagem e médicos, sala de tratamentos e sala de vacinação.

As consultas decorrem mediante marcação prévia, sendo de salientar as seguintes consultas de enfermagem: saúde infantil, diabetes, obesidade, alergologia, asma, urologia, nefrologia, imunodeficiência, fendas palatinas, neurocirurgia e fibrose quística. Está instituída uma consulta médica para as perturbações do sono na criança, estando em fase de projeto a consulta de enfermagem para a referida patologia.

2.2.2. Serviço de Neonatologia

O serviço de neonatologia do HSM foi inaugurado em 1955 e desde aí tem sofrido algumas alterações na sua estrutura física e organizacional, quer a nível dos recursos materiais com a aquisição de mais e melhores equipamentos, quer a nível das técnicas realizadas. Existindo uma preocupação crescente relativamente à humanização dos cuidados prestados ao RN/família (Serviço de Neonatologia, 2011).

Encontra-se dividido pela Unidade de Cuidados Intensivos de Recém-nascidos, Unidade de Cuidados Intermédios e Sala de Pré-Saída.

O serviço de Neonatologia recebe sobretudo crianças provenientes da Sala de Partos do HSM e transferidos pelo Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) recém-nascidos das mais diversas proveniências (Serviço de Neonatologia, 2011).

Como unidade polivalente, do ponto de vista da multiplicidade de situações que assiste e dos cuidados que presta, admite recém-nascidos com as mais variadas situações, sendo as causas mais frequentes prematuridade, síndrome de dificuldade respiratória/asfixia neonatal, risco infecioso (infeção perinatal), icterícia (hiperbilirrubinémia), anomalias congénitas (que normalmente requerem cirurgia – cardiopatias, malformações, entre outras), vigilância de alterações metabólicas (mais frequente, a diabetes), vigilância de síndrome de abstinência e indução de hipotermia induzida para o tratamento de encefalopatia hipóxico-isquémica (Serviço de Neonatologia, 2011).

Os cuidados intensivos têm capacidade para 8 RN. Os cuidados intermédios têm capacidade para 10 RN.

Existe uma equipa multidisciplinar que dá suporte à unidade de neonatologia, nomeadamente, Assistente Social, Psicólogas, Fisioterapeuta e Terapeuta da Fala para os bebés que ainda não tem autonomia alimentar, motivo que prolonga a duração dos internamentos. O Serviço de Pneumologia Pediátrica trabalha em parceria no âmbito da Cinesiterapia Respiratória, pois é efetuada por uma Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação pertencente a este serviço (Serviço de Neonatologia, 2011).

O método de trabalho em vigor é o individual, o enfermeiro presta os cuidados globais aos RN que lhe são atribuídos, e sempre que possível, o mesmo enfermeiro cuida do RN/criança durante o seu internamento, de modo a permitir uma relação privilegiada com a família (Serviço de Neonatologia, 2011).

Em relação ao ambiente, o serviço é munido de tecnologia de ponta, a que inevitavelmente se associam, elevados níveis de intensidade luminosa e de ruído.

2.2.3. Serviço de Urgência de Pediatria

O Serviço de Urgência de Pediatria recebe todas as crianças/jovens com idades compreendidas entre os 0 e os 16 anos e 364 dias, assim como todas as crianças com doença crónica quando seguidas na consulta de pediatria da Instituição. Em Fevereiro de 2012 concretizou-se o alargamento da idade pediátrica até aos 17 anos e 364 dias (Serviço de Urgência de Pediatria, 2011).

O Serviço de Urgência de Pediatria tem em funcionamento desde 2006 o Sistema Operativo ALERT, que informatiza na totalidade os episódios de urgência e permite realizar os registos e pedidos de exames (Serviço de Urgência de Pediatria, 2011).

A equipa de Enfermagem é comum a todos os setores, divididos em quatro equipas com horário rotativo (4/5 enfermeiros por equipa).

A sala de observação de pediatria (SOPED) consiste numa unidade de internamento de curta duração, com capacidade para seis crianças, numa sala comum. Dotado de cortinas que individualizam as unidades garantindo deste modo a privacidade. Dispõe de uma sala de enfermagem com vidros amplos onde se pode observar visualmente todas as unidades.

É o local onde a criança permanece para estabilização do quadro clínico ou esclarecimento de diagnóstico. O período máximo preconizado de internamento oscila entre as 24 e 48 horas. Articulando-se com outros serviços, nomeadamente o Serviço de Urgência Central, Cirurgia Maxilo-Facial, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Ortopedia, Neurocirurgia, Neurologia, Bloco-Operatório, assim como à unidade de técnicas de pediatria na estabilização clínica após realização de técnicas de diagnóstico (Serviço de Urgência de Pediatria, 2011).

Estão destacados dois enfermeiros para este setor, o método de trabalho é o de Enfermeiro responsável/Individual, sendo este responsável pela globalidade dos cuidados prestados à criança/família. O internamento e alta acontecem a qualquer hora do dia sendo difícil estabelecer rotinas no que concerne essencialmente aos períodos preconizados para o sono.

As situações clínicas mais frequentes são as crianças vítimas de traumatismos, os traumatismos craneoencefálicos, pré e pós-operatórios cirúrgicos, intoxicações, bronquiolites, dificuldades respiratórias, gastroenterites, vómitos incoercíveis, desidratações moderadas a graves, convulsões, descompensação diabética e vigilância pós exames complementares de diagnóstico (Serviço de Urgência de Pediatria, 2011).

3. DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DO PLANO DE ATIVIDADES

Efectuou-se uma abordagem dos principais pressupostos teóricos que fundamentam o tema selecionado para este relatório, com o intuito de orientar e otimizar o desenvolvimento de competências de Enfermeira Especialista de Saúde da Criança e do Jovem. Neste capítulo irei efetuar uma descrição e análise crítica dos objetivos propostos e atividades desenvolvidas.

O estágio de um enfermeiro especialista é um conjugar de novos conhecimentos com a experiência profissional. Alarcão e Rua (2005) referem que a atuação profissional do enfermeiro experiente se situa a um nível que está para além das disciplinas. O seu saber profissional resulta da fusão de saberes provenientes de várias fontes (disciplinares e experienciais) que lhe dão uma visão ampla da realidade (Alarcão e Rua, 2005).

Benner (2001) compreende como enfermeira perita aquela que tem um saber advindo da experiência e compreende de forma intuitiva cada situação concreta. Apreende o problema diretamente, agindo a partir de análise profunda da situação global.

Considerou-se como objetivo geral e transversal a este percurso o **"Desenvolver competências como Enfermeira Especialista de Saúde da Criança e do Jovem no âmbito da Promoção de Hábitos de Sono Saudáveis na Criança"**.

O ser humano passa cerca de um terço da sua vida a dormir (Cordeiro, 2010), tendo o sono um papel fulcral ao nível da qualidade de vida, pois todos os mecanismos orgânicos são essenciais ao restabelecimento físico e mental (Soares, 2010).

Nightingale (1969) já defendia o respeito pelo sono em situações de hospitalização, evitando interrupções repentinas do sono (Pfettscher in Tomey & Alligood, 2004).

A Ordem dos Enfermeiros (2010) refere que o sono é tão imprescindível para o desenvolvimento físico, cerebral e emocional das crianças como a alimentação. O impacto dos problemas do sono na criança é intensificado pelo seu efeito no sono dos pais, resultando em fadiga diária e perturbações de humor, afetando deste modo o desempenho parental.

Em 2003 Mendes, Fernandes e Garcia (2004) realizaram um estudo com o objetivo de conhecer os hábitos e as perturbações do sono em crianças em idade escolar residentes na área de Lisboa, que incluiu o Hospital de Santa Maria e o Centro de Saúde do Lumiar. As conclusões reportam que as perturbações do sono foram mencionadas em 74% das crianças e na população inquirida o tempo de sono foi adequado à idade na maioria dos casos. As perturbações do sono foram referidas numa percentagem elevada, particularmente os pesadelos e a somniloquia. O tema sono não é habitualmente abordado nas consultas de Saúde Infantil.

Segundo os mesmos autores pode-se confirmar que o tema sono ainda é pouco abordado pelos pais e nem sempre considerado relevante junto dos profissionais de Saúde (Mendes, Fernandes e Garcia, 2004).

Considerou-se que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem tem um papel fundamental na promoção de hábitos de saúde saudáveis ao nível do

desenvolvimento de competências parentais. Sendo de salientar a importância da otimização da saúde através dos cuidados antecipatórios.
Os objetivos específicos delineados e as respetivas atividades desenvolvidas foram adequadas a cada local de estágio mediante o diagnóstico de situação efetuado.

3.1. MÓDULO I – CENTRO DE SAÚDE DO LUMIAR

O Módulo I – Saúde Infantil decorreu no Centro de Saúde do Lumiar entre os dias 27 de Abril a 18 de Junho de 2011, sendo salientar que 3 dias (27, 28 e 29 de Abril) foram realizados na consulta externa de pediatria do Hospital de Santa Maria, tendo no total a duração de 180 horas.
Considerou-se a realidade deste estágio como a mais díspar em relação à experiência de trabalho pessoal, pois aborda novas vertentes com uma especificidade própria. O prestar cuidados de enfermagem à criança e família na comunidade implica direcionar os cuidados de enfermagem inevitavelmente ao nível do planeamento da promoção da saúde.
A Direção Geral de Saúde (2005) valoriza os cuidados antecipatórios como fator de promoção da saúde e de prevenção da doença, nomeadamente facultando aos pais os conhecimentos necessários ao melhor desempenho da sua função parental.
Em relação ao período decorrido nas consultas externas de pediatria do HSM considerou-se importante realçar que a equipa de enfermagem efetua a avaliação da criança e jovem, detetando problemas e estabelecendo intervenções de enfermagem. Existe um grande reforço da componente educativa, valorizando e validando os ensinos à criança e família no âmbito da promoção da saúde. Sendo de salientar que a criança com doença crónica é uma presença assídua nestas consultas.
Não obstante o anteriormente mencionado, é impossível deixar de reconhecer a importância e relevância atribuída ao papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem nas diversas consultas efetuadas ao nível da coordenação e organização da consulta de enfermagem, nomeadamente ao elaborar os diversos instrumentos de trabalho (por exemplo os guias/questionários orientadores mediante a especificidade de cada consulta) e análise da evolução dos utentes (por exemplo na consulta de obesidade a evolução e controlo da adesão/desistência da consulta por parte da criança e família).
Constatou-se em simultâneo a necessidade sentida pelos enfermeiros de estabelecer um relacionamento terapêutico com a criança e família, atuando no âmbito da promoção da saúde e prevenção de doenças.
Nesta perspetiva, define-se os seguintes objetivos específicos e respetivas atividades:

Desenvolver competências de Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem na prestação de cuidados de enfermagem no âmbito dos cuidados de saúde primários

Nas competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem salienta-se a capacidade de implementação e gestão, em parceria, de um plano de saúde promotor da parentalidade e da capacidade para gerir o regime de reinserção social da criança e jovem (Regulamento nº 123/2011, Diário da República).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem tem um papel fundamental na promoção de hábitos de saúde saudáveis ao nível do desenvolvimento de competências parentais. Sendo de salientar a importância da otimização da saúde através dos cuidados antecipatórios (Regulamento nº 123/2011, Diário da República).

A melhoria da prestação de cuidados ao nível dos cuidados de saúde primários conduz a uma maior satisfação e confiança nos serviços prestados, incrementa a diminuição do recurso ao serviço de urgência, bem como uma melhoria dos níveis de saúde da população, pelo que este objetivo demonstrou ser de uma importância fundamental para o conhecimento da realidade encontrada ao nível dos cuidados de saúde primários e no contexto da prestação de cuidados na consulta de enfermagem de saúde infantil, vacinação, saúde escolar e no âmbito do Núcleo de Apoio à Criança e Jovem em Risco (NACJR). Desta forma, realizou-se reuniões informais com a Enfermeira Chefe, Enfermeira Orientadora e restante equipa de enfermagem, procedeu-se à consulta de manuais e protocolos existentes na Instituição e efetuou-se uma observação participada na prática dos cuidados de enfermagem.

A consulta de enfermagem de saúde infantil cumpre o Programa-Tipo de atuação em saúde infantil e juvenil divulgado pela Direção Geral de Saúde, garantindo cuidados de saúde adequados e eficazes (Centro Saúde do Lumiar, 2011). Sendo de evidenciar a relevância e autonomia atribuída ao papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, que efetua a primeira avaliação da criança, quer a nível antropométrico, psicológico, social e familiar, detetando problemas e estabelecendo intervenções de enfermagem.

Sendo a consulta de Saúde infantil o local onde permaneceu maioritariamente durante o módulo I, desenvolveu intervenções de enfermagem ao nível da avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança, promoção de comportamentos saudáveis, validação e cumprimento do plano nacional de vacinação, deteção precoce de situações de risco e avaliação da dinâmica familiar. Sendo de salientar os cuidados antecipatórios e o estimulo à parentalidade, com apoio efectivo dos pais no desempenho do seu papel, capacitando e apoiando os pais a compreenderem e optimizarem as potencialidades da criança de acordo com as diferentes fases de desenvolvimento.

No decorrer da realização deste módulo foi manifestada a necessidade sentida pelos enfermeiros da divulgação do trabalho efetuado pelo NACJR às Instituições com quem trabalhavam em parceria (nomeadamente associações e grupos comunitários, escolas, juntas de freguesias), pelo que foi elaborado um folheto informativo onde constam informações simples sobre o NACJR e como sinalizar situações de crianças em risco, no âmbito da parceria de cuidados (ANEXO I).

Encontra-se legislado que *"Os profissionais de saúde, por inerência das funções que desempenham, têm responsabilidade particular na deteção precoce de fatores de risco, de sinais de alarme e na sinalização de crianças e jovens em risco, ou em evolução para verdadeiro perigo, pelo que há que criar, ou reformular onde existam, modelos organizativos e formas mais estruturadas de ação de cuidados de saúde que assegurem mecanismos, cada vez mais qualificados e efetivos, para intervir neste contexto"* (Despacho nº 31292/2008).

A intervenção dos profissionais de saúde na área dos maus-tratos em crianças e jovens, subsiste num contexto de responsabilidades compartilhadas pelos diversos intervenientes da comunidade, pelo que se considera pertinente a divulgação desta entidade.

A comunicação de uma situação de perigo para a criança/jovem é obrigatória para qualquer pessoa que dela tenha conhecimento (Decreto-Lei nº. 147/99 de 1 Setembro). Os objetivos principais dos NACJR são promover os direitos das crianças e jovens, em particular a saúde, através da prevenção da ocorrência de maus tratos, da deteção precoce de contextos, fatores de risco e sinais de alarme, do acompanhamento e prestação de cuidados e da sinalização e/ou encaminhamento dos casos identificados (Direção Geral de Saúde, 2007).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem ao nível dos cuidados de saúde primários ou diferenciados, por inerência das funções que desempenha, tem responsabilidade particular na deteção precoce de fatores de risco, de sinais de alarme e na sinalização de crianças e jovens em risco, quer ao nível do diagnóstico precoce, quer na intervenção em situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem, nomeadamente identificando evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar psíquico (Regulamento nº 123/2011, Diário da República).

Considerou-se de igual modo importante, assistir às reuniões multidisciplinares do NACJR tendo apreendido novos conhecimentos sobre a dinâmica desta estrutura, sendo uma experiência fundamental para o desenvolvimento profissional na deteção e referenciação de crianças em risco.

Contribuir para melhoria dos cuidados de enfermagem no âmbito da consulta de saúde infantil, visando a promoção de hábitos de sono saudáveis na criança dos 0-5 anos

Após entrevista informal com a Enfermeira Orientadora e Enfermeira Chefe constatou-se que a temática do projeto tinha sido pouco explorada no Centro de Saúde do Lumiar e a equipa de enfermagem demonstrou interesse em aprofundar conhecimentos sobre o tema. Factos que confirmaram-se no decorrer do módulo após o levamento das necessidades formativas dos enfermeiros.

Foi definida a faixa etária dos 0-5 anos, pois segundo o Programa Tipo de Atuação de Saúde Infantil e Juvenil, que orienta as consultas de enfermagem no Centro de Saúde do Lumiar, delineia que neste período sejam efetuadas um maior número de consultas. Sendo de salientar que é fundamental atuar o mais precocemente possível ao nível da promoção de hábitos de sono saudável (Cordeiro 2010).

Com o intuito de realizar um diagnóstico de situação foram aplicados questionários sobre os hábitos de sono aos pais da criança no grupo etário dos 0-5 anos (ANEXO II). Tendo como objetivo, adequar a informação transmitida aos pais no âmbito desta temática na consulta de saúde infantil.

Os questionários foram adaptados de um instrumento realizado por Mendes, Fernandes e Garcia (2004) e foi efetuada a devida solicitação de autorização para efeitos de adaptação e utilização do visado instrumento de colheita de dados (ANEXO III).

Este instrumento de colheita de dados é constituído por 13 questões, abertas e fechadas. Foram entregues 25 questionários no período de 16 a 20 de Maio de 2011, com um retorno total dos mesmos. Foi explicado pessoalmente a cada participante qual o objetivo da aplicação do questionário, respeitando sempre os princípios éticos, tais como a confidencialidade e anonimato.

No decorrer da sua análise foram validados 20, uma vez que, os restantes tiveram que ser anulados por apresentarem respostas em branco.

Após a análise de conteúdo (ANEXO IV) concluiu-se, no que se refere às idades, a média da população abrangida na aplicação do questionário é de 1,9 anos. Sendo a sua distribuição a seguinte: 20% com idade inferior a 1 ano; 35% com 1 ano; 15% com 2 anos; 10% com 3 anos; 15% com 4 anos e os restantes 5%, com 5 anos.

Pela observação destes dados, pode-se ainda constatar que 55% dos pais que responderam ao questionário têm filhos com idade inferior a 2 anos. Esta maior incidência poderá resultar do facto de nestas idades existir uma maior regularidade nas visitas ao Centro de Saúde, local onde foram aplicados os questionários.

O número médio de horas dormidas é de 10:07h durante a semana e 10:16h ao fim de semana. O horário médio de deitar é pelas 21:00h durante a semana e 21:30h ao fim de semana e o de acordar é pelas 7:30 tanto durante a semana como ao fim de semana. A hora mais frequente de deitar é pelas 21:00h e de acordar pelas 07:00h, tanto durante a semana como ao fim de semana.

Relativamente à interrupção do sono durante a noite, a amostra avaliada encontra-se distribuída por 45% que na generalidade não acordam durante a noite e 55% que acordam durante a noite. Para voltar a adormecer os pais referem recorrer a algumas estratégias, designadamente a utilização de chucha (15%); biberão (15%); história (5%) ou mama (5%), alguns pais referem ainda que os seus filhos voltam a adormecer sozinhos (15%).

Existe uma percentagem significativa das crianças (60%) que não dorme em quarto próprio, sendo de salientar que 25% não dorme em cama própria.

Dado os resultados obtidos, nomeadamente ao nível das crianças partilharem os quartos e/ou camas com os pais e da necessidade de alimentarem-se para voltar a adormecer (mama e biberão), considerou-se fundamental algumas intervenções de enfermagem com o objetivo de sensibilizar para a promoção de hábitos de sono saudáveis.

Foram desenvolvidas atividades no âmbito da promoção de hábitos de sono saudáveis, nomeadamente na realização de ensinos aos pais do recém-nascido (RN), na primeira consulta

de enfermagem de forma a orientar a aprendizagem do sono da criança. Pois quando mais cedo forem instituídas medidas de promoção do sono, maior é a sua capacidade de aprendizagem e independência neste tema (Cordeiro, 2010).

Na consulta de enfermagem de saúde infantil efetuou-se um investimento nos ensinos à criança e/ou família para a promoção do desenvolvimento da criança no âmbito de hábitos de sono saudáveis e a entrega de um folheto informativo sobre *"Promoção de Hábitos de Sono Saudáveis na Criança"* (ANEXO V). Assegurando assim que a informação dada é apresentada de forma apropriada e clara.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do jovem presta cuidados de nível avançado com segurança e competência à criança saudável, proporciona educação para a saúde, assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2001, p. 8) "*O Exercício profissional da enfermagem centra-se na relação interpessoal de um enfermeiro e uma pessoa ou de um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidades). (…) o Enfermeiro distingue-se pela formação e experiência que lhe permite compreender e respeitar os outros numa perspetiva multicultural, num quadro onde procura abster-se de juízos de valor relativamente à pessoa cliente dos cuidados de enfermagem".*

Gomes (2009) defende que as consultas de saúde infantil são um lugar privilegiado para o enfermeiro ajudar os pais a conhecer melhor o seu filho, esclarecendo dúvidas e preparando-os para problemas comuns da primeira infância, capacitando-os para uma relação de proximidade com o filho. Assim, este tem assim um papel preponderante na formação e educação dos pais sobre as características do sono do bebé, preparando-os para intervir nos diferentes estádios de desenvolvimento e diferentes fases de maturação do sono da criança. As consultas de enfermagem de saúde infantil são uma oportunidade para informar e ajudar os pais a compreenderem o desenvolvimento dos seus filhos e a prepararem-se antecipadamente para os desafios próprios de cada idade (Gomes, 2009).

Daqui advém a importância de salientar a valorização dos cuidados antecipatórios como fator de promoção da saúde e de prevenção da doença, nomeadamente facultando aos pais os conhecimentos necessários ao melhor desempenho da sua função parental. Inserindo-se nas competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem salientam a capacidade de implementação e gestão, em parceria, de um plano de saúde promotor da parentalidade (Regulamento nº 123/2011, Diário da República).

Para que a informação fosse facilmente acedida e relembrada, considerou-se pertinente a elaboração de um poster que foi afixado na sala de espera da consulta de saúde infantil sobre *"Promoção de Hábitos de Sono Saudáveis na Criança"* (ANEXO VI) de forma a alertar os pais e família para o tema. Este poster destaca *"Os dez mandamentos do sono saudável"* recomendados pela World Association of Sleep Medicine (2011), sendo esta conduta recomendada e adequada ao sono, mas em simultâneo a sua prática induz a atitudes saudáveis para o ser humano, nomeadamente através do reforço dos ritmos circadianos

naturais do corpo, redução de fatores estimulantes (como cafeína), aumento do exercício físico e redução de práticas sedentárias como a diminuição do uso de dispositivos eletrónicos (televisão, computador, consolas, entre outros), aumentando assim o relaxamento e redução dos níveis de stress.

A Direção Geral de Saúde segundo o Plano Nacional de Saúde 2004/2010 destaca *"(…) cada vez mais a promoção da saúde e o papel dos agentes de educação para a saúde, que beneficiam dos conhecimentos relacionados com o desenvolvimento humano, aplicados ao contexto comunitário em que atuam e da proximidade das pessoas que são alvo desta abordagem".*

Com a concretização destas atividades desenvolveram-se competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, nomeadamente ao nível da prestação de cuidados em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e jovem. Sendo de salientar a promoção do crescimento e desenvolvimento infantil, a vinculação precoce, comunicação adequada e empática tendo sempre como bases a adoção de comportamentos saudáveis (Regulamento nº 123/2011, Diário da República).

Sensibilizar a equipa de saúde para a temática da promoção de hábitos de sono saudáveis na criança dos 0-5 anos

A formação profissional contínua promove uma melhoria de conhecimento e de desempenho por excelência. Na sequência da pouca exploração desta temática no CSL, e com o intuito de efetuar um diagnóstico de situação sobre as necessidades formativas da equipa de enfermagem procedi à aplicação de questionários aos enfermeiros que desenvolvem as suas atividades profissionais no âmbito da saúde infantil e saúde escolar num total de seis enfermeiros (ANEXO VII).

Após a análise dos resultados obtidos pelos questionários verificou-se que a totalidade dos inquiridos (100%) considerou que o sono interfere no desenvolvimento e crescimento saudável da criança; 33% afirmou desconhecer os mecanismos orgânicos mais importantes que decorrem durante o sono; 83% abordava este tema na consulta de saúde infantil, e apenas um enfermeiro (17%) referiu ter recebido formação (no âmbito do Curso de Licenciatura em Enfermagem). Todos (100%) consideraram pertinente receber formação sobre o tema em questão.

De acordo com o diagnóstico de situação emergiu a necessidade de efetuar uma sessão de formação sobre o tema *"Promoção de hábitos de sono saudáveis na criança dos 0-5 anos"*, que contemplou a respetiva divulgação, plano de sessão e avaliação (ANEXO VIII).

A sessão de formação realizou-se no dia 16 de Junho de 2011 às 12h30, com a carga horária de 25 minutos, sendo a sua programação mediante disponibilidade da equipa e do Centro de Formação do CSL.

Tendo em conta a dinâmica de trabalho de equipa que existe no CSL, considerou-se pertinente que esta fosse realizada em articulação com a equipa multidisciplinar que desenvolveu o subcapítulo Perturbações do Sono na Criança.

Os destinatários foram 10 profissionais de Saúde (6 enfermeiros e 4 médicos), tendo comparecido um total de 10 formandos (4 enfermeiros, 2 médicos e 4 estudantes do Curso de Licenciatura de Enfermagem).

Após a sessão de formação foi solicitado aos formandos o preenchimento de questionário de avaliação sobre a respetiva formação. A avaliação da sessão de formação situou-se entre o Bom e Muito Bom em todos os parâmetros avaliados (objetivos da formação, pertinência do tema abordado, clareza do formador e conteúdos programáticos), sendo o resultado positivo de uma forma global, o "*conteúdos programáticos"* foi o item mais valorizado.

Segundo Sutton (2011) os enfermeiros que trabalham diretamente com crianças encontram-se numa situação favorável para ajudar as famílias a prevenir perturbações do sono em crianças saudáveis ou com doença crónica, não devendo este tema ser subestimado ao nível da promoção da saúde.

As competências desenvolvidas assentam assim nos processos de tomada de decisão e a praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento (Regulamento nº122/2011, Diário da República). Suportando a clínica na investigação e aplicando na prática como formador os resultados obtidos a partir das necessidades formativas, quer dos pais, quer dos profissionais de saúde, pode-se afirmar que esta experiência formativa foi de extrema valia quer ao nível pessoal quer ao profissional. Destacar-se-ia a articulação com a equipa multidisciplinar que permitiu promover a formação em serviço, fomentando o desenvolvimento pessoal e profissional da equipa multidisciplinar e contribuindo também para a comunicação de aspetos relevantes da prática clínica.

Uniformizar os cuidados de enfermagem ao nível da consulta de enfermagem de Saúde Infantil no âmbito da promoção de hábitos de sono saudáveis na criança dos 0-5 anos

Para a concretização deste objetivo foi elaborado um procedimento para orientar a consulta de enfermagem de saúde infantil, este teve como objectivos direcionar o ensino efetuado à criança e família na promoção de hábitos de sono saudáveis e simplificar a integração de novos elementos.

Na sua elaboração foram estipuladas as faixas etárias das consultas do programa-tipo da Direção Geral de Saúde até aos 5 anos, salientando o foco – sono, o juízo – conhecimento (demonstrado ou não demonstrado) e a respetiva intervenção de enfermagem (ANEXO IX).

A intervenção de enfermagem incide diretamente sobre o ensino e orientação aos pais e família sobre as características do sono e promoção de hábitos de sono saudáveis na criança adequados à faixa etária e características específicas da criança.

O procedimento foi apresentado à equipa de enfermagem, que exprimiu ser um instrumento facilitador de ensino durante a consulta de enfermagem de saúde infantil, permitindo uma consulta rápida e clara dos ensinos a proceder mediante a faixa etária.

A elaboração deste instrumento visa a padronização e melhoria da qualidade da intervenção de enfermagem ao nível da consulta de Saúde Infantil.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem deve ter a capacidade de gerir situações complexas de forma eficiente, tendo capacidades que originam o seu reconhecimento intrínseco pelos colegas quando necessitam de orientação na tomada de decisão (Benner, 2001). Como futuros enfermeiros especialistas poderemos ser agentes de mudança para garantir uma prestação de cuidados de qualidade à criança e família.

O sistema informático SAPE encontrava-se em fase de implementação no CSL, sendo pertinente que o procedimento de ensino elaborado, futuramente pudesse ser inserido ao nível do programa informático, tendo sido sentida alguma dificuldade nessa adaptação, que foi ultrapassada após validação do procedimento pela Enfermeira Orientadora que após uma análise partilhada confirmou a possível inclusão dos dados em linguagem CIPE.

Considerou-se que foi um percurso que contribuiu de forma muito positiva para a construção de um saber experiencial mais abrangente, que engloba novas realidades.

3.2. MÓDULO II - CREDITAÇÃO

O módulo II – Internamento Pediátrico obteve creditação por reconhecimento de competências desenvolvidas e saber experiencial relativo a 8 anos de prática profissional ao nível da Unidade de Cuidados Intensivos de Pediatria (UCIPED) / Serviço de Urgência de Pediatria do Hospital de Santa Maria (HSM).

A UCIPED tem como missão prestar cuidados diferenciados e altamente especializados a utentes em idade pediátrica, em situação crítica com risco ou falência das funções vitais (UCIPED, 2011). Sendo considerada uma unidade inovadora, abrangendo tratamentos muito diferenciados, nomeadamente todo o processo inerente ao transplante de medula óssea, técnicas diferenciadas como ECMO (Extra Corporeal Membrane Oxygenation), hemodiafiltração, pós operatórios, crianças vitimas de traumatismos graves, entre outras patologias, que exigem por parte da equipa de enfermagem permanentes atualizações teórico-práticas, e ainda o desenvolvimento contínuo de competências para lidar com a criança e família em situação critica.

Assume competências ao nível da coordenação do trabalho da equipa de enfermagem e das assistentes operacionais de acordo com os princípios orientadores e protocolados na unidade. A tomada de decisão na resolução dos incidentes são fundamentais para uma correcta gestão da unidade, colaborando nas decisões da equipa multidisciplinar. Promove um correcto funcionamento da unidade optimizando o trabalho da equipa de enfermagem e contribuindo para uma gestão eficaz dos recursos materiais. Ao nível da formação responsabiliza-se pela orientação de alunos em ensino clínico e integração de novos profissionais (Regulamento nº122/2011, Diário da República).

Segundo Benner (2001) é possível tornarmo-nos peritos numa determinada área quando experienciamos e refinamos teorias pré-adquiridas e prevemos o que se segue, num domínio de conhecimentos aprofundados de determinada situação.

As competências desenvolvidas como profissional ao nível da formação, investigação, supervisão e gestão, capacitam ao nível dos cuidados de enfermagem de forma a actuar de forma assertiva e com conhecimento, intervindo em cada situação específica, mesmo nas de maior complexidade. Efectuando constantemente uma avaliação reflexiva da tomada de decisão tendo por base o código ético deontológico.

A equipa de enfermagem ambiciona uma melhoria constante dos cuidados prestados, tendo por base a entreajuda, humanização dos cuidados e aprofundamento dos conhecimentos teórico-práticos. Baseados na análise constante do trabalho realizado, realização de reuniões para discussão de incidentes críticos e implementação de estratégias para optimização dos resultados (UCIPED, 2011).

Segundo o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, considera-se determinante a existência de uma formação continuada com vista ao desenvolvimento profissional, incitando à integração de uma descrição detalhada da natureza dos cuidados de enfermagem e/ou da área de atuação profissional, com o fim de poder ser assegurada uma prestação de cuidados de qualidade (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

3.3. MÓDULO III - SERVIÇO DE NEONATOLOGIA

O módulo III – Neonatologia decorreu na Unidade de Neonatologia do Hospital de Santa Maria, no período de 26 de Setembro a 21 de Outubro de 2011 tendo a duração de 90 horas.

A hospitalização de um filho logo após o nascimento é uma fonte de grande stress para a família, gerando instabilidade e desequilíbrio no sistema familiar (Pinto et al, 2008). O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem tem que estar preparado para agir de forma a minimizar as consequências adjuvantes da hospitalização precoce do RN. Ajudando os pais a estabelecer uma relação de contacto com o filho, dando explicações personalizadas sobre os equipamentos utilizados, rotinas do serviço, estimular o toque e a prestação de cuidados sempre que possível, encorajando sempre a sua permanência junto do RN (Jorge, 2004).

Conforme foi mencionado no capítulo anterior, o serviço de neonatologia foi submetida a uma remodelação que obrigou à transferência provisória do serviço com término a 23 de Setembro de 2011, tendo o regresso às instalações remodeladas coincidido com o início deste percurso. Todo este processo de mudança criou alguma dificuldade inicial no diagnóstico de situação, pois ao nível de equipamento e material, ainda estavam a ser estruturados os locais de arrumação, tal como a adaptação da equipa de enfermagem às novas condições e estrutura física. A sala de pré-saída permaneceu fechada na totalidade do tempo de estágio.

Nos recém-nascidos prematuros existe um atraso na consolidação da regulação do comportamento motor e na organização do ciclo do sono e da vigília. O RN reage e interage com o meio envolvente desde o nascimento (Brazelton, 2003).

A Organização Mundial de Saúde (2009) citando Mills (1975) refere que os recém-nascidos são particularmente sensíveis a ruídos ambientais, nomeadamente os prematuros, pois influenciam a quantidade e a qualidade do sono dos mesmos, pois estes passam a maior parte do seu tempo a dormir.

A maioria do tempo de estágio decorreu na unidade de cuidados intermédios. Sendo o local onde os pais começam a ser mais independentes na prestação de cuidados à criança, onde há um grande investimento ao nível da promoção da parentalidade. Nesta perspetiva foi definido como objetivos específicos e respetivas atividades para este momento de aprendizagem os seguintes:

Desenvolver competências de Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem na prestação de cuidados de enfermagem ao recém-nascido e família internado no Serviço de Neonatologia

O nascer exige do recém-nascido uma adaptação ao mundo exterior, este processo é mais difícil quando é a situação de uma criança de pré-termo, pela imaturidade dos seus sistemas orgânicos (Pinto et al, 2008).

A prestação de cuidados de enfermagem numa unidade de neonatologia é uma área extremamente diferenciada e especializada ao nível do saber experiencial e conhecimento, requer uma longa integração para atingir um nível de competência que permita uma atuação independente (Whaley e Wong, 2006).

Dado a especificidade do contexto, para atingir este objetivo, realizaram-se reuniões informais com a Enfermeira Chefe, Orientadora e restante equipa de enfermagem. Procedeu-se à consulta de manuais e protocolos existentes na Instituição e efetuou-se observação participativa na prática dos cuidados de enfermagem com a finalidade de uma adequada integração e adaptação ao local de estágio.

Apesar da experiência pessoal adquirida na prestação de cuidados de enfermagem na área de pediatria (Serviço de Urgência de Pediatria e Unidade de Cuidados Intensivos de Pediatria ao nível de alguns procedimentos técnicos e normas institucionais), que considerou ter sido uma "*mais-valia"* na rápida integração e adaptação ao local de estágio, sentiu que na realidade era um contexto muito diferenciado e específico, necessitando de aprofundar e adquirir novos conhecimentos teórico-práticos através de uma pesquisa bibliográfica ao nível dos cuidados de enfermagem prestados ao RN prematuro.

A prestação de cuidados diferenciados e o contacto com esta nova realidade traduziu-se no desenvolvimento de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem no âmbito do cuidar da criança e família em situações de especial complexidade, mobilizando recursos oportunamente e recorrendo a várias abordagens e terapias (Regulamento nº 123/2011, Diário da República). Salientando a experiência da

prestação de cuidados diretos à criança submetida a hipotermia induzida na encefalopatia hipóxico-isquémica, tendo sido esta unidade pioneira iniciando esta técnica desde 2009.

Na continuidade do que já foi citado, os pais de recém-nascidos prematuros iniciam estes novos papéis submetidos a condições inóspitas, rodeados de tecnologia, com diversos obstáculos na interação com o filho. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem tem um papel preponderante na promoção da vinculação, utilizando estratégias para promover o contacto físico pais e recém-nascido, negociar o envolvimento dos pais na prestação de cuidados ao filho com necessidades de saúde especiais (Regulamento nº 123/2011, Diário da República).

De acordo com Barradas (2008, p. 75) *"Os profissionais de saúde deverão proporcionar apoio emocional e orientar os familiares nos cuidados ao recém-nascido, valorizando as suas atitudes e habilidades de modo a proporcionar igualmente um ambiente que promova o desenvolvimento do recém-nascido. É aqui que este bebé vai aprender como responder ao ambiente que o rodeia, às pessoas e os seus sentimentos"*.

Considero que foi uma experiência enriquecedora ao nível experiencial e técnico, adquirindo conhecimentos relativos às necessidades específicas da RN prematuro e família, que influenciaram de forma positiva o meu percurso como futuro Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem.

Cabete (2007, p.5) realça que *"(…) refletir sobre a (sua) prática faz parte do (seu) processo de formação. Todo o trabalho será o de tentar «parar para pensar», olhando a sua prática de forma crítica, usando o distanciamento necessário para se observar a si mesmo e a coragem suficiente para se questionar"*.

Desenvolver competências como Enfermeira Especialista de Saúde da Criança e do Jovem no âmbito da promoção de hábitos de sono saudáveis na criança 0-1 ano de idade

O sono é fundamental para um adequado desenvolvimento da criança, dados os mecanismos orgânicos que decorrem, sendo de salientar a formação das vias cerebrais necessárias à aprendizagem, a importância nas diferentes fases de registo, codificação, armazenamento e evocação da memória, e na cooperação com o sistema imunitário (Soares, 2010).

