

Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Tânia Alexandra dos Santos Bordalo

SONO DAS CRIANÇAS: PAPEL DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA

Jul | 2022

GUARDA
POLI
TÉCNICO





Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico da Guarda
Curso de Mestrado em Saúde Infantil e Pediatria

**O SONO DAS CRIANÇAS: PAPEL DO ENFERMEIRO
ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E
PEDIATRIA**

**RELATÓRIO ELABORADO PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE
EM ENFERMAGEM EM SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA**

Tânia Alexandra dos Santos Bordalo

**Guarda
2022**



Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico da Guarda
Curso de Mestrado em Saúde Infantil e Pediatria

**O SONO DAS CRIANÇAS: PAPEL DO ENFERMEIRO
ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E
PEDIATRIA**

RELATÓRIO ELABORADO NO ÂMBITO DA UNIDADE CURRICULAR
ESTÁGIO COM RELATÓRIO FINAL PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE
MESTRE EM ENFERMAGEM EM SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA

Tânia Alexandra dos Santos Bordalo

Orientado por:

Especialista Paula Cristina do Vale Lopes Pissarra

Doutora Fernanda Maria Trindade Lopes

Guarda

2022

“Cada pessoa vê as estrelas de maneira diferente. Para os viajantes, as estrelas são guias. Para outras pessoas, são apenas luzes. Para os estudiosos, elas representam problemas. Para o homem de negócios as estrelas eram ouro. Mas as estrelas encontram-se todas em silêncio. Tu vais ter estrelas como mais ninguém tem...(...). Tu terás estrelas que sabem rir!”

(Antoine de Saint-Exupéry, 2021: 123)

AGRADECIMENTOS

A realização deste relatório de mestrado contou com apoios e incentivos, nem sempre os mais prováveis, e sem os quais não seria possível, e aos quais estarei eternamente grata. No caminho encontrei também quem duvidasse...poder mostrar que com esforço também se consegue e resiliência não me falta.

Às Professoras, Paula Pissarra e Fernanda Lopes, pela orientação, apoio, partilha de conhecimentos, experiências, opiniões e críticas construtivas durante este percurso e realização deste trabalho.

À Presidente da Direção do Agrupamento de Escolas Afonso de Albuquerque na Guarda, pela pronta disponibilidade na implementação dos questionários que serviram de base para o desenvolvimento estatístico neste estudo. Aos encarregados de educação pelo preenchimento dos mesmos.

Aos professores e colegas da Pós-graduação em Sono na Infância e Adolescência pelas palavras de incentivo e partilha de experiências. À Coordenação do curso, no nome da Professora Doutora Joana Marques, pela permanente disponibilidade.

Aos meus colegas de trabalho e amigos, pela paciência, por me perdoarem a ausência, pela ajuda e coragem transmitida.

Por fim, e tendo a consciência de que sozinha, nada disto seria possível, agradeço à minha família, em especial ao meu filho Vasco, pela compreensão nas horas de ausência, pela inteira disponibilidade em ouvir os meus desabafos, pelos abraços, palavras de incentivo com que pude contar. À minha irmã, por ser a voz da minha consciência.

O meu sincero e eterno, obrigada.

RESUMO

O presente relatório é referente ao estágio na Urgência Pediátrica e internamento de Pediatria da ULSG-HSM, no desenvolvimento articulado de competências comuns de Enfermeiro Especialista e específicas de EEESIP, tendo como fio condutor a temática do sono em idade pediátrica.

O sono é essencial à vida humana, é reconhecida a sua importância no bem-estar e desenvolvimento da criança, influenciando também toda a vida familiar, escolar e social da mesma.

Neste âmbito, foram desenvolvidas as competências de Enfermeiro Especialista e realizou-se um estudo transversal, descritivo correlacional, com os seguintes objetivos: conhecer hábitos e qualidade de sono das crianças dos 4 aos 10 anos de idade do concelho da Guarda; descrever hábitos de sono, identificar o índice de perturbação de sono e fatores que interferem no sono das mesmas.

Aplicou-se um instrumento de colheita de dados com o CSHQ-PT validado para a população portuguesa e com variáveis sociodemográficas, contextuais e clínicas.

Analisaram-se 203 questionários (31,8% de taxa de resposta), com uma média de 6,8 anos de idade. Dormem em média 9:46 horas, deitam-se em média às 21:37 horas, 52,2% raramente precisa de objeto especial para adormecer, 50,2% às vezes resiste à hora de deitar e 58,9% habitualmente volta a dormir sem ajuda depois de acordar.