Para um correto levantamento de necessidades foram realizadas entrevista informais com a Enfermeira Chefe e Enfermeira Orientadora, tendo tomado conhecimento que o serviço encontrava-se a reformular um projeto relativo ao "*Plano de alta para o bebé"* que abrangia um conjunto de sessões de formação destinadas aos pais e família das crianças internadas no Serviço de Neonatologia. Este era constituído pelos diapositivos de cada sessão e de um suporte teórico sobre os diferentes temas com o objetivo de aprofundar e ou relembrar conhecimentos antes dos enfermeiros realizarem as sessões de formação aos pais, designando-se por "*Guia Orientador para Enfermeiros*".

Assim, foi proposto efetuar uma sessão de formação aos pais que incluiriam duas temáticas "*A importância do sono no Recém-nascido"* e "*Como Reduzir o risco do Síndrome de Morte Súbita*

no Lactente". Sendo esta realizada no dia 16 de Outubro de 2011, após a respetiva divulgação e elaboração do plano de sessão (Anexo X).

Segundo Raydo e Reu-Donlon (2005) o período pós-parto imediato é o momento perfeito para instruir os pais sobre os cuidados a prestar ao RN de forma a reduzir o risco do Síndrome de Morte Súbita no Lactente, pois o que as enfermeiras ensinam e praticam tem um efeito profundo sobre as práticas parentais após a alta hospitalar.

A sessão foi interativa, com esclarecimento de dúvidas colocadas pelos pais, que compareceram num total de 10 formandos, existindo momentos de partilha sobre situações vivenciadas na unidade, e como deveriam proceder quando tivessem os bebés na sua casa, nomeadamente relacionados com o tema "*sono".* A avaliação da sessão de formação situou-se em entre o Bom e Muito Bom em todos os parâmetros avaliados (objetivos da formação, pertinência do tema abordado, clareza do formador e conteúdos programáticos). Sendo a *"clareza do formador"* e a *"pertinência do tema abordado"*, os itens mais valorizados.

Nas sugestões efetuadas pelos pais ficaram registados os seguintes aspetos: gostariam que houvesse novas sessões com outros temas, direcionadas para o cuidar do RN.

Tendo em conta os temas das formações foi deixado um suporte teórico para incluir no *"Guia orientador para Enfermeiros"*, com o objetivo de orientar futuras formações aos pais, que foi validado com a Enfermeira Orientadora e Enfermeira Chefe.

No término da sessão, com o intuito de poder fornecer uma síntese da informação transmitida, foi entregue aos pais um folheto informativo sobre os itens considerados mais pertinentes acerca da temática ministrada (Anexo XI).

Segundo a Sociedade Portuguesa de Pediatria (2011) a ocorrência de morte súbita é rara no primeiro mês de vida, aumenta até um valor máximo entre os 2 e os 4 meses e cerca de 95% dos casos surge antes dos 6 meses de idade.

Para consolidar a informação fornecida, foi sugerido pela equipa de enfermagem, a colocação de um poster na sala dos pais sobre o tema *"Como Reduzir o risco do Síndrome de Morte Súbita no Lactente",* de forma a recordar as condutas a seguir no âmbito da redução dos fatores de risco (Anexo XII).

As Instituições devem implementar políticas que sejam consistentes, com recomendações atualizadas e em conformidade com entidades reguladoras, a promoção da parentalidade deve responder às preocupações específicas dos pais, nomeadamente sobre conforto, medo de asfixia, informação sobre métodos alternativos da diminuição da excitação antes do sono, entre outros (Raydo e Reu-Donlon, 2005). A conceção de programas educativos eficazes para os pais, combinando a informação oral e escrita adequada a cada família, parece ser mais eficaz do que qualquer uma destas medidas isoladas (Raydo e Reu-Donlon, 2005).

Uma Unidade de Neonatologia tem um ambiente de contínua atividade humana, com níveis de ruído e de luminosidade elevados que não são os ideais para o pleno desenvolvimento do RN de pré-termo. Torna-se fundamental que sejam tomadas medidas específicas de conforto que valorizem, respeitem e não perturbem o sono do RN.

Os recém-nascidos são expostos a diversos estímulos, nomeadamente manuseio frequente, ruídos externos, luminosidade, procedimentos invasivos, entre outros, que contribuem para a interrupção dos ciclos de sono e consequente aumento dos níveis de stress. Necessitam dos seus períodos de sono respeitados, pois são essenciais para o seu adequado desenvolvimento psicomotor e respetiva regulação biológica (Pinto et al, 2008).

Na observação dos cuidados de enfermagem prestados constatou-se que a equipa de enfermagem estava sensibilizada para respeitar o sono do RN, tentando coordenar todas as intervenções da equipa multidisciplinar num só momento e mobilizando técnicas para reduzir o ruído e luminosidade (tais como evitar colocar objetos que causem impacto sonoro em cima das incubadoras, responder prontamente aos alarmes dos equipamentos, cobrir as incubadoras com capas adaptadas de forma a reduzir a intensidade do som e diminuir a exposição à luz, entre outras).

Mas considerando que se trata de uma unidade, com determinado tipo de características, onde se destaca um espaço físico reduzido para o número total de vagas, o que por vezes dificulta a manutenção de um ambiente mais calmo.

A Comissão de Saúde Ambiental da Academia Americana de Pediatria citado pela Organização Mundial de Saúde (2009) concluiu que o ruído ambiental elevado numa unidade de cuidados intensivos neonatais alterou as respostas fisiológicas e comportamentais dos recém-nascidos. O som ambiental nestas unidades deve ser mantido em menos de 80 dB e dentro de incubadoras um nível de ruído maior do que 45 dB considera-se preocupante (Organização Mundial de Saúde, 2009 citando Graven, 2000).

Elaborou-se uma norma de procedimento para os profissionais de enfermagem sobre *"Intervenção de Enfermagem no Conforto do Recém-nascido no âmbito da Promoção do Sono no Serviço de Neonatologia"* (Anexo XIII), com o objetivo de uniformizar os cuidados de enfermagem prestados e servir como facilitador ao nível da integração de novos profissionais ou estudantes.

Um estudo de investigação realizado por Batalha (2010) sobre *"Intervenções não farmacológicas no controlo da dor em cuidados intensivos neonatais"*, demonstrou que os RN sofrem cerca de 12 procedimentos dolorosos ao fim de um dia e 84 ao fim de uma semana de internamento na Unidade. Também sugere que devem se tomadas medidas de controlo de dor não farmacológicas diretamente relacionadas com o conforto, nomeadamente posicionamentos, medidas específicas de conforto (balançar, pegar ao colo, colocar chupeta, afagar, conversa), massagens, ensino aos pais para uma presença assídua, aplicação de sacarose, glicose ou aleitamento materno durante o procedimento doloroso e aplicação de calor / frio (Batalha, 2010).

Somente o RN envolto em conforto consegue obter um sono tranquilo. O conforto é um estado em que estão satisfeitas as necessidades básicas relativamente aos estados de alívio, tranquilidade e transcendência. O cuidado de conforto requer, quer um processo de ações confortantes, quer o resultado dessas ações (Apóstolo, 2009 citando Kolcaba, 1995).

Considerou-se pertinente alertar os pais para alguns procedimentos simples que protegem o sono do RN, pelo que elaborou-se um poster que foi afixado na Unidade de Cuidados Intermédios, direcionado aos pais das crianças sobre a importância do sono da criança e algumas condutas/alertas de orientação com o objetivo de minimizar os efeitos ambientais da unidade, na preservação do sono da criança (Anexo XIV).

Considerou-se que o conjunto das atividades desenvolvidas atingiram na totalidade o objetivo proposto, sendo gratificante a recetividade que a implementação destas atividades tiveram junto da equipa de enfermagem, e, principalmente, junto dos pais do recém-nascido internado no serviço de neonatologia.

3.4. MÓDULO III - SERVIÇO DE URGÊNCIA DE PEDIATRIA

O estágio decorreu no Serviço de Urgência de Pediatria do Hospital de Santa Maria, no período de 24 de Outubro a 18 de Novembro de 2011, tendo uma duração total de 90 horas.

Considera-se pertinente salientar que o facto de desempenhar funções como Enfermeira no Serviço de Urgência de Pediatria proporcionou uma plena adequação dos objetivos que visam o desenvolvimento de competências específicas na área de especialização de Saúde da Criança e do Jovem. O excelente conhecimento da dinâmica do serviço e da equipa multidisciplinar favoreceram o desenvolvimento em pleno do objetivo proposto a desenvolver durante a realização desta última etapa.

Neste período efetuou-se uma visita ao Laboratório Pediátrico de Sono do HSM, onde é realizado o estudo do sono da criança. Considerou-se fulcral perceber como são efetuados os exames que podem detetar uma patologia do sono.

O laboratório do sono possui 2 quartos, que se encontram monitorizados por câmara de televisão, os exames efetuados à criança são: polissonografia, estudo cardiorespiratório, oximetria noturna e monitorização transcutânea do CO_2, durante uma noite (das 21h às 8h00). Uma das limitações existentes é a criança não estar no seu ambiente natural, logo proporciona um sono menos tranquilo. Foi uma experiência enriquecedora, pois ter conhecimento de todo o trajeto de uma criança com perturbação do sono é importante para compreender a criança e família tal como a articulação do trabalho multidisciplinar.

A hospitalização inesperada de uma criança é sempre uma situação de stress para a criança e família, sendo a intervenção de enfermagem fundamental para minorar esta situação. Uma correta colheita de dados e escuta ativa das preocupações sentidas são elementos chave para proporcionar o início de uma relação terapêutica (Jorge, 2004).

Salientando as competências exigidas ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, quer técnicas, quer relacionais, ao nível de dar respostas complexas, *"(…) deter conhecimentos e habilidades para antecipar e responder às situações de emergência, mas também para avaliar a família e responder às suas necessidades, nomeadamente no âmbito da adaptação às mudanças na saúde e dinâmica familiar"*

(Regulamento nº 123/2011, Diário da República, p. 8653). Na sequência determinou como objetivo deste módulo:

Desenvolver competências como Enfermeira Especialista de Saúde da Criança e do Jovem no âmbito da Promoção do Conforto da Criança e Família internada no SOPED

Considerando o comprometimento físico e psicológico que uma situação de internamento acarreta, e reconhecendo as especificidades de cada criança e família, é exigido ao enfermeiro que cuida de crianças em contexto hospitalar um vasto conjunto de saberes e competências que lhes permita promover um desenvolvimento infantil harmonioso (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

A ligação do sono com o sistema imunitário é recíproco, pois alterações no sistema imunitário causam perturbações do sono e por outro lado o sono tem um papel importante na restauração do sistema imunitário (Soares, 2010).

O conforto e o sono são especificações fundamentais para o pleno desenvolvimento da criança, logo devem ser definidas intervenções de enfermagem que favoreçam estes aspetos ao longo do internamento, de forma a minimizar os efeitos negativos deste.

Cada família tem necessidades específicas em relação à hospitalização da criança, pelo que deverá ser alvo de uma abordagem individualizada e contextualizada mediante a situação específica vivenciada (Jorge, 2004). Em síntese, consideramos que perante a situação de hospitalização de uma criança, há necessidades específicas que aquela criança e família apresentam e às quais a equipa de enfermagem necessita de estar atenta e dar resposta.

O ambiente do SOPED pode comparar-se ao de uma unidade de cuidados intensivos, por receber crianças hemodinâmicamente instáveis que necessitam de monitorização cardiorespiratória e de intervenções de enfermagem permanentemente.

O conforto é um conceito transcultural e interdisciplinar com uma base holística, este alterna significativamente mediante as necessidades pessoais da criança e família (Kolcaba e Dimarco 2005). O enfermeiro deve definir um plano de intervenção de enfermagem, tendo em conta as necessidades de conforto do cliente e os diferentes contextos.

Procedeu-se ao diagnóstico de situação através da aplicação de um questionário dirigido aos pais/pessoa significativa da criança construído para o efeito (Anexo XV). Teve como objetivo identificar as necessidades de conforto da criança/família internada no SOPED relativamente aos fatores envolventes, tendo em conta a experiência vivenciada durante o internamento. Pois considera-se relevante saber qual a opinião experiencial, por forma a confirmar uma realidade já percecionada.

O questionário foi aplicado no período que decorreu entre 10 e 14 de Novembro de 2011, tendo como critério de inclusão a permanência da criança e família no SOPED por um período superior a 12 horas, de forma a poderem formular uma opinião.

O instrumento de colheita de dados constituído por 6 questões, abertas e fechadas foi entregue a 20 acompanhantes com retorno total dos mesmos. Foi explicado pessoalmente a cada

participante qual o objetivo da aplicação do questionário, respeitando a sua decisão de participação, a confidencialidade e anonimato. Tendo sido validados na sua totalidade.

Após análise dos resultados obtidos (Anexo XV) verificou-se, no que se refere às idades das crianças, a média é de 1,9 anos. Sendo a sua distribuição a seguinte: 25% com idade inferior a 2 anos; na faixa etária entre 2 e 6 anos 30%; entre 7 e 11 anos 25% e os restantes, com idade igual ou superior a 12 anos com 20%. Adotou-se as faixas etárias de acordo com o preconizado na Teoria de Desenvolvimento de Piaget (Papalia, Olds e Feldman, 2001).

Em relação às questões sobre as condições ambientais da unidade*: "Avalie de que forma as seguintes condições ambientais interferiram no conforto da sua criança ao longo do internamento"*, foram avaliados os seguintes itens: espaço físico, temperatura, luminosidade e ruído.

A pessoa como um ser humano holístico está no cerne da teoria do conforto. Esta perspetiva defende que as pessoas se encontram rodeadas pelo seu ambiente. Enfermeiros podem e devem manipular as características ambientais da unidade (Kolcaba, 2001).

Concluiu-se que grande parte dos pais consultados considera estes itens *"importante"* (50%) e *"muito importante"* (46%). Tendo sido efetuadas algumas sugestões para melhorar as condições ambientais. Sendo de referir que ao nível do espaço físico foi sugerido "*Divisão do espaço por idade das crianças*" (Q4); "*Talvez fosse útil uma sala separada para bebés, pois por norma passam a noite a chorar, acordando as crianças mais velhas e com várias interrupções do sono" (Q19)*; "*Uma sala de espera com atividades, leitura e jogos" (Q15)*. Em relação à temperatura ambiental: *"A temperatura é demasiado baixa, faz mesmo frio" (Q2)*; *"A temperatura arrefeceu muito durante a noite" (Q16)*. Em relação ao ruído: *"Na minha opinião penso que o ruído o fator mais importante para o descanso das crianças" (Q7).*

Nas restantes questões efetuadas, foram na sua totalidade (100%) respondidas positivamente nomeadamente:

- Considera que foram implementadas medidas de avaliação e controlo da dor na sua criança;
- No caso de a sua criança ter indicação para permanecer em jejum considera que foram tomadas medidas alternativas de consolo;
- Considera que foi respeitada a privacidade da sua criança;
- Considera importante que a criança usufrua de acompanhamento permanente;
- Considera que a equipa de enfermagem demonstrou interesse para esclarecer as suas dúvidas e necessidades.

Preconizou-se com a análise dos dados recolhidos, definir intervenções de enfermagem referente às necessidades sentidas neste âmbito e consequentemente a melhoria da qualidade dos cuidados através da aquisição, sistematização e transferência de competências na prestação dos cuidados de enfermagem.

Atualmente tendo em conta o Hospital de Santa Maria encontrar-se a passar por um processo de acreditação com critérios de qualidade exímios, exigindo formação permanente e recente a

todos os enfermeiros em áreas como comunicação, confidencialidade, prevenção de infeções, entre outros, que contribuiu certamente para a para a obtenção destes resultados favoráveis.

No SOPED, pelas suas características, verifica-se uma mobilidade frequente de crianças/jovens quer pela sua transferência para outros serviços de pediatria como por alta para o domicílio. Este facto não permite a alocação de camas por idades, assim como manter um ambiente controlado em termos de ruído, luminosidade e mobilidade de pessoas. Proporcionar um ambiente tranquilizador é uma tarefa difícil de concretizar, mas essencial para garantir períodos de sono tranquilo às crianças/famílias.

A elaboração de um "*Projeto de Intervenção - Promoção do Conforto da Criança e Família Internada na Sala de Observação do Serviço de Urgência de Pediatria do Hospital de Santa Maria"* (Anexo XV), foi considerada uma atividade pertinente e exequível durante o período em que decorreu este módulo.

Tendo sempre em consideração que o enfermeiro Especialista de Saúde da Criança e do Jovem na prestação de cuidados deve proporcionar, de forma direta ou indireta, condições propícias de sono e repouso à criança hospitalizada, interferindo assim no processo de recuperação através do cuidado (Paiva, Antunes e Soares, 2006). Consideramos fundamental a implementação de estratégias que proporcionem uma experiência de internamento o mais positiva possível, adotando intervenções que fomentem o conforto da criança e família durante a hospitalização, promovendo assim momentos de sono com qualidade.

No projeto foram planeadas intervenções de enfermagem, algumas já implementadas, outras que foram implementadas no decorrer do estágio e por fim algumas que aguardam oportunidades de serem concretizadas, visto que o reduzido número de horas de estágio não possibilitaram colocar em prática a totalidade das intervenções sugeridas. No local de estágio planeia-se dar seguimento ao projeto como enfermeira a exercer funções no respetivo serviço.

O suporte teórico deste projeto foi baseado na Teoria de Conforto de Kolcaba, na importância do sono na criança e nos resultados obtidos da aplicação do questionário. Tendo por base a teoria de conforto de Kolcaba e a sua respetiva estrutura taxonómica do conforto foram planeadas e desenvolvidas um conjunto de intervenções de enfermagem com o objetivo de melhorar a qualidade do sono da criança internada no SOPED. Com o intuito de focar os cuidados de enfermagem na promoção do conforto da criança, as respetivas intervenções foram baseadas em bibliografia consultada, na experiencia pessoal com enfermeira na área da pediatria e na reflexão conjunta com a equipa de enfermagem.

Dado o contexto do internamento nesta unidade ser de curta duração (24 a 48 horas) apenas considerou-se pertinente incidir nos seguintes contextos do conforto: físico, ambiental e social. Desta forma, pretendeu-se contribuir para uma abordagem articulada e multifacetado ao nível da prestação de cuidados de enfermagem.

Descreveu-se algumas intervenções de enfermagem realizadas com o objetivo da promoção do conforto da criança, tendo por base o diagnóstico de situação (ANEXO XV):

- Colocação de posters alusivos à redução do ruído no SOPED com o objetivo de alertar a família da criança internada. Solicitou-se ao Gabinete de Comunicação do

HSM suporte na realização dos posters, cedendo este as imagens aprovadas no Serviço de Urgência de Pediatria, articulando assim em conjunto a elaboração dos mesmos. Estes foram fabricados em acrílico e afixados no SOPED.

- Colocação de termómetro de temperatura ambiental no SOPED e respetiva monitorização do mesmo através de uma folha de registo de temperatura, com o objetivo de monitorizar a temperatura ambiental e contactar técnicos responsáveis pelo controle centralizado da temperatura sempre que necessário.
- Colocação do placard de mensagens junto à porta de entrada do SOPED com o objetivo de promover a necessidade de conforto sociocultural proporcionado por mensagens de bem-estar e incentivo através da partilha de experiências positivas de hospitalização ou somente algumas sugestões de melhoria.

As necessidades de conforto sociais são estruturadas ao nível sociocultural, como o suporte, linguagem corporal positiva e carinho. Estas necessidades são satisfeitas, por exemplo através do saber estar do enfermeiro, pois inclui a sua atitude, mensagens de bem-estar e incentivo, reforço positivo e a presença do enfermeiro (Kolcaba e DiMarco, 2005).

O projeto foi apresentado à equipa de enfermagem através de uma sessão de formação em pequenos grupos (após a passagem de turno). Nesta reflexão os profissionais demonstraram interesse em participar e contribuir ativamente para desenvolver este projeto. Sendo este dinâmico e passível de ser modificado se pertinente. A equipa de enfermagem é constituída por 23 enfermeiros, tendo o projeto sido apresentado a um total de 18 (Anexo XV). O objetivo consiste em promover o desenvolvimento profissional dentro da equipa de enfermagem, de forma a permitir uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Segundo Benner, (2001, p. 12) *"O modo como tratamos a nossa aprendizagem experiencial diária, na prática clínica, determina a extensão em que a investigação e a educação serão tanto coletivas como cumulativas, e ligadas de um modo vital com a prática clínica"*.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem tem um papel de destaque no fomentar e implementar de uma prática de cuidados de qualidade, quer pelo conhecimento aprofundado que detém na área de especialização, como pelas competências específicas adquiridas, que lhe permitem estar desperto para a abrangência do contexto em questão.

Kolcaba (2010) salienta que a prática de enfermagem baseia-se na apreciação intencional das necessidades de conforto, na conceção das medidas de conforto para abordar essas necessidades e reapreciação dos níveis de conforto, após a implementação. Estas podem ser intuitivas, subjetivas ou objetivas tendo em conta a especificidade da situação.

Ao desenvolver este projeto assumimos ter desenvolvido competências do Enfermeiro Especialista ao nível do domínio da melhoria contínua da qualidade desempenhando um papel dinamizador, participando em projetos Institucionais na área da qualidade. Consideramos a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a recuperação da doença, atuando proativamente promovendo um ambiente adequado ao bem-estar (Regulamento nº122/2011, Diário da República).

4. CONCLUSÃO

A elaboração deste relatório assumiu-se como uma etapa importante, contribuindo para uma reflexão ao nível pessoal e profissional, que permitirá atuar de modo mais estruturado e sistematizado a nível futuro. Considerou-se que seja um reflexo dos objetivos e atividades desenvolvidas, com o intuito de aperfeiçoar competências como Enfermeira Especialista de Saúde da Criança e do Jovem.

O desenvolvimento de competências que visam a promoção de hábitos de sono saudáveis na criança foi um tema de escolha pessoal, contudo foi sempre considerado o diagnóstico de situação, através do levantamento das necessidades da criança e família em cada contexto e das necessidades de cada serviço ou instituição, o que se traduziu numa melhoria dos cuidados prestados e valorização da equipa de enfermagem.

A temática desenvolvida constituía um desafio, por ser considerada muito específica. As maiores dificuldades sentidas decorreram no levantamento das necessidades nos diferentes locais de estágio, mas consideram-se que foram ultrapassadas com êxito, pois em cada contexto ficou um projeto desenvolvido, que proporciona a promoção de hábitos de sono saudáveis na criança.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem tem o dever de promover o mais elevado estado de saúde possível e prestar cuidados à criança e família proporcionando uma educação para a saúde através da mobilização dos recursos disponíveis na comunidade.

Sendo enfermeira com experiência profissional em contexto hospitalar, desenvolver competências no âmbito da comunidade foi uma prática deveras importante, de forma a consolidar informação do trabalho efetuado ao nível dos cuidados de saúde primários.

Ao nível do módulo III, neonatologia e urgência de Pediatria (SOPED), considerou-se fundamental a introdução da temática conforto, criando estratégias que conduzem ao conforto da criança durante a hospitalização, originando uma melhoria da qualidade de sono. Salientando sempre que o sono é promotor de bem-estar físico e psíquico, sendo este um fator preponderante ao completo restabelecimento da criança.

Este percurso foi relevante para o desenvolvimento pessoal e profissional, contribuindo de forma imprescindível para a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados tanto ao nível do *"saber estar"* como do *"saber fazer".*

As necessidades de atualização de conhecimentos foram uma constante ao longo de todo o percurso, exigindo um esforço contínuo. O tema sono encontra-se cada vez mais difundido ao nível do conhecimento médico mundial, mas existem poucos estudos de investigação no âmbito da disciplina da Enfermagem, o que se considerou ser uma limitação na elaboração deste relatório.

O sono da criança constitui uma área de interesse para a prática de várias disciplinas, devendo investir-se ao nível da educação e investigação, pois ainda existem lacunas por explorar, nomeadamente nas diferentes fases do desenvolvimento da criança. Deste modo, deverá ser

privilegiado a realização de um investimento, por parte dos enfermeiros, nesta área de intervenção, de modo a promover a qualidade e manter a excelência dos cuidados de enfermagem.

O desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem passa por diferentes vivências em ensinos clínicos diferentes daqueles em que estamos inseridos, encontramos novas experiências contextuais e peritos da área. Assim, atendendo às experiências proporcionadas, como sugestões de mudança ao nível pessoal e profissional irá incidir na valorização da articulação de cuidados ao nível da equipa multidisciplinar. Efetuar um investimento ao nível da formação e investigação institucional, mobilizando os conhecimentos adquiridos em prol do desenvolvimento profissional dos enfermeiros.

Julga-se enquanto sugestão, a pertinência de existir uma partilha permanente entre os Enfermeiros, ao nível dos cuidados de saúde primários e diferenciados, com o intuito de fomentar projetos em conjunto, contribuindo assim na promoção da saúde e bem-estar da população.

Este percurso permitiu, através do desenvolvimento de competências especializadas, a procura de cuidados de enfermagem por excelência com um conhecimento profundo acerca da criança, centrando a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem nas necessidades da criança e família.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, I., Rua, M. – **Interdisciplinaridade, Estágios Clínicos e Desenvolvimento de Competências**,in Enfermagem, Julho-Setembro 2005, p.373-382.
- Apóstolo, J. L. A. – **O conforto nas teorias de Enfermagem – análise do conceito e significados teórico**, in Revista Referência, II Série – nº9, Março, 2009, p.61-67.
- Barradas, A. – **Parentalidade na relação com o recém-nascido prematuro: vivências, necessidades e estratégias de intervenção**, 2008, http://repositorioaberto.univ-ab.pt/handle/10400.2/735, em http://repositorioaberto.univ-ab.pt/handle/10400.2/735 consultado no dia 28/10/2011.
- Barros, L. - "**Psicologia Pediátrica – Perspectiva Desenvolvimentista**, 2ª Edição, Lisboa, Manuais Universitários – Climepsi Editores, 2003, 224p, ISBN:972-796-081-2.
- Batalha, L. – **Intervenções não farmacológicas no controlo da dor em cuidados intensivos neonatais**, Revista de Enfermagem Referência, III Série; n° 2; Dez. 2010, p.73-80.
- Benner, P.– **De Iniciado a Perito***,* Coimbra, Arte Pronta, 2001, 294p., ISBN 972-8535-97-X.
- Brazelton, T. B. – **O Grande Livro da Criança: O Desenvolvimento Emocional e do Comportamento Durante os Primeiros Anos***,* 6ª Edição, Lisboa, Editorial Presença, 2003. 535p.
- Brazelton, T. B., Sparrow, J. -**A Criança e o Sono – O Método Brazelton***,* 5ª Edição, Lisboa, Editorial Presença, 2009, 90p.
- Brunschwing, H. –**Sono***,* Lisboa, Edições Pergaminho SA, 2008. 80p. ISBN: 978-972-711-715-4.
- Cabete, D. – **Construção de um portfólio de competências – Avaliação do processo e dos resultados**, Percursos, Publicação da Área Disciplinar de Enfermagem, (Abril-Junho 2007), Ano 2 – Nº4, ISSN 1646-5067, p.4-22.
- Centro de Saúde do Lumiar, Programa de Carteira de Serviços UCC do Lumiar, 2011, ACES Lisboa Norte.
- Cordeiro, Mário – **Dormir Tranquilo**, Lisboa, A Esfera do Livro; 2010. 205p. ISBN:978-989-626-215-0.
- Crispim, J., et al – **Padrão de sono e factores de risco paraprivação de sono numa população pediátrica portuguesa**,in Acta Pediátrica Portuguesa - Sociedade Portuguesa de Pediatria; 2011; Vol. 42, nº 3; p. 93-98.
- Despacho nº 31292/2008 do Diário da República, 2ºsérie – Nº.236 – 5 de Dezembro de 2008.
- Direcção Geral de Saúde - **Maus Tratos em crianças e Jovens- Intervenção da Saúde***,* Documento Direcção-Geral da Saúde, 2007.
- Direcção Geral de Saúde -**Saúde Infantil e Juvenil: Programa Tipo de Actuação**, Direcção-Geral da Saúde, 2º Edição, 2005.

- Direcção Geral de Saúde - **Plano Nacional De Saúde 2004/2010** em: http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/consultado no dia 06/04/2011.
- Gomes, C. – **Cuidar do sono do bebé**; in Revista Referência, II Serie; nº9; Março 2009; p.69-77.
- Hospital de Santa Maria, em http://www.chln.min-saude.pt/ consultado no dia 11/11/2011.
- International Council of Nurses – **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE versão 2.0**, Geneve: ICN, (tradução portuguesa) 2011.
- Jorge, A. M.- **Família e Hospitalização da Criança – (re) pensar o cuidar em enfermagem**, Loures, Lusociência – edições técnicas e Cientificas, Lda, 2004, 192p, ISBN: 972-8383-79-7.
- Kolcaba, K. – **Evolution of the Mid Range Theory of Comfort for Outcomes Research**, 2001, em http://thecomfortline.com/files/pdfs/2001%20-%20Evolution%20of%20the%20Mid%20Range%20Thoery%20of%20Comfort%20for%20Outcomes%20Research.pdf, consultado a 05/11/2011.
- Kolcaba, K. -***A theory of holistic comfort for nursing,*** 1994, em http://thecomfortline.com/files/pdfs/1994%20%20Holistic%20Comfort%20for%20Nursing.pdfconsultado a 05/11/2011.
- Kolcaba, K.- **Theoretical Development**, 2010*"The confort line"* (Online), em http://www.thecomfortline.com/home/faq.html#comfort – definition, consultado a 05/11/2011.
- Kolcaba, K., DiMarco, M. - **Confort Theory and its Application to Pediatric Nursing**, in Pediatric Nursing, Vol. 31- nº3, Maio-Junho, 2005.
- Lei nº 147/99 de 1 de Setembro – Lei de protecção de Crianças e jovens em perigo publicada no Diário da República – I Série – A.
- Mendes, L. R., Fernandes, A., Garcia, F. T,***"Hábitos e perturbações do sono em crianças em idade escolar,*** In: Acta Pediátrica Portuguesa. - Revista de medicina da criança e do adolescente/prop. Sociedade Portuguesa de Pediatria, Lisboa - Vol. 35, nº 4 (Julho/Agosto 2004), p.341-347.
- Ordem dos Enfermeiros – **Divulgar - Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem***,* 2001.
- Ordem dos Enfermeiros – **Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica**, Cadernos da Ordem dos Enfermeiros, Série I, número 3, 2010, ISBN: 978-989-8444-00-4.
- Ordem dos Enfermeiros - **Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem**, 2011, em http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEESaudeCriancaJovem.pdf, consultado em 11 de Janeiro de 2012;
- Organização Mundial de Saúde, **Night Noise Guidelines for Europe**, 2009, ISBN 978 92 890 4173 7.

- Paiva, M., Antunes, C., Soares, E. – **Fatores que Interferem na Preservação do Sono e Repouso de Criança em Terapia Intensiva**, in Revista de Enfermagem, vol. 10, núm. 1, Abril, 2006, p. 29-35 em http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve= 127715303004consultado a 07/10/2011.
- Paiva, T., **Bom Sono, Boa Vida**, 4ª Edição, Alfragide, Oficina do Livro, 2009, 264p, ISBN:978-989-555-350-1.
- Papalia, D., Olds, S., Feldman, R. - **Mundo Da Criança**, 11.ª Edição, 2001, MCGRAW-HILL Higher Education, ISBN: 9788577260416.
- Pender, Nola J. – "*Health Promotion Manual"*, 2011, em http://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/2027.42/85350/1/HEALTH_PROMOTION_MANUAL_Rev_5-2011.pdf. consultado a 24 de Fevereiro de 2012.
- Pinto, E., et al **– O Estresse no Neonato Pré-termo: uma reflexão axiológica acerca de possíveis influências dos fatores sensório-ambientais em unidade de terapia intensiva neonatal**, in Fitness & Performace, Rio de Janeiro, Setembro/Outubro, Vol. 7, 2008, p. 345-351.
- Raydo, L., Reu-Donlo, C. – **Putting Babies "Back to Sleep": Can We Do Better?**; in Neonatal Network; VOL. 24, Nº. 6, November/December, 2005.
- Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista nº122/2011, Diário da República, 2ª Série – Nº 35, 18 de Fevereiro de 2011, P. 8648-8653.
- Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem do nº 123/2011, Diário da República, 2ª Série – Nº 35, 18 de Fevereiro de 2011, p. 8653-8655.
- Serviço de Neonatologia, Dossier de Normas e Protocolos, HSM, 2011.
- Serviço de Urgência de Pediatria, Dossier de Normas e Protocolos, HSM, 2011;
- Silva, C., Carvalho, V., Figueiredo, N. – ***Predicações de Conforto na Perspectiva de Clientes e de Enfermeiros***, in Cogitare Enfermagem, Jan/Mar 2011,emhttp://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/viewArticle/21111consultado a 08/11/2011.
- Soares, Â. – **O Sono – Efeitos da sua privação sobre as defesas orgânicas**, Lisboa, LIDEL, Edições Técnicas, Lda, 2010, 100p. ISBN: 978-972-757-663-0.
- Sociedade Portuguesa de Pediatria - **Síndrome de Morte Súbita do lactente,** em - http://www.spp.pt/conteudos/default.asp?ID=33 consultado a 10/10/2011.
- Sutton, J. – **Promoting effective interventions for sleep problems,** *inNursing Children and Young People;* October 2011, Vol. 23, nº8; em http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=b5cfdebf-0f0d-44b7-abaa-34125eab3f63%40sessionmgr4&vid=1&hid=14 ; Consultado a 28 de Fevereiro de 2012.
- Pfettscher, Susan – Florence Nightingale: Enfermagem Moderna. In Tomey, A. M., Alligood, M. R. – **Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem),** Loures; Lusociência – Edições Técnicas e Ciêntificas, Lda; 2004, ISBN: 972-8383-74-6.

- Universidade Católica Portuguesa. - Instituto de Ciências da Saúde. Escola Superior Politécnica de Saúde – **Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional: Regulamento Geral,** 2010. 14 p.
- UCIPED, Manual de Serviço, HSM, 2011;
- Vieira, M. – **Ser Enfermeiro: da compaixão à proficiência***,* 2ª ed. Lisboa: Universidade Católica Editora, 2008, 158 p. ISBN 978-972-54-0195-8.
- Whaley, L., Wong, D. – **Enfermagem Pediátrica – Elementos Essenciais à Interpretação Efetiva,** *7ª Edição,* Rio de Janeiro, Editora Guanabara Koogan, SA, 2006.
- World Association of Sleep Medicine, em http://www.wasmonline.org/>. Consultada a06/06/2011.

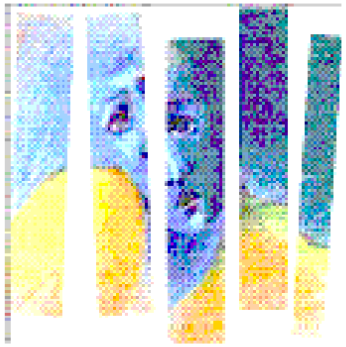
ANEXOS

ANEXO I - Folheto Informativo sobre a temática "Núcleo de Apoio à Criança e Jovem em Risco do Centro de Saúde do Lumiar"

Objectivos:

- Intervém na primeira linha da promoção e protecção dos direitos das crianças e jovens em risco;
- Visa acompanhar as famílias na identificação e resolução dos factores que poderão colocar as crianças e jovens em risco/perigo;
- Actua sempre de modo consensual com os pais ou com quem detenha a guarda da criança

Criança é todo o ser humano menor de 18 anos, salvo se, nos termos da lei que lhe for aplicável, atingir a maioridade mais cedo.
(Art.º1 da Convenção dos Direitos da Criança)



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Elaborado por:
Filipa Loureiro (Curso Mestrado em Enfermagem – Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica)
Sob orientação: Enf.ª Especialista Lurdes Florindo
Prof.ª Zaida Charepe

Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco do Centro de Saúde do Lumiar

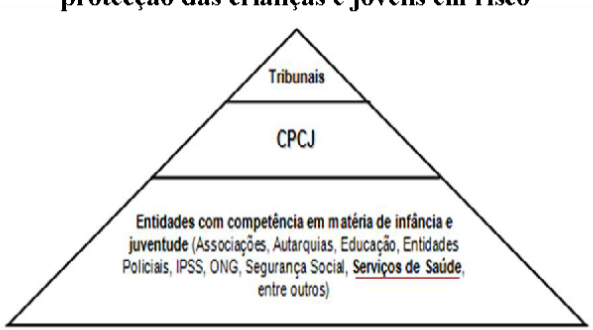
ACES Lisboa Norte

Quem somos?

Somos uma equipa multidisciplinar composta de Enfermeiros, Médicos, Técnicos de Serviço Social e Psicólogos, constituído ao abrigo do despacho 31292/08 de 5 Dez.

3 NÍVEIS DE INTERVENÇÃO

no domínio da promoção dos direitos e protecção das crianças e jovens em risco



Área de Abrangência

- Freguesia do Lumiar
- Freguesia da Charneca
- Freguesia da Ameixoeira

Segundo a Lei de Protecção Crianças e Jovens em Perigo no nº.2 do Artº.3º - Lei 147/99 de 1 de Setembro poderão ser consideradas situações de perigo:

- Estar abandonada ou viver entregue a si própria;
- Sofrer maus tratos físicos, psíquicos ou ser vítima de abusos sexuais;
- Não receber os cuidados ou a afeição adequados à sua idade e situação pessoal;
- Ser obrigada a actividades ou trabalhos excessivos ou inadequados à sua idade, dignidade e situação pessoa, prejudiciais à sua formação ou desenvolvimento;
- Estar sujeita, de forma directa ou indirecta, a comportamentos que afectem gravemente a sua segurança.

Como sinalizar situações de perigo ao NACJR?

Centro de Saúde do Lumiar

Horário: 9h00 – 16h00

Alameda Linhas Torres, nº243

Tel: 217527110

Fax: 217599567

Email: nacjr@cslumiar.min-saude.pt

A comunicação de uma situação de perigo para a criança/ jovem é obrigatória para **qualquer pessoa** que dela tenha conhecimento. (Artº.66 da Lei 147/99 de 1 Setembro)

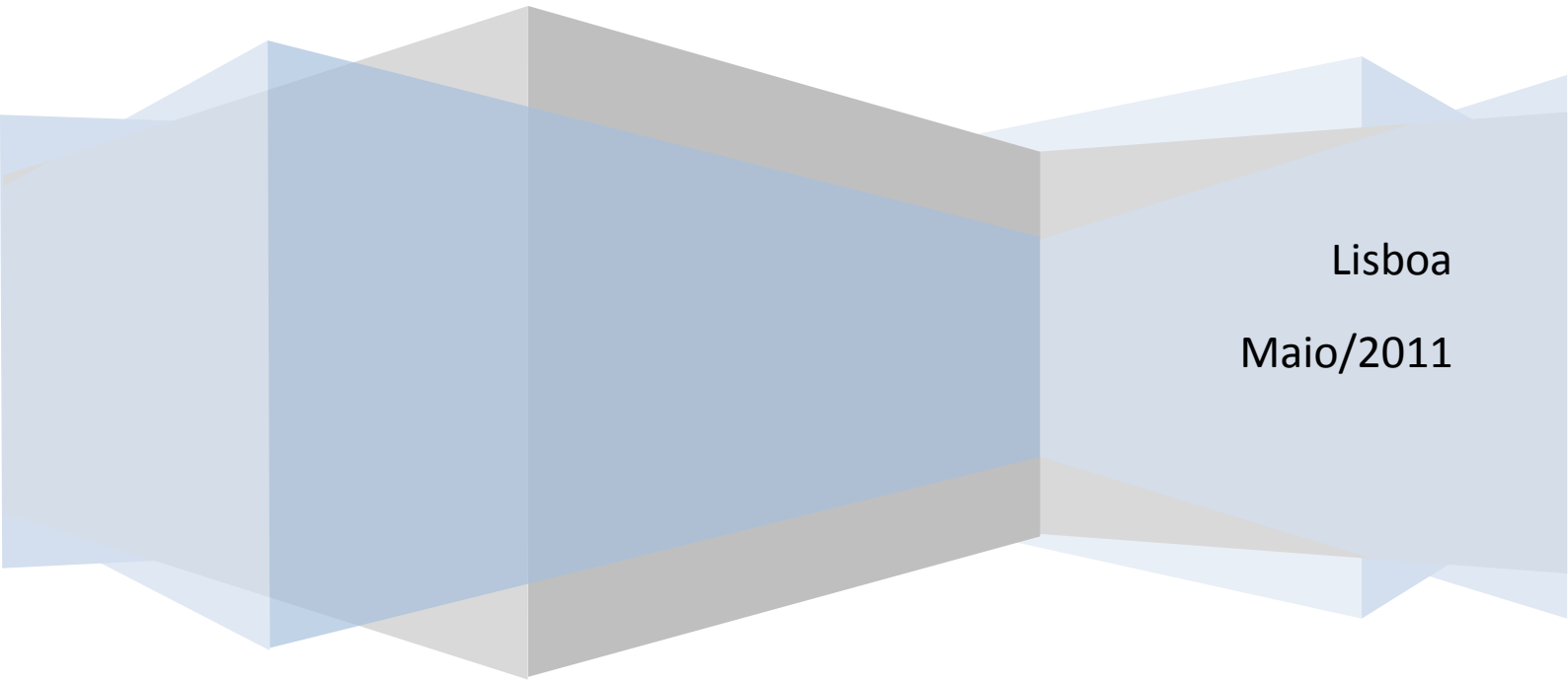
ANEXO II - Questionário aplicado aos utentes do CSL sobre os hábitos de sono da criança

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

QUESTIONÁRIO

Perturbações do Sono – Promoção de Hábitos de Sono Saudáveis na Criança

Filipa Loureiro



Lisboa

Maio/2011

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

QUESTIONÁRIO

Filipa Loureiro, Enfermeira com o nº de Ordem 5-E-39301 em frequência do Curso de Mestrado e Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria do Instituto Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Encontro-me a realizar o Estágio em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (Modulo I – Saúde Infantil) no Centro de Saúde do Lumiar no âmbito da consulta de Saúde Infantil estou a abordar o tema Perturbações do Sono – Promoção de Hábitos de Sono Saudáveis na Criança dos 0-5 anos.

Gostaria de conhecer os hábitos de sono do(a) seu filho(a) de forma a melhorar a informação transmitida aos pais no âmbito desta temática na consulta de saúde infantil.

Venho por este meio solicitar a sua colaboração para responder a este questionário.

Não se identifique, os dados fornecidos são confidenciais.

Agradecemos desde já a disponibilidade e atenção.

Filipa Loureiro

Qualquer duvida contacte 962731252

filipaloureiro@sapo.pt

IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA:

Idade:___ **Sexo:** M☐ F ☐

1. O seu filho(a) dorme a sesta?

   Sim ☐
   Não ☐

   1.1 Se respondeu sim na pergunta anterior, quantas horas? _____

2. Durante os dias de semana, a que horas vai dormir? ____ E acorda a que horas? ____

3. Durante o fim de semana, a que horas vai dormir? ____ E acorda a que horas? ____

4. Quanto tempo demora para adormecer?

   <5minutos ☐ 5–15minutos ☐ 15–30 minutos ☐ > 30minutos ☐

5. Acorda durante a noite? Sim ☐ Não ☐

   5.1 Se respondeu sim na pergunta anterior, quais as estratégias que o utiliza para voltar a adormecer a criança? _____

6. Quando acorda durante a noite quanto tempo demora a adormecer?

<5 minutos ☐ 5-15 minutos ☐ 15-30 minutos ☐ >30 minutos ☐

7. Dorme em quarto próprio?

   Sim ☐
   Não ☐

8. Dorme em cama própria?

   Sim ☐
   Não ☐

9. Dorme com a luz acesa?

Sim ☐
Não ☐

10. Dorme com um boneco/ peluche / brinquedo?

Sim ☐
Não ☐

11. Vê televisão ou joga computador antes de adormecer?

Sim ☐
Não ☐

12. Adormece sozinho?

Sim ☐
Não ☐

13. A criança, têm alguns hábitos antes de adormecer?

Sim ☐
Não ☐

13.1 Se sim qual ou quais? _____

Obrigado pela atenção

Fonte: Adaptado de "MENDES, Leonor Real; FERNANDES, Armando; GARCIA, F. Torgal; "*Habitos e perturbações do sono em crianças em idade escolar"* In: Acta Pediatrica Portuguesa. - revista de medicina da criança e do adolescente/prop. Sociedade Portuguesa de Pediatria; dir. Joao Pedro-Gomes. - Lisboa. - Vol. 35, nº 4 (Julho/Agosto2004);

ANEXO III - Solicitação de autorização para adaptação e utilização do questionário sobre os hábitos de sono da criança aplicado aos utentes do CSL

Data: Seg, 13 Jun 2011 [18:33:44]
De: Leonor Mendes <leonorrealmendes@gmail.com>
Para: filipaloureiro@sapo.pt
Assunto: Re: Autorização para utilização de questionário sobre hábitos do sono

Claro que sim!
Beijinhos

Leonor

2011/6/10 <filipaloureiro@sapo.pt>

> Boa tarde!
>
> Filipa Loureiro, Enfermeira com o nº de Ordem 5-E-39301 em frequência do Curso de Mestrado em Enfermagem - Área de Saúde Infantil e Pediatrica do Instituto Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.
> Encontro-me a realizar o Estágio em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (Modulo I - Saúde Infantil) no Centro de Saúde do Lumiar e no âmbito da consulta de Saúde Infantil estou a desenvolver um projecto subordinado à temática Perturbações do Sono -Promoção de Hábitos Saudáveis de Sono na Criança dos 0-5 anos.
>
> Venho por este meio solicitar a utilização e adaptação do questionário por si elaborado sobre HÁBITOS E PERTURBAÇÕES DO SONO EM CRIANÇAS EM IDADE ESCOLAR.
>
> Agradecendo a atenção, com os melhores comprimentos.
>
> 10/06/2011
>
> Filipa Loureiro

ANEXO IV- Análise dos resultados referentes aos questionários aplicados aos utentes do CSL sobre os hábitos de sono da criança

ANÁLISE DE RESULTADOS

Os questionários foram adaptados de um estudo efectuado por Mendes, Fernandes e Garcia (2004) e foi efectuada a devida autorização de adaptação e utilização.

Os questionários foram aplicados a uma amostra de 25 pais de crianças com idades 0-5 anos que se deslocaram ao Centro de Saúde do Lumiar no âmbito da consulta de Saúde Infantil, com o objectivo de identificar os hábitos de sono do(a)s seus filho(a)s, pretendendo-se deste modo, melhorar a informação transmitida aos pais no âmbito desta temática nas consultas de saúde infantil.

Existiu um retorno total dos mesmos, mas no decorrer da sua análise foram validados 20,uma vez que os restantes tiveram que ser anulados por apresentarem respostas em branco.

O questionário é anónimo, solicitando apenas os dados referentes à idade e sexo das crianças envolvidas e constituído por 13 questões abertas e fechadas relacionadas com os hábitos de sono dos seus filhos.

No que concerne à caracterização da população envolvida na resposta ao questionário, as crianças encontram-se representadas de forma equitativa, visto que, conforme nos demonstra a representação do Gráfico 1, dividem-se em 50% do sexo feminino e 50% do sexo masculino.

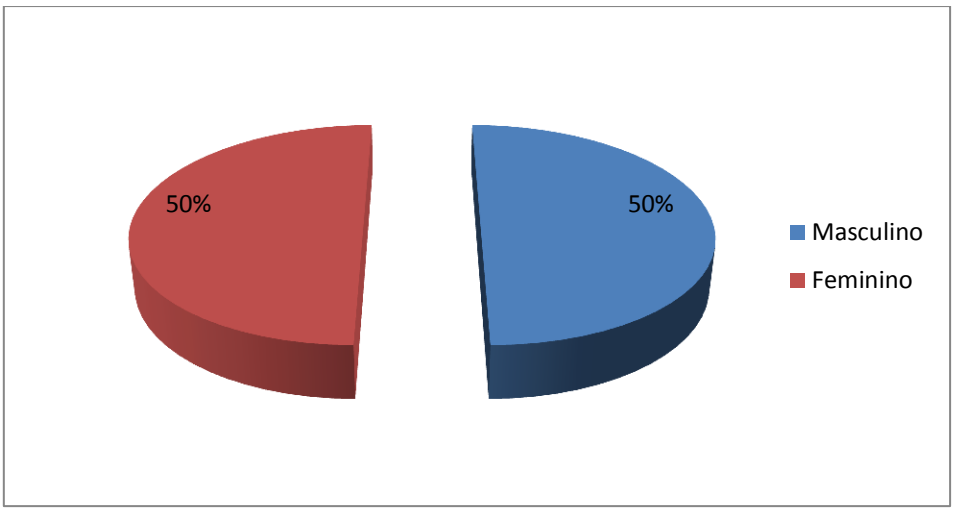


Gráfico 1 – Caracterização por Sexo das Crianças

No que se refere às idades, a média da população abrangida na aplicação do questionário é de 1,9 anos. O Gráfico 2 demonstra a sua distribuição: 20% com idade inferior a 1 ano, 35% com 1 ano, 15% com 2 anos, 10% com 3 anos, 15% com 4 anos e os restantes 5%, com 5 anos.

Pela observação destes dados, pode-se ainda constatar que 55% dos pais que responderam ao questionário têm filhos com idade inferior a 2 anos. Esta maior incidência poderá resultar do facto de nestas idades existir uma maior regularidade nas visitas ao Centro de Saúde, local onde foram aplicados os questionários.

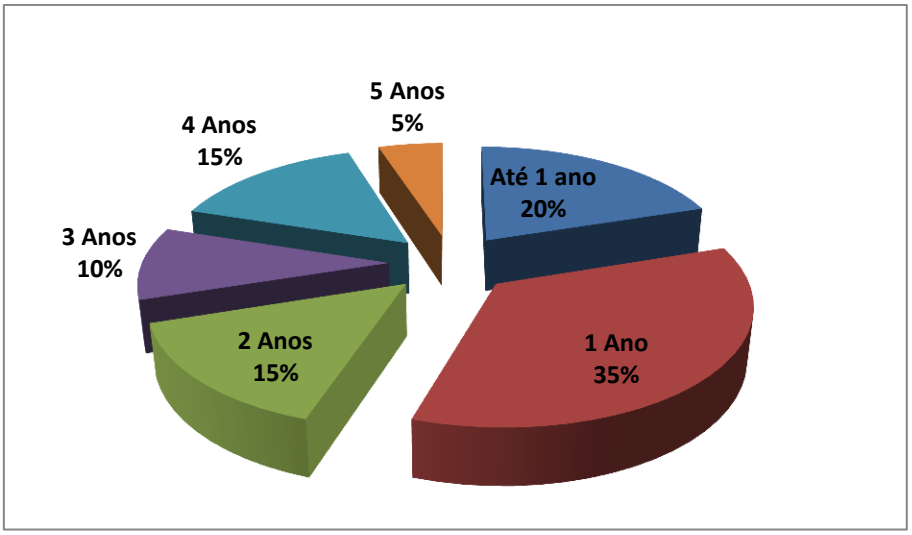


Gráfico 2 – Caracterização das Idades das Crianças

No Quadro 1 que se apresenta em baixo encontram-se representados os hábitos de sono das crianças: horas de deitar e acordar nos dias úteis da semana; horas de deitar e acordar durante o fim-de-semana e o número médio de horas dormidas durante a semana e fim-de-semana.

Questionário	Idade	Sexo	Dias Úteis Deitar	Dias Úteis Acordar	Fim Semana Deitar	Fim Semana Acordar	Dias Úteis Horas sono diaria	Fim Semana Horas sono diaria
1	1	M	20:00	7:30	20:00	7:30	10:00	10:00
2	4	M	22:00	7:30	22:00	7:30	11:00	11:00
3	1	M	21:00	7:30	21:00	7:30	10:30	10:30
4	0,6	M	23:00	7:00	22:00	7:00	8:00	9:00
5	2	F	21:00	7:00	21:00	7:00	10:00	10:00
6	0,4	F	21:30	8:30	21:30	8:30	11:00	11:00
7	3	M	23:00	9:00	23:00	10:30	10:00	11:30
8	2	F	22:30	9:00	22:30	9:00	10:30	10:30
9	1	M	21:00	9:00	22:00	9:00	12:00	11:00
10	5	F	21:00	7:00	21:00	7:00	10:00	10:00
11	1	F	21:00	7:00	21:00	7:00	10:00	10:00
12	0,6	M	0:00	10:00	0:00	10:00	10:00	10:00
13	0,7	F	21:00	7:00	21:00	7:00	10:00	10:00
14	2	F	22:30	7:00	23:00	7:00	8:30	8:00
15	1	F	21:00	8:00	21:30	8:00	11:00	10:30
16	4	M	22:00	8:00	22:00	7:00	10:00	9:00
17	1	M	21:00	8:00	21:00	8:00	11:00	11:00
18	3	F	21:00	6:30	21:30	9:00	9:30	11:30
19	1	M	20:00	7:00	20:00	7:00	11:00	11:00
20	4	F	22:00	6:30	22:00	8:00	8:30	10:00
Média	1,915		21:34	7:42	21:39	7:55	10:07	10:16
Mediana	1,0		21:00	7:30	21:30	7:30	10:00	10:15
Moda	1,0		21:00	7:00	21:00	7:00	10:00	10:00

Quadro 1 – Caracterização das Horas de Deitar e Acordar – Dias Úteis e Fim de Semana

O número médio de horas dormidas é de 10:07h durante a semana e 10:16h ao fim de semana. O horário médio de deitar é pelas 21:00h durante a semana e 21:30h ao fim de semana e o de acordar é pelas 7:30h tanto durante a semana como ao fim de semana. A hora

mais frequente de deitar é pelas 21:00h e de acordar pelas 07:00h, tanto durante a semana como ao fim de semana.

Embora existam diferenças entre as horas de deitar e acordar durante a semana e ao fim de semana, estas têm pouca expressividade. Aliás essa variação encontra-se representada graficamente no Gráfico 3 que se apresenta em seguida.

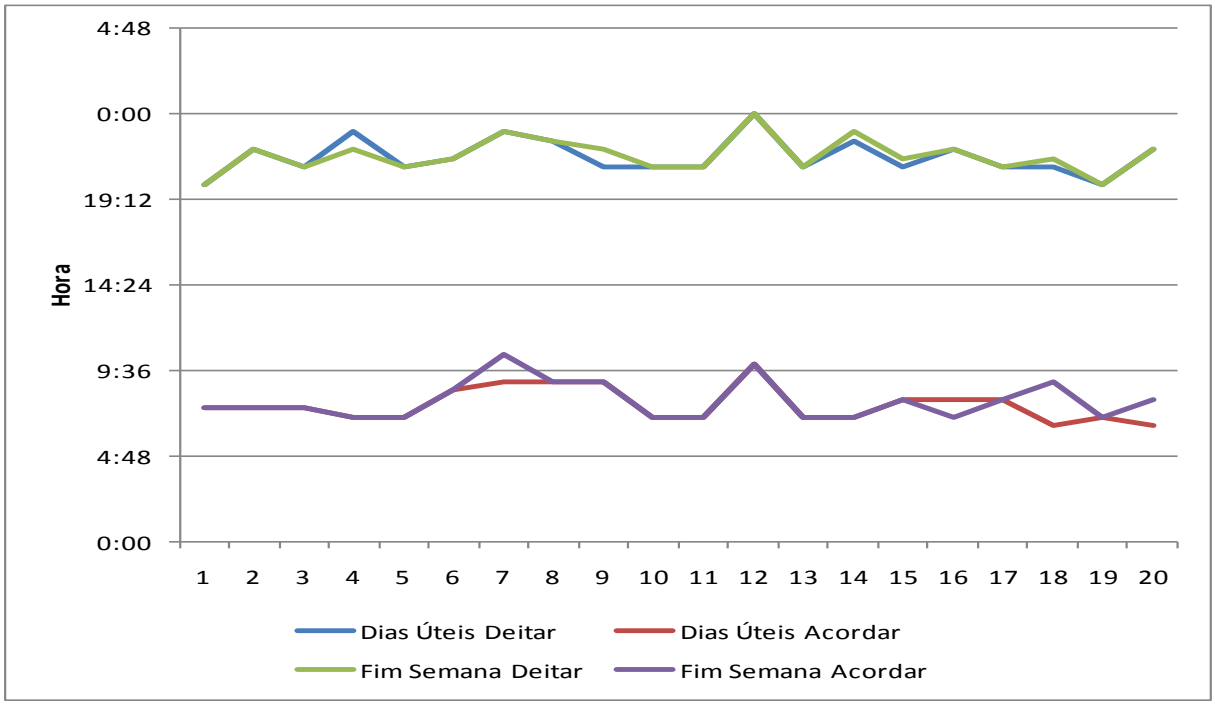


Gráfico 3 – Distribuição das Horas de Deitar e Acordar – Dias Úteis e Fim de Semana

No gráfico 4 apresentam-se os resultados obtidos para os hábitos de sono dos filhos relativos à dormida da sesta e respectivo número de horas. Os resultados indicam que as crianças têm o hábito de dormir a sesta até aos 3 anos de idade, começando a decrescer este tipo de incidência a partir dos 4 anos. Relativamente ao número médio de horas de sesta, os bebés dormem em média 3 horas que vão decrescendo gradualmente até aos 2 anos, existindo um aumento do número médio de horas pelos 3 anos, para voltar a decrescer até aos 5 anos.

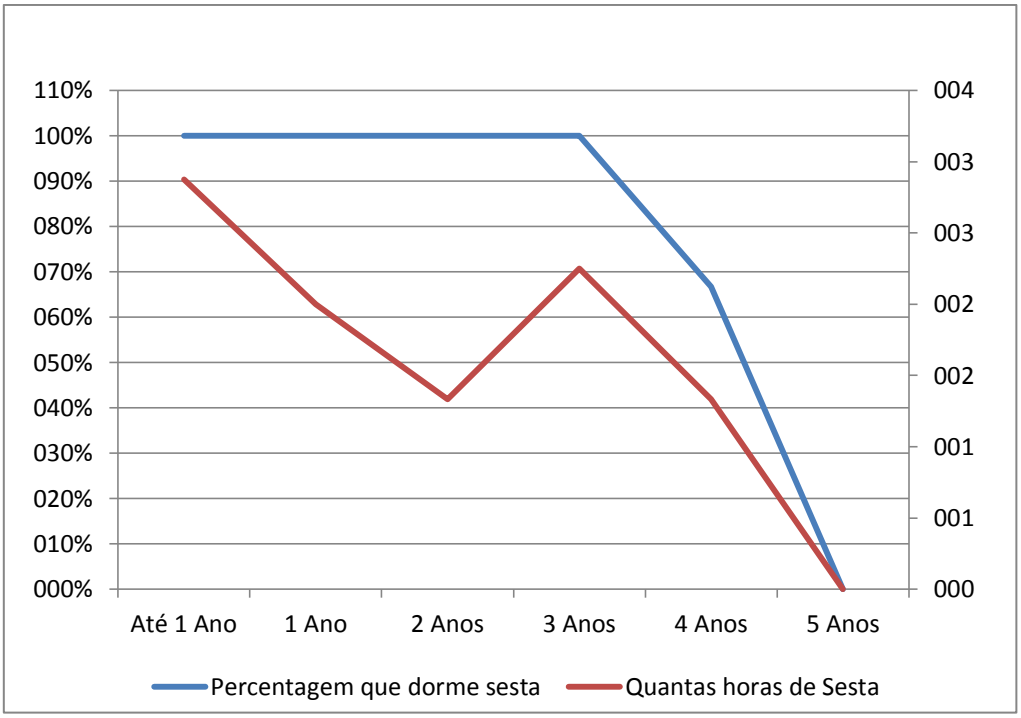


Gráfico 4 – Incidência da Dormida de Sesta e Número de horas distribuídas pela Idade

De acordo com a informação obtida nas respostas aos questionários, a maioria das crianças envolvidas na sua aplicação demora entre 5 a 15 minutos a adormecer com uma representatividade de 55% das situações (dados representados no Gráfico 5). Cerca de 15% demora menos de 5 minutos e as restantes dividem-se entre 15-30 minutos em 15% dos casos e mais de 30 minutos nas restantes 15% de situações.

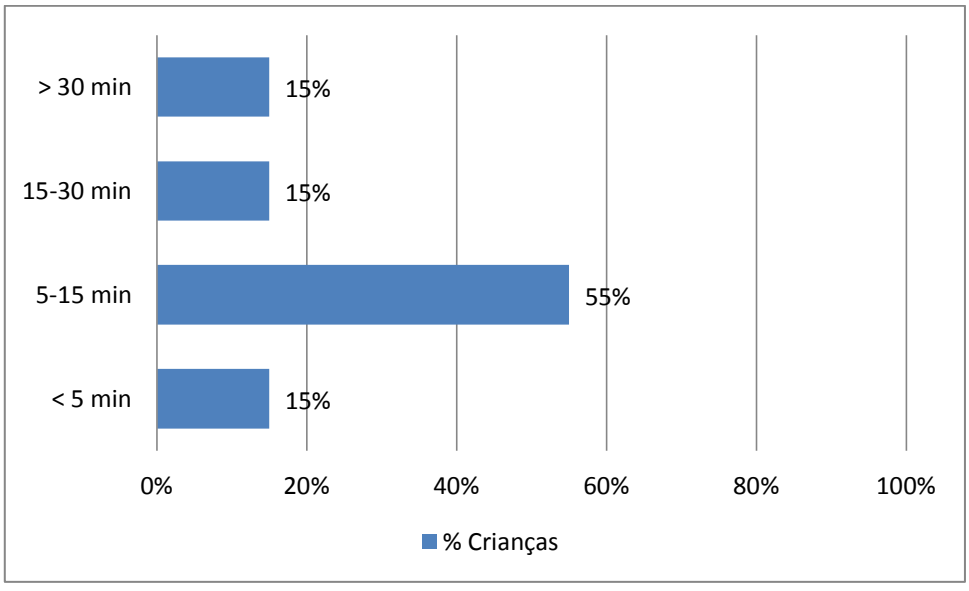


Gráfico 5 – Tempo para adormecer para sono nocturno

Relativamente à interrupção do sono durante a noite, a amostra avaliada encontra-se distribuída por 45% que na generalidade não acordam durante a noite e 55% que acordam

durante a noite. Para voltar a adormecer, os pais referem recorrer a algumas estratégias para facilitar o regresso ao sono, designadamente chucha (15%), biberão (15%), história (5%) ou mama (5%), conforme se observa no gráfico 6, 15% dos pais referem ainda que os seus filhos voltam a adormecer sozinhos.

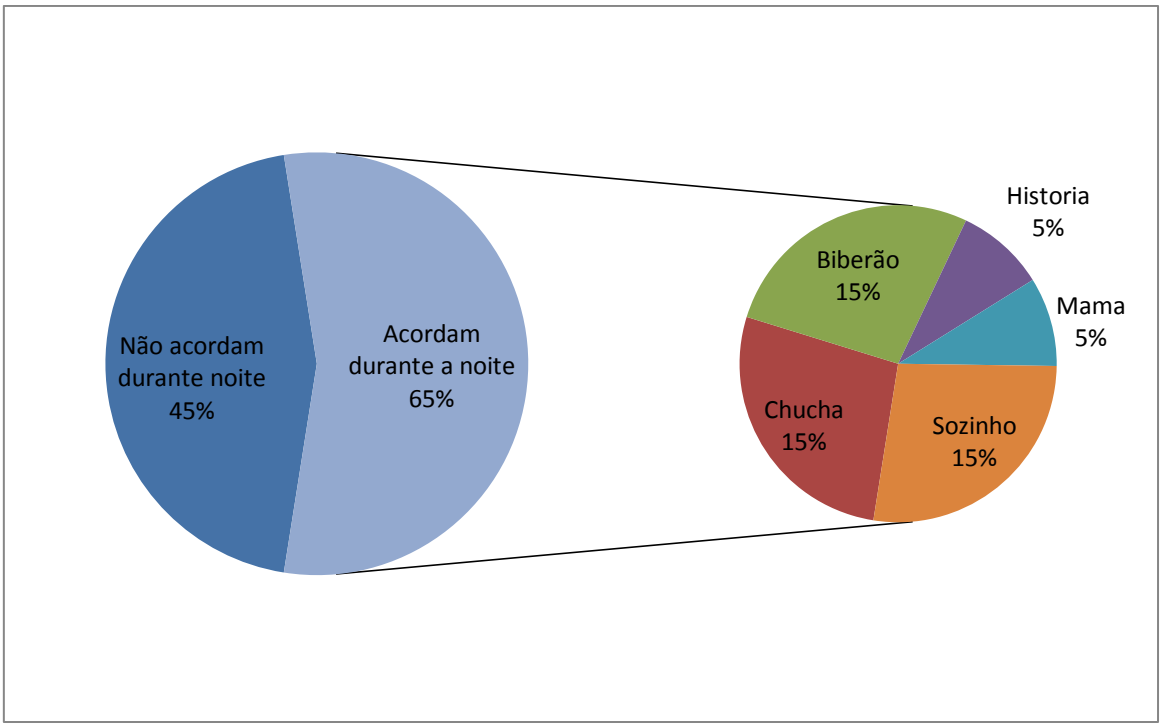


Gráfico 6 – Incidência de interrupção do sono nocturno e facilitadores para voltar adormecer

Nas situações em que a criança acorda durante a noite, verificou-se que o tempo para voltar a adormecer é no máximo de 15 minutos (gráfico 7) conforme, tempo mais reduzido do que quando se deitam. Aqui a maior percentagem concentra-se no tempo inferior a 5 minutos com 60% das crianças avaliadas e os restantes 40% poderão ir até aos 15 minutos.

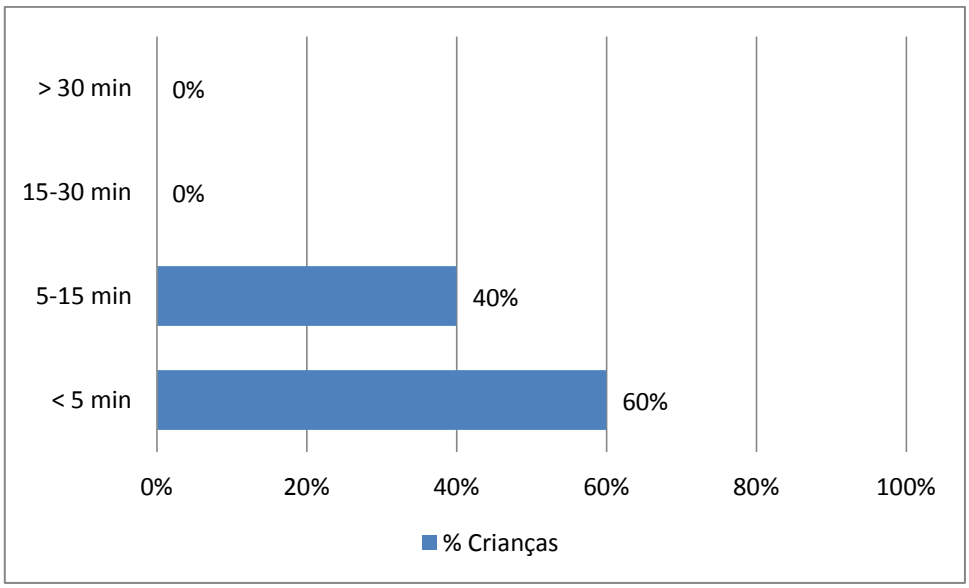


Gráfico 7 – Tempo para voltar a adormecer quando interrompe sono nocturno

No quadro 2 encontram-se registados os resultados obtidos para alguns dos comportamentos que se encontram relacionados com os hábitos de sono das crianças inventariados no questionário aos pais.

Questão	Comportamentos relacionados com o sono	% Crianças
7	Dorme em quarto próprio	40%
	Não dorme em quarto próprio	60%
8	Dorme em cama própria	75%
	Não dorme em cama própria	25%
9	Dorme com luz acesa	25%
	Não dorme com luz acesa	75%
10	Dorme com um boneco/ peluche / brinquedo	25%
	Não dorme com um boneco/ peluche / brinquedo	75%
11	Vê televisão ou joga computador antes de adormecer	50%
	Não vê televisão ou joga computador antes de adormecer	50%
12	Adormece sozinho	60%
	Não adormece sozinho	40%
13	Tem hábitos antes de adormecer	55%
	Sem hábitos antes de adormecer	45%

Quadro 2 – Caracterização de comportamentos relacionados com o sono da criança

Estes resultados encontram-se ainda representados graficamente no gráfico 8.

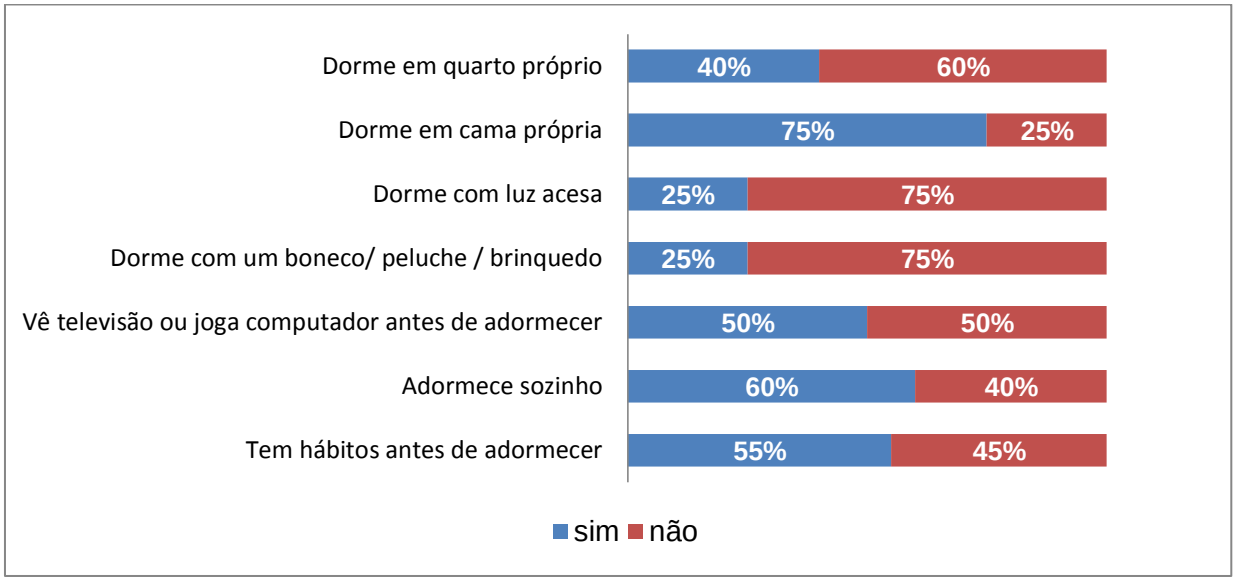


Gráfico 8 – Caracterização de comportamentos relacionados com o sono da criança

No que se refere à resposta positiva na questão 13 relativa a “Hábitos antes de adormecer “, são referenciadas situações como a fralda, história, “escuro”, música, chorar, leite, televisão, bater com a cabeça, lavar dentes ou mamar. A incidência que é referida mais que uma vez é a da fralda e a história.

Os dois próximos gráficos (nº 9 e 10) referem-se à caracterização do local onde a criança dorme em relação a Quarto Próprio e Cama Própria respectivamente mediante o grupo etário.

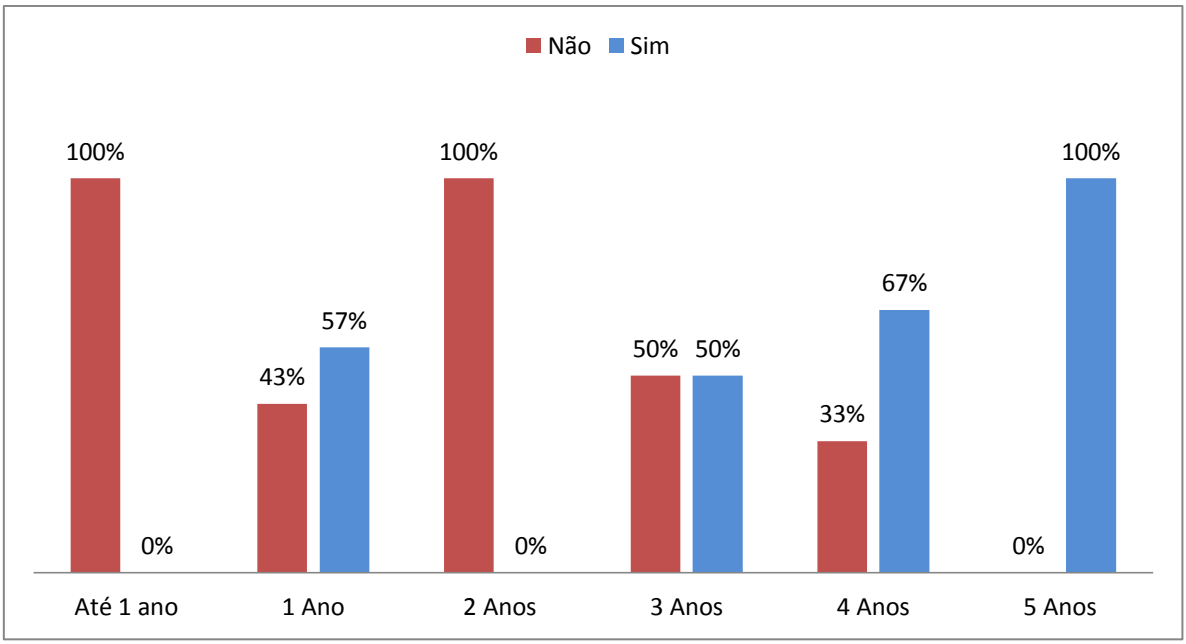


Gráfico 9 – Dorme em quarto próprio relacionado com a idade

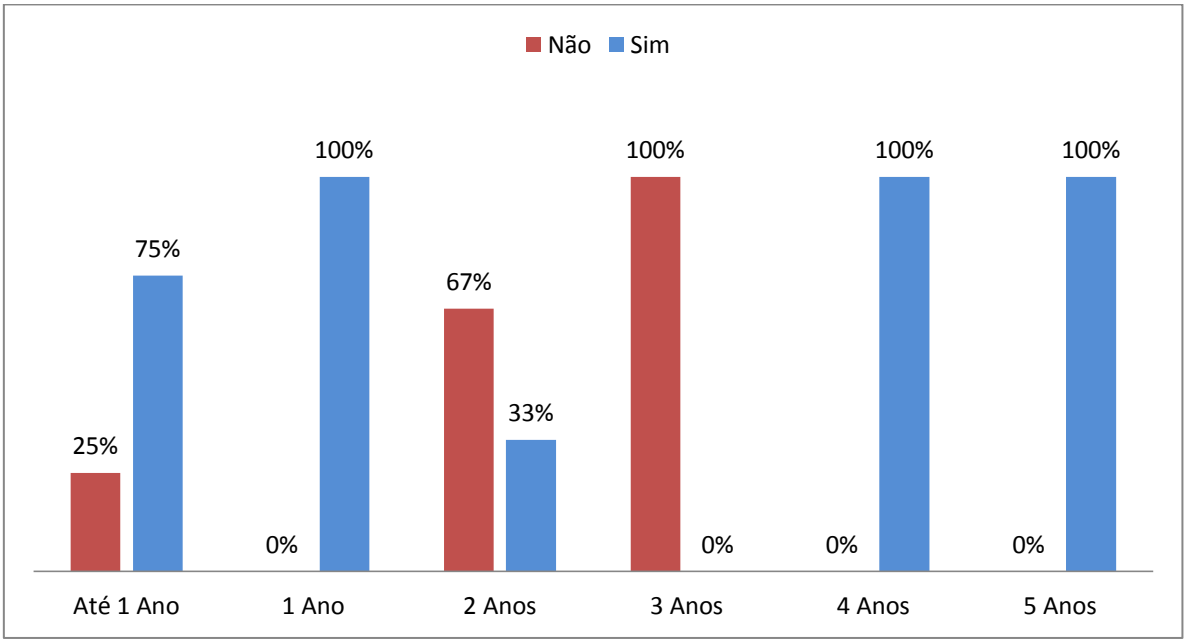
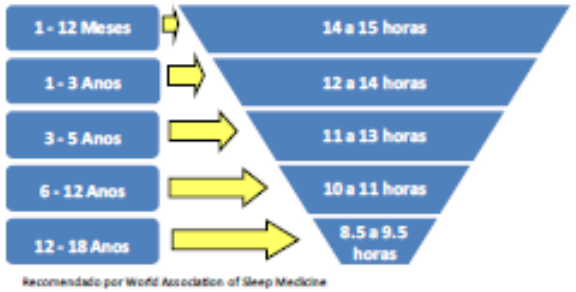


Gráfico 10 – Dorme em cama própria relacionado com a idade

ANEXO V - Folheto Informativo sobre a temática “Promoção de Hábitos de Sono Saudáveis na Criança”

Um bebé deve adquirir hábitos de sono saudáveis desde que nasce

Horas Sono Recomendadas por Idade



Recomendado por World Association of Sleep Medicine

Funções do Organismo durante o Sono da Criança

- Recuperação do cansaço físico e mental
- Melhora a memória
- Facilita a aprendizagem
- Desenvolve o crescimento através da libertação da hormona do crescimento
- Protege das doenças porque efectua a restauração do sistema imunitário

Os 10 Mandamentos do Sono Saudável para Crianças

1. Certifique-se que a sua criança dorme o suficiente por dia;
2. Mantenha uma consistência na hora de adormecer (de preferência pelas 21h00) e acordar durante a semana e fim-de-semana;
3. Estabeleça uma rotina consistente na hora de ir dormir e utilize roupas confortáveis na cama;
4. Incentive a sua criança a adormecer de forma independente;
5. Evite luzes brilhantes na hora de ir para a cama e durante a noite, aumente a exposição à luz durante o dia;
6. Mantenha todos os dispositivos electrónicos (televisões, computadores e telefone) fora do quarto, à noite limite o uso desses dispositivos;
7. Mantenha uma rotina diária regular, incluindo as refeições;
8. Mantenha um horário de sesta adequado à idade;
9. Assegure que a criança pratica exercício e passa tempo ao ar livre durante o dia;
10. Elimine comidas e bebidas que contenham cafeína (refrigerantes, café e chá).