Verificou-se um CSHQ-PT total de 45,4, com 53,2% da amostra a apresentar índice de perturbação de sono (IPS) e com correlação diretamente proporcional entre a Resistência na hora de deitar e a Ansiedade relacionada com o sono.

As crianças que apresentam IPS mais elevado são de idade pré-escolar com IPS= 48,10 e as que não faziam atividade física extracurricular com IPS= 46,41. Aquelas que demoram menos tempo entre acordar e chegar ao local de ensino apresentam valores mais elevados de Resistência à hora de deitar e Ansiedade relacionada com o sono.

Conclui-se que mais de metade da amostra necessita de observação por consulta da especialidade. Os comportamentos diurnos, como a realização de atividade física, têm influência no IPS e a necessidade de intervir precocemente na promoção de hábitos de sono salutar para melhorar a qualidade do sono das crianças.

Comprova-se o papel essencial que o EEESIP desempenha na maximização da saúde da criança/jovem e família e na resposta às necessidades do ciclo de vida e desenvolvimento da criança e do jovem, na promoção de hábitos de sono saudáveis e capacidade de identificar sinais de privação de sono.

Palavras-chave: EEESIP, competências, sono, criança

ABSTRACT

The present report refers to the internship in the Pediatric Emergency Department and Pediatrics internship at the ULSG-HSM, in the articulated development of common competences of Specialist Nurses and specific to EEESIP, having as a guideline the theme of sleep in pediatric age.

Sleep is essential to human life, its importance is recognized in the well-being and development of the child, also influencing the entire family, school and social life of the same.

In this context, the competences of Specialist Nurses were developed and a cross-sectional, descriptive correlational study was carried out, with the following objectives: to know the sleep habits and quality of children aged between 4 and 10 years old in the municipality of Guarda; describe sleep habits, identify the rate of sleep disturbance and factors that interfere with their sleep.

A data collection instrument was applied with the CSHQ-PT validated for the portuguese population and with sociodemographic, contextual and clinical variables.

203 questionnaires were analyzed (31.8% response rate), with an average age of 6.8 years. They sleep an average of 9:46 hours, go to bed on average at 21:37 hours, 52.2% rarely need a special object to fall asleep, 50.2% sometimes resist going to bed and 58.9% usually go back to sleep. sleep without help after waking up.

There was a total CSHQ-PT of 45.4, with 53.2% of the sample presenting a sleep disturbance index (SPI) and with a directly proportional correlation between bedtime resistance and sleep-related anxiety.

The children with the highest IPS are of preschool age with IPS= 48.10 and those who did not do extracurricular physical activity with IPS= 46.41. Those who take less time between waking up and arriving at the teaching place have higher values of Resistance at bedtime and Anxiety related to sleep.

It is concluded that more than half of the sample needs observation by specialist consultation. Daytime behaviors, such as physical activity, have an influence on SPI and the need to intervene early in the promotion of healthy sleep habits to improve children's sleep quality.

The essential role that EESIP plays in maximizing the health of the child/young person and family and in responding to the needs of the life cycle and development of the child and young person is proven, in the promotion of healthy sleep habits and the ability to identify signs of sleep deprivation.

Key words: EEESIP, competences, sleep, child

SIGLAS E ACRÓNIMOS

AEAA – Agrupamento de Escolas Afonso de Albuquerque
AIS – Ansiedade do Início do Sono
AS – Ansiedade relacionada com o Sono
COVID-19 – Doença causada por Coronavirus-2019
CPCJ – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens
CSHQ-PT – Children’s Sleep Habits Questionnaire - Português
DGS – Direção Geral de Saúde
DN – Despertares Noturnos
DR – Distúrbios Respiratórios
DS – Duração do Sono
EE – Encarregado de Educação
EEESIP – Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria
EEG – Eletroencefalograma
EN – Escala Numérica
ESSCVP – Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa
ESS – Escola Superior de Saúde
EVA – Escala Visual Analógica
FDS – Fim de Semana
FLACC-R – *Face, Activity, Cry, Consolability – Revised*
FPS-R – *Faces Pain Scale – Revised*
GFUC – Guia de Funcionamento da Unidade Curricular
GHAF – Gestão Hospitalar de Armazém e Farmácia
GNR – Guarda Nacional Republicana
IPG – Instituto Politécnico de Guarda
IPS – índice de perturbação de sono
HPC – Hospital Pediátrico de Coimbra
MESIP – Mestrado de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediatria
NREM – *Non Rapid Movement Eyes*
OE – Ordem dos Enfermeiros
PEA – Perturbação do Espectro do Autismo
PHDA – Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção
PS – Parassónias
REM – *Rapid Movement Eyes*

RHD – Resistência à Hora de Deitar

SARS-Cov2 – *Severe Acute Respiratory Syndrome-Corona Virus-2*

SAOS – Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono

SCD/E – Sistema de Classificação de Doentes/Enfermagem

SD – Sonolência Diurna

SP – Serviço de Pediatria

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

SUP – Serviço de Urgência Pediátrica

UC – Unidade Curricular

UICD – Unidade de Internamento de Curta Duração

ULSG – HSM – Unidade Local de Saúde da Guarda – Hospital Sousa Martins

ÍNDICE DE TABELAS

	Pág.
Tabela 1 - Caracterização das crianças por Idade, Peso e Altura.....	57
Tabela 2 - Caracterização Sociodemográfica da família.....	58
Tabela 3 - Distância do local de ensino.....	58
Tabela 4 - Tempo que demora a chegar ao local de ensino.....	59
Tabela 5 - Distribuição da amostra que realiza atividade física extracurricular	59
Tabela 6 - Distribuição da amostra por horários	59
Tabela 7 - Distribuição da amostra no tempo acordar-escola	60
Tabela 8 - Distribuição da amostra em função das horas de sono.....	60
Tabela 9 - Distribuição de Perturbação de desenvolvimento	61
Tabela 10 - Distribuição da amostra nas subescalas CSHQ-PT.....	61
Tabela 11 - Consistência interna CSHQ-PT.....	62
Tabela 12 - Características descritivas CSHQ-PT não cotáveis.....	62
Tabela 13 - Distribuição da amostra no CSHQ-PT.....	63
Tabela 14 - CSHQ-PT da amostra e da população geral.....	64
Tabela 15 - Correlação das dimensões do CSHQ-PT	65
Tabela 16 - CSHQ-PT e Idade dos EE.....	65
Tabela 17 - CSHQ-PT e Escolaridade dos EE.....	66
Tabela 18 - CSHQ-PT e Ensino pré-escolar/escolar	66
Tabela 19 - CSHQ-PT e Atividade física extracurricular	67
Tabela 20 - CSHQ-PT e o Tempo a acordar/entrada na escola.....	67

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUÇÃO	10
CAPÍTULO I – DESENVOLVIMENTO DO ESTÁGIO	12
1 – CARACTERIZAÇÃO DOS CAMPOS DE ESTÁGIO E AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS	14
1.1 – SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA	14
1.2 – SERVIÇO DE PEDIATRIA	17
1.3 – COMPETÊNCIAS E ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	19
CAPÍTULO II – SONO EM PEDIATRIA	40
1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	42
1.1 – FISIOLOGIA DO SONO.....	42
1.2 – COMPORTAMENTOS DO SONO E REPERCUSSÕES	43
1.3 – PERTURBAÇÕES DO SONO EM IDADE PRÉ-ESCOLAR E ESCOLAR	47
2 – ESTUDO DO SONO DE CRIANÇAS DO CONCELHO DA GUARDA	50
2.1 – METODOLOGIA	50
2.2 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE RESULTADOS.....	56
2.3 – DISCUSSÃO DE RESULTADOS	68
CONCLUSÃO	72
BIBLIOGRAFIA	76
APÊNDICES	82
APÊNCICE A – PROJETO DE ESTÁGIO NO SERVIÇO DE URGENCIA PEDIATRICA..	84
APÊNCICE B – PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA	90
APÊNCICE C – PPT DE SESSÃO DE FORMAÇÃO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA	92
APÊNCICE D – PROJETO DE ESTÁGIO NO SERVIÇO DE PEDIATRIA.....	100
APÊNCICE E – PROCEDIMENTO OPERATIVO DE MEDIDAS DE HIGIENE DO SONO NO SERVIÇO DE PEDIATRIA	106
APÊNCICE F – LIVRETE DE MEDIDAS DE HIGIENE DO SONO NO SERVIÇO DE PEDIATRIA.....	110
APÊNCICE G – QUESTIONÁRIO DE HÁBITOS DE SONO NAS CRIANÇAS DO CONCELHO DA GUARDA	112
ANEXOS	122