Adaptado de Recomendações efectuadas pela World Association of Sleep Medicine (*)

Elaborado por:

Filipa Loureiro (Curso Mestrado em Enfermagem – Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica)

Sob orientação: Enf.ª. Especialista Lurdes Florindo

Prof.ª Zaida Charepe

(*) <http://www.sleepmedicine.org/>. Visitado em 4 de Junho de 2011.

CENTRO DE SAÚDE DO LUMIAR

Promoção de Hábitos Sono Saudáveis na criança

Sugerimos diversos métodos para ensinar uma criança a dormir, mas nunca esqueça a sua intuição e amor, cada criança tem o seu próprio ritmo e personalidade.

Desde o Nascimento

* Deite o seu bebé de costas de forma a prevenir o síndrome de morte súbita;
* O bebé deve dormir em berço/cama de grades própria;
* Evite colocar a criança a dormir na cama dos pais;
* Incentive o uso de um objecto preferido como um peluche, fralda, chupeta...
* Ajude a estabelecer o ritmo biológico do seu filho reforçando o contraste entre:

DIA – Manter a luz do dia e o ruído

NOITE – Manter a escuridão e o silêncio

Sugestões a partir dos 6 meses

* Entre os 6 e 9 meses deve fazer a transição da cama de grades para o quarto da criança;
* Deve colocar a criança acordada na cama;
* Deve deixar a criança dormir sozinha no seu quarto, pode permanecer junto dela até que adormeça;
* Deve manter e incentivar o uso de um objecto preferido como um peluche, fralda, chupeta...
* Crie um ritual de sono, como por exemplo ler uma história ou cantar uma canção;
* Evite dar comida à criança a meio da noite;
* Se sentir o seu filho acordar a meio da noite, espreite, mas deixe-o tentar aprender a adormecer sozinho;
* Assegure um ambiente tranquilo (luz presença, silêncio, temperatura adequada).

Quando uma criança não dorme surge:

* Irritabilidade
* Sonolência
* Alterações de humor
* Dificuldade de aprendizagem
* Dificuldade de concentração
* Diminuição das defesas do organismo às doenças
* Cansaço/exaustão física e mental nos pais

Se o seu filho tem dificuldade em adormecer ou tem múltiplos acordares durante a noite solicite ajuda junto dos profissionais de saúde.

ANEXO VI - Poster afixado no Centro de Saúde do Lumiar sobre a temática “Promoção de Hábitos de Sono Saudáveis na Criança”

Os 10 Mandamentos do Sono Saudável para Crianças

1. Certifique-se que a sua criança dorme o suficiente por dia;
2. Mantenha uma consistência na hora de adormecer (de preferência pelas 21h00) e acordar durante a semana e fim-de-semana;
3. Estabeleça uma rotina consistente na hora de ir dormir e utilize roupas confortáveis na cama;
4. Incentive a sua criança a adormecer de forma independente;
5. Evite luzes brilhantes na hora de ir para a cama e durante a noite, aumente a exposição à luz durante o dia;
6. Mantenha todos os dispositivos electrónicos (televisões, computadores e telefone) fora do quarto, à noite limite o uso desses dispositivos;
7. Mantenha uma rotina diária regular, incluindo as refeições;
8. Mantenha um horário de sesta adequado à idade;
9. Assegure que a criança pratica exercício e passa tempo ao ar livre durante o dia;
10. Elimine comidas e bebidas que contenham cafeína (refrigerantes, café e chá).

Adaptado de Recomendações efectuadas pela World Association of Sleep Medicine [1]

Elaborado por
Filipe Loureiro (Curso Mestrado em Enfermagem – Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica)
Sob orientação
Enf.ª Especialista Lurdes Florindo
Prof.ª Luísa Chaves
[1] http://www.worldsleepday.org/ Visitado em 1 de Junho de 2011

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

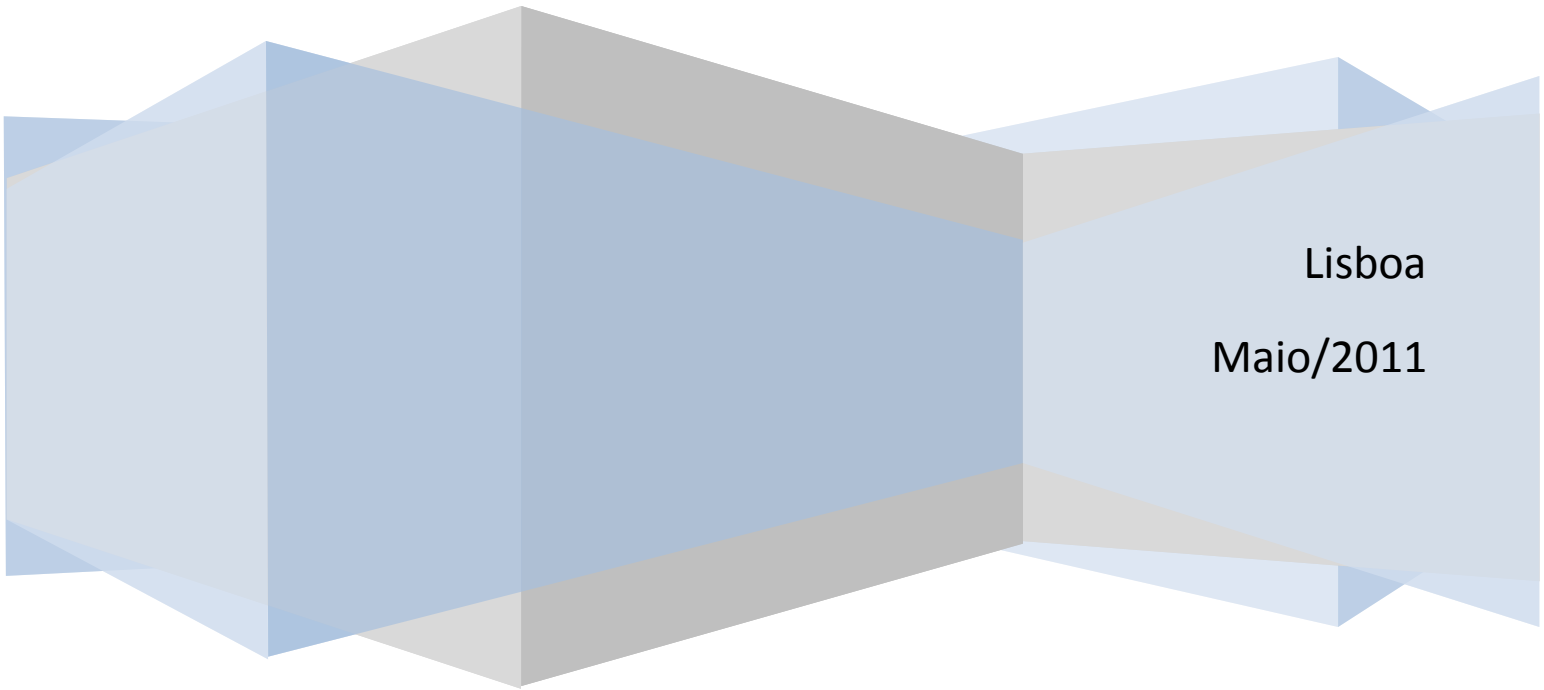
ANEXO VII - Questionários aplicados à equipa de enfermagem sobre “Perturbações do Sono – Promoção de Hábitos de Sono Saudáveis na Criança” e respetiva análise dos resultados

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

QUESTIONÁRIO

Perturbações do Sono – Promoção de Hábitos de Sono Saudáveis na Criança

Filipa Loureiro



Lisboa

Maio/2011

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

QUESTIONÁRIO

Filipa Loureiro, Enfermeira com o nº de Ordem 5-E-39301 em frequência do Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Saúde Infantil e Pediatria do Instituto Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Encontro-me a realizar o Estágio em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (Modulo I – Saúde Infantil) no Centro de Saúde do Lumiar e no âmbito da consulta de Saúde Infantil estou a desenvolver um projecto subordinado à temática Perturbações do Sono – Promoção de Hábitos de Sono Saudáveis na Criança dos 0-5 anos.

Tendo como objectivo efectuar uma sessão de formação dirigida para os para profissionais de saúde, venho por este meio solicitar a sua colaboração para responder a este questionário de identificação de necessidades formativas relacionadas com a supra mencionada temática.

Agradecemos desde já a disponibilidade e atenção.

Filipa Loureiro
962731252
filipaloureiro@sapo.pt

Categoria Profissional: _____

Idade:___ **Sexo:** M☐ F ☐

14. Considera que o sono interfere no desenvolvimento e crescimento saudável da criança?

Sim ☐
Não ☐

1.2 Se respondeu positivamente na alínea anterior, justifique?

_____

_____

_____

15. Sabe quais são os mecanismos orgânicos mais importantes que decorrem durante o sono?

Sim ☐
Não ☐

2.1. Se respondeu positivamente na alínea anterior, indique quais?

_____

_____

_____

16. Sabe quais são as perturbações do sono mais comuns na criança?

_____

_____

_____

17. Que informações consideraria importantes nos ensinos a realizar junto dos pais acerca da promoção de hábitos de sono saudáveis na criança?

_____

_____

_____

18. Costuma abordar este tema na consulta de Saúde Infantil?

Sim ☐
Não ☐

19. Considera ser um tema pertinente na promoção da saúde na criança?

Sim ☐
Não ☐

20. Já recebeu formação sobre este tema?

Sim ☐
Não ☐

7.1 Se respondeu positivamente na alínea anterior, em que contexto e a que nível?

_____

_____

_____

21. Gostava de receber formação sobre este tema?

Sim ☐
Não ☐

ANÁLISE DE RESULTADOS

Os questionários foram aplicados a 6 Enfermeiros (seleccionou-se os enfermeiros que exercem funções na saúde infantil e saúde escolar), com o objectivo de identificar as necessidades formativas para uma Sessão de formação subordinada à temática Promoção de Hábitos de Sono Saudáveis na Criança dos 0-5 anos.

O questionário é anónimo, solicitando apenas os dados referentes à idade e sexo dos inquiridos.

No que concerne à caracterização da população envolvida na resposta ao questionário, os resultados constatados no gráfico 1 e 2, metade dos inquiridos (50%) encontram-se no intervalo dos 30-40 anos (Gráfico 1) e a sua totalidade (100%) é do sexo feminino (gráfico 2).

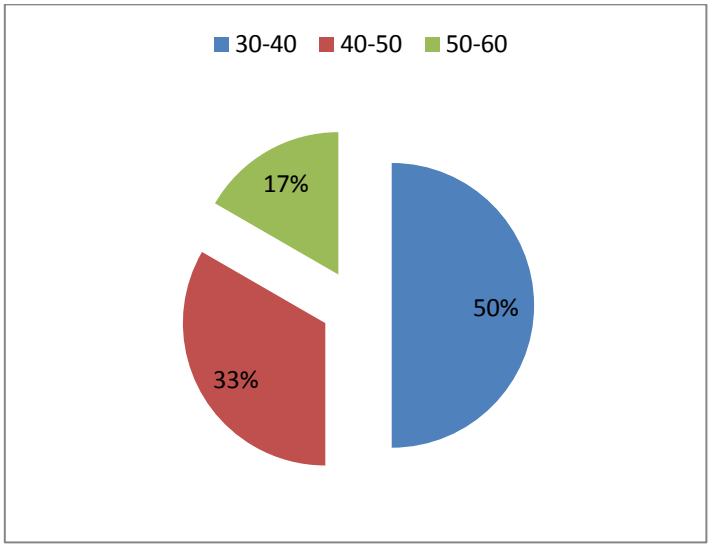


Gráfico 1 – Idade dos inquiridos

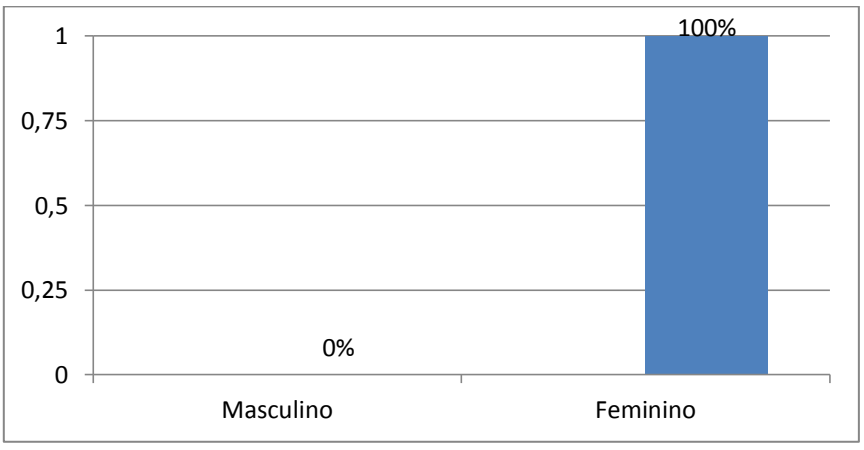


Gráfico 2 – Caracterização por sexo dos inquiridos

No que diz respeito à questão 1. *"Considera que o sono interfere no desenvolvimento e crescimento saudável da criança?"* os inquiridos foram unânimes a responder afirmativamente (Gráfico 3).

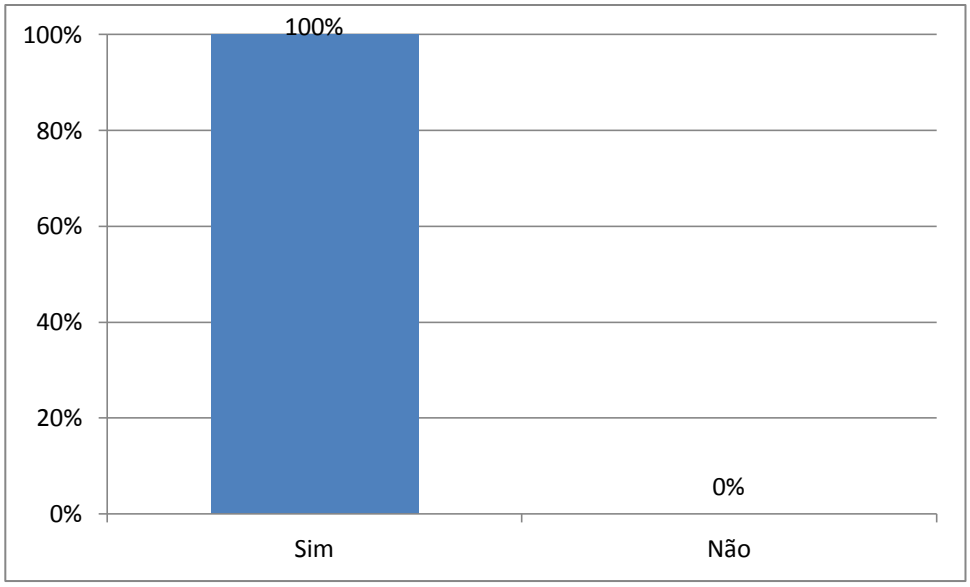


Gráfico 3 – Resultados referentes à questão 1. *"Considera que o sono interfere no desenvolvimento e crescimento saudável da criança?"*

Quando se pede aos profissionais de saúde que justifiquem a questão anterior, pode-se verificar as respostas ao nível do Quadro 1.

Unidade de Contexto	**Unidades de Registo ou de Significação**	**Unidade de Enumeração ou Contagem**
Sono interfere no desenvolvimento saudável	- Hormona crescimento (Q1, Q3 e Q4)	3
	- Adequado desenvolvimento (Q2, Q5 e Q6)	3
	- Aprendizagem (Q5 e Q6)	2
	- Irritabilidade (Q1e Q3)	2
	- Diminuição do rendimento escolar (Q1)	1
	- Fadiga física (Q1)	1
	- Memória (Q6)	1
	Total	13

Quadro 1 – Interferência do sono no desenvolvimento e crescimento saudável da criança

No que se refere à questão 2. *"Sabe quais são os mecanismos orgânicos mais importantes que decorrem durante o sono?",* 67% dos inquiridos confirmou conhecer os mecanismos mencionados, enquanto que 33% afirmou desconhecê-los, como pode ser observado no Gráfico 4.

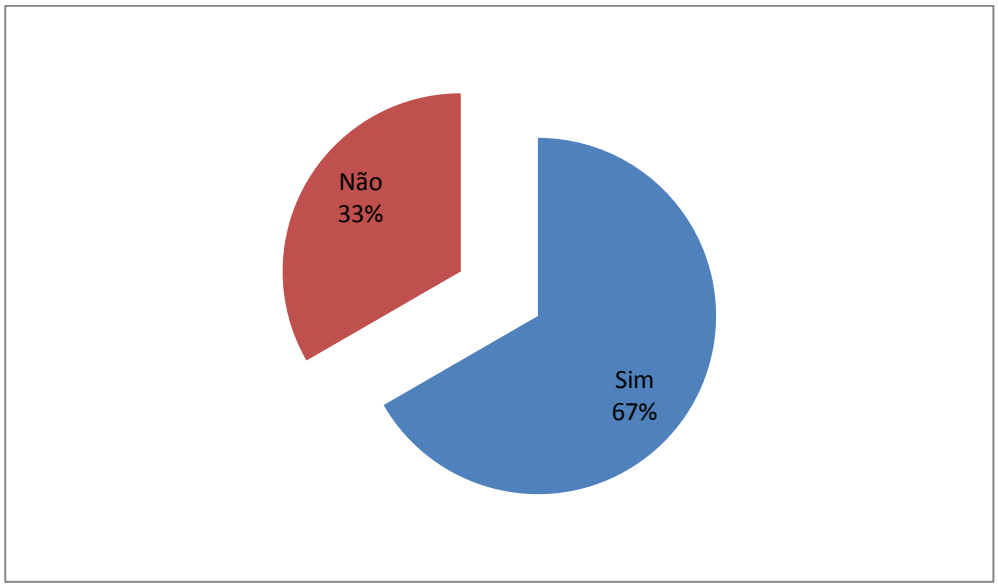


Gráfico 4 – Resultados referentes à questão 2. "*Sabe quais são os mecanismos orgânicos mais importantes que decorrem durante o sono?"*

Dos profissionais que responderam positivamente à questão número 2, três referiram como mecanismo orgânico durante o sono a *"hormona do crescimento"* (Q1, Q3 e Q5) e um o *"repouso físico"* (Q6) como se comprova no Quadro 2.

Unidade de Contexto	**Unidades de Registo ou de Significação**	**Unidade de Enumeração ou Contagem**
Mecanismos orgânicos durante o sono	- Hormona Crescimento (Q1, Q3 e Q5)	3
	- Repouso físico (Q6)	1
	Total	4

Quadro 2 – Mecanismos orgânicos durante o sono

Relativamente à questão 3. *"Sabe quais são as perturbações do sono mais comuns na criança?"* foi a pergunta com maior número de respostas (total de 19 unidades de contagem), sendo os terrores nocturnos e os pesadelos os mais enumerados, seguidamente da enurese nocturna e insónia como de pode comprovar no Quadro 3.

Unidade de Contexto	**Unidades de Registo ou de Significação**	**Unidade de Enumeração ou Contagem**
Perturbações do Sono	- Terrores Nocturno (Q1, Q2, Q3, Q5)	4
	- Pesadelos (Q1, Q3, Q5 e Q6)	4
	- Enurese Nocturna (Q1, Q3 e Q6)	3
	- Insónia (Q4, Q5 e Q6)	3
	- Bruxismo (Q4 e Q5)	2
	- Sonambulismo (Q5 e Q6)	2
	- Apneia do Sono (Q1)	1
	Total	19

Quadro 3 – Resultados referentes à questão 3. "*Sabe quais são as perturbações do sono mais comuns na criança?"*

No que se refere à questão 4. "*Que informação consideraria importantes nos ensinos a realizar junto dos pais acerca da promoção de hábitos de sono saudáveis?",* pode-se comprovar no Quadro 4 que as respostas mais frequentes foram ambiente calmo, seguido de horas de sono recomendadas mediante a idade e estabelecer horário ao deitar.

Unidade de Contexto	Unidades de Registo ou de Significação	Unidade de Enumeração ou Contagem
Ensinos aos pais	- Ambiente calmo(Q2, Q3 e Q4) - Horas de sono recomendadas mediante idade (Q1 e Q5) - Estabelecer horário de deitar (Q3 e Q6) - Dormir em cama própria (Q1) - Estabelecimento rotinas (Q2) - Permanecer junto da criança (Q2) - Dormir em quarto próprio (Q3)	3 2 2 1 1 1 1
	Total	11

Quadro 4 – Resultados referentes à questão 4. "*Que informação consideraria importantes nos ensinos a realizar junto dos pais acerca da promoção de hábitos de sono saudáveis?"*

Na questão número 5. "*Costuma abordar este tema na consulta de Saúde Infantil?",* 83% dos inquiridos afirmou que aborda o tema Sono na consulta de Saúde Infantil conforme se confirma no Gráfico número 5.

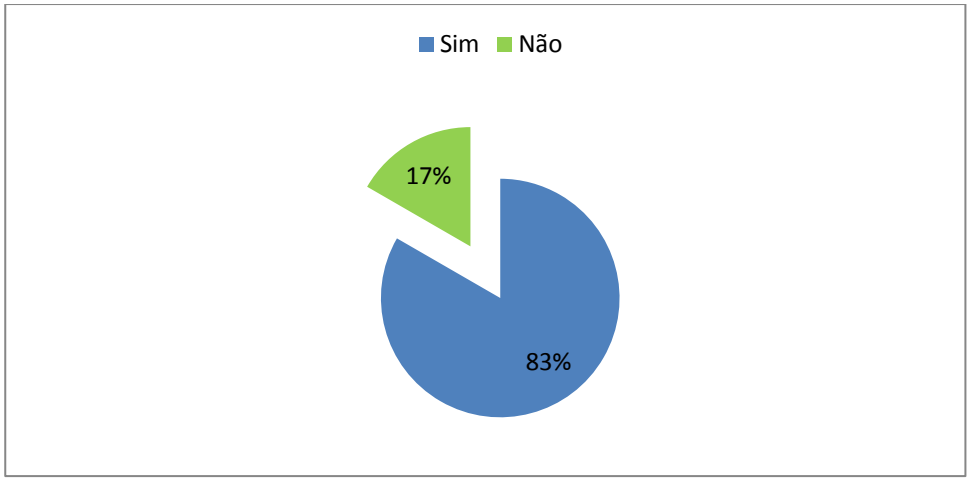


Gráfico 5 - Resultados referentes à questão 5. "*Sabe quais são os mecanismos orgânicos mais importantes que decorrem durante o sono?"*

Analisando as restantes questões, podemos observar que, embora 100% dos inquiridos considerem este tema pertinente na promoção da Saúde da Criança (Gráfico 6) e também exista unanimidade no que diz respeito a gostariam de receber formação sobre este tema (Gráfico 8), somente 17% (1 elemento) dos inquiridos responderam já terem recebido formação sobre o tema (Gráfico 7), tendo sido no âmbito do "Curso de Licenciatura em Enfermagem".

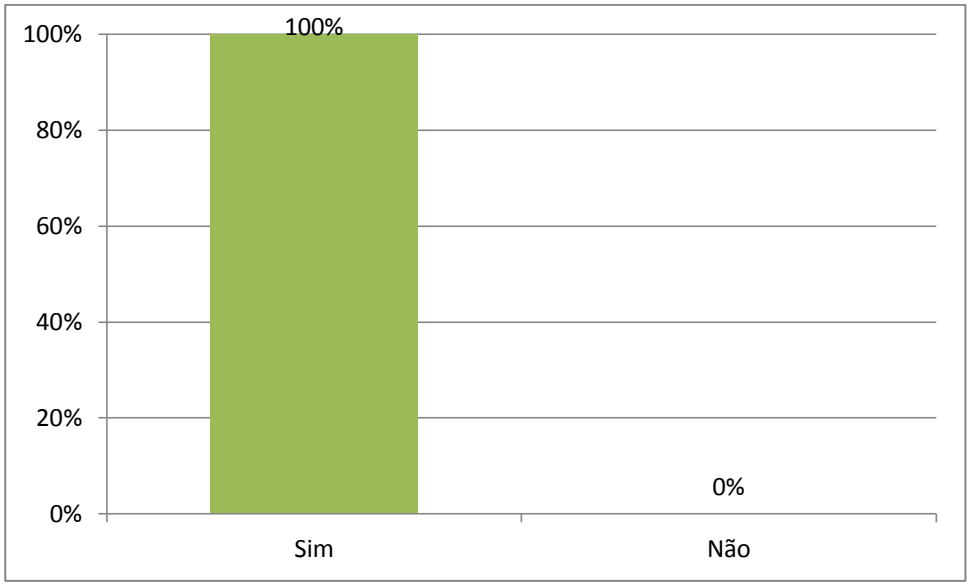


Gráfico 6 – Resultados referentes à questão 6. *"Considera ser um tema pertinente na promoção da Saúde na criança?"*

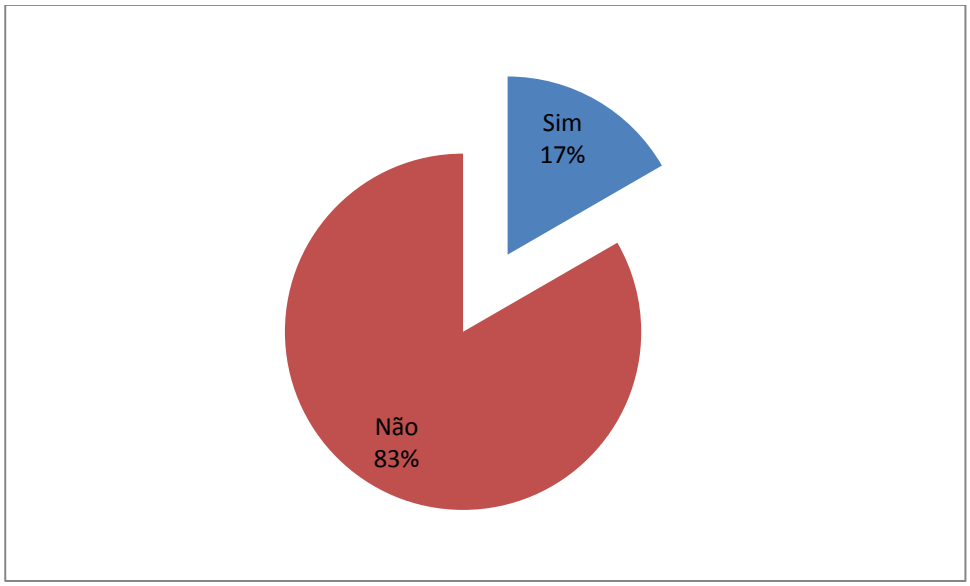


Gráfico 7 – Resultados referentes à questão 7. *"Já recebeu formação sobre este tema?"*

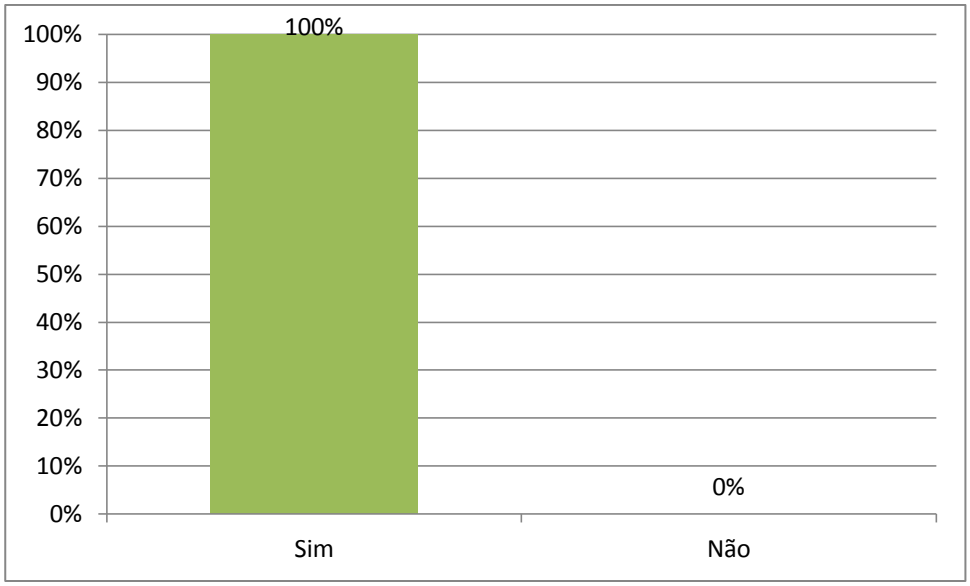


Gráfico 8 – Resultados referentes à questão 8. *"Gostava de receber formação sobre este tema?"*

ANEXO VIII - Relatório de formação sobre a temática "Perturbações do Sono - Promoção de Hábitos de Sono Saudáveis na Criança dos 0-5 anos"

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

RELATÓRIO DE FORMAÇÃO

Perturbações do Sono – Promoção de Hábitos de Sono Saudáveis na Criança dos 0-5 anos

Elaborado por: Filipa Loureiro

Junho, 2011

ÍNDICE

1 – PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO 5

2 – AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO 7

ANEXOS 9

ANEXO I – Divulgação da Sessão de Formação.....11

ANEXO II – Diapositivos Utilizados na Sessão de Formação.....15

ANEXO III – Instrumento de Avaliação da Sessão de Formação 23

1 - PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO

Tema: Perturbações do Sono - Promoção de Hábitos de Sono Saudáveis na Criança dos 0 - 5 anos.

Local: Centro de Saúde do Lumiar

Duração: 35 minutos

Destinatários: Médicos e Enfermeiros que exercem funções no Centro de Saúde do Lumiar

Objectivo Geral:

- Sensibilizar os médicos e enfermeiros que exercem funções no Centro de Saúde do Lumiar para a Promoção de Hábitos de Sono Saudáveis na Criança dos 0-5 anos

Objectivos Específicos:

- Que os profissionais de saúde sejam capazes de:
  - Caracterizar os ciclos do sono;
  - Enumerar quais os mecanismos orgânicos existentes durante o sono;
  - Designar a quantidade de horas de sono necessária por faixa etária;
  - Identificar as patologias/perturbações do sono mais frequentes;
  - Descrever técnicas/condutas que ajudem os pais a estabelecer hábitos de sono saudáveis.

Formadores: Filipa Loureiro e Joana Coelho

Plano Curricular:

CONTEÚDOS	MÉTODOS	FORMADORES	RECURSOS	TEMPO
Introdução: Apresentação do tema da sessão	Expositivo	Joana Coelho	Computador Data-Show Sala de Formação do Centro de Saúde do Lumiar.	3’
Desenvolvimento:				
1. Caracterização dos ciclos do sono	Expositivo	Filipa Loureiro		5’
2. Enumeração de quais os mecanismos orgânicos existentes durante o sono.	Expositivo	Filipa Loureiro		3’
3.Diagnóstico de patologias/perturbações do sono.	Expositivo	Joana Coelho		10’
4. Designação da quantidade de horas de sono necessária por faixa etária.	Expositivo	Filipa Loureiro		3’
5. Descrição de técnicas /condutas que ajudem os pais a estabelecer hábitos de sono saudáveis.	Expositivo	Filipa Loureiro		6’
6. Avaliação da sessão/ Esclarecimento de dúvidas	Questionário	Filipa Loureiro Joana Coelho		5’

Quadro I – Plano curricular da sessão de formação *“Perturbações do Sono – Promoção de Hábitos de Sono Saudáveis na criança dos 0-5 anos”*

2 – AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

Os questionários foram aplicados aos 10 participantes, todos profissionais de saúde, da Sessão de Formação "Perturbações do Sono – Promoção de Hábitos de Sono Saudáveis na Criança dos 0-5 anos" que decorreu no Centro de Saúde do Lumiar, no dia 16 de Junho de 2011.

O questionário é anónimo, não requerendo nenhum dado identificativo do participante, solicitando somente a avaliação em relação à Sessão de Formação em quatro parâmetros:

1. Considera que os objectivos da formação foram alcançados;
2. Pertinência do tema abordado;
3. Clareza do Formador em relação aos temas abordados;
4. Os conteúdos programáticos.

No que concerne à avaliação da Sessão de Formação, todos os parâmetros receberam avaliações compreendidas entre o Bom (3) e o Muito Bom (4), tal como demonstrado no Gráfico 1, os conteúdos programático foi o item mais valorizado.

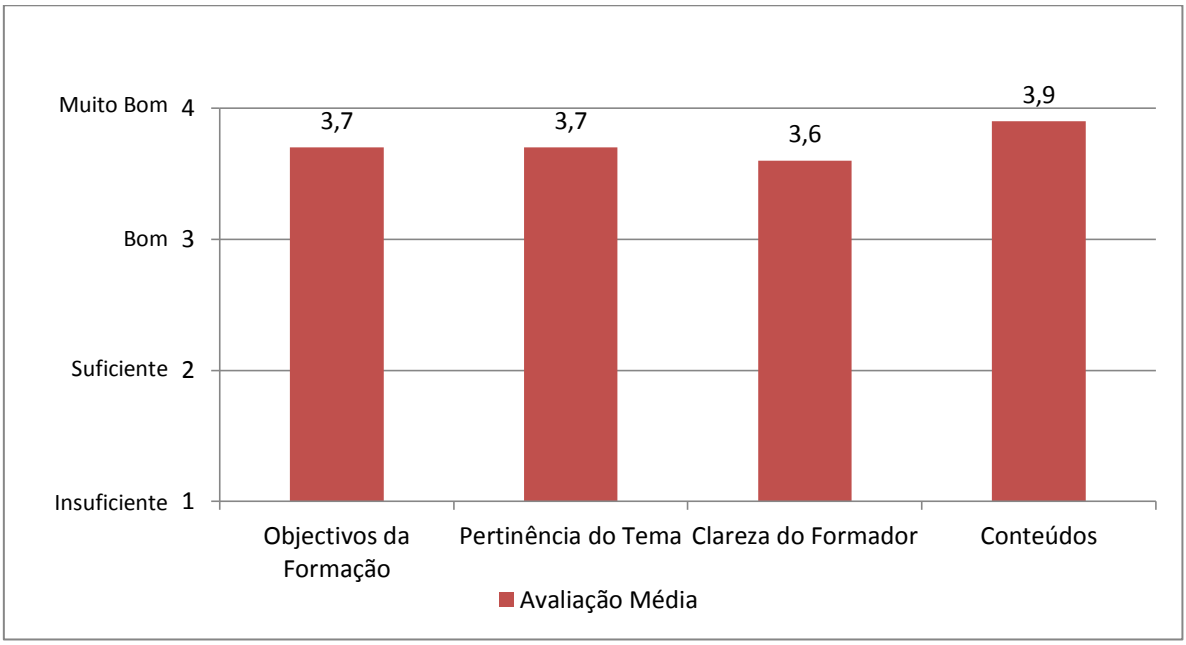


Gráfico 1 – Avaliação média dos resultados obtidos na sessão de formação

ANEXOS

ANEXO I – Divulgação da Sessão de Formação

Centro de Saúde do Lumiar

Sessão

"Perturbações do Sono

Promoção de Hábitos de Sono Saudáveis na Criança dos 0-5 anos"

16/06/2011 Às 12h30m

Apresentado por:

Filipa Loureiro

Joana Coelho

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

ANEXO II – Diapositivos Utilizados na Sessão de Formação

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PERTURBAÇÕES DO SONO E PROMOÇÃO DE HÁBITOS DE SONO SAUDÁVEIS NA CRIANÇA DOS 0-5 ANOS

Filipa Loureiro
Curso Mestrado em Enfermagem
Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
Sob Orientação: Enfª especialista Lurdes Florindo
Prof. Zaida Charepe

Lisboa, 16 de Junho de 2011

OBJECTIVO GERAL

- Sensibilizar os médicos e enfermeiros que exercem funções no Centro de Saúde do Lumiar para a Promoção de Hábitos de Sono Saudáveis

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar os ciclos do sono;
- Enumerar quais os mecanismos orgânicos existentes durante o sono;
- Identificar as patologias/perturbações do sono mais frequentes;
- Designar a quantidade de horas de sono necessária por faixa etária;
- Descrever técnicas/condutas que ajudem os pais a estabelecer hábitos de sono saudáveis.

SONO

Os distúrbios do sono constituem uma das principais perturbações do comportamento das crianças de todas as idades, ainda que muitas vezes transitórios, são umas das perturbações comportamentais mais observadas na prática clínica e assumem uma enorme importância no desequilíbrio emocional da criança e família.

(Monteiro, 2006)

Definição de sono

"Repouso: Redução recorrente da actividade corporal, marcada por uma diminuição da consciência, não se manter acordado, em que a pessoa não está alerta, metabolismo diminuído, postura imóvel, actividade corporal diminuída e sensibilidade diminuída mas prontamente reversível a estímulos externos."

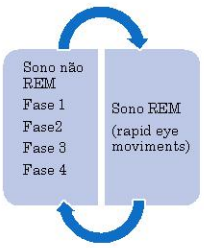
CIPE

Definição de sono

"O sono resulta da acção conjugada de muitos neurotransmissores e é acertada pelo relógio biológico central, que ajusta tudo ao ritmo circadiano, controlado por núcleos supraquiasmáticos (NSQ) do hipotálamo."

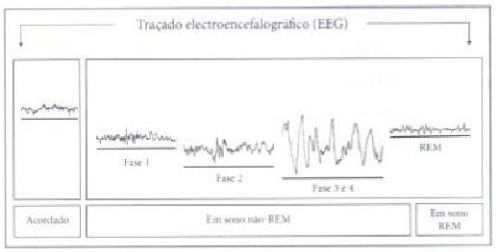
Soares (2010)

Ciclos do Sono



Através das ondas de um traçado de electroencefalograma consegue-se definir estas diferentes fases

Ciclos do Sono



As quatro fases de sono não-REM, seguidas da fase REM, ocorrem em ciclos sucessivos de 90 a 120 minutos ao longo do período de sono

Soares, 2010

Ciclos do Sono

SONO NÃO REM (Rapid eye movements)

1ª FASE	• O sono é leve • Fácil de acordar • Existem contracções musculares bruscas
2ª FASE	• O sono menos leve • Sem movimentos musculares • sem movimentos oculares
3ª FASE 4ª FASE	• Constitui o sono profundo • Dificilmente acordar • Pode ocorrer nictúria , terrores nocturnos ou sonambulismo • considerado o restaurador

(Soares, 2010)

Ciclos do Sono

Soares, 2010

Mecanismos orgânicos durante o sono

- Função reparadora da fadiga corporal e psíquica
- Forma as vias cerebrais necessárias à aprendizagem
- O cérebro trabalha nas diferentes fases de registo, codificação, armazenamento e evocação da memória
- Segrega várias substâncias, nomeadamente a hormona de crescimento, acetilcolina, adenosina, dopamina, leptina, melatonina, serotonina
- Processos metabólicos regenerativos, contribuindo para a recuperação de lesões, contando com a participação activa do sistema imunitário

Soares, 2010

PERTURBAÇÕES DO SONO

As perturbações primárias do sono

DISSÓNIAS (quando existe alteração da duração ou organização do sono, como por exemplo recusa em dormir ou acordar durante a noite)

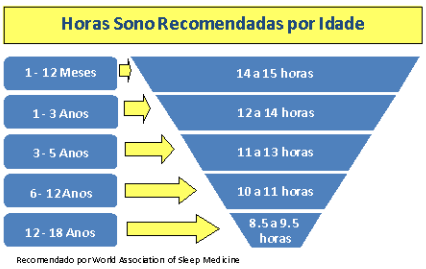
- Insónias (sono deficiente em qualidade ou quantidade)
- Hipersónias (presença de sonolência diurna excessiva apesar de uma duração de sono aparentemente não diminuída)
- Distúrbios do ritmo circadiano do sono

PARASSÓNIAS (caracterizadas por eventos comportamentais ou fisiológicos anormais).

- Terrores nocturnos, pesadelos
- Somniloquia (falar a dormir)
- Sonambolismo
- Bruxismo
- Enurese nocturna

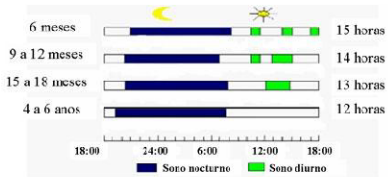
Promoção de Hábitos Saudáveis do Sono

Horas Sono Recomendadas



Recomendado por World Association of Sleep Medicine

Hábitos de sono saudáveis



Ao efectuar os ensinos aos pais há diversos factores que devem ser levados em conta:

- Personalidade da criança
- Pais e família
- Preocupações da família
- Interpenetração das gerações
- Cultura
- Condições socioeconómicas

PROMOÇÃO DE HÁBITOS DE SONO SAUDÁVEIS

Desde o Nascimento

- Deitar a criança em decúbito dorsal;
- Criar um ambiente calmo e confortável;
- Utilizar roupas confortáveis;
- Incentivar a criança a dormir em berço/cama própria (cama estável e sólida, com grades de pelo menos 60 cm de altura, a distância entre as grades não deve ser superior a 6,5 cm);
- Incentivar o uso de um objecto de apego/ transição como um brinquedo, fralda, chucha, entre outros;
- Colocar a criança acordada no berço e ficar junto a ela a embalar (criar um ritual próprio - festas, baloiçar, cantar baixinho, contar história, música de embalar);
- Estabelecer o ritmo circadiano da criança reforçando o contraste entre:
  - DIA – Manter a luz do dia e o ruído
  - NOITE – Manter a escuridão e o silêncio

PROMOÇÃO DE HÁBITOS DE SONO SAUDÁVEIS

Sugestões a partir dos 6 meses

- Colocar a criança a dormir em quarto próprio;
- Alargar os períodos de vigília mantendo a criança mais tempo acordada durante o dia (interagindo com ela);
- Estabelecer gradualmente uma rotina consistente antes de ir dormir (Por exemplo: jantar, brincar, lavar dentes e ritual do adormecer);
- Encorajar a criança a utilizar os seus próprios recursos para aprenderem a serem autónomos a adormecer durante a noite, ou seja, quando a criança acorda/chora durante a noite, tentar acalmá-la sem a retirar da cama (excepto se for para a alimentar), sentar-se junto dela e manter o ritual de adormecer pré-estabelecido;

PROMOÇÃO DE HÁBITOS DE SONO SAUDÁVEIS

Sugestões a partir dos 6 meses

- Tentar estabelecer uma rotina diária ao nível horária, manter a criança desperta até cerca das 21h00 para que esta posteriormente consiga acompanhar o sono dos pais durante a noite;
- Colocar uma luz ténue de presença para quando a criança acordar reconhecer o ambiente
- Manter todos os dispositivos electrónicos (televisões, brinquedos electrónicos) fora do quarto, à noite limite o uso desses dispositivos;

PROMOÇÃO DE HÁBITOS DE SONO SAUDÁVEIS

Sugestões a partir de 1 ano

- Eliminar comidas e bebidas que contenham cafeína (refrigerantes, chá e café);
- Manter um horário adequado de sesta à tarde (preferencialmente logo após o almoço);
- Evitar alimentar a criança quando acordar durante a noite (se a criança está habituada a mamar ou a ingerir leite a meio da noite, deve gradualmente substituir este hábito pelo ritual de adormecer);
- Os pais devem manter firmeza nas suas atitudes, não esquecendo sempre de confortar a criança até adormecer;

Os 10 Mandamentos do Sono Saudável para Crianças

1. Certifique-se que a sua criança dorme o suficiente por dia;
2. Mantenha uma consistência na hora de adormecer (de preferência pelas 21h00) e acordar durante a semana e fim-de-semana;
3. Estabeleça uma rotina consistente na hora de ir dormir e utilize roupas confortáveis na cama;
4. Incentive a sua criança a adormecer de forma independente;
5. Evite luzes brilhantes na hora de ir para a cama e durante a noite, aumente a exposição à luz durante o dia;
6. Mantenha todos os dispositivos electrónicos (televisões, computadores e telefone) fora do quarto, à noite limite o uso desses dispositivos;
7. Mantenha uma rotina diária regular, incluindo as refeições;
8. Mantenha um horário de sesta adequado à idade;
9. Assegure que a criança pratica exercício e passa tempo ao ar livre durante o dia;
10. Elimine comidas e bebidas que contenham cafeína (refrigerantes, café e chá).

Adaptado de Recomendações efectuadas pela World Association of Sleep Medicine

Para ajudar uma criança a reencontrar o sono não existem "regras" simples, pode-se sugerir diversos métodos para orientar os pais e criança, sem nunca esquecer a intuição e o amor.

Obrigado pela atenção

BIBLIOGRAFIA UTILIZADA

- BRAZELTON, T. Berry; SPARROW, Joshua D. – **O Método Brazelton - A Criança e o Sono.** 5ª Edição, Lisboa, Editorial Presença, 2009, 92p.;
- BRUNSCHWING, Hélène – **Sono.** Lisboa, Edições Pergaminho SA, 2008. 80p. ISBN: 978-972-711-715-4;
- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE
- CORDEIRO, Mário - **Dormir Tranquilo**. 2ª edição, Lisboa, A Esfera do Livro; 2010. 205p. ISBN:978-989-626-215-0
- DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE - **Saúde Infantil e Juvenil - Programa-tipo de Actuação.** 2ª edição, Lisboa, 48 p., ISBN 972-675-084-9;

BIBLIOGRAFIA UTILIZADA

- MENDES, Leonor Real; FERNANDES, Armando; GARCIA, F. Torgal -Habitos e perturbações do sono em crianças em idade escolar. **In: Acta Pediatrica Portuguesa. - revista de medicina da criança e do adolescente**/prop. Sociedade Portuguesa de Pediatria; dir. Joao Pedro-Gomes. - Lisboa. - Vol. 35, nº 4 (Julho/Agosto2004), p.341-347;
- MONTEIRO, Tojal – Perturbações do sono na criança – Perspectiva do Pediatra. In: **Nascer e crescer, Prop. do Hospital de Crianças Maria Pia**; Direcção Sílvia Alvares, Porto – ISSN 0872-0754 – Vol. 15, nº3,2006, p.180-183;
- SOARES, Ângelo – **O Sono – Efeitos da sua privação sobre as defesas orgânicas.** Lisboa, LIDEL, Edições Técnicas, Lda, 2010. 100p. ISBN: 978-972-757-663-0;

ANEXO III – Instrumento de Avaliação da Sessão de Formação

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Questionário de Avaliação da Sessão de Formação

"Perturbações do Sono - Promoção de Hábitos de Sono Saudáveis na Criança dos 0-5 anos"

Este questionário tem como objectivo avaliar a sessão, sobre esta temática que é abordada actualmente e que tem vindo a colocar novos desafios no que respeita à intervenção dos profissionais de saúde. Assim, como classifica:

1 → Considera que os objectivos da formação foram atingidos?

- ☐ Insuficiente
- ☐ Suficiente
- ☐ Bom
- ☐ Muito Bom

2 → Pertinência do tema abordado.

- ☐ Insuficiente
- ☐ Suficiente
- ☐ Bom
- ☐ Muito Bom

3 → Clareza do formador em relação aos temas abordados.

- ☐ Insuficiente
- ☐ Suficiente
- ☐ Bom
- ☐ Muito Bom

4 → Os conteúdos programáticos.

- ☐ Insuficiente
- ☐ Suficiente
- ☐ Bom
- ☐ Muito Bom

Sugestões:

Obrigado pela Colaboração

Junho de 2011

ANEXO IX - Norma de Procedimento sobre a "Promoção de Hábitos de Sono Saudáveis na Criança dos 0-5 anos" para a consulta de Enfermagem de Saúde Infantil

ARSLVT Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I. P. Ministério da Saúde	**PROCEDIMENTO DE ENSINO PARA A CONSULTA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL**
CENTRO DE SAÚDE DO LUMIAR	**PROMOÇÃO DE HÁBITOS DE SONO SAUDÁVEIS NA CRIANÇA DOS 0-5 ANOS**
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE	Elaborado por: Filipa Loureiro (Curso Mestrado em Enfermagem – Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica Sob orientação: Enfª. Especialista Lurdes Florindo Profª. Zaida Charepe
REVISÃO:	Data:
APROVADO:	Data:

ÂMBITO:

- ✓ Enfermeiros que realizam as Consultas de Saúde Infantil do Centro de Saúde do Lumiar

OBJECTIVOS:

- ✓ Uniformizar procedimentos nos Cuidados de Enfermagem a prestar à criança e família nas consultas de saúde infantil no ensino aos pais acerca da promoção de hábitos de sono saudáveis.
- ✓ Facilitar a Integração de novos elementos.

DEFINIÇÕES:

Criança - todo o ser humano menor de 18 anos, salvo se, nos termos da lei que lhe for aplicável, atingir a maioridade mais cedo *(Art.º.1 da* Convenção dos Direitos da Criança).

Parentalidade - Tomar Conta: Assumir as responsabilidades de ser mãe e/ou pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para optimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados.

Consulta de Saúde Infantil - Consulta destinada à vigilância, manutenção e promoção da saúde da criança e do jovem, desde o nascimento até aos 18 anos.

Desenvolvimento Psicomotor - Processo de Desenvolvimento Infantil com as características específicas: Processo natural e evolutivo. Integra a coordenação, comunicação, socialização e aspectos da mobilidade. Capacidade das pessoas para interagirem com o meio envolvente através de comportamentos.

DEFINIÇÕES:

Sono - Repouso: Redução recorrente da actividade corporal, marcada por uma diminuição da consciência, não se manter acordado, em que a pessoa não está alerta, metabolismo diminuído, postura imóvel, actividade corporal diminuída e sensibilidade diminuída mas prontamente reversível a estímulos externos.

O sono resulta da acção conjugada de muitos neurotransmissores e é acertada pelo relógio biológico central, que ajusta tudo ao ritmo circadiano, controlado por núcleos supraquiasmáticos (NSQ) do hipotálamo.

O sono é formado por ciclos não REM(rapid eye movements) e sono REM. Através das ondas de um traçado de electroencefalograma consegue-se definir estas diferentes fases.

O Ciclo não REM é constituído por 4 fases:

- Fase 1 - O sono é leve e fácil de acordar, existem contracções musculares bruscas;
- Fase 2 - Sono menos leve, sem movimentos musculares, nem oculares;
- Fases 3 e 4 - Constituem o sono profundo, dificilmente de acordar; pode ocorrer nictúria, terrores nocturnos ou sonambulismo (considerado o restaurador, sendo fundamental para a sensação de bem estar para o dia seguinte).

No sono REM(rapid eye movements) existem movimentos oculares rápidos em várias direcções, respiração mais rápida e profunda, membros como que paralisados (bloqueio dos neurónios medulares), aumento do ritmo cardíaco e tensão arterial, ao acordar existe uma recordação dos sonhos. O cérebro tem uma actividade muito grande.

PROCESSO DE ENFERMAGEM	
FOCO	SONO – Conhecimento dos pais sobre o padrão Sono-repouso da criança
JUIZO	CONHECIMENTO: - Demonstrado - Não Demonstrado
INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	▪ Ensinar e orientar os pais/família sobre as características do sono da criança ▪ Ensinar e orientar os pais/família sobre hábitos de sono saudáveis na criança

IDADE: 0-1 MESES

CARACTERÍSTICAS DO SONO DA CRIANÇA

- Horas de sono recomendadas – 14 a 15 horas dia;
- Ao nascer, os ciclos do sono não são influenciados pela alternância entre o dia e a noite. Só progressivamente o recém-nascido adapta-se a um novo ritmo circadiano;
- No recém-nascido identifica-se seis estados de sono e vigília:
  - sono profundo,
  - sono leve (ou REM),
  - estado de sonolência (entre o sono e a vigília),
  - vigília,
  - estado alerta,
  - agitação e choro;
- Cerca das 3 semanas, os ciclos de sono e vigília começam a organizar-se.

PROMOÇÃO DE HÁBITOS DE SONO SAUDÁVEIS NA CRIANÇA

- Deitar a criança em decúbito dorsal;
- Criar um ambiente calmo e confortável;
- Incentivar a criança a dormir em berço ou cama própria (cama estável e sólida, com grades de pelo menos 60 cm de altura, a distância entre as grades não deve superior a 6,5cm;)
- Utilizar roupas confortáveis;
- Estabelecer o ritmo circadiano (ritmo biológico): Durante o dia manter a luz diurna e o ruído diário, durante a noite manter o ambiente escuro e o silêncio;
- Aconchegar a criança, fazendo o "ninho" com o cobertor da barriga para baixo;
- Colocar a criança acordada no berço e ficar junto a ela a embalar (criar a própria rotina, festas, baloiçar, cantar baixinho, contar história, musica de embalar).

IDADE: 1-3 MESES

CARACTERÍSTICAS DO SONO DA CRIANÇA

- Horas de sono recomendadas – 14 a 15 horas dia;
- A criança ainda não diferencia os ciclos do sono circadiano;
- Os ciclos começam a organizar-se, surgindo o equilíbrio entre os períodos de sono e vigília;
- Por volta de 1 mês surge a "agitação do fim do dia", por vezes com choro inconsolável, é como se a criança estivesse exausta. Deve-se tentar consolar, mas por vezes a criança chora cerca de 10-15 minutos e posteriormente fica mais calmo e com um sono sereno;

PROMOÇÃO DE HÁBITOS DE SONO SAUDÁVEIS NA CRIANÇA

- Deitar a criança em decúbito dorsal;
- Criar um ambiente calmo e confortável;
- Incentivar a criança a dormir em berço ou cama própria (cama estável e sólida, com grades de pelo menos 60 cm de altura, a distância entre as grades não deve superior a 6,5cm);
- Utilizar roupas confortáveis;
- Estabelecer o ritmo circadiano (ritmo biológico): Durante o dia manter a luz diurna e o ruído diário, durante a noite manter o ambiente escuro e o silêncio;
- Aconchegar a criança, fazendo o "ninho" com o cobertor da barriga para baixo;
- Colocar a criança acordada no berço e ficar junto a ela a embalar (criar um ritual próprio de adormecer, festas, baloiçar, cantar baixinho, contar história, musica de embalar);
- Incentivar o uso de um objecto de apego/transição como por exemplo a chucha, fralda, boneco, entre outros;
- Incentivar progressivamente a prolongar os intervalos entre as mamadas (não excedendo as 4 horas);

IDADE: 3-6 MESES

CARACTERÍSTICAS DO SONO DA CRIANÇA

- Horas de sono recomendadas – 14 a 15 horas dia;
- Por volta dos 4 meses se o sistema nervoso da criança estiver suficientemente amadurecido já é capaz de prolongar os períodos de sono ao longo da noite e de encontrar uma rotina de auto-conforto própria;
- Já pode dormir cerca de 8 horas seguidas durante a noite sem ser alimentado;
- Existe um aumento da aprendizagem, a criança chora mais durante o dia e à noite. Torna-se imprevisível e desorganizado. O ritmo cíclico sono/ vigília altera-se e a criança desperta com maior facilidade;
- Inicia um novo interesse pelo mundo que o rodeia que pode afectar o padrão de sono da criança;

PROMOÇÃO DE HÁBITOS DE SONO SAUDÁVEIS NA CRIANÇA

- Deitar a criança em decúbito dorsal;
- Criar um ambiente calmo e confortável;
- Incentivar a criança a dormir em berço ou cama própria (cama estável e sólida, com grades de pelo menos 60 cm de altura, a distância entre as grades não deve superior a 6,5cm);
- Utilizar roupas confortáveis;
- Estabelecer o ritmo circadiano (ritmo biológico): Durante o dia manter a luz diurna e o ruído diário, durante a noite manter o ambiente escuro e o silêncio;
- Incentivar o uso de um objecto de apego/transição como por exemplo a chucha, fralda, boneco, entre outros;
- Criar e reforçar um ritual próprio nahora de adormecer (festas, baloiçar, cantar baixinho, contar história, musica de embalar);
- Alargar os períodos de vigília mantendo a criança mais tempo acordada durante o dia (interagindo com ela);
- Encorajar a criança a utilizar os seus próprios recursos para aprenderem a serem autónomos a adormecer durante a noite, ou seja, quando a criança acorda/chora durante a noite, tentar acalmá-la sem a retirar da cama (excepto se for para a alimentar), sentar-se junto dela e manter o ritual de adormecer pré-estabelecido;
- Tentar estabelecer uma rotina diária ao nível do horário, tentar manter a criança desperta até cerca das 21h00 para que esta posteriormente consiga acompanhar o sono dos pais durante a noite;
- Ponderar colocar a criança a dormir em quarto próprio;
- Colocar uma luz ténue de presença para quando a criança acordar reconhecer o ambiente;

IDADE: 6-12 MESES

CARACTERÍSTICAS DO SONO DA CRIANÇA

- Horas de sono recomendadas – 12 a 14 horas dia;
- Com um ano de idade, a maioria das dorme cerca de 11 a 12 horas por noite. Mantendo pequenas sestas de manhã e de tarde;
- As crianças começam a testar os pais nas suas atitudes, desafiando, ficando renitente em terminar as suas actividades do brincar para dormir;
- Com esta idade a criança pode permanecer na cama cerca de 10 a 12 horas seguidas durante a noite (uma criança com esta idade que "dorme " 12 horas não está a dormir o tempo todo, durante a noite desperta algumas vezes e volta a adormecer sozinho);

PROMOÇÃO DE HÁBITOS DE SONO SAUDÁVEIS NA CRIANÇA

- Criar um ambiente calmo e confortável;
- Incentivar a criança a dormir em cama própria (cama estável e sólida, com grades de pelo menos 60 cm de altura, a distância entre as grades não deve superior a 6,5cm);
- Utilizar roupas confortáveis;
- Colocar a criança a dormir em quarto próprio;
- Estabelecer o ritmo circadiano (ritmo biológico): Durante o dia manter a luz diurna e o ruído diário, durante a noite manter o ambiente escuro e o silêncio;
- Incentivar o uso de um objecto de apego/transição como por exemplo a chucha, fralda, boneco, entre outros;
- Criar e reforçar um ritual próprio nahora de adormecer (festas, baloiçar, cantar baixinho, contar história, musica de embalar);
- Alargar os períodos de vigília mantendo a criança mais tempo acordada durante o dia (interagindo com ela);
- Estabelecer gradualmente uma rotina consistente antes de ir dormir (Por exemplo: jantar, brincar, lavar dentes e ritual de adormecer);
- Encorajar a criança a utilizar os seus próprios recursos para aprenderem a serem autónomos a adormecer durante a noite, ou seja, quando a criança acorda/chora durante a noite, tentar acalmá-la sem a retirar da cama (excepto se for para a alimentar), sentar-se junto dela e manter o ritual de adormecer pré-estabelecido;
- Tentar estabelecer uma rotina diária ao nível do horário, tentar manter a criança desperta até cerca das 21h00 para que esta posteriormente consiga acompanhar o sono dos pais durante a noite;
- Colocar uma luz ténue de presença para quando a criança acordar reconhecer o ambiente
- Manter todos os dispositivos electrónicos (televisões, brinquedos electrónicos) fora do quarto, à noite limitar o uso desses dispositivos;

IDADE: 1-2 ANOS

CARACTERÍSTICAS DO SONO DA CRIANÇA

- Horas de sono recomendadas – 12 a 14 horas dia;
- Com um ano de idade, a maioria das dorme cerca de 11 a 12 horas por noite. Mantendo pequenas sestas de manhã e de tarde;
- As crianças começam a testar os pais nas suas atitudes, desafiando, ficando renitente em terminar as suas actividades do brincar para dormir;

PROMOÇÃO DE HÁBITOS DE SONO SAUDÁVEIS NA CRIANÇA

- Criar um ambiente calmo e confortável;
- Deve dormir em quarto próprio;
- Incentivar a criança a dormir em cama própria (cama estável e sólida, com grades de pelo menos 60 cm de altura, a distância entre as grades não deve superior a 6,5cm);
- Utilizar roupas confortáveis;
- Incentivar o uso de um objecto de apego/transição como por exemplo a chucha, fralda, boneco, entre outros;
- Criar e reforçar um ritual próprio nahora de adormecer (festas, baloiçar, cantar baixinho, contar história, musica de embalar);
- Estabelecer gradualmente uma rotina consistente antes de ir dormir (Por exemplo: jantar, brincar, lavar dentes e ritual de adormecer);
- Encorajar a criança a utilizar os seus próprios recursos para aprenderem a serem autónomos a adormecer durante a noite, ou seja, quando a criança acorda/chora durante a noite, tentar acalmá-la sem a retirar da cama), sentar-se junto dela e manter o ritual de adormecer pré-estabelecido;
- Evitar alimentar a criança quando acordar durante a noite (se a criança está habituada a mamar ou a ingerir leite a meio da noite, deve gradualmente substituir este hábito pelo ritual de adormecer);
- Os pais devem manter firmeza nas suas atitudes, não esquecendo sempre de confortar a criança até adormecer;
- Tentar estabelecer uma rotina diária ao nível do horário, manter a criança desperta até cerca das 21h00 para que esta posteriormente consiga acompanhar o sono dos pais durante a noite;
- Colocar uma luz ténue de presença para quando a criança acordar reconhecer o ambiente;
- Manter todos os dispositivos electrónicos (televisões, brinquedos electrónicos) fora do quarto, à noite limitar o uso desses dispositivos;
- Eliminar comidas e bebidas que contenham cafeína (refrigerantes, chá e café);
- Manter um horário adequado de sesta (preferencialmente logo após o almoço);

IDADE: 2-3 ANOS

CARACTERÍSTICAS DO SONO DA CRIANÇA

- Horas de sono recomendadas – 12 a 14 horas dia;
- Com dois anos de idade, a maioria das dorme cerca de 11 a 12 horas por noite. Mantendo uma sesta de tarde;
- Até aos 2 ou 3 anos o sono da criança é instável e apenas nesta altura começa a adquirir as características do sono do adulto;
- Inicio da autonomia, muitas vezes acompanhada de resistência em ir para a cama;
- Nesta fase pode-se iniciar os terrores nocturnos e o sonambulismo;

PROMOÇÃO DE HÁBITOS DE SONO SAUDÁVEIS NA CRIANÇA

- Ponderar em mudar a criança para uma cama sem grades;
- Deve dormir em quarto próprio;
- Criar um ambiente calmo e confortável;
- Utilizar roupas confortáveis;
- Incentivar o uso de um objecto de apego/transição como por exemplo uma fralda ou boneco (tentar gradualmente retirar a chucha);
- Criar e reforçar um ritual próprio nahora de adormecer (festas, cantar baixinho, contar história, entre outros);
- Estabelecer uma rotina consistente antes de ir dormir (Por exemplo: jantar, brincar, lavar dentes e ritual de adormecer);
- Encorajar a criança a utilizar os seus próprios recursos para aprenderem a serem autónomos a adormecer no inicio e durante a noite, ou seja, quando a criança acorda/chora durante a noite, tentar acalmá-la sem a retirar da cama, sentar-se junto dela e manter o ritual do adormecer pré-estabelecido;
- Os pais devem manter firmeza nas suas atitudes, não esquecendo sempre de confortar a criança até adormecer;
- Colocar uma luz ténue de presença para quando a criança acordar reconhecer o ambiente;
- Manter todos os dispositivos electrónicos (televisões, brinquedos electrónicos) fora do quarto, à noite limitar o uso desses dispositivos;
- Eliminar comidas e bebidas que contenham cafeína (refrigerantes, chá e café);
- Evitar alimentar a criança quando acordar durante a noite;
- Aconselhar a criança a urinar antes de dormir;
- Manter um horário adequado de sesta (preferencialmente logo após o almoço).

IDADE: 3-5 ANOS

CARACTERÍSTICAS DO SONO DA CRIANÇA

- Horas de sono recomendadas – 11 a 13 horas dia;
- Progressivamente vão deixar de dormir a sesta durante a tarde;
- Inicio da etapas do faz de conta e das fantasias do seu imaginário;
- Podem ocorrer pesadelos nocturnos;

PROMOÇÃO DE HÁBITOS DE SONO SAUDÁVEIS NA CRIANÇA

- Criar um ambiente calmo e confortável;
- Mudar a criança para uma cama sem grades;
- Deve dormir em quarto próprio;
- Utilizar roupas confortáveis;
- Incentivar o uso de um objecto de conforto como por exemplo a fralda ou o boneco (entre outros);
- Retirar/ substituir a chucha;
- Reforçar um ritual próprio nahora de adormecer (festas, cantar baixinho, contar história, entre outros);
- Estabelecer gradualmente uma rotina consistente antes de ir dormir (Por exemplo: jantar, brincar, lavar dentes e ritual de adormecer);
- Encorajar a criança a utilizar os seus próprios recursos para aprenderem a serem autónomos a adormecer no inicio e durante a noite, ou seja, quando a criança acorda/chora durante a noite, tentar acalmá-la sem a retirar da cama, sentar-se junto dela e manter o ritual de adormecer pré-estabelecido;
- Os pais devem manter firmeza nas suas atitudes, não esquecendo sempre de confortar a criança até adormecer;
- Colocar uma luz ténue de presença para quando a criança acordar reconhecer o ambiente;
- Manter todos os dispositivos electrónicos (televisões, brinquedos electrónicos, computadores) fora do quarto, à noite limitar o uso desses dispositivos;
- Evitar alimentar a criança quando acordar durante a noite;
- Eliminar comidas e bebidas que contenham cafeína (refrigerantes, chá e café);
- Mantenha um horário adequado de sesta (preferencialmente logo após o almoço);
- Aconselhar a criança a urinar antes de dormir;
- Se a criança tiver medos, espreitar em conjunto com a criança por baixo da cama e dentro dos armários para tranquilizar a criança.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRAZELTON, T. Berry; SPARROW, Joshua D. – **O Método Brazelton - A Criança e o Sono.** 5ª Edição, Lisboa, Editorial Presença, 2009, 92p.;
- BRUNSCHWING, Hélène – **Sono.** Lisboa, Edições Pergaminho SA, 2008. 80p. ISBN: 978-972-711-715-4;
- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE
- CORDEIRO, Mário - **Dormir Tranquilo**. 2ª edição, Lisboa, A Esfera do Livro; 2010. 205p. ISBN:978-989-626-215-0;
- DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE - **Saúde Infantil e Juvenil - Programa-tipo de Actuação.** 2ª edição, Lisboa, 48 p., ISBN 972-675-084-9;
- SOARES, Ângelo – **O Sono – Efeitos da sua privação sobre as defesas orgânicas.**Lisboa, LIDEL, Edições Técnicas, Lda, 2010. 100p. ISBN: 978-972-757-663-0;

ANEXO X - Relatório de formação sobre a temática “A Importância do Sono no Recém-
-nascido e Como Reduzir o Risco do Síndrome de Morte Súbita"

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

RELATÓRIO DE FORMAÇÃO

A Importância do Sono no Recém-Nascido

e

Como Reduzir o Risco do Síndrome de Morte Súbita

Elaborado por: Filipa Loureiro

Outubro, 2011

ÍNDICE

1 – PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO 5

2 – AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO 7

ANEXOS 9

ANEXO I – Cartaz de Divulgação da Sessão de Formação 11

ANEXO II – Diapositivos Utilizados na Sessão de Formação 15

ANEXO III – Instrumento Para Avaliação da Sessão de Formação 23

ANEXO IV – Suporte Teórico a Incluir no "Guia Orientador Para Enfermeiros" 27

1 - PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO

PLANO DE SESSÃO	Elaborado por: Filipa Loureiro

Tema: A importância do sono no recém-nascido e como reduzir o risco do síndrome da morte súbita

Local: Hospital de Santa Maria – Serviço de Neonatologia

Duração: 25 minutos

Destinatários: Pais dos RN internados no Serviço de Neonatologia do Hospital de Santa Maria

Objectivo Geral:

- Sensibilizar os pais do RN internado no Serviço de Neonatologia do Hospital de Santa Maria para a promoção de hábitos de sono saudáveis na criança dos 0-1 ano e como reduzir o risco do síndrome da morte súbita

Objectivos Específicos:

- Que os pais do RN sejam capaz de:
- Definir e sono e os respectivos ciclos;
- Enumerar quais os mecanismos orgânicos existentes durante o sono;
- Designar a quantidade de horas de sono necessária por faixa etária;
- Descrever técnicas/condutas que ajudem os pais a estabelecer hábitos de sono saudáveis;
- Descrever técnicas/condutas para reduzir o risco da Morte Súbita.

Plano Curricular:

CONTEÚDOS	MÉTODOS	FORMADORES	RECURSOS	TEMPO
Introdução: Apresentação do tema da sessão	Expositivo	Filipa Loureiro	Computador Data-Show Serviço de Neonatologia do HSM	**2'**
Desenvolvimento: 1. Definição de sono e respectivos ciclos;	Expositivo	Filipa Loureiro		**2'**
2. Enumeração dos mecanismos orgânicos existentes durante o sono	Expositivo	Filipa Loureiro		**2'**
3. Designação da quantidade de horas de sono necessária por faixa etária.	Expositivo	Filipa Loureiro		**3'**
5. Descrição de técnicas/ condutas que ajudem os pais a estabelecer hábitos de sono saudáveis.	Expositivo	Filipa Loureiro		**5'**
6. Descrição técnicas/ condutas para reduzir o risco da Morte Súbita.	Expositivo	Filipa Loureiro		**5'**
7. Avaliação da sessão/ Esclarecimento de dúvidas	Questionário	Filipa Loureiro		**6'**

Quadro I – Plano curricular da sessão de formação *"A importância do sono no recém-nascido e como reduzir o risco do síndrome da morte súbita"*

2 – AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

Os questionários foram aplicados aos 10 participantes, Pais de crianças internadas no Serviço de Neonatologia, da Sessão de Formação "A importância do sono no recém-nascido e como reduzir o risco do síndrome da morte súbita" que decorreu no Serviço de Neonatologia – Sala dos Pais, do Hospital de Santa Maria, no dia 16 de Outubro de 2011.

O questionário é anónimo, não requerendo nenhum dado identificativo dos formandos, solicitando somente a avaliação em relação à Sessão de Formação em quatro parâmetros:

1. Considera que os objectivos da formação foram alcançados.
2. Pertinência do tema abordado.
3. Clareza do Formador em relação aos temas abordados
4. Os conteúdos programáticos

No que concerne à avaliação da Sessão de Formação, todos os parâmetros receberam avaliações compreendidas entre o Bom (3) e o Muito Bom (4), tal como demonstrado no Gráfico 1, a clareza do formador e a pertinência do tema abordado foram os itens mais valorizados.

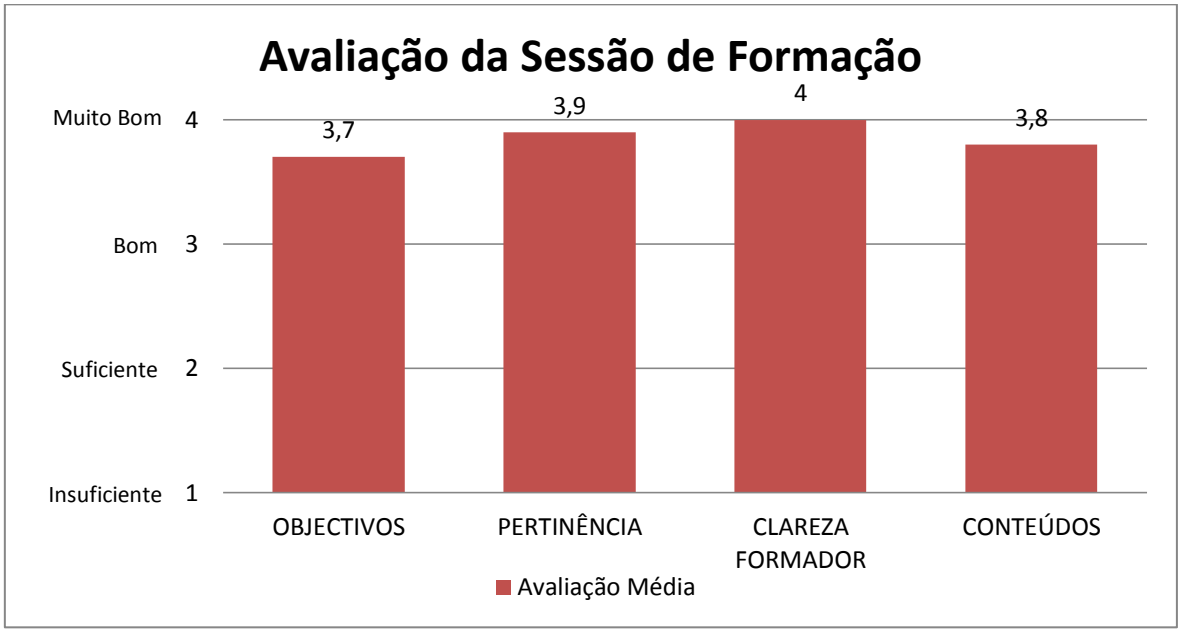


Gráfico 1 – Avaliação média dos resultados obtidos na sessão de formação

.