ANEXO A – AUTORIZAÇÃO DO AEAA PARA APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO	124
ANEXO B – QSCH-PT	126
ANEXO C – AUTORIZAÇÃO DA ESSCV PARA O USO DE DADOS RECOLHIDOS.....	128

INTRODUÇÃO

O presente relatório insere-se no âmbito do Curso de Mestrado de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediatria (MESIP) da Escola Superior de Saúde (ESS) do Instituto Politécnico da Guarda (IPG), na Unidade Curricular Estágio com Relatório Final para dar resposta ao programa da referida unidade curricular e é inserido na metodologia de ensino/aprendizagem e avaliação.

O estágio teve início no serviço de Urgência Pediátrica e seguidamente no serviço de Pediatria, ambos pertencentes à Unidade Local de Saúde da Guarda – Hospital Sousa Martins (ULSG - HSM). Decorreu num total de 288 horas, repartidas por ambos os serviços, sendo que no serviço de Pediatria foi interrompido devido ao início da pandemia por SARS-Cov2. Logo que o conselho de administração ULSG divulgou uma circular a permitir o retorno de estágios, o mesmo foi retomado.

Os estágios são parte integrante e de suprema relevância nos currículos dos cursos de enfermagem, nomeadamente nos cursos de especialização, contribuindo para o desenvolvimento das capacidades técnicas e competências inerentes à profissão de enfermagem (Silva e Silva, 2004). Silva e Silva (2004) afirmam que o ensino clínico em enfermagem engloba diferentes espaços de formação, cada um com responsabilidades e especificidades fundamentais para o processo de formação, sempre tendo como base o conhecimento teórico ministrado pela escola, promovendo uma consolidação de conhecimentos. “É no agir em situação que se desenvolvem as competências” (Silva e Silva, 2004: 105) e que se promove e consolida a *praxis* de enfermagem.

No decorrer dos tempos, a Enfermagem tem vindo a desenvolver conhecimento disciplinar e a contribuir para o aumento na qualidade de prestação de cuidados, através da investigação científica desenvolvida pelos profissionais, sobretudo na vertente de especialização.

A Ordem dos Enfermeiros (2015a) faz referência à formação contínua como sendo uma das competências que o enfermeiro deve ter sempre presente. Com a realização do ensino clínico, através de uma metodologia de trabalho centrada na ação/aprendizagem, o enfermeiro desenvolve a autoformação e o desenvolvimento quer pessoal, quer profissional, de forma a adquirir e a desenvolver competências na área científica, técnica e humana.

Na abordagem direta à criança e à família, o Enfermeiro é o profissional por excelência, sendo do domínio das competências a responsabilidade profissional, ética e legal, intervir, prestando e gerindo cuidados visando o desenvolvimento profissional e majoração de cuidados. Mais ainda, ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (EEESIP), compete-lhe assistir a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde e em situação de especial complexidade e prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e do desenvolvimento da criança (OE, 2018).

Ao longo do estágio a temática do sono ganhou relevância e os aspetos referentes ao mesmo. Já anteriormente, o sono era um foco de interesse, tornando-se uma inquietação. Em Portugal, reconhece-se a importância deste tema, constituindo uma problemática sobre a qual estudos recentes indicam a existência dos distúrbios de sono em 74 a 80% das crianças dos 2 aos 10 anos, existindo uma subvalorização por parte dos pais (Fraga, Firmino-Machado, Borges *et al.*, 2017).

Após elaborar uma busca relativa ao tema, recorrendo ao SciELO, PubMed, EBESCO e alguns repositórios de instituições de ensino, verificou-se que existem estudos efetuados neste âmbito, até demonstrativos da situação atual da população, contudo, nenhum referente à população demográfica da Guarda. Sendo esta a população em que nos inserimos, decidiu-se fazer um estudo sobre a temática do sono.

Para melhor compreensão no desenvolvimento do trabalho efetuado, houve necessidade de estruturar o relatório em dois capítulos.

No capítulo I, intitulado “*Desenvolvimento do estágio*”, usando metodologia descritiva é dado a conhecer o percurso efetuado ao longo do estágio, sendo feito um enquadramento do mesmo, as competências que foram sendo desenvolvidas durante o percurso, enquanto futura EEESIP e uma reflexão crítica sobre a experiência.