ANEXOS

ANEXO I – Divulgação da Sessão de Formação

Serviço de Neonatologia
Sessão de Formação

A IMPORTÂNCIA DO SONO NO RECÉM-NASCIDO
E
COMO REDUZIR O RISCO DO SÍNDROME DA MORTE SÚBITA

Dia 16/10/2011
às 11h00

Realizado por:
Filipa Loureiro (frequentar Curso Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica)

Sob orientação: Enf.ª Filipa Fonseca
Prof.ª Zaida Charepe

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

ANEXO II – Diapositivos Utilizados na Sessão de Formação

Serviço de Neonatologia
Sessão de Formação

A IMPORTÂNCIA DO SONO NO RECÉM-NASCIDO E COMO REDUZIR O RISCO DO SÍNDROME DA MORTE SÚBITA

Dia 16/10/2011
às 11h00

Realizado por:
Filipa Loureiro (frequentar Curso Mestrado em Enfermagem – Área de Saúde Infantil e Pediátrica)
Sob orientação: Enfª. Filipa Fonseca

OBJECTIVO GERAL

- **Sensibilizar os pais e família da criança internada no Serviço de Neonatologia do Hospital de Santa Maria para a Promoção de Hábitos de Sono Saudáveis na Criança e como Reduzir o Risco do Síndrome da Morte Súbita**

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS

- Definir sono e os respectivos ciclos;
- Enumerar quais os mecanismos orgânicos existentes durante o sono;
- Designar a quantidade de horas de sono necessária por faixa etária;
- Descrever técnicas/condutas que ajudem os pais a estabelecer hábitos de sono saudáveis na criança;
- Descrever técnicas/condutas para reduzir o risco do síndrome da morte súbita.

Cada bebé é único, tem o seu ritmo próprio e necessidades específicas

SONO

DEFINIÇÃO DE SONO

"Repouso: Redução recorrente da actividade corporal, marcada por uma diminuição da consciência, não se manter acordado, em que a pessoa não está alerta, metabolismo diminuído, postura imóvel, actividade corporal diminuída e sensibilidade diminuída mas prontamente reversível a estímulos externos."

CIPE

Ciclos do Sono

Sono não REM
Fase 1
Fase 2
Fase 3
Fase 4

Sono REM (rapid eye movements)

As quatro fases de sono não-REM, seguidas da fase REM, ocorrem em ciclos sucessivos de 90 a 120 minutos ao longo do período de sono

20/10/2011

Ciclos do Sono

SONO NÃO REM (Rapid eye movements)

1ª FASE	• O sono é leve • Fácil de acordar • Existem contracções musculares bruscas
2ª FASE	• O sono menos leve • Sem movimentos musculares • Sem movimentos oculares
3ª FASE 4ª FASE	• Constitui o sono profundo • Difícil acordar • Pode ocorrer terrores nocturnos ou sonambulismo • Considerado o restaurador

20/10/2011

Soares, 2010

Ciclos do Sono

Sono REM *(rapid eye movement)*

- Movimentos oculares rápidos
- Respiração mais rápida e profunda
- Ao acordar existe uma recordação dos sonhos
- Grande actividade cerebral
- Aumento do ritmo cardíaco e TA
- Membros como que paralisados

Soares, 2010

20/10/2011

Nos bebés prematuros existe um atraso na consolidação da regulação do comportamento motor e organização do ciclo do sono e da vigília

20/10/2011

Mecanismos Orgânicos durante o Sono

- Recuperação do cansaço físico e mental
- Forma as várias vias cerebrais necessárias à aprendizagem
- O cérebro trabalha nas diferentes fases de registo e armazenamento da memória
- Desenvolve o crescimento através da libertação da hormona do crescimento
- Protege das doenças porque efectua a restauração do sistema imunitário

20/10/2011

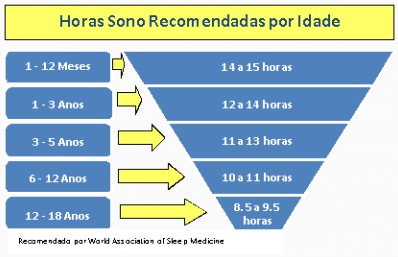
Soares, 2010

Quando uma criança não dorme surge

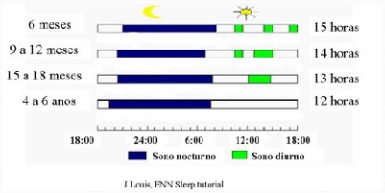
- Irritabilidade
- Sonolência
- Cansaço/ exaustão física e mental nos pais
- Dificuldade de aprendizagem
- Dificuldade de concentração
- Diminuição das defesas do organismo às doenças
- Alterações de humor

20/10/2011

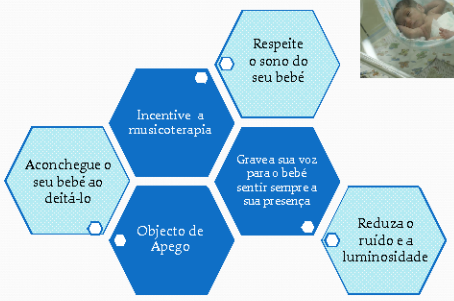
Horas de Sono Recomendadas



Hábitos de Sono Saudáveis



Internado na Neonatologia



PROMOÇÃO DE HÁBITOS DE SONO SAUDÁVEIS

Desde o Nascimento

- Deitar a criança em decúbito dorsal (de costas);
- Criar um ambiente calmo e confortável;
- Utilizar roupas confortáveis;
- Incentivar a criança a dormir em berço/cama própria (cama estável e sólida, com grades de pelo menos 60 cm de altura, a distância entre as grades não deve ser superior a 6,5 cm);
- Incentivar o uso de um objecto de apego/transição como um brinquedo, fralda, chucha, entre outros;
- Colocar a criança acordada no berço e ficar junto a ela a embalar (criar um ritual próprio - festas, baloiçar, cantar baixinho, contar história, música de embalar);
- Estabelecer o ritmo circadiano da criança reforçando o contraste entre:
  - DIA – Manter a luz do dia e o ruído
  - NOITE – Manter a escuridão e o silêncio

PROMOÇÃO DE HÁBITOS DE SONO SAUDÁVEIS

Sugestões a partir dos 6 meses

- Colocar a criança a dormir em quarto próprio;
- Alargar os períodos de vigília mantendo a criança mais tempo acordada durante o dia (interagindo com ela);
- Estabelecer gradualmente uma rotina consistente antes de ir dormir (por exemplo: jantar, brincar, lavar dentes e ritual do adormecer);
- Encorajar a criança a utilizar os seus próprios recursos para aprenderem a serem autónomos a adormecer durante a noite, ou seja, quando a criança acorda/chora durante a noite, tentar acalmá-la sem a retirar da cama (excepto se for para a alimentar), sentar-se junto dela e manter o ritual de adormecer pré-estabelecido;

PROMOÇÃO DE HÁBITOS DE SONO SAUDÁVEIS

Sugestões a partir dos 6 meses

- Tentar estabelecer uma rotina diária no que respeita aos horários, manter a criança desperta até cerca das 21h00 para que esta posteriormente consiga acompanhar o sono dos pais durante a noite;
- Colocar uma luz ténue de presença para quando a criança acordar reconhecer o ambiente;
- Manter todos os dispositivos electrónicos (televisões, brinquedos electrónicos) fora do quarto, à noite limite o uso desses dispositivos;

Os 10 Mandamentos do Sono Saudável para Crianças

1. Certifique-se que a sua criança dorme o suficiente por dia;
2. Mantenha uma consistência na hora de adormecer (de preferência pelas 21h00) e acordar durante a semana e fim-de-semana;
3. Estabeleça uma rotina consistente na hora de ir dormir e utilize roupas confortáveis na cama;
4. Incentive a sua criança a adormecer de forma independente;
5. Evite luzes brilhantes na hora de ir para a cama e durante a noite, aumente a exposição à luz durante o dia;
6. Mantenha todos os dispositivos electrónicos (televisões, computadores e telefone) fora do quarto, à noite limite o uso desses dispositivos;
7. Mantenha uma rotina diária regular, incluindo as refeições;
8. Mantenha um horário de sesta adequado à idade;
9. Assegure que a criança pratica exercício e passa tempo ao ar livre durante o dia;
10. Elimine comidas e bebidas que contenham cafeína (refrigerantes, café e chá).

Adaptado de Recomendações efectuadas pela World Association of Sleep Medicine

20/10/2011

Para ajudar uma criança a reencontrar o sono não existem "regras" simples, pode-se sugerir diversos métodos para orientar os pais, sem nunca esquecer a intuição e o amor.

20/10/2011

Síndrome da Morte Súbita do Lactente (SMSL)

20/10/2011

A Síndrome de Morte Súbita do Lactente é a morte súbita e sem explicação de um bebé durante o primeiro ano de vida.

Na maioria dos casos está associada ao sono.

20/10/2011

PREDISPOSIÇÃO INDIVIDUAL	CAUSAS DESENCADEANTES	CAUSAS FAVORECEDORAS
Causas genéticas ou constitucionais	Doenças Infecções Febre	Ligadas ao ambiente do lactente

20/10/2011

Como Reduzir o Risco do Síndrome da Morte Súbita?

20/10/2011

1. Colocar sempre o bebé de costas para dormir

20/10/2011

2. Deve dormir numa cama apropriada

- Colchão firme
- Colchão bem adaptado ao tamanho do berço
- A cabeça da criança deve estar sempre destapada (não use gorros)
- Minimizar o número de brinquedos e roupa no interior do berço
- Deite-o com os pés junto ao fundo da cama para não escorregar

20/10/2011

3. Não aqueça demasiado o bebé

- A temperatura ambiente do quarto deve estar entre os 18º e 21º
- Vista o bebé com roupa confortável e não excessivamente
- Verifique a temperatura colocando o dorso da sua mão na nuca ou na barriga do bebé
- Se o bebé tem febre precisa de menos roupa – não o agasalhe
- O risco de SMSL pode estar associado ao aquecimento excessivo

20/10/2011

4. Não fume durante a gravidez, nem depois do parto

- O risco de SMSL aumenta se a mãe fumou durante a gravidez e se continua a fumar
- Se o pai também fuma o risco agrava-se ainda mais
- Não deixe ninguém fumar no ambiente que o seu filho respira (quarto, casa, carro ou onde quer que ele permaneça)

20/10/2011

5. Não durma com o bebé na sua cama

- Aumenta o risco de asfixia
- No caso dos pais fumarem aumenta consideravelmente o risco
- Nunca adormeça no sofá com o bebé ao colo
- O berço deve estar no quarto dos pais os primeiros 6 meses

20/10/2011

6. Utilizar a chucha pode reduzir o risco de SMSL

- Ofereça uma chucha ao bebé para dormir mas se ele a rejeitar não force

20/10/2011

7. Quando o bebé está acordado promova outras posições

- Quando está acordado o bebé pode ser colocado de barriga para baixo para brincar. Assim fortalece os músculos do pescoço e das costas
- Ensine o seu bebé a dormir de barriga para cima e a brincar de barriga para baixo

20/10/2011

20/10/2011

Obrigado pela atenção

20/10/2011

BIBLIOGRAFIA UTILIZADA

- BRAZELTON, T. Berry; SPARROW, Joshua D. – O Método Brazelton - A Criança e o Sono. 5ª Edição, Lisboa, Editorial Presença, 2009, 92p.;
- BRUNSCHWING, Hélène – Sono. Lisboa, Edições Pergaminho SA, 2008. 80p. ISBN: 978-972-711-715-4;
- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE
- CORDEIRO, Mário - Dormir Tranquilo. 2ª edição, Lisboa, A Esfera do Livro; 2010. 205p. ISBN:978-989-626-215-0
- MONTEIRO, Tojal – Perturbações do sono na criança – Perspectiva do Pediatra. In: Nascer e crescer, Prop. do Hospital de Crianças Maria Pia; Direcção Silvia Alvares, Porto – ISSN 0872-0754 – Vol. 15, nº3,2006, p.180-183;
- Prevenção da Morte Súbita consultado na internet em: http://www.spp.pt/conteudos/default.asp?ID=33
- SOARES, Ângelo – O Sono – Efeitos da sua privação sobre as defesas orgânicas. Lisboa, LIDEL, Edições Técnicas, Lda, 2010. 100p. ISBN: 978-972-757-663-0;
- Imagens retiradas: http://anne_geddes.vilabol.uol.com.br/ Consultado a 14/10/2011;

20/10/2011

ANEXO III – Instrumento de Avaliação da Sessão de Formação

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Questionário de Avaliação da Sessão de Formação

"A importância do sono no recém-nascido e como reduzir o risco do síndrome da morte súbita"

Este questionário tem como objectivo avaliar a sessão, sobre esta temática que é abordada actualmente e que tem vindo a colocar novos desafios no que respeita à intervenção dos profissionais de saúde. Assim, como classifica:

1 → Considera que os objectivos da formação foram atingidos?

- ☐ Insuficiente
- ☐ Suficiente
- ☐ Bom
- ☐ Muito Bom

2 → Pertinência do tema abordado.

- ☐ Insuficiente
- ☐ Suficiente
- ☐ Bom
- ☐ Muito Bom

3 → Clareza do formador em relação aos temas abordados.

- ☐ Insuficiente
- ☐ Suficiente
- ☐ Bom
- ☐ Muito Bom

4 → Os conteúdos programáticos.

- ☐ Insuficiente
- ☐ Suficiente
- ☐ Bom
- ☐ Muito Bom

Sugestões:

Obrigado pela Colaboração

Novembro de 2011

ANEXO IV – Suporte Teórico a Incluir no "Guia Orientador Para Enfermeiros"

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRICA

Unidade Curricular de Estágio – Módulo III - Neonatologia

SUPORTE TEÓRICO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

A IMPORTÂNCIA DO SONO NO RECÉM NASCIDO

Elaborado por: Filipa Loureiro

Orientado por: Enfª Filipa Fonseca

Prof.ª Zaida Charepe

Lisboa, 2011

Sono

A Ordem dos Enfermeiros (2010) refere que o sono é tão imprescindível para o desenvolvimento físico, cerebral e emocional das crianças como a alimentação. O impacto dos problemas do sono na criança é intensificado pelo seu efeito no sono dos pais, resultante em fadiga diária e perturbações de humor, afectando deste modo o desempenho parental.

No final de uma gravidez, a mãe já consegue, na maior parte das vezes, perceber se o bebé está a dormir ou acordado. Segundo Brunschwing (2008), a partir da vigésima semana, existe já no feto uma alternância de actividade e de imobilidade, cuja periodicidade está muito próxima do futuro ciclo do sono. Ao nascer, os ciclos do sono não são influenciados pela alternância entre o dia e a noite. Só progressivamente o recém-nascido adapta-se a um novo ritmo circadiano. Até aos 2 ou 3 anos o sono da criança é instável e apenas nesta altura começa a adquirir as características do sono do adulto.

Se pesquisarmos na *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE/ICN,2005, pag. 79.)* a palavra sono significa "*Repouso: Redução recorrente da actividade corporal, marcada por uma diminuição da consciência, não se manter acordado, em que a pessoa não está alerta, metabolismo diminuído, postura imóvel, actividade corporal diminuída e sensibilidade diminuída mas prontamente reversível a estímulos externos.*".

Segundo Soares (2010, pag.13) *"O sono resulta da acção conjugada de muitos neurotransmissores e é acertada pelo relógio biológico central, que ajusta tudo ao ritmo circadiano, controlado por núcleos supraquiasmáticos (NSQ) do hipotálamo."*

O sono é formado por ciclos não REM (Rapid eye movements) e sono REM. Através das ondas de um traçado de electroencefalograma consegue-se definir estas diferentes fases. (Soares, 2010).

O Ciclo não REM é constituído por 4 fases (Soares, 2010):

Fase 1 - O sono é leve e facilmente acordável, existem contracções musculares bruscas;

Fase 2 - Sono menos leve, sem movimentos musculares, nem oculares;

Fases 3 e 4 - Constituem o sono profundo, dificilmente de acordar; pode ocorrer nictúria, terrores nocturnos ou sonambulismo (considerado o restaurador, sendo fundamental para a sensação de bem estar para o dia seguinte).

No sono REM existem movimentos oculares rápidos em várias direcções, respiração mais rápida e profunda, membros como que paralisados (bloqueio dos neurónios

medulares), Aumento do ritmo cardíaco e tensão arterial, ao acordar existe uma recordação dos sonhos. O cérebro tem uma actividade muito grande (Soares, 2010)

As fases de sono distintas podem ser medidas pela polissonografia.

O recém-nascido reage e interage com o meio envolvente desde o nascimento. Para além de possuir capacidades para receber informação do meio exterior, também nasce dotado com capacidades que lhe permitem expressar os seus sentimentos, dispondo dessa forma, de sistemas para transmitir informação. Brazelton (2003) considerou a existência de seis estádios de consciência: *Sono Profundo, Sono Activo ou Sono REM, Estado de Sonolência ou Intermédio* (os estímulos externos tendem a acordar mais facilmente o bebé), *Acordado - em Estado de Alerta, Alerta - mas Irritado e Choro.*

Nos recém-nascidos prematuros existe um atraso na consolidação da regulação do comportamento motor e na organização do ciclo do sono e da vigília

À medida que a criança vai crescendo os estados de sono-vigília vão sofrendo alterações graduais. A criança vai procurando os seus padrões de conforto, podendo aprender a readormecer sozinha quando acorda.

Aos 18 meses, as crianças devem apenas dormir uma sesta, esta deverá ser o mais cedo possível, para que não seja difícil adormecer à noite. No entanto, nesta idade é extremamente complicado deitar a criança na cama. O recurso a objectos de transição (brinquedo, boneco ou fralda) funciona como fontes de segurança para o bebé, devendo ser este a escolher quais os objectos que deseja (Brazelton, 2009).

As crianças atingem o padrão de sono do adulto aos 3 anos de idade. Contudo, é frequente existirem problemas de sono, como a renitência em ir para a cama e adormecer, evidenciando reacções a medos e à tomada de consciência da separação. É durante a noite que a criança revive estes medos e sonha com eles. Todavia, pode demorar algum tempo mas a criança aprende a confortar-se sozinha (Brazelton, 2009).

Sendo de salientar que "*durante o sono, o cérebro "aproveita" para trabalhar arduamente nas diferentes fases de registo, codificação, armazenamento e evocação da memória. Além da cooperação com o sistema imunitário, participa na recuperação de eventuais "lesões" orgânicas do cérebro ou na defesa contra agentes patogénicos"* (Soares, 2010, pag.19).

Poderá citar-se o ditado popular "*dormir faz crescer",* pois enquanto se dorme são segregadas hormonas, como a de crescimento (fundamental nas crianças), prolactina e cortisol.

Durante o sono o cérebro forma as vias necessárias para a aprendizagem; criando condições para a fixação e retenção das recordações; arquivando na memória, depois

de devidamente catalogadas, as experiências vividas a reter e estabelecendo novas perspectivas das vivências previamente adquiridas (Soares, 2010).

O Sono tem diversas funções protectoras e reparadoras do organismo. A qualidade de vida de uma família por vezes é afectada pelos problemas de sono dos filhos, induzindo à exaustão parental e aumentando o risco de saúde.

Cordeiro (2010, p. 90) realça que "não dormir o suficiente conduz mais cedo ou mais tarde, a uma diminuição da concentração e a irritabilidade, com aumento da ansiedade e risco de depressão. Estes sintomas podem aparecer tanto nas crianças como nos pais, apenas com uma diferença: as crianças, quanto menos dormem, mais excitadas ficam, como se a falta de dormir fosse uma verdadeira anfetamina – ou seja, no momento que os pais estão "off", os filhos aceleram o "on", estando criado o desfasamento":

Promoção de hábitos de sono saudáveis na criança

O Enfermeiro tem a competência de assistir a criança na maximização da sua saúde, implementando e gerindo um plano de saúde, promotor da parentalidade no sentido de adopção de comportamentos potenciadores de saúde. Promovendo assim, o crescimento e desenvolvimento infantil, transmitindo orientações antecipatórias à criança e família com o intuito de educação para a saúde onde se pode incluir a promoção de hábitos sono saudável.

Sugerem-se orientações aos pais com o intuito de encaminhar e promover hábitos de sono saudáveis desde o nascimento da criança, pois está descrito que quanto mais cedo actuar, maior é a capacidade de aprendizagem e adaptação da criança.

Desde o nascimento:

- ✓ Deitar a criança em decúbito dorsal;
- ✓ Criar um ambiente calmo e confortável;
- ✓ Incentivar a criança a dormir em berço ou cama própria (cama estável e sólida, com grades de pelo menos 60 cm de altura, a distância entre as grades não deve superior a 6,5cm;)
- ✓ Utilizar roupas confortáveis;
- ✓ Estabelecer o ritmo circadiano (ritmo biológico): Durante o dia manter a luz diurna e o ruído diário, durante a noite manter o ambiente escuro e o silêncio;
- ✓ Aconchegar a criança, fazendo o "ninho" com o cobertor da barriga para baixo;
- ✓ A criança deve estar confortável (Ex: sem fome, fralda limpa, massagem para as cólicas);

- ✓ Colocar a criança acordada no berço e ficar junto a ela a embalar (criar a própria rotina, festas, baloiçar, cantar baixinho, contar história, música de embalar).
- ✓ Incentivar o uso de um objecto de apego/transição como por exemplo a chucha, fralda, boneco, entre outros;
- ✓ Incentivar progressivamente a prolongar os intervalos entre as mamadas durante a noite (não excedendo as 4 horas);

A partir dos 6 meses de idade:

- ✓ Colocar a criança a dormir em quarto próprio;
- ✓ Alargar os períodos de vigília mantendo a criança mais tempo acordada durante o dia (interagindo com ela);
- ✓ Estabelecer gradualmente uma rotina consistente antes de ir dormir (Por exemplo: jantar, brincar, lavar dentes e ritual de adormecer);
- ✓ Encorajar a criança a utilizar os seus próprios recursos para aprenderem a serem autónomos a adormecer durante a noite, ou seja, quando a criança acorda/chora durante a noite, tentar acalmá-la sem a retirar da cama (excepto se for para a alimentar), sentar-se junto dela e manter o ritual de adormecer pré-estabelecido;
- ✓ Tentar estabelecer uma rotina diária ao nível do horário, tentar manter a criança desperta até cerca das 21h00 para que esta posteriormente consiga acompanhar o sono dos pais durante a noite;
- ✓ Colocar uma luz ténue de presença para quando a criança acordar reconhecer o ambiente;
- ✓ Manter todos os dispositivos electrónicos (televisões, brinquedos electrónicos) fora do quarto, à noite limitar o uso desses dispositivos;
- ✓ A criança até 1 ano de idade deve dormir entre 14 a 15 horas.

Cada criança é um ser único, que tem necessidades específicas e o seu próprio ritmo. Pode-se orientar e sugerir diversos métodos para a ajudar a criança a adormecer, mas nunca esquecer o amor e a intuição.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRAZELTON, T. Berry – "A Criança e o Sono – O Método Brazelton", 5ª Edição, Lisboa, Editorial Presença, 2009, 90p.

BRAZELTON, T. Berry – "O Grande Livro da Criança: O Desenvolvimento Emocional e do Comportamento Durante os Primeiros Anos" 6ª Edição, Lisboa, Editorial Presença, 2003. 535p.

BRUNSCHWING, Hélène –"Sono", Lisboa, Edições Pergaminho SA, 2008. 80p. ISBN: 978-972-711-715-4.

CIPE/ICN, Internacional Council of Nurses – "Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE/ICN)",. 3ªEdição. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros, 2005.

CORDEIRO, Mário – "Dormir Tranquilo", Lisboa, A Esfera do Livro; 2010. 205p. ISBN:978-989-626-215-0.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010) – "Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica" – Cadernos da Ordem dos Enfermeiros, Série I/ número 3/ volume ISBN: 978-989-8444-00-4.

SOARES, Ângelo – "O Sono – Efeitos da sua privação sobre as defesas orgânicas", Lisboa, LIDEL, Edições Técnicas, Lda, 2010. 100p. ISBN: 978-972-757-663-0.

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRICA

Unidade Curricular de Estágio – Módulo III - Neonatologia

SUPORTE TEÓRICO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

COMO REDUZIR O RISCO DO SINDROME DE MORTE SUBITA NO LACTENTE (SMSL)

Elaborado por: Filipa Loureiro

Orientado por: Enfª Filipa Fonseca

Prof.ª Zaida Charepe

Lisboa, 2011

COMO REDUZIR O RISCO DO SINDROME DE MORTE SUBITA NO LACTENTE (SMSL)

Para efectuar este documento foi utilizado como suporte bibliografico a informação disponibilizada pela Sociedade Portuguesa de Pediatria.

O Síndrome de Morte Súbita no Lactente é tal como o nome indica a é a morte súbita e sem explicação de um bebé durante o primeiro ano de vida, surge sem aviso prévio. Sendo a primeira causa de mortalidade no 1º ano de vida, excluindo o período neonatal, estando na maioria das vezes associada ao sono.

O diagnóstico é realizado após a autópsia, excluído uma causa de morte patológica.

A ocorrência de morte súbita é rara no primeiro mês de vida, aumenta até um valor máximo entre os 2 e os 4 meses e cerca de 95% dos casos surge antes dos 6 meses de idade.

Um estudo retrospectivo português mostrou um aumento do número de casos de 1974 a 1990, com decréscimo a partir de 1992. Verificou-se também um predomínio acentuado no lactente no sexo masculino, com idades compreendidas entre 1 e 4 meses, nos meses de Dezembro a Março, aos fins-de-semana, no domicílio, durante o sono e no período da noite.

Sabe-se que existem bebés mais susceptíveis mas não existe nenhum factor de risco que por si só possa causar a SMSL. Por outro lado, existem vários factores de risco que podem contribuir, em combinação, na morte de um lactente susceptível.

A concepção actual de morte súbita do lactente é a de um acidente multifactorial, no qual vários aspectos são considerados, entre os quais:

1) Predisposição individual: causas genéticas / constitucionais afectando a maturação de zonas do tronco cerebral responsáveis pelo controlo das funções vitais (ritmo cárdio-respiratório, pressão arterial, sono e acordar). Esse controle está na dependência de redes neuronais que surgem a meio da gestação e se vão organizando, com importantes variações individuais, ao longo dos primeiros meses de vida;

2) Causas desencadeantes - as patologias habituais desta faixa etária, numerosas e variadas, por vezes acumuladas, nomeadamente infecção, refluxo gastroesofágico, hipertonia vagal, hipertermia;

3) Causas favorecedoras - ligadas ao ambiente do lactente, como sejam, a posição no berço em decúbito ventral ou lateral, o tabagismo, condições sócio-económico-culturais deficientes, mau seguimento pré natal, como número de consultas inferior ao programado, dormir com a mãe (sobretudo se ela estiver muito cansada ou tiver

ingerido calmantes ou álcool), dormir com pai, irmãos ou mais do que uma pessoa e dormir no sofá.

Embora não se saiba a causa destesíndrome, numerosos estudos epidemiológicos evidenciam que a adopção de medidas práticas simples nos cuidados das crianças conduz a uma queda importante da incidência do Síndrome de Morte Súbita no Lactente.

Como Reduzir o Risco de Síndroma de Morte Súbita do Lactente:

Vários estudos epidemiológicos, incluindo milhares de lactentes, demonstram que a posição mais segura para dormir é em decúbito dorsal, sem aumento do número de mortes por aspiração de vómito.

Em 1992 esta recomendação é adoptada pela Direcção Geral de Saúde e ficou a constar do Boletim de Saúde Infantil e Juvenil.

A posição em decúbito ventral é um factor de risco para a SMSL, estando justificado em crianças com um sono mais profundo e um aumento do limiar de despertar, a respiração do próprio ar expirado condicionando uma elevada concentração de anidrido carbónico no ar inspirado, a pressão exercida na face do bebé, dificultando a respiração, a inibição dos reflexos laríngeos e o sobreaquecimento por diminuição de perda de calor pelo rosto e pela cabeça, são outras tantas razões.

Não devem ser utilizados sistemas de contenção, como rolos, faixas, etc.

A criança deve dormir num berço ou cama de grades até aos 2 anos, com um colchão firme e bem adaptado ao tamanho da cama, para que não fique qualquer espaço entre o colchão e as grades. O uso de colchões moles e de edredão em vez de lençóis e cobertor, pode possibilitar a sufocação. Os pés do bebé devem tocar o fundo da cama, de forma a que não exista risco de escorregar para debaixo dos lençóis. Nos primeiros 6 meses o berço deve permanecer no quarto dos pais.

Quando a criança se encontra a dormir a suacabeça não deve estar tapada, a roupa da cama não deve cobrir a cabeça do bebé. Não se deve utilizar almofada, fralda, gorro, babete ou outras peças que possam tapar a cabeça.

O risco de SMSL aumenta se a mãe fumou durante a gravidez e se continua a fumar após o parto. Quando o pai também fuma, o risco agrava-se mais. A criança não deve permanecer em locais onde se fume, ou num ambiente habitual de fumadores.

O excessivo aquecimento é um risco para SMSL. A temperatura ideal do ambiente deverá estar entre 18-21ºc. Deve vestir-se a criança de forma confortável e adaptada à temperatura da estação do ano. Não tapar demasiado o lactente, a cabeça deve estar

sempre descoberta, a roupa não deve ultrapassar os ombros e os cobertores não devem ser pesados.

Colocar a criança a dormir na cama com os pais aumenta o risco de SMSL e o risco de asfixia. Este risco aumenta consideravelmente se os adultos que partilham a cama fumarem, estiverem muito cansados, se tomaram medicamentos calmantes ou se ingeriram bebidas alcoólicas.

Quando a criança está acordada deve-se colocar o bebé em decúbito ventral para brincar. Isto fortalece os músculos do pescoço e das costas e contraria posições preferenciais da cabeça e a ocorrência de deformações (plagiocefalia posicional).

A relação entre o uso da chucha e a redução do risco de SMSL é consistente, contudo o seu mecanismo de acção são ainda desconhecidos. Oferecer uma chucha à criança para dormir mas se ele a rejeitar não forçar. Se o bebé for amamentado, a chucha não deve ser oferecida nas primeiras semanas de vida, pois pode prejudicar a adaptação de bebé à mama.

BIBLIOGRAFIA

Síndrome de Morte Súbita do lactente no site da Sociedade Portuguesa de Pediatria - http://www.spp.pt/conteudos/default.asp?ID=33

ANEXO XI - Folheto Informativo sobre a temática "A Importância do Sono no Recém-nascido e Como Reduzir o Risco do Síndrome de Morte Súbita"

Desde o Nascimento

* Deite o seu bebé na posição de costas;
* O bebé deve dormir em berço/cama de grades própria;
* Assegure um ambiente tranquilo (luz presença, silêncio, temperatura adequada).
* Incentive o uso de um objecto preferido como um peluche, fralda, chupeta…
* Ajude a estabelecer o ritmo biológico do seu filho reforçando o contraste entre:

DIA – Manter a luz do dia e o ruído

NOITE – Manter a escuridão e o silêncio

Dicas a partir dos 6 meses

* Entre os 6 e 9 meses deve fazer a transição da cama de grades para o quarto da criança;
* Deve colocar a criança acordada na cama;
* Deve deixar a criança dormir sozinha no seu quarto, pode permanecer junto dela até que adormeça;
* Crie um ritual de sono, como por exemplo ler uma história ou cantar uma canção;
* Evite dar comida à criança a meio da noite;
* Se sentir o seu filho acordar a meio da noite, espreite, mas deixe-o tentar aprender a adormecer sozinho.

Funções do Organismo durante o Sono da Criança

* Recuperação do cansaço físico mental
* Melhora a memória
* Facilita a aprendizagem
* Desenvolve o crescimento através da libertação da hormona do crescimento

Elaborado por:

Filipa Loureiro (frequentar Curso Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica)

Sob orientação: Enf.ª Filipa Fonseca

Prof.ª Zelda Charepe

Imagens retiradas: http://anne_geddes.vilabol.uol.com.br/
Consultado a 14/10/2011

CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE — HOSPITAL DE SANTA MARIA — Hospital Pulido Valente

UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS

A IMPORTÂNCIA DO SONO NO RECÉM-NASCIDO E COMO REDUZIR O RISCO DO SÍNDROME DA MORTE SÚBITA

Cada bebé é único, tem o seu ritmo próprio e necessidades específicas

Síndrome da Morte Súbita do Lactente (SMSL)

O Síndrome de Morte Súbita do Lactente é a morte súbita e sem explicação de um bebé durante o primeiro ano de vida. Na maioria dos casos está associada ao sono.

COMO REDUZIR O RISCO?

1.Colocar sempre o bebé de costas para dormir ;

2. Deve dormir numa cama apropriada (colchão firme e adaptado ao berço);

3. Não aqueça demasiado o bebé (deve dormir com roupa confortável, temperatura ambiente do quarto entre os 18º e 21º, com a cabeça sempre destapada, não use gorros);

4. Não fume durante a gravidez, nem depois do parto (não exponha o seu filho ao fumo do tabaco ou locais onde se fuma);

5. Não durma com o bebé na sua cama, coloque-o sempre a dormir no berço;

6. Utilizar a chucha pode reduzir o risco de SMSL;

7. Quando o bebé está acordado promova outras posições (coloque-o de barriga para baixo para fortalecer os músculos do pescoço e das costas).

ANEXO XII - Poster afixado no Serviço de Neonatologia sobre a temática "Como Reduzir o Risco do Síndrome de Morte Súbita no Recém-Nascido"

Síndrome da Morte Súbita do Lactente (SMSL)

O Síndrome de Morte Súbita do Lactente é a morte súbita e sem explicação de um bebé durante o primeiro ano de vida. Na maioria dos casos está associada ao sono.

COMO REDUZIR O RISCO?

1. Colocar sempre o bebé de costas para dormir ;

2. Deve dormir numa cama apropriada (colchão firme e adaptado ao berço);

3. Não aqueça demasiado o bebé (deve dormir com roupa confortável, temperatura ambiente do quarto entre os 18º e 21º, com a cabeça sempre destapada, não use gorros);

4. Não fume durante a gravidez, nem depois do parto (não exponha o seu filho ao fumo do tabaco ou locais onde se fuma);

5. Não durma com o bebé na sua cama, coloque-o sempre a dormir no berço;

6. Utilizar a chucha pode reduzir o risco de SMSL;

7. Quando o bebé está acordado promova outras posições (coloque-o de barriga para baixo para fortalecer os músculos do pescoço e das costas).

Elaborado por:
Filipa Loureiro (frequentar Curso Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica)
Sob orientação: Enf.ª. Filipa Fonseca
Prof.ª Zaida Charepe

Imagens retiradas: http://anne_geddes.vilabol.uol.com.br/
Adaptado de Recomendações efectuadas pela Sociedade Portuguesa de Pediatria - http://www.spp.pt/conteudos/default.asp?ID=33
Consultado a 14/10/2011

ANEXO XIII - Norma de Procedimento para Equipa de Enfermagem subordinada à temática "Intervenção de Enfermagem no Conforto do Recém-Nascido no âmbito da Promoção do Sono no Serviço de Neonatologia".

CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE	HOSPITAL DE SANTA MARIA / Hospital Pulido Valente	
Direcção dos Serviços de Enfermagem do HSM Departamento: da CRIANÇA e da FAMÍLIA	***NORMA Nº*** ***Intervenção de Enfermagem no Conforto do Recém-nascido no âmbito da Promoção do Sono no Serviço de Neonatologia***	
	Elaboração: Enf. ª Filipa Loureiro **Orientação:** Enf.ª Filipa Fonseca Prof. Zaida Charepe **Data:** Outubro 2011	
MANUAL DE SERVIÇO	**Aprovação:** Data: ___/___/ ___ Responsável: _____	**Revisão:** Data: ___/ ___/ ___ Responsável: _____

1. OBJECTIVOS

- Sistematizar e uniformizar regras e procedimentos para proporcionar conforto e promover períodos de sono no recém-nascido internado no Serviço de Neonatologia;
- Sensibilizar para a importância da aplicação das medidas de conforto e promoção do sono do recém-nascido;
- Aperfeiçoar competências na prestação de cuidados de enfermagem de excelência, no conforto e promoção do sono do recém-nascido.

2. DEFINIÇÃO

"Numa unidade de cuidados intensivos onde um bebé de risco pode precisar de estar horas, dias ou semanas, é necessário que ele descubra aí e aí tenha a oportunidade de reconhecer um sentido de pertença, um sentido de confiança que ajude e transforme o instinto de sobrevivência em sensação de que vale a pena viver..."

Professor Doutor Gomes-Pedro

Conforto

- *"STATUS: Sensação de tranquilidade física e bem-estar corporal"* (CIPE II, 2011, p. 48)
- *"Condição experimentada pelas pessoas que recebem as medidas de conforto. É a experiência imediata e holística de ser fortalecido através da satisfação das necessidades dos três tipos de conforto (alívio,*

tranquilidade e transcendência) nos quatro contextos da experiência (físico, psico-espiritual, social e ambiental)" (Kolcaba citado por Tomey, 2004, p.484).