O capítulo II intitula-se “*Sono em Pediatria*” e no desenrolar do mesmo é efetuada uma contextualização teórica sobre o sono em pediatria (comportamentos, repercussões e perturbações) mais especificamente na idade pré-escolar e escolar e segue-se o estudo do sono das crianças do concelho da Guarda. Apresenta-se um estudo quantitativo, transversal, descritivo e correlacional seguido da apresentação e discussão de resultados.

Apresenta-se também a conclusão, com reflexão sobre principais resultados e conclusões deste relatório. A bibliografia de todo o trabalho é resultado de pesquisa em fontes primárias e secundárias para uma fundamentação teórica adequada. Decorre de uma reflexão crítica, análise pessoal de desempenho e processo de aprendizagem.

Este trabalho encontra-se elaborado respeitando as normas do Guia de elaboração e apresentação de trabalhos escritos da ESS e as normas gerais de apresentação de elaboração e apresentação de relatórios de estágio do IPG.

CAPÍTULO I – DESENVOLVIMENTO DO ESTÁGIO

1 – CARACTERIZAÇÃO DOS CAMPOS DE ESTÁGIO E AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

1.1 – SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA

1.2 – SERVIÇO DE PEDIATRIA

1.3 – COMPETÊNCIAS E ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

1 – CARACTERIZAÇÃO DOS CAMPOS DE ESTÁGIO E AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

O ponto de partida para um estágio é a sua estruturação por um guia orientador, este estágio não iniciou de forma diferente. Partindo do Guia de Funcionamento da Unidade Curricular (GFUC) pretende-se de forma sistemática e clara descrever as atividades que foram realizadas durante os estágios no serviço de Urgência Pediátrica e no serviço de Pediatria da ULSG – HSM, por forma a atingir os objetivos traçados (APÊNDICE A e D), tendo como objetivo geral: Desenvolver competências comuns de enfermeiro especialista e específicas de enfermeiro especialista em saúde infantil e pediatria.

Para melhor compreensão do desenvolvimento de competências, é importante descrever os serviços em causa, e assim, enquadrar as atividades levadas a cabo.

1.1 – SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA

Para uma correta integração e cumprimento de objetivos, é fundamental conhecer-se a estrutura física, recursos humanos e dinâmica funcional do serviço.

O início do estágio ocorreu com uma entrevista informal com a Enfermeira Chefe do SUP e com a Professora Orientadora, após esclarecimento de questões relacionadas com o funcionamento da UC, foi dado a conhecer os 2 enfermeiros do serviço que iriam acompanhar o estágio, de forma a ter um leque de oportunidades mais vasto e menor dificuldade na gestão de horários, ambos enfermeiros Especialistas em ESIP e um deles Mestre na mesma área.

O serviço de Urgência Pediátrica da ULSG – HSM é uma unidade multidisciplinar e multiprofissional, que tem como objetivo prestar cuidados de saúde a todas as crianças (idade inferior a 18 anos) com situações enquadradas nas definições de urgência e emergência médicas.

A nível de espaço físico, é constituído por uma zona de triagem; 3 casas de banho (1 para utentes de balcão, 1 para os profissionais de saúde e outra para os utentes da unidade de cuidados de curta duração (UICD) e acompanhantes dos mesmos); 2 consultórios médicos; 1 sala de emergência; 1 sala de trabalho de enfermagem; 1 copa; 1 sala de despejos; 2 vestiários para profissionais de saúde; 1 sala onde os utentes realizam tratamentos de curta duração e 1 UICD, que inclui enfermaria e 1 sala de trabalho/gabinete médico.

Os turnos neste serviço encontram-se divididos nas 24 horas em turnos. Turno da manhã (8:00 às 16:00 horas), turno da tarde (15:30 às 23:00 horas) e turno da noite (22:30 às 08:30 horas).

Em cada turno, a equipa é constituída por 2 enfermeiros, 2 pediatras, 1 clínico geral e 2 assistentes operacionais no turno da manhã, apenas 1 no turno da tarde e noite.

A equipa multidisciplinar é constituída por 14 enfermeiros, incluindo a Enfermeira Chefe, dos quais 1 Mestre em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (MESIP) e 3 Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (EEESIP); 6 assistentes operacionais; 7 médicos de medicina geral e familiar, 10 pediatras e 3 médicos internos de pediatria.