Sono

- *"Repouso: Redução recorrente da actividade corporal, marcada por uma diminuição da consciência, não se manter acordado, em que a pessoa não está alerta, metabolismo diminuído, postura imóvel, actividade corporal diminuída e sensibilidade diminuída mas prontamente reversível a estímulos externos."* (CIPE II, 2011, p.79)

- O sono resulta da acção conjugada de muitos neurotransmissores e é acertada pelo relógio biológico central, que ajusta tudo ao ritmo circadiano, controlado por núcleos supraquiasmáticos (NSQ) do hipotálamo. O sono é formado por ciclos de sono não REM (rapid eye movements) e sono REM (Soares, 2010):

No final de uma gravidez, a mãe já consegue, na maior parte das vezes, perceber se o bebé está a dormir ou acordado. Segundo Brunschwing (2008), a partir da vigésima semana, existe já no feto uma alternância de actividade e de imobilidade, cuja periodicidade está muito próxima do futuro ciclo do sono. Ao nascer, os ciclos do sono não são influenciados pela alternância entre o dia e a noite. Só progressivamente o recém-nascido adapta-se a um novo ritmo circadiano. Até aos 2 ou 3 anos o sono da criança é instável e apenas nesta altura começa a adquirir as características do sono do adulto.

O recém-nascido reage e interage com o meio envolvente desde o nascimento. Para além de possuir capacidades para receber informação do meio exterior, também nasce dotado com capacidades que lhe permitem expressar os seus sentimentos, dispondo dessa forma, de sistemas para transmitir informação. Brazelton (2003) considerou a existência de seis estádios de consciência: Sono Profundo, Sono Activo ou Sono REM, Estado de Sonolência ou Intermédio (os estímulos externos tendem a acordar mais facilmente o bebé), Acordado - em Estado de Alerta, Alerta - mas Irritado e com Choro.

Nos recém-nascidos prematuros existe um atraso na consolidação da regulação do comportamento motor e na organização do ciclo do sono e da vigília.

À medida que a criança vai crescendo os estados de sono-vigília vão sofrendo alterações graduais. A criança vai procurando os seus padrões de conforto, podendo aprender a adormecer sozinho quando acorda.

A Ordem dos Enfermeiros (2010), refere que o sono é tão imprescindível para o desenvolvimento físico, cerebral e emocional das crianças como a alimentação. "Durante o sono, o cérebro "aproveita" para trabalhar arduamente nas diferentes fases de registo, codificação, armazenamento e evocação da memória. Além da cooperação com o sistema imunitário, participa na recuperação de eventuais "*lesões*" orgânicas do cérebro ou na defesa contra agentes patogénicos" (Soares, 2010, pag.19).

Poderia aqui citar o ditado popular "*dormirfaz crescer*", pois enquanto se dorme são segregadas hormonas, como a de crescimento (fundamental nas crianças), prolactina e cortisol.

"*O cérebro trabalha mais arduamente durante o sono, formando as vias necessárias para a aprendizagem; criando condições para a fixação e retenção das recordações; arquivando na memória, depois de devidamente catalogadas, as experiências vividas a reter; e estabelecendo novas perspectivas das vivências previamente adquiridas*" (Soares, 2010, pag.19).

Peritos na área de perturbações do sono crêem que quanto mais cedo se ensinar a dormir e a manter padrões adequados de sono, mais facilmente se implementa hábitos de sono saudáveis nas outras etapas do desenvolvimento. Logo quanto mais cedo for a intervenção nesta área, menos consequências negativas existirá de futuro.

3. CONFORTO DO RECÉM-NASCIDO NO ÂMBITO DA PROMOÇÃO DO SONO NO SERVIÇO DE NEONATOLOGIA

Uma Unidade de Neonatologia tem um ambiente de contínua actividade humana, com níveis de ruído e de luminosidade elevados que não são os ideais para o pleno desenvolvimento do recém-nascido de pré-termo. Torna-se fundamental que sejam tomadas medidas especificas de conforto que valorizem, respeitem e não perturbem o seu sono.

O nascer exige do recém-nascido uma adaptação ao mundo exterior, este processo é mais difícil quando é a situação de uma criança de pré-termo, pela imaturidade dos seus sistemas orgânicos (Pinto, 2008).

Ao nível da Unidade de Neonatologia as crianças são expostas a diversos estímulos, nomeadamente manuseio frequente, ruídos externos, luminosidade, procedimentos invasivos, entre outros, que contribuem para a interrupção dos ciclos de sono e consequente aumento dos níveis de stress.

A criança necessita dos seus períodos de sono respeitados, pois são essenciais para seu adequado desenvolvimento psicomotor e respectiva regulação biológica (Pinto, 2008).

Somente uma criança envolta em conforto consegue obter um sono tranquilo. O conforto é um estado em que estão satisfeitas as necessidades básicas relativamente aos estados de alívio, tranquilidade e transcendência. O cuidado de conforto requer, quer um processo de acções confortantes, quer o resultado dessas acções (Kolcaba citado por Apóstolo, 2009).

A enfermagem é a apreciação intencional das necessidades de conforto, a concepção das medidas de conforto para abordar essas necessidades e reapreciação dos níveis de conforto, após a implementação. Estas podem ser intuitivas, subjectivas ou objectivas tendo em conta a especificidade da situação (Kolcaba citado por Tomey, 2004).

Considerando o comprometimento físico e psicológico que uma situação de internamento acarreta, e reconhecendo as especificidades de cada criança e família, é exigido ao enfermeiro que cuida de crianças em contexto hospitalar um vasto conjunto de saberes e competências que lhes permita promover um desenvolvimento infantil harmonioso (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

O conforto e o sono são especificações fundamentais para o pleno desenvolvimento da criança, logo devem ser definidas intervenções de enfermagem que favoreçam estes itens ao longo do internamento, de forma a minimizar os efeitos negativos deste.

4. ORIENTAÇÕES PARA A INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE CONFORTO E PROMOÇÃO DO SONO

ACÇÕES DE ENFERMAGEM	JUSTIFICAÇÃO
▪ Diminuir o tom de voz, evitando conversas em tom elevado junto dos recém-nascidos; ▪ Responder prontamente aos alarmes dos equipamentos; ▪ Fechar as portas das incubadoras de forma suave; ▪ Evitar colocar objectos que causem impacto sonoro em cima da incubadora; ▪ Cobrir as incubadoras / berços com capas adaptadas de forma a diminuir a intensidade do som; ▪ Utilizar a musicoterapia em períodos pré determinados.	▪ Reduzir o ruído no Serviço de Neonatologia
▪ Reduzir a intensidade da luz ambiente sempre que possível; ▪ Cobrir as incubadoras / berços com capas adaptadas de forma a diminuir a exposição à luz.	▪ Reduzir a luminosidade junto dos recém-nascidos
▪ Organizar os procedimentos de enfermagem para que estes sejam efectuados num determinado momento e coordenar este período com a equipa multidisciplinar; ▪ Evitar manipular o recém-nascido quando está a dormir;	▪ Evitar a manipulação excessiva do recém-nascido e respectiva perturbação do sono

▪ Permitir que o recém-nascido se "organize" e acalme durante e após os procedimentos; ▪ Promover a utilização de sacarose para minimizar a dor; ▪ Utilizar bancadas com fontes de calor quando realizar procedimentos invasivos;	
▪ Fazer o ninho de forma a fornecer limite e suporte para o corpo (contenção do recém-nascido); ▪ Aconchegar o recém-nascido;	▪ Efectuar posicionamentos correctos
▪ Utilizar roupa confortável e cortar etiquetas da roupa; ▪ Proporcionar medidas de higiene antes dos períodos de sono; ▪ Utilizar massagens *shantala* antes do período de sono;	▪ Manter a integridade corporal e o conforto de forma a proporcionar períodos de sono longos
▪ Incentivar o método canguru colocando o recém-nascido sobre a região torácica anterior da mãe ou do pai; ▪ Estimular os pais a interagir com o recém-nascido de forma suave; ▪ Estimular os pais a tocar no recém-nascido de forma suave, oferecer o dedo para o recém-nascido tocar ou segurar; ▪ Falar calmamente com o recém-nascido;	▪ Promover a interacção precoce do recém-nascido com os pais; ▪ Proporcionar conforto psicoafectivo;
▪ Estimular a sucção não nutritiva.	▪ Permite o recém-nascido alcançar o equilíbrio em situações de stress

3 BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- APÓSTOLO, João Luís; "*O conforto nas teorias de enfermagem – análise do conceito e significados teóricos", in* Revista Referência, II serie, nº9, Março 2009, p61-67;
- BRAZELTON, T. Berry – "*O Grande Livro da Criança: O Desenvolvimento Emocional e do Comportamento Durante os Primeiros Anos*", 6ª Edição, Lisboa, Editorial Presença, 2003. 535p.
- BRUNSCHWING, Hélène – "*Sono"*, Lisboa, Edições Pergaminho SA, 2008. 80p. ISBN: 978-972-711-715-4.
- CIPE – *"Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem",* Lisboa: Estudio Lusodidacta, Lda, 2011, ISBN: 978-92-95094-352;
- CORDEIRO, Mário – *"Dormir Tranquilo*", Lisboa, A Esfera do Livro; 2010. 205p. ISBN:978-989-626-215-0.
- GOMES PEDRO – "*O Ambiente nas Unidades de Cuidados Intensivos".* Disponível em: http://www.lusoneonatologia.net/usr/files/downloads/5e1988e48e06201aca0c234a6b358ecd.pdf Consultado a 20/11/2011;
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010) – *"Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica"* – Cadernos da Ordem dos Enfermeiros, Série I/ número 3/ volume ISBN: 978-989-8444-00-4.
- PINTO, Eunice; (et al] – *"O Estresse no Neonato Pré-termo: uma reflexão axiológica acerca de possíveis influências dos fatores sensório-ambientais em unidade de terapia intensiva neonatal"*, in Fitness & Performace, Rio de Janeiro, Setembro/Outubro, Vol. 7, 2008, p. 345-351;
- SOARES, Ângelo – "O Sono – Efeitos da sua privação sobre as defesas orgânicas", Lisboa, LIDEL, Edições Técnicas, Lda, 2010. 100p. ISBN: 978-972-757-663-0.
- TOMEY, Ann Marriner; ALLIGOOD, Martha Raile – "*Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)".* Loures; Lusociência – Edições Técnicas e Ciêntificas, Lda; 2004, ISBN: 972-8383-74-6;

ANEXO XIV - Poster afixado Serviço de Neonatologia sobre a temática “O Sono do seu Bébe é Importante!"

O SONO DO SEU BEBÉ É IMPORTANTE!!!

- Coloque a criança acordada no berço
- Aconchegue o seu bebé ao deitá-lo
- Traga um objecto de apego
- Respeite o sono do seu bebé
- Grave a sua voz para o bebé sentir sempre a sua presença
- Incentive a musicoterapia
- Utilize roupas confortáveis no seu bebé
- Crie um ambiente calmo e confortável
- Reduza o ruído e a luminosidade
- Cubra o berço com o protector de pano

Reacções orgânicas que ocorrem durante o sono

- Recuperação do cansaço físico e mental
- Forma as várias vias cerebrais necessárias à aprendizagem
- O cérebro trabalha nas diferentes fases de registo e armazenamento da memória
- Desenvolve o crescimento com a libertação da hormona do crescimento
- Protege das doenças porque efectua a restauração do sistema imunitário

ANEXO XV - Projeto de Intervenção com a temática - "Promoção do Conforto da Criança e Família Internada na Sala de Observação do Serviço de Urgência de Pediatria do Hospital de Santa Maria"

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PROJECTO DE INTERVENÇÃO

PROMOÇÃO DO CONFORTO DA CRIANÇA E FAMÍLIA INTERNADA NA SALA DE OBSERVAÇÃO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA DE PEDIATRIA DO HOSPITAL DE SANTA MARIA

Realizado: Enf.ª Filipa Loureiro
(Curso Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica)
Sob Orientação:
Enf.ª Especialista Priscila Carreira
Prof.ª Zaida Charepe

Lisboa, Novembro, 2011

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

HSM – Hospital de Santa Maria

NSQ - Núcleos Supraquiasmáticos

p. - Página

Prof.ª - Professora

REM - Rapid eye movements

SOPED - Sala de Observação de Pediatria

UCIPED – Unidade de Cuidados Intensivos de Pediatria

ÍNDICE

0. NOTA INTRODUTÓRIA 7

1. BREVE DESCRIÇÃO DO SOPED 11

2. BREVE ENQUADRAMENTO TEÓRICO DO PROJECTO 13
2.1. TEORIA DE CONFORTO DE KOLCABA **13**
2.2. SONO **15**

3. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO 17

4. PERTINÊNCIA DO PROJECTO 21

5. INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM 23
5.1. CONTEXTO FÍSICO **23**
5.2. CONTEXTO AMBIENTAL **25**
5.3. CONTEXTO SOCIAL **26**

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS 27

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 29

ANEXOS 31

ANEXO I – Questionário aplicado aos pais sobre a Promoção do Conforto **33**

ANEXO II – Análise dos resultados dos questionários aplicados aos pais **41**

ANEXO III – Grelha de avaliação da temperatura ambiental no SOPED **47**

ANEXO IV – Posters alusivos à Redução do Ruído no SOPED **51**

ANEXO V - Placard colocado no corredor do Serviço de Urgência de Pediatria Junto à entrada do SOPED **57**

ANEXO VI – Sessão de Formação à Equipa de Enfermagem **61**

ANEXO VII – Diapositivos utilizados na Sessão de Formação **65**

0. NOTA INTRODUTÓRIA

Este projecto surge no âmbito do estágio realizado no serviço daUrgência de Pediatria do Hospital de Santa Maria durante a frequência do Curso Mestrado em Enfermagem – Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

O Hospital de Santa Maria (HSM) é um hospital que apresenta como grandes objectivos a qualidade e a diferenciação, procurando assumir-se como um centro hospitalar de referência, dispondo de um alargado leque de serviços especializados, com um elevado enfoque no ensino e investigação, o que garante a sua permanente actualização e as condições de inovação, centrando a sua actividade para a qualidade dos serviços prestados (Hospital de Santa Maria, 2011).

O Hospital de Santa Maria é, desde a sua fundação, um Hospital Universitário o que explica a sub-especialização de muitas das suas unidades e consultas, a diversidade e o significado de muitos dos projectos de investigação. Esta é uma das principais riquezas do hospital e que, de uma forma muito decisiva marca a cultura e história da instituição (Hospital de Santa Maria, 2011).

Assume-se como grande estabelecimento universitário de referência do Sistema Nacional de Saúde Português, desempenhando funções integradas de prestação de cuidados de saúde, de formação pré e pós-graduada, sendo a inovação e investigação uma prioridade da instituição (Hospital de Santa Maria, 2011).

A par do apoio que presta às populações da sua zona de influência directa, região de Lisboa e Vale do Tejo, o Hospital de Santa Maria garante diferenciação, em múltiplas áreas clínicas, no âmbito regional e nacional e dos países de expressão portuguesa (Hospital de Santa Maria, 2011).

O internamento hospitalar é uma experiência que surge com alguma frequência na vida da criança/família. Qualquer doença aguda ou crónica é normalmente acompanhada de mudanças na vivência do estado corporal que está relacionado com os efeitos directos do processo patológico.

A hospitalização de uma criança provoca, inevitavelmente o seu sofrimento, assim como o da sua família, com possíveis repercussões no seu desenvolvimento. Pois como referencia Jorge (2004, p. 24) falar em hospitalização significa *"falar em separação em sentido lato, pois, mesmo que essa separação não se verifique em*

relação à figura maternal (ou paternal), ela ocorre necessariamente, em relação ao ambiente familiar físico e afectivo." A equipa de saúde, em especial o enfermeiro, deverá ter a preocupação de restaurar a sua saúde simultaneamente com o atenuar do sofrimento, sendo a Ética o fio condutor para as suas intervenções.

Para que a criança/família enfrentem a hospitalização de forma positiva e com menos danos possíveis, é necessário que a equipa de saúde esteja empenhada em cuidar, na verdadeira essência da palavra, dessa criança/família, percebendo que a hospitalização constitui uma situação de *stress* e angustia na vida e rotina da família e em especial na criança, que se encontra numa altura em que os mecanismos para enfrentar e superar as experiências traumatizantes são ainda muito limitados.

As crianças têm dificuldade em aceitar as restrições que a hospitalização exige, nomeadamente imobilizações, procedimentos, contacto com equipamentos, ambiente desconhecido, pessoas estranhas, entre outros (Jorge, 2009). O enfermeiro é o principal elo de ligação para minimizar todo este contexto ambiental, físico e psicossocial, proporcionado o máximo de conforto durante o internamento, tendo em conta as necessidades específicas da criança/família.

As crianças são expostas a diversos estímulos, nomeadamente o manuseio frequente, ruídos externos, luminosidade, procedimentos invasivos, entre outros. Que contribuem para a interrupção dos ciclos de sono e consequente aumento dos níveis de *stress*.

A hospitalização ao nível do SOPED é, na maioria das vezes, um acontecimento súbito, com um impacto inesperado naquela criança/família, sendo muitas vezes a primeira experiência de internamento. O Enfermeiro deve tentar gerir a prestação de cuidados tendo em conta o contexto específico que origina o internamento, facilitando a adaptação e interiorização do momento stressante.

Somente uma criança envolta em conforto consegue obter um sono tranquilo. O conforto é um estado em que estão satisfeitas as necessidades básicas relativamente aos estados de alívio, tranquilidade e transcendência. O cuidado de conforto requer, quer um processo de acções confortantes, quer o resultado dessas acções (Kolcaba citado por Apóstolo, 2009).

A criança necessita dos seus períodos de sono respeitados, pois são essenciais para o seu adequado desenvolvimento psicomotor e respectiva regulação biológica (Pinto, 2008).

A enfermagem é a apreciação intencional das necessidades de conforto, na concepção das medidas de conforto para abordar essas necessidades e reapreciação dos níveis de conforto, após a implementação. Estas podem ser intuitivas, subjectivas ou objectivas tendo em conta a especificidade da situação (Kolcaba citado por Tomey, 2004).

Tendo presente as características da instituição, as implicações do internamento na dinâmica familiar e a temática abordada ao longo dos diferentes estágios o principal objectivo deste projecto consiste na **Promoção do Conforto da Criança e Família internada no SOPED**, com a finalidade de melhorar a qualidade de sono das crianças.

Sendo assim, foram definidos como objectivos específicos:

- Identificar as necessidades de conforto da criança e família internada no SOPED;
- Definir intervenções de enfermagem adequadas às necessidades sentidas pela criança/família;
- Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância da aplicação de medidas na promoção de conforto da criança/família de forma a melhorar a qualidade do sono da criança;
- Aperfeiçoar competências na prestação de cuidados de enfermagem, na promoção do conforto e sono da criança;

Estruturalmente este trabalho encontra-se dividido por capítulos, começa por uma nota introdutória, posteriormente encontra-se uma breve descrição do SOPED, no segundo capítulo encontra-se um breve enquadramento teórico do projecto que visa alicerçar o tema seleccionado, seguidamente encontra-se diagnóstico de situação. No quarto capítulo é elaborada a pertinência do projecto. Seguidamente propõem-se as intervenções de enfermagem. Finalmente surgem as considerações finais onde se reflecte sobre o percurso descrito.

1. BREVE DESCRIÇÃO DO SOPED

A sala de observação de pediatria (SOPED) consiste numa unidade de internamento de curta duração, com capacidade para seis clientes, numa sala comum. Dotado de cortinas que individualizam as unidades garantindo deste modo a privacidade. Possui um pequeno espaço onde se encontra diverso material de entretenimento organizado por estádios de desenvolvimento proporcionador de conforto pelo uso do brinquedo com intencionalidade terapêutica. Dispõe de uma sala de enfermagem com vidros amplos onde se pode observar visualmente todas as unidades.

É o local onde a criança permanece para estabilização do quadro clínico ou esclarecimento de diagnóstico. O período preconizado de internamento oscila entre as 24 e 48 horas. Articulando-se com outros serviços, nomeadamente Serviço de Urgência Central, Cirurgia Maxilo-Facial, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Ortopedia, Neurocirurgia, Neurologia, assim como à unidade de técnicas na estabilização clínica pós realização de técnicas de diagnóstico (Serviço de Urgência de Pediatria, 2011).

Estão destacados dois enfermeiros para este sector, o método de trabalho é o de Enfermeiro Responsável/Individual de trabalho, sendo este encarregue da globalidade dos cuidados prestados à criança/família, salienta-se ainda o trabalho em equipa desenvolvido em articulação com os elementos alocados ao sector triagem e sala de tratamentos. O internamento e alta acontecem a qualquer hora do dia sendo difícil estabelecer rotinas no que concerne essencialmente aos períodos preconizados para o sono.

As crianças/jovens podem ser provenientes da Sala de Reanimação, da Sala de tratamentos, ou directamente de outros serviços ou instituições. Caso o quadro clínico se agudize, a criança/jovem é transferida para a UCIPed. As situações clínicas mais frequentes são os politraumatismos, os traumatismos craneoencefálicos, pré e pós operatórios cirúrgicos, intoxicações, bronquiolites, dificuldades respiratórias, gastroenterites, vómitos incoercíveis, desidratações moderadas a graves, convulsões, cetoacidoses diabéticas e vigilância pós exames complementares de diagnóstico.

Recebe todas as crianças/jovens com idades compreendidas entre os 0 e os16 anos e 364 dias, assim como os com mais de 16 anos portadores de doença crónica desde que seguidos em consulta de pediatria da instituição (Serviço de Urgência de Pediatria, 2011). Está previsto em Fevereiro 2012 a concretização do alargamento da idade pediátrica até aos 18 anos.

Desde 2006 com processo clínico informatizado, utilizando o sistema operativo ALERT.

Em pleno exercício dos direitos da criança hospitalizada está preconizado o acompanhamento durante as 24h pelos pais ou pessoa significativa (duas pessoas das 8h00 ás 23h00 e apenas uma durante a noite). Contudo se por qualquer motivo este acompanhamento não é possível garantimos a informação aos pais por telefone durante o período em que se encontram ausentes.

A hospitalização de urgência de uma criança é sempre uma situação de stress para a criança e família, a intervenção de enfermagem é fundamental para minorar esta situação. Uma correcta colheita de dados e escuta activa das preocupações sentidas são elementos chave para proporcionar o início de uma relação terapêutica (Jorge, 2009).

2. BREVE ENQUADRAMENTO TEÓRICO DO PROJECTO

2.1. TEORIA DE CONFORTO DE KOLCABA

A etimologia da palavra conforto é também a palavra latina *confortare*, cujo significado é dar forças, dar alento de forma nobre ou grandiosa. Com é originado de *cum*, que significa em conjunto, e de *fortis*, que significa forte. Neste sentido, conforto significa forte em conjunto (Apóstolo citando Kolcaba, 2009).

Conforto é algo subjectivo podendo ser definido e ter significações diferentes mediante os contextos, cultura ou pessoa.

Na CIPE define-se como "Sensação de tranquilidade física e bem-estar corporal" (CIPE II, 2011, p.48).

Kolcaba considera conforto uma "condição experimentada pelas pessoas que recebem as medidas de conforto. É a experiência imediata e holística de ser fortalecido através da satisfação das necessidades dos três tipos de conforto (alívio, tranquilidade e transcendência) nos quatro contextos da experiência (físico, psico-espiritual, social e ambiental)" (Kolcaba citado por Tomey, 2004, p. 484).(Quadro I)

Segundo a sua teoria de conforto de Kolcaba (2001) afirma que, em situações de doença, as necessidades não satisfeitas desconforto são proporcionadas por enfermeiros.

As necessidades de conforto dos clientes são movidos por expectativas, e estes esperam cuidados de enfermagem competentes e holísticos. Tendo o enfermeiro que efectivamente atender às necessidades de conforto dos clientes. (kolcaba, 2001)

A pessoa como um ser humano holístico está no cerne da teoria do conforto. Esta perspectiva defende que as pessoas se encontram rodeadas pelo seu ambiente. Enfermeiros podem e devem manipular as características ambientais da unidade como o ruído, mobiliário, entre outros. (kolcaba, 2001)

A Enfermeira identifica as necessidades de conforto não satisfeitas dos seus clientes, concebem medidas de confortos para abordar essas necessidades e procuram melhorar o conforto dos seus doentes, que é o resultado imediato desejado. (Kolcaba, 1994)

		TIPO DE CONFORTO		
		ALIVIO (estado do doente que viu satisfeita uma necessidade específica)	**TRANQUILIDADE** (estado de calma ou contentamento)	**TRANSCENDÊNCIA** (estado no qual alguém suplanta os seus problemas ou sofrimento)
CONTEXTO NO QUAL OCORRE O CONFORTO	**FISICO** (pertence ás sensações corporais)			
	PSICO-ESPIRITUAL (pertence à consciência interna do self, incluindo a estima, o conceito, o sexual e o significado na vida de alguém, a relação de alguém com uma ordem ou um ser mais elevado)			
	AMBIENTAL (pertence ao meio, ás condições e influências externas)			
	SOCIAL (Pertence ás relações interpessoais, familiares e sociais)			

Quadro I – Adaptado da estrutura taxonómica do conforto segundo teoria do conforto de Kolcaba

Um estudo efectuado por Silva et al (2011) sobre características do "conforto" as respostas mais frequente foram "bem-estar", "sentir-se bem", "alivio", "tranquilidade" e "calma". A sensação de segurança por serem cuidados por profissionais "capacitados" foi também uma característica bastante relevante, juntamente com os factores "ambientais".

Segundo o mesmo autor para um estado de sensação de "bem-estar", parece evidenciar-se o valor das condições intrínsecas relacionadas com o cliente (manutenção da sua homeostase, temperatura, alimentação, sono, repouso) como também as condições extrínsecas (relações pessoais e a adaptação ao ambiente das unidades de internamento hospitalar).

Tendo em conta a diversidade das definições, vemos que o conforto tem uma abordagem holística e é considerado um termo complexo. O termo conforto também pode ser usado numa variedade de expressões, tais como confortável, com conforto, reconfortante e consolador. Conforto também é um processo *("A enfermeira confortou-me"*), é um produto *("A criança sentiu-se confortada"*). Pode-se dizer sem dúvidas que a sensação de conforto é mais que a ausência de desconforto (Kolcaba e DiMarco, 2005).

Dada a multidimensionalidade do conforto, este possivelmente não depende exclusivamente da assistência de enfermagem, sendo o conforto expresso ou descritos pelos clientes por meio de formas muito variadas. Cada pessoa tem necessidades próprias, no qual o sentimento de conforto é próprio de cada ser humano.

2.2. SONO

No final de uma gravidez, a mãe já consegue, na maior parte das vezes, perceber se o bebé está a dormir ou acordado. Segundo Brunschwing (2008), a partir da vigésima semana, existe já no feto uma alternância de actividade e de imobilidade, cuja periodicidade está muito próxima do futuro ciclo do sono. Ao nascer, os ciclos do sono não são influenciados pela alternância entre o dia e a noite. Só progressivamente o recém-nascido adapta-se a um novo ritmo circadiano. Até aos 2 ou 3 anos o sono da criança é instável e apenas nesta altura começa a adquirir as características do sono do adulto.

Se pesquisarmos na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE II, 2011, p. 79.) a palavra sono significa "*Repouso: Redução recorrente da actividade corporal, marcada por uma diminuição da consciência, não se manter acordado, em que a pessoa não está alerta, metabolismo diminuído, postura imóvel, actividade*

corporal diminuída e sensibilidade diminuída mas prontamente reversível a estímulos externos".

Segundo Soares (2010, pag.13) "O sono resulta da acção conjugada de muitos neurotransmissores e é acertada pelo relógio biológico central, que ajusta tudo ao ritmo circadiano, controlado por núcleos supraquiasmáticos (NSQ) do hipotálamo."

O sono é formado por ciclos não REM (Rapid eye movements) e sono REM. Através das ondas de um traçado de electroencefalograma consegue-se definir estas diferentes fases. (Soares, 2010).

A Ordem dos Enfermeiros (2010), refere que o sono é tão imprescindível para o desenvolvimento físico, cerebral e emocional das crianças como a alimentação.

"*Durante o sono, o cérebro "aproveita" para trabalhar arduamente nas diferentes fases de registo, codificação, armazenamento e evocação da memória. Além da cooperação com o sistema imunitário, participa na recuperação de eventuais "lesões" orgânicas do cérebro ou na defesa contra agentes patogénicos*" (Soares, 2010, pag.19).

A ligação do sono com o sistema imunitário é recíproco, pois alterações no sistema imunitário causam perturbações do sono e por outro lado o sono tem um papel importante na restauração do sistema imunitário (Soares, 2010)

Poderia aqui citar o ditado popular "*dormir faz crescer*", pois enquanto se dorme são segregadas hormonas, como a de crescimento (fundamental nas crianças), prolactina e cortisol.

Cordeiro (2010, p. 90) realça que *"não dormir o suficiente conduz mais cedo ou mais tarde, a uma diminuição da concentração e a irritabilidade, com aumento da ansiedade e risco de depressão."*

Uma situação de doença interfere com o sono, algumas doenças agudas podem deixar os doentes em estado sonolento, mas outras retiram aos doentes o sono tranquilo de que carecem e por consequência agravam a qualidade de vida deste (Soares, 2010).

3. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

Procedeu-se ao diagnóstico de situação através da aplicação de um questionário aos pais/pessoa significativa da criança construído para o efeito. Teve como objectivo identificar as necessidades de conforto da criança/família internada no SOPED relativamente aos factores envolventes, tendo em conta a experiência vivenciada durante o internamento.

O questionário (Anexo I) foi aplicado no período que decorreu entre 10 e 14 de Novembro de 2011, tendo como critério de inclusão a permanência no SOPED por um período superior a 12 horas.

Preconizamos com a análise dos dados recolhidos definir intervenções de enfermagem referente às necessidades sentidas neste âmbito e consequentemente a melhoria da qualidade dos cuidados através da aquisição, sistematização e transferência de competências na prestação dos cuidados de enfermagem.

O instrumento de colheita de dados constituído por 6 questões, abertas e fechadas foi entregue a 20 acompanhantes com retorno total dos mesmos. No decorrer da sua análise foram validados na sua totalidade.

A investigação pode incidir sobre uma série de fenómenos, a natureza do problema determina o tipo e método de colheita de dados a utilizar (Fortin, 1999).

No que se refere às idades, na amostra a média é de 1,9 anos. Sendo a sua distribuição a seguinte: 25% com idade inferior a 2 anos, na faixa etária entre 2 e 6 anos 30%, entre 7 e 11 anos 25% e os restantes, com idade igual ou superior a 12 anos com 20% (Anexo II). Adoptou-se as faixas etárias segundo a teoria de desenvolvimento de Piaget.

Em relação às questões sobre as condições ambientais da unidade: “Avalie de que forma as seguintes condições ambientais interferiram no conforto da sua criança ao longo do internamento”, foram avaliados os seguintes itens: espaço físico, temperatura, luminosidade e ruído.

Após a análise dos questionários concluiu-se que consideram estes itens “importante” e “muito importante” conforme se pode confirmar no quadro II.

	NADA IMPORTANTE	POUCO IMPORTANTE	IMPORTANTE	MUITO IMPORTANTE
ESPAÇO FÍSICO	1	-	11	8
TEMPERATURA	-	-	10	10
LUMINOSIDADE	1	-	11	8
RUÍDO	1	-	8	11

Quadro II – Distribuição dos resultados da questão relativa às questões ambientais

Foram efectuadas algumas sugestões para melhorar as condições ambientais, que menciono no quadro III.

	SUGESTÕES APRESENTADAS
ESPAÇO FÍSICO	▪ "Divisão do espaço por idade das crianças" (Q4); ▪ "Talvez fosse útil uma sala separada para bebés, pois por norma passam a noite a chorar, acordando as crianças mais velhas e com varias interrupções do sono" (Q19); ▪ "Uma sala de espera com actividades, leitura e jogos" (Q15);
TEMPERATURA	▪ "A temperatura é demasiado baixa, faz mesmo frio" (Q2); ▪ "A temperatura arrefeceu muito durante a noite" (Q16);
LUMINOSIDADE	_____
RUÍDO	▪ "Na minha opinião penso que o ruído o factor mais importante para o descanso das crianças" (Q7)

Quadro III – Distribuição das sugestões efectuadas em relação ao contexto ambiental

Pela observação destes dados, pode-se ainda constatar que nas restantes questões efectuadas foram na sua totalidade (100%) respondidas positivamente nomeadamente:

- Considera que foram implementadas medidas de avaliação e controlo da dor na sua criança
- No caso de a sua criança ter indicação para permanecer em jejum considera que foram tomadas medidas alternativas de consolo
- Considera que foi respeitada a privacidade da sua criança
- Considera importante que a criança usufrua de acompanhamento permanente

- Considera que a Equipa de Enfermagem demonstrou interesse para esclarecer as suas dúvidas e necessidades

De acordo com os resultados somos confrontados essencialmente com problemas ambientais (temperatura, ruído, luminosidade). Fica então uma questão: Que intervenção a desenvolver para minimizar os factores ambientais apresentados?

Conscientes dos resultados obtidos foram desenvolvidas actividades no âmbito da promoção do conforto com o intuito de melhorar a qualidade do sono no SOPED.

4. PERTINÊNCIA DO PROJECTO

Considerando o comprometimento físico e psicológico que uma situação de internamento acarreta, e reconhecendo as especificidades de cada criança e família, é exigido ao enfermeiro que cuida de crianças em contexto hospitalar um vasto conjunto de saberes e competências que lhes permita promover um desenvolvimento infantil harmonioso (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

O conforto e o sono são especificações fundamentais para o pleno desenvolvimento da criança, logo devem ser definidas intervenções de enfermagem que favoreçam estes itens ao longo do internamento, de forma a minimizar os efeitos negativos deste.

A hospitalização de uma criança é sempre uma situação de *stress* para a criança e família. Cada família tem necessidades específicas em relação à hospitalização da criança, pelo que deverá ter uma abordagem individualizada, proporcionando uma estabilidade desejada, dentro da situação específica vivenciada. Resumindo perante a situação de hospitalização de uma criança, há necessidades específicas que aquela criança e família apresentam e às quais a equipa de enfermagem necessita de estar atenta e dar resposta (Jorge, 2009).

O enfermeiro na prestação de cuidados deve proporcionar, de forma directa ou indirecta, condições propícias de sono e repouso à criança hospitalizada, interferindo assim no processo de recuperação através do cuidado (Paiva et al, 2006).

Considera-se fundamental implementar estratégias que proporcionem uma experiência de internamento o mais positiva possível, adoptando intervenções que fomentem o conforto da criança durante a hospitalização.

Um sono calmo e eficaz é essencial a um completo restabelecimento da doença aguda, pois interage directamente com o sistema imunitário.

Todo este processo deve ter sempre em conta "*a voz de todas as crianças, de modo a que estas possam ser parceiros activos no seu processo de desenvolvimento de saúde ao longo da vida.*" (Barros, 2003).

No SOPED, pelas suas características, verifica-se uma mobilidade frequente de crianças/jovens quer pela sua transferência para outros serviços de pediatria como por alta para domicílio. Este fato não permite a alocação de camas por idades assim como manter um ambiente controlado em termos de ruído, luminosidade e mobilidade de

pessoas. Proporcionar um ambiente tranquilizador é uma tarefa difícil de concretizar, mas essencial para garantir períodos de sono tranquilo às crianças/famílias.

5. INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM

Tendo por base a teoria de conforto de Kolcaba e a sua respectiva estrutura taxonómica do conforto foram planeadas um conjunto de intervenções com o objectivo de promover o conforto da criança e família internada no SOPED.

Dado o contexto do internamento nesta unidade ser de curta duração (24 a 48 horas) apenas foram "trabalhados" os contextos físicos, ambientais e sociais, de forma a contribuir para uma abordagem articulada e multifacetado ao nível da prestação de cuidados de enfermagem. O conjunto destas células representam os aspectos relevantes do conforto definindo-se assim alguns atributos a trabalhar mediante cada contexto.

Com o intuito de focar os cuidado de enfermagem na promoção do conforto da criança, planeou-se um conjunto de actividades ao nível da intervenção de enfermagem, baseadas em bibliografia consultada, na experiencia pessoal com enfermeira na área da pediatria e na reflexão conjunta com a equipa de enfermagem.

5.1. CONTEXTO FÍSICO

O contexto do conforto físico é relativo às sensações corporais e mecanismos homeostáticos. Neste item as necessidades de conforto incluem défices fisiológicos, mecanismos que são interrompidos ou colocados em risco por causa de uma doença ou procedimento invasivo. As necessidades físicas, tais como dor, náuseas, vómitos, fome, calafrios ou prurido. As intervenções de conforto são dirigidas para recuperação ou manutenção da homeostase. (Kolcava e DiMarco, 2005).

	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
DOR	▪ Avaliar periodicamente a dor segundo as escalas instituídas e protocoladas (no inicio do turno e em SOS); ▪ Adoptar medidas de controlo da dor farmacológicas ; ▪ Adoptar medidas de controlo da dor farmacológicas (Conforto ambiental, distracção, chucha, música, brinquedo reforço positivo); ▪ Implementar de estratégias de redução da dor com os pais/pessoa significativa; ▪ Aplicar previamente analgésico tópico a um procedimento doloroso.