Após diálogo com os enfermeiros orientadores e observação de protocolos do serviço, constatou-se que a metodologia de trabalho utilizada neste serviço é o método individual (mais incidente no posto de triagem), em que, apesar de todos implementarem as normas de atuação nos cuidados, cada um exerce cuidados de forma personalizada e humanizada de acordo com o seu modo de ser e de trabalhar. Também se verificou a existência de trabalho de equipa, sempre que necessário, denotando-se espírito de ajuda, contribuindo para uma maior qualidade aos cuidados de enfermagem.

Dos protocolos preconizados, o mais presente é o de administração de analgésico/antipirético/anti-inflamatório em caso de febre e/ou dor no momento da triagem.

Este serviço utiliza o programa informático *Alert®*, sendo este utilizado para o registo, interligação, reutilização e análise de todos os dados relacionados com os utentes e a atividade dos profissionais de saúde. Com este sistema a informação relativa aos procedimentos clínicos é registada digitalmente, em tempo real, ficando acessível aos diferentes intervenientes no processo.

Inclui também um sistema de alertas que apresentam uma lista de tarefas por realizar ou de eventos que necessitem da intervenção de determinado utilizador, minorando tempos de espera e permitindo a vigilância de todos os crianças. Outro programa informático utilizado é o *SClinico*, que pelas características do serviço usando o *Alert®* este é apenas para pedidos de refeições e outro tipo de alimentos para o serviço. Por fim, mas não menos importante, existe o *GAHF*, que permite ter conhecimento informaticamente que a criança/jovem foi internada, permite efetuar pedidos de consumo clínico e de farmácia para uso do serviço.

O serviço de Urgência Pediátrica contempla um circuito do doente, em que o mesmo inicialmente realiza a inscrição na secretaria e seguidamente é triado pelo enfermeiro através da *Triagem de Manchester*. As funções principais do enfermeiro da triagem incluem: avaliação e reavaliação da queixa principal e sintomas associados; uma breve história da doença atual, a sua evolução e dos antecedentes pessoais relevantes; exame físico sumário e dirigido e avaliação dos sinais vitais e iniciar medidas diagnósticas e terapêuticas de acordo com protocolos do serviço.

O método de *Triagem de Manchester* pretende estabelecer uma prioridade clínica e não um diagnóstico. A observação de triagem num serviço de urgência tem como propósito facilitar a gestão clínica dos utentes e paralelamente a gestão do serviço, através da atribuição exata de uma prioridade, o tempo de observação de triagem não pode visar a obtenção de um diagnóstico, se não estaria entregue ao fracasso; A prioridade não tem de estar obrigatoriamente relacionada com o diagnóstico deve é refletir um número de aspetos de uma condição particular apresentada pelo doente (Moreira, 2010). O utente, após a triagem, regressa à sala de espera e aguarda a

chamada do médico. Se necessária intervenção de enfermagem, vai para a sala de trabalho ou para a sala de tratamentos de curta duração.

Por indicação médica existem casos em que é preciso proceder ao internamento da criança/adolescente, ficando em observação em UICD no máximo 24 horas. Este serviço destina-se essencialmente à vigilância clínica e cuidados médicos permanentes de crianças com situação clínica instável. O serviço de Urgência Pediátrica da ULSG-HSM, tem a capacidade de 4 camas e 2 berços.

É da responsabilidade do Pediatra e eventualmente de outros especialistas hospitalares o internamento em UICD e posterior orientação da criança. De acordo com o estado clínico do utente a posterior orientação será o internamento em pediatria ou neonatologia, transferência da criança para outra unidade de saúde diferenciada, óbito ou alta clínica.

Em caso de prolongamento de internamento, isto é, mais de 24 horas em UICD, os utentes são encaminhados para o serviço de pediatria. O internamento nos serviços é sempre feito pelo Pediatra de serviço ou especialista responsável pela criança. São, por isso, estes que preparam todo o processo de internamento: Processo Clínico e Plano de Cuidados (terapêutica, vigilância e programação de reavaliação). De seguida, o serviço de admissão de doentes processa o internamento administrativo. Compete ao enfermeiro de UICD proceder ao contacto com o serviço que vai receber a criança e transmitir a informação necessária.