FOME	▪ Explicar à criança e família o motivo da criança permanecer em jejum; ▪ Adoptar medidas de distracção para a criança, de forma a abstrair a criança da fome; ▪ Evitar que a criança observe outras criança ou familiares no acto de comer; ▪ Retirar todos os alimentos do ângulo de visão da criança; ▪ Se possível, substituir o alimento por substância açucaradas, rebuçados, chupas, sucrose, entre outros (protocolo em fase de realização).
DESCONFORTO	▪ Questionar directamente a criança se sente confortável, promovendo intervenções mediante as suas queixas; ▪ Questionar sobre hábitos pessoais diários, proporcionando e adequado à realidade vivenciada; ▪ Proporcionar que a cama esteja com os lençóis esticados, limpa e seca; ▪ Nas crianças dos 0-12 meses efectuar um pequeno contorno com lençóis/almofadas; ▪ Organizar os procedimentos de enfermagem para que estes sejam efectuados num determinado momento e coordenar este período com a equipa multidisciplinar; ▪ As manipulações e mobilizações da criança devem ser evitadas durante o período de sono, conciliar as intervenções sempre que possível nos períodos de vigília; ▪ Vigiar se os fios relacionados com os equipamentos ou sistemas de soros estão a proporcionar desconforto ▪ Proporcionar que a criança traga do domicílio os objectos preferidos e familiares (objecto de conforto).
POSICIONAMENTO	▪ Questionar directamente a criança se sente confortável sobre o posicionamento, promovendo intervenções mediante as suas queixas; ▪ Alternância de decúbitos com intervalo adequado à necessidade específica da criança nas situações em que existe um défice da auto-mobilização; ▪ Proporcionar material para facilitar os posicionamentos (almofadas, rolos, lençóis). ▪ Utilizar sistemas de soros e prolongamentos com comprimento adequado para facilitar mudanças de decúbito autónomas.

5.2. CONTEXTO AMBIENTAL

No conforto ambiental as necessidades ambientais incluem tranquilidade, decoração e segurança, outros itens também são fundamentais como a temperatura, luminosidade, ruído, odores, cor, mobiliário, manuseios frequentes, o enfermeiro deve proporcionar um ambiente promotor de saúde (Kolcava e DiMarco, 2005).

	Intervenções de Enfermagem
TEMPERATURA	▪ Colocar um termómetro exterior no SOPED para avaliar a temperatura ambiental (temperatura ideal cerca de 21º), em conjunto com uma grelha de registo de temperatura (anexo III); ▪ Avaliar a temperatura da criança; ▪ Questionar directamente a criança se sente confortável em relação à temperatura (se sente frio ou calor), promovendo intervenções mediante as suas queixas.
RUIDO	▪ Diminuir o tom de voz, evitando conversas em tom elevado junto das crianças; ▪ Responder prontamente aos alarmes dos equipamentos; ▪ Colocar esponjas nos baldes de lixo de forma a reduzir o impacto e ruído (em fase de projecto); ▪ Efectuar ensino às responsáveis pela limpeza sobre a redução do nível do ruído e a efectuar a substituição dos sacos do lixo fora do SOPED (em fase de projecto); ▪ Diminuir o volume dos aparelhos de televisão e rádio; ▪ Colocar batentes de insonorização nas portas junto ao SOPED (em fase de projecto); ▪ Colocar posters alusivos à redução do ruído no SOPED (Anexo IV).
LUMINOSIDADE	▪ Reduzir a intensidade da luz ambiente sempre que possível; ▪ Se a criança estiver a dormir durante o dia, fechar parcialmente as grelhas da janela.

5.3. CONTEXTO SOCIAL

As necessidades CONTEXTO de conforto sociais (pertencentes a interpessoais, família e relações sociais). São estruturadas ao nível sociocultural, como o suporte, linguagem corporal positiva e carinho. Estas necessidades são satisfeitas através do saber estar do enfermeiro, pois inclui a sua atitude, mensagens de bem-estar e incentivo, reforço positivo, presença do enfermeiro, explicar previamente os procedimentos, respeitar a privacidade, entre outros. Também estão incluídas as necessidades da família, nomeadamente a situação socioeconómica, emprego, tradições culturais e religiosas, isolamento social (Kolcava e DiMarco, 2005).

	Intervenções de Enfermagem
PRIVACIDADE	▪ Respeitar a privacidade da criança, isolando a unidade com as cortinas durante qualquer tipo de procedimento; ▪ Respeitar o silêncio da criança e família.
PRESENÇA DE ACOMPANHANTES	▪ Incentivar sempre a presença dos pais ou pessoa significativa junto da criança.
INTERESSE DA EQUIPA DE ENFERMAGEM	▪ Estabelecer uma relação empatia e assertiva com a criança e família; ▪ Estabelecer uma escuta activa; ▪ Utilizar linguagem adaptada à criança e família; ▪ Esclarecer as dúvida quando solicitada; ▪ Incentivar o acto de brincar na criança, fornecendo brinquedos adequados ao desenvolvimento psicomotor; ▪ Quando efectuar colheita de dados colher informações sobre hábitos de sono específicos da criança (em que posição gosta de dormir, tem algum objecto de transição, tem algum ritual para adormecer); ▪ Tentar identificar os factores que perturbam o sono (dor, mal estar físico, ansiedade, stress, entre outros); ▪ Promover a partilha de experiências através de mensagens de motivação com a colocação de um placard para a criança e família partilharem experiências da hospitalização ou somente deixarem sugestões (Anexo V).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração deste projecto foi uma experiência positiva, pois permitiu um aprofundar de conhecimentos na temática do conforto e sono aplicados a um contexto específico de hospitalização, nomeadamente no SOPED.

Avaliar o conforto como um resultado positivo e holístico é importante para medir a eficácia das estratégias de conforto. A teoria de conforto de Kolcaba, com sua ênfase sobre os aspectos inerentes físico, sociais e ambientais de conforto, irá contribuir para uma melhoria dos cuidados de enfermagem.

O conforto é uma preocupação transcultural e interdisciplinar com uma base holística, este alterna significativamente mediante as necessidades pessoais da criança e família, o enfermeiro deve definir um plano de intervenção de enfermagem, tendo em conta as necessidades de conforto do cliente e os diferentes contextos.

O projecto foi apresentado à equipa de enfermagem através de uma sessão de formação (Anexo VI) em pequenos grupos, utilizando o computador da sala de trabalho para apresentar a sessão (Anexo VII).

Após reflexão os profissionais demonstraram interesse em participar e contribuir activamente para desenvolver este projecto, com todas as suas limitações e dificuldades que vão certamente surgir no decorrer do mesmo. Este projecto é dinâmico e passível de ser modificado se pertinente.

De acordo com tudo o que foi exposto, ressalvo a importância da implementação de projectos de intervenção na área da promoção do conforto que permitam o bem-estar da criança e precoce recuperação e promoção dos diferentes níveis de cuidados para o tratamento de uma criança/família em contexto de hospitalização.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

- APÓSTOLO, João Luís; "*O conforto nas teorias de enfermagem – análise do conceito e significados teóricos", in* Revista Referência, II serie, nº9, Março 2009, p61-67.
- BARROS, Luísa; *"Psicologia Pediátrica – Perspectiva Desenvolvimentista"*, 2ª Edição, Lisboa, Manuais Universitários – Climepsi Editores, 2003, 224p, ISBN:972-796-081-2.
- CIPE – *"Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem",* Lisboa: Estúdio Lusodidacta, Lda, 2011, ISBN: 978-92-95094-352.
- CORDEIRO, Mário – *"Dormir Tranquilo*", Lisboa, A Esfera do Livro; 2010. 205p. ISBN:978-989-626-215-0.
- FORTIN, Marie-Fabienne; *"O Processo de Investigação – da concepção à realização",* Loures,Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda, 1999, 388p., ISBN: 972-8383-10X.
- HOSPITAL DE SANTA MARIA, em http://www.chln.min-saude.pt/ consultado no dia 11/11/2011.
- JORGE, Ana Maria - *"Família e Hospitalização da Criança – (re) pensar o cuidar em enfermagem"*, Loures, Lusociência – edições técnicas e Cientificas, Lda, 2009, 192p, ISBN: 972-8383-79-7.
- KOLCABA, Katherine – "Evolution of the Mid Range Theory of Comfort for Outcomes Research", 2001, consultado em http://thecomfortline.com/files/pdfs/2001%20-%20Evolution%20of%20the%20Mid%20Range%20Thoery%20of%20Comfort%20for%20Outcomes%20Research.pdf a 05/11/2011;
- KOLCABA, Katherine, "*A theory of holistic comfort for nursing"*, 1994 consultado. emhttp://thecomfortline.com/files/pdfs/1994%20%20Holistic%20Comfort%20for%20Nursing.pdf a 05/11/2011.
- KOLCABA, Katherine; DiMarco, Marguerite - "*Confort Theory and its Application to Pediatric Nursing", in Pediatric Nursing, Maio –Jnho 2005, Vol. 31- nº3.*
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010) – *"Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica"* – Cadernos da Ordem dos Enfermeiros, Série I/ número 3/ volume ISBN: 978-989-8444-00-4.
- PAIVA, Marcia, et al – *"Fatores que Interferem na Preservação do Sono e Repouso de Criança em Terapia Intensiva",* Revista de Enfermagem, vol. 10, núm. 1, abril, 2006, pp. 29-35 consultado em

http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve= 127715303004 a 07/10/2011.

- PINTO, Eunice; (et al] – *"O Estresse no Neonato Pré-termo: uma reflexão axiológica acerca de possíveis influências dos fatores sensório-ambientais em unidade de terapia intensiva neonatal"*, in Fitness & Performace, Rio de Janeiro, Setembro/Outubro, Vol. 7, 2008, p. 345-351.
- SILVA, Carlos; et al – "*Predicações de Conforto na Perspectiva de Clientes e de Enfermeiros",* in Cogitare Enfermagem, Jan/Mar 2011 consultado em http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/viewArticle/21111 a 08/11/2011.
- SOARES, Ângelo – "*O Sono – Efeitos da sua privação sobre as defesas orgânicas"*, Lisboa, LIDEL, Edições Técnicas, Lda, 2010. 100p. ISBN: 978-972-757-663-0.
- TOMEY, Ann Marriner; ALLIGOOD, Martha Raile – "*Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)".* Loures; Lusociência – Edições Técnicas e Ciêntificas, Lda; 2004, ISBN: 972-8383-74-6.
- SERVIÇO DE URGÊNCIA DE PEDIATRIA, Dossier de Normas e Protocolos, HSM, 2011.

ANEXOS

ANEXO I – Questionário aplicado aos pais sobre a Promoção do Conforto

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PROMOÇÃO DO CONFORTO DA CRIANÇA E FAMÍLIA INTERNADA NA SALA DE OBSERVAÇÃO DO SERVIÇO DA URGÊNCIA PEDIATRICA DO HOSPITAL DE SANTA MARIA

Filipa Loureiro

Lisboa

Novembro/2011

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

QUESTIONÁRIO

Filipa Loureiro, Enfermeira inscrita na Ordem dos Enfermeiros nº. 5-E-39301 a frequentar o Curso de Mestrado e Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica do Instituto Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Encontro-me actualmente a realizar o Estágio em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (Modulo III – Serviço de Urgência de Pediatria) no Hospital de Santa Maria no âmbito da promoção do conforto da criança internada no SO pediatria.

Gostaria de contribuir para melhorar as condições de conforto da criança internada no SO pediatria, considerando ser fundamental a sua opinião em relação aos diversos factores envolventes, tendo em conta a sua experiência vivenciada enquanto cliente durante o internamento.

Venho por este meio solicitar a sua colaboração para responder a este questionário.

Não se identifique, os dados fornecidos são confidenciais.

Agradeço desde já a disponibilidade e atenção.

Filipa Loureiro

Em caso de dúvida contacte: 962731252

filipaloureiro@sapo.pt

QUESTIONÁRIO PARA OS PAIS

Idade da criança: ___

1. Avalie de que forma as seguintes condições ambientais interferiram no conforto da sua criança ao longo do internamento (coloque uma cruz no itens enumerados).

	Nada Importante	Pouco Importante	Importante	Muito Importante
Espaço Físico				
Temperatura				
Luminosidade				
Ruído				

1.1. Indique algumas sugestões para melhorar as condições ambientais?

_____

_____

2. Considera que foram implementadas medidas de avaliação e controlo da dor na sua criança?

Sim ☐
Não ☐

2.1. Se respondeu não justifique.

_____

_____

3. No caso de a sua criança ter indicação para permanecer em jejum considera que foram tomadas medidas alternativas de consolo?

Sim ☐
Não ☐
Não permaneceu em jejum ☐

4. Considera que foi respeitada a privacidade da sua criança?

Sim ☐
Não ☐

4.1. Se respondeu não justifique.

_____

_____

5. Considera importante que a criança usufrua de acompanhamento permanente?

   Sim ☐
   Não ☐

6. Considera que a Equipa de Enfermagem demonstrou interesse para esclarecer as suas dúvidas e necessidades?

   Sim ☐
   Não ☐

   5.1. Se respondeu não justifique.

   _____

   _____

Obrigada pela atenção

ANEXO II – Análise dos resultados dos questionários aplicados aos pais

ANÁLISE DE RESULTADOS

O instrumento de colheita de dados constituído por 6 questões, abertas e fechadas foi entregue a 20 acompanhantes com retorno total dos mesmos. No decorrer da sua análise foram validados na sua totalidade.

No que se refere às idades, na amostra a média é de 5,9 anos. Sendo a sua distribuição a seguinte: 25% com idade inferior a 2 anos, na faixa etária entre 2 e 6 anos 30%, entre 7 e 11 anos 25% e os restantes, com idade igual ou superior a 12 anos com 20%. Adoptou-se as faixas etárias segundo a teoria de desenvolvimento de Piaget.

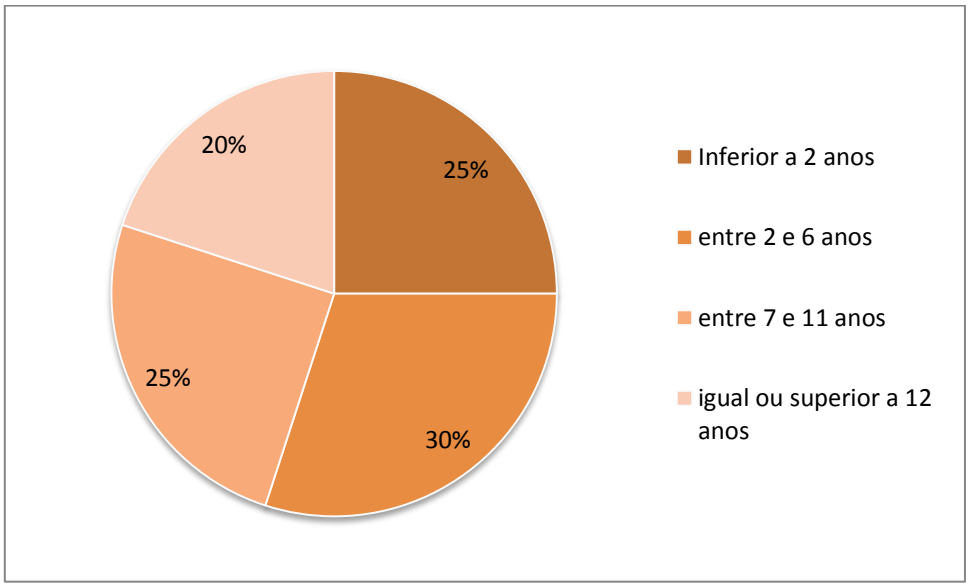


Figura 1 – Distribuição de Idades

Em relação às questões sobre as condições ambientais da unidade: “Avalie de que forma as seguintes condições ambientais interferiram no conforto da sua criança ao longo do internamento”, foram avaliados os seguintes itens: espaço físico, temperatura, luminosidade e ruído.

Após a análise dos questionários concluiu-se que consideram estes itens “importante” e “muito importante” conforme se pode confirmar no quadro II.

	NADA IMPORTANTE	POUCO IMPORTANTE	IMPORTANTE	MUITO IMPORTANTE
ESPAÇO FÍSICO	1	-	11	8
TEMPERATURA	-	-	10	10
LUMINOSIDADE	1	-	11	8
RUÍDO	1	-	8	11

Quadro II – Distribuição dos resultados da questão relativa às questões ambientais

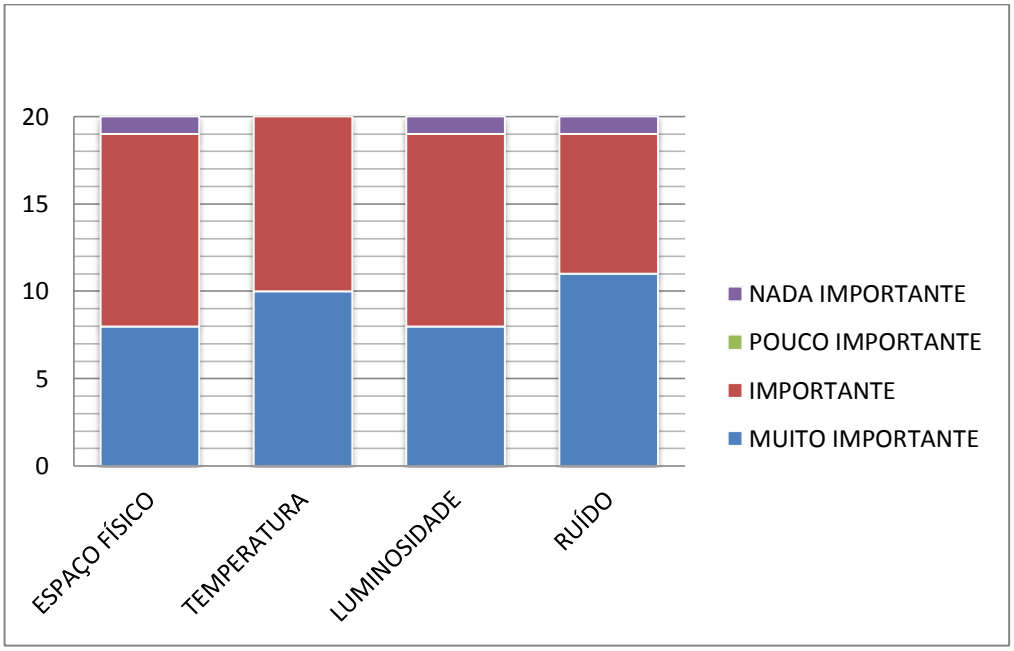


Figura 2 – Questões Ambientais

Foram efectuadas algumas sugestões para melhorar as condições ambientais, que menciono no quadro III.

	SUGESTÕES APRESENTADAS
ESPAÇO FÍSICO	▪ "Divisão do espaço por idade das crianças" (Q.4); ▪ "Talvez fosse útil uma sala separada para bebés, pois por norma passam a noite a chorar, acordando já mais velhinhos e com varias interrupções do sono" (Q. 19); ▪ "Uma sala de espera com actividades, leitura e jogos" (Q. 15).
TEMPERATURA	▪ "A temperatura é demasiado baixa, faz mesmo frio" (Q.2); ▪ "A temperatura arrefeceu muito durante a noite Q.16).
LUMINOSIDADE	_____
RUÍDO	▪ "Na minha opinião penso que o ruído o factor mais importante para o descanso das crianças" (Q.7).

Quadro III – Distribuição das sugestões efectuadas em relação ao contexto ambiental

Pela observação destes dados, pode-se ainda constatar que nas restantes questões efectuadas forma na sua totalidade (100%) respondidas positivamente nomeadamente:

- Considera que foram implementadas medidas de avaliação e controlo da dor na sua criança
- No caso de a sua criança ter indicação para permanecer em jejum considera que foram tomadas medidas alternativas de consolo
- Considera que foi respeitada a privacidade da sua criança
- Considera importante que a criança usufrua de acompanhamento permanente
- Considera que a Equipa de Enfermagem demonstrou interesse para esclarecer as suas dúvidas e necessidades.

ANEXO III – Grelha de Avaliação da Temperatura Ambiental no SOPED

AVALIAÇÃO DIÁRIA DA TEMPERATURA AMBIENTE DO SOPED

MÊS

	MANHÃ	TARDE	NOITE
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
26			
29			
30			
31			

ANEXO IV – Posters alusivos à Redução do Ruído no SOPED

Não está sozinho.

Respeite o silêncio.

Respeite o sono das crianças.
O repouso é fundamental para a sua recuperação!

ANEXO V - Placard colocado no corredor do Serviço de Urgência de Pediatria junto à entrada do SOPED

PLACARD COLOCADO NO CORREDOR DO SERVIÇO DE URGÊNCIA DE PEDIATRIA JUNTO À ENTRADA DO SOPED

ANEXO VI – Sessão de Formação à Equipa de Enfermagem

PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO

Tema: Promoção do Conforto da Criança e Família Internada na Sala de Observação do Serviço de Urgência de Pediatria do Hospital de Santa Maria

Local:Serviço de Urgência de Pediatria do Hospital de Santa Maria

Duração: 16 minutos

Destinatários: Equipa de Enfermagem

Objectivo Geral:

- Sensibilizar os enfermeiros que exercem funções no Serviço de Urgência de Pediatria para a Promoção do Conforto da Criança e Família internada no SOPED

Objectivos Específicos:

Que os profissionais de saúde sejam capazes de:

- Disponibilizar conhecimentos teórico-práticos sobre a Teoria de Conforto de Kolcaba e sono;
- Identificar as necessidades de conforto da criança e família internada no SOPED;
- Definir intervenções de enfermagem adequadas às necessidades sentidas pela criança/família;

Formadores: Filipa Loureiro

Plano Curricular:

CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS	MÉTODOS	FORMADOR	RECURSOS	TEMPO
<u>Introdução:</u> Apresentação do tema da sessão	Expositivo	Filipa Loureiro		1’
<u>Desenvolvimento:</u> 1. Enquadramento Teórico do Projecto	Expositivo			3’
2. Diagnóstico de Situação	Expositivo		Computador	3’
3. Pertinência do Projecto	Expositivo	Filipa Loureiro		2
4. Intervenção de Enfermagem	Expositivo		Serviço de Urgência de Pediatria	4’
5. Considerações Finais.	Expositivo			1´
6. Esclarecimento de dúvidas, sugestões	Expositivo			2’

Quadro: Distribuição dos conteúdos programáticos do Plano de Sessão de Formação

ANEXO VII – Diapositivos utilizados na Sessão de Formação

URGENCIA PEDIÁTRICA

PROJECTO DE INTERVENÇÃO

PROMOÇÃO DO CONFORTO DA CRIANÇA E FAMÍLIA INTERNADA NO SALA DE OBSERVAÇÃODO SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA DO HOSPITAL DE SANTA MARIA

Filipa Loureiro
Curso Mestrado em Enfermagem
Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
Sob Orientação: Enfª especialista Priscila Carreira
Prof. Zelda Charepe

Lisboa, Novembro 2011

OBJECTIVO GERAL

- Sensibilizar a Equipa de Enfermagem para Promoção do Conforto da Criança e Família internada no SOPED

OBJECTIVOS ESPECIFICOS

- Identificar as necessidades de conforto da criança e família internada no SOPED;
- Definir intervenções de enfermagem de encontro às necessidades sentidas;
- Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância da aplicação das medidas promoção de conforto da criança e família de forma a melhorar a qualidade do sono da criança;
- Aperfeiçoar competências na prestação de cuidados de enfermagem, na promoção do conforto e sono da criança;

DEFINIÇÃO CONFORTO

"Sensação de tranquilidade física e bem-estar corporal"
(CIPE, 2011)

"Condição experimentada pelas pessoas que recebem as medidas de conforto. É a experiência imediata e holística de ser fortalecido através da satisfação das necessidades dos três tipos de conforto (alívio, tranquilidade e transcendência) nos quatro contextos da experiência (físico, psico-espiritual, social e ambiental)"
(Kolcaba citado por Tomey, 2004)

CONFORTO

Conforto é algo subjectivo podendo ser definido e ter significações diferentes mediante os contextos, cultura ou pessoa.

ESTRUTURA TAXONÓMICA DO CONFORTO

CONTEXTO NO QUAL OCORRE O CONFORTO	TIPO DE CONFORTO: ALÍVIO	TIPO DE CONFORTO: TRANQUILIDADE	TIPO DE CONFORTO: TRANSCENDÊNCIA
FÍSICO (sensações corporais)			
PSICO-ESPIRITUAL (consciência interna de self, incluindo a auto-estima, a sexualidade e significados da vida da pessoa, a relação da pessoa com uma ordem superior ou com um ser mais elevado)			
AMBIENTAL (contextos mais vastos, condições e influências externas)			
SOCIAL (relações interpessoais, familiares e sociais)			

Adaptado da estrutura taxonómica do conforto segundo teoria do conforto de Kolcaba

CONFORTO

Conforto pode ser um estado de sensação de "bem-estar", parece evidenciar-se o valor das condições intrínsecas relacionadas com o cliente (manutenção da sua homeostase, temperatura, alimentação, sono, repouso) como também as condições extrínsecas (relações pessoais e a adaptação ao ambiente das unidades de internamento hospitalar).

Silva et al (2011)

DEFINIÇÃO SONO

"Repouso: Redução recorrente da actividade corporal, marcada por uma diminuição da consciência, não se manter acordado, em que a pessoa não está alerta, metabolismo diminuído, postura imóvel, actividade corporal diminuída e sensibilidade diminuída mas prontamente reversível a estímulos externos."

(CIPE,2011)

Mecanismos orgânicos durante o sono

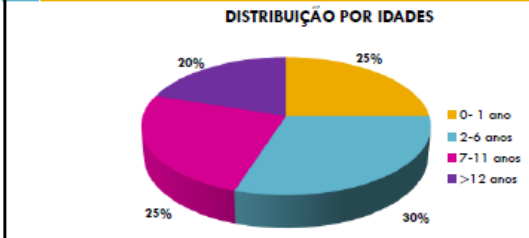
- Função reparadora da fadiga corporal e psíquica
- Forma as vias cerebrais necessárias à aprendizagem
- O cérebro trabalha nas diferentes fases de registo, codificação, armazenamento e evocação da memória
- Segrega várias substâncias, nomeadamente a hormona de crescimento, acetilcolina, adenosina, dopamina, leptina, melatonina, serotonina
- Processos metabólicos regenerativos, contribuindo para a recuperação de lesões, contando com a participação activa do sistema imunitário

Soares, 2010

DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

- Aplicaram-se questionários aos pais/pessoa significativa da criança com o objectivo de identificar as necessidades de conforto da criança e família internada no SOPED em relação aos diversos factores envolventes, tendo em conta a experiência vivenciada enquanto cliente durante o internamento;
- Os questionários foram aplicados no período de 10 a 14 de Novembro de 2011, sendo o único critério permanecer no SOPED um período superior a 12 horas;
- Preconizamos com a análise dos dados recolhidos definir intervenções de enfermagem referente às necessidades sentidas neste âmbito e consequentemente a melhoria da qualidade dos cuidados através da aquisição, sistematização e transferência de competências na prestação dos cuidados de enfermagem;

DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO - QUESTIONÁRIO



DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO - QUESTIONÁRIO

1. Avalie de que forma as seguintes condições ambientais interferiram no conforto da sua criança ao longo do internamento (coloque uma cruz no itens enumerados).

	Nada Importante	Pouco Importante	Importante	Muito Importante
Espaço Físico	1	-	11	8
Temperatura	-	-	10	10
Luminosidade	1	-	11	8
Ruído	1	-	8	11

DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO - QUESTIONÁRIO

1. Indique algumas sugestões para melhorar as condições ambientais?
   - ✓ "A temperatura é demasiado baixa, faz mesmo frio"
   - ✓ " A temperatura arrefeceu muito durante a noite"
   - ✓ "divisão do espaço por idade das crianças"
   - ✓ "Talvez fosse útil uma sala separada para bebés, pois por norma passam a noite a chorar, acordando já mais velhinhos e com varias interrupções do sono"
   - ✓ "Na minha opinião penso que o ruído o factor mais importante para o descanso das crianças"
   - ✓ "Uma sala de espera com actividades, leitura e jogos"
   - ✓ " Não tenho nada a acrescentar, pois tem as condições necessárias para o bem estar das crianças e seus acompanhantes"

DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO - QUESTIONÁRIO

As restantes questões efectuadas foram na sua totalidade respondidas positivamente (100%) :

3. Considera que foram implementadas medidas de avaliação e controlo da dor na sua criança?

4. No caso de a sua criança ter indicação para permanecer em jejum considera que foram tomadas medidas alternativas de consolo?
(Apenas 12 crianças permaneceram em jejum)

5. Considera que foi respeitada a privacidade da sua criança
Considera importante que a criança usufrua de acompanhamento permanente?

6. Considera que a Equipa de Enfermagem demonstrou interesse para esclarecer as suas dúvidas e necessidades?

PERTINÊNCIA DO PROJECTO

O conforto e o sono são especificações fundamentais para o pleno desenvolvimento da criança, logo devem ser definidas intervenções de enfermagem que favoreçam estes itens ao longo do internamento

A hospitalização de uma criança é sempre uma situação de stress para a criança e família. Cada família tem necessidades específicas em relação à hospitalização da criança, pelo que deverá ter uma abordagem individualizada, proporcionando uma estabilidade desejada, dentro da situação específica vivenciada. Resumindo perante a situação de hospitalização de uma criança, há necessidades específicas que aquela criança e família apresentam e às quais a equipa de enfermagem necessita de estar atenta e dar resposta.

(Jorge, 2009).

PERTINÊNCIA DO PROJECTO

Considera-se fundamental implementar estratégias que proporcionem uma experiência de internamente o mais positiva possível, adoptando intervenções que fomentem o conforto da criança durante a hospitalização.

Um sono calmo e eficaz é essencial a um completo restabelecimento da doença aguda, pois interage directamente com o sistema imunitário.

INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM

Tendo por base a teoria de conforto de Kolcaba e a sua respectiva estrutura taxonómica do conforto foram planeadas um conjunto de actividades com o objectivo de promover o conforto da criança e família internada no SOPED.

INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM

	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
DOR	• Avaliar periodicamente a dor segundo a escala instituída e protocolada (no início de turno e em SOS) • Adoptar medidas de controlo da dor farmacológicas ; • Adoptar medidas de controlo da dor farmacológicas (Conforto ambiental, distracção, choro, mímica, linguagem verbal e gestual positiva); • Implementar as estratégias de redução da dor com os pais/pessoa significativa; • Aplicar previamente analgésico tópico a um procedimento doloroso;
FOME	• Explicar à criança e família a razão da criança permanecer em jejum; • Adoptar medidas de distracção para a criança, de forma a diminuir a vontade de comer; • Pedir que a criança observe outras crianças ou familiares a comer; • Retirar todos os alimentos do ângulo de visão da criança; • Se possível, substituir o alimento por substância equivalente, rebuçados, chupa, sumos, entre outros (prevenir em fase de realização);
DESCONFORTO	• Questionar directamente a criança acerca do conforto/dor, promovendo intervenções mediante as suas queixas; • Questionar sobre hábitos passados diários, proporcionando o adequado à realidade vivenciada; • Proporcionar que a cama esteja com as lençóis esticados, limpos e secos; • Nas crianças dos 0-12 meses efectuar um pequeno contorno com lençóis/cobertores; • Organizar os procedimentos de enfermagem para que estes sejam efectuados maximizando intervalo e combinar este período com o equipa multidisciplinar; • As manipulações e mobilizações da criança devem ser evitadas durante o período de sono, excluindo as intervenções tempo-que positivas no período da noite; • Vigiar se os fios relacionados com os equipamentos ou sistema de soro estão a proporcionar desconforto; • Proporcionar que a criança traga do domicílio os objectos preferidos e familiares (objecto de conforto)
POSICIONAMENTO	• Questionar directamente a criança acerca conforto/dor sobre o posicionamento, promovendo intervenções mediante as suas queixas; • Alternância de decúbitos com intervalo adequado à necessidade específica de criança nas situações em que existam défice de auto-mobilização; • Proporcionar material para facilitar os posicionamentos (almofadas, rolos, lençóis); • Utilizar sistemas de soro e prolongamentos com comprimento adequado para facilitar mudanças de decúbito autónomas;

INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM

CONTEXTO AMBIENTAL	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
TEMPERATURA	• Colocar um termómetro exterior no SOPED para avaliar a temperatura ambiental (temp. ideal cerca de 21ºC) em conjunto com uma grelha de registo de temperatura; • Avaliar a temperatura da criança; • Questionar directamente a criança se sente confortável em relação à temperatura (se sente frio ou calor), promovendo intervenções mediante as suas queixas;
RUIDO	• Diminuir o tom de voz, evitando conversas em tom elevado junto das crianças; • Responder prontamente aos alarmes dos equipamentos; • Colocar esponjas nos bordes de lixo de forma a reduzir o impacto e ruído (em fase de projecto); • Efectuar exame às responsáveis pela limpeza sobre a redução do nível do ruído e a efectuar a substituição dos sacos do lixo fora do SOPED (em fase de projecto); • Diminuir o volume dos aparelhos de televisão e rádio; • Colocar baterias de insonorização nas portas junto ao SOPED (em fase de projecto);
LUMINOSIDADE	• Reduzir a intensidade da luz ambiente sempre que possível; • Se a criança estiver a dormir durante o dia, fechar parcialmente as grelhas da janela;

INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM

	Intervenções de Enfermagem
PRIVACIDADE	• Respeitar a privacidade da criança, isolando a unidade com as cortinas durante qualquer tipo de procedimento; • Respeitar o silêncio da criança e família;
PRESENÇA DE ACOMPANHANTES	• Incentivar sempre a presença dos pais ou pessoa significativa junto da criança;
INTERESSE DA EQUIPA DE ENFERMAGEM	• Estabelecer uma relação empática e assertiva com a criança e família; • Estabelecer uma escuta activa; • Utilizar linguagem adaptada à criança e família; • Esclarecer as dúvida quando solicitada; • Incentivar o acto de brincar na criança, fornecendo brinquedos adequados ao desenvolvimento psicomotor; • Quando efectuar colheita de dados colher informações sobre hábitos de sono específicos da criança (em que posição gosta de dormir, tem algum objecto de transição, tem algum ritual para adormecer); • Tentar identificar os factores que perturbam o sono (dor, mal estar físico, ansiedade, stress, entre outros); • Promover o encorajamento e esperança; através de mensagens de motivação com a colocação de um placard para a criança e família partilharem experiências da hospitalização ou somente deixarem sugestões.

SUGESTÕES...??

OBRIGADO PELA ATENÇÃO

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- APÓSTOLO, João Luís; "O conforto nas teorias de enfermagem – análise do conceito e significados teóricos"; in Revista Referência, II serie, nº9, Março 2009, p61-67;
- BARROS, Luísa; *"Psicologia Pediátrica – Perspectiva Desenvolvimentista"*, 2ª Edição, Lisboa, Manuais Universitários – Climepsi Editores, 2003, 224p, ISBN:972-796-081-2;
- CIPE – *"Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem"*, Lisboa: Estúdio Luscodidacta, Lda, 2011, ISBN: 978-92-9509-4-352;
- CORDEIRO, Mário – *"Dormir Tranquilo"*, Lisboa, A Esfera do Livro; 2010. 205p. ISBN:978-989-626-215-0.
- FORTIN, Marie-Fabienne; *"O Processo de Investigação – da concepção á realização"*, Loures, Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda, 1999, 396p. , ISBN: 972-8383-1-0X.
- JORGE, Ana Maria – *"Família e Hospitalização de Criança – (re) pensar o cuidar em enfermagem"*, Loures, Lusociência – edições técnicas e Científicas, Lda, 2009, 192p, ISBN: 972-8383-79-7.
- KOLCABA, Katherine – *"Evolution of the Mid Range Theory of Comfort for Outcomes Research"*, 2001, consultado em http://theoryofcaring.com/files/pdfs/1999%20-%20Evolution%20of%20the%20Mid%20Range%20Theory%20of%20Comfort%20for%20Outcomes%20Research.pdf a 05/11/2011;
- KOLCABA, Katherine, *"A theory of holistic comfort for nursing"*, 1994 consultado em http://theoryofcaring.com/files/pdfs/1994%20-%20A%20theory%20of%20holistic%20comfort%20for%20nursing.pdf a 05/11/2011
- KOLCABA, Katherine; DiMarco, Marguerite - *"Comfort Theory and its Application to Pediatric Nursing"*, *in Pediatric Nursing. Mais –Jnho 2005, Vol. 31- nº3*
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010) – *"Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica"* – Cadernos da Ordem dos Enfermeiros, Série II número 31 volume ISBN: 978-989-8444-30-4.
- PAIVA, Marcia, et al – *"Factores que Interferem na Preservação do Sono e Repouso de Crianga em Terapia Intensiva"*, Revista de Enfermagem, vol. 10, núm. 1, abril, 2006, pp. 29-35 consultado em http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=127213003004 a 07/10/2011;
- PINTO, Eunice; (et al) – *"O Estresse no Neonato Pré-termo: uma reflexão sobológica acerca de possíveis influências dos fatores sensório-ambientais em unidade de terapia intensiva neonatal"*, in Fitness & Performance, Rio de Janeiro, Setembro/Outubro, Vol. 7, 2008, p. 345-351;
- SILVA, Carlos; et al – *"Predicadores de Conforto na Perspectiva de Clientes e de Enfermeiros"*, In Cogitare Enfermagem, Jan/Mar 2011 consultado em http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/viewArticle/21111 a 06/11/2011
- SOARES, Ângelo – *"O Sono – Efeitos da sua privação sobre as defesas orgânicas"*, Lisboa, LIDEL, Edições Técnicas, Lda, 2010. 100p. ISBN: 978-972-757-663-0.
- TOMEY, Ann Marriner; ALLIGOOD, Martha Raile – *"Teóricos de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)"*. Loures; Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda; 2004, ISBN: 972-8383-74-6;