Como já referido, na caracterização do espaço físico, o serviço é constituído por uma sala emergência para onde são encaminhados os doentes emergentes. Esta sala possui todos os equipamentos de reanimação. É composta por um ventilador, carro de emergência, desfibrilhador, medicação e todo o material que possa vir a ser necessário.

Esta área é testada todos os dias para verificar se todos os equipamentos estão operacionais, caso surja uma situação emergente. No início de cada turno realizava-se esta verificação, assim como a reposição de todo o material na sala de trabalho, de forma a viabilizar a sala de emergência para qualquer situação.

A integração na equipa ocorreu com facilidade, estabelecendo uma relação empática e assertiva com os vários profissionais de saúde.

Com a realização de uma visita acompanhada ao serviço para fazer o reconhecimento dos diferentes recursos materiais e respetiva localização, permitiu compreender a sua estrutura, orgânica e funcionamento, bem como os objetivos inerentes ao serviço, metodologia de trabalho, recursos humanos e materiais e articulação com outros serviços. Consultaram-se regulamentos, protocolos e normas nele vigentes. Assim, considerou-se totalmente esclarecida a orgânica e funcionamento do serviço.

1.2 – SERVIÇO DE PEDIATRIA

O serviço de Pediatria da ULSG - HSM partilha o espaço físico e os recursos humanos e materiais com a Unidade de Neonatologia.

No início do estágio, foi realizada uma entrevista informal com a Enfermeira Chefe do Serviço de Pediatria (SP) e com a Enfermeira orientadora (Mestre em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria), com posterior colaboração de outra Enfermeira do serviço, também ela Mestre em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (MESIP), para conseguir realizar a totalidade dos turnos adequados ao desenvolvimento de competências de Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria.

Depois foi realizada uma visita acompanhada ao serviço para fazer o reconhecimento dos diferentes recursos materiais e respetiva localização.

Os turnos neste serviço encontram-se, de igual forma, divididos nas 24 horas em turnos. Turno da manhã (8:00 às 16:00 horas), turno da tarde (15:30 às 23:00 horas) e turno da noite (22:30 às 08:30 horas).

No turno da manhã estão escalados 4 enfermeiros e 2 assistentes operacionais que são distribuídos pelo internamento e neonatologia consoante a necessidade de cada serviço ou que se vão auxiliando; no turno da tarde o rácio é 3 enfermeiros e 1 assistente operacional, no turno da noite são 2 enfermeiros e 1 assistente operacional.

O serviço é constituído por 1 sala de trabalho; casa de banho dos acompanhantes; quarto um com 5 berços (até aos 23 meses); sala de procedimentos; sala de higiene (banheiras); sala de equipamento/armazém e roupa e local do carro de emergência; quarto dois com 4 camas (dos 2 aos 11 anos) e área lúdica; quarto três com casa de banho e área de refeitório, que se subdivide em dois, cada um com 2 camas mais direcionados para jovens (dos 12 anos aos 17) ou quando é necessário isolamento/resguardo social; vestiários dos profissionais; área de despejos; casa de banho de crianças com respetivos chuveiros; copa de preparação de alimentos dos utentes; copa dos funcionários e casa de banho dos funcionários e, por último, 1 quarto de isolamento com casa de banho independentemente da faixa etária.

A nível de recursos humanos, possui 22 enfermeiros (incluindo a Enfermeira Chefe), 8 dos quais com especialidade e/ou mestrado em ESIP (3 enfermeiros tinham sido mobilizados para reforço à atuação perante a SARS-Cov2, sendo 1 deles MESIP); 7 assistentes operacionais; 1 professora do 1º ciclo do ensino básico; 1 educadora de infância; 1 assistente técnica; 9 médicos pediatras e 5 médicos internos de especialidade de pediatria; 1 assistente social, 1 nutricionista e 2 psicólogas que dão apoio ao serviço quando necessário.

A metodologia de trabalho utilizada neste serviço é o método individual, em que, apesar de todos implementarem as normas de atuação nos cuidados, cada um presta cuidados de forma

personalizada e humanizada de acordo com o seu modo de ser e de trabalhar. Também se verificou que existe trabalho de equipa, denotando-se espírito de entreajuda, o que vem dar mais qualidade aos cuidados de enfermagem.

Para um melhor conhecimento do serviço, consultaram-se os seus guias orientadores, bem como as normas e protocolos aí instituídos. Nestes encontram-se descritos de forma sistematizada as normas, organização, procedimentos e informação necessária para a prestação de cuidados de enfermagem, o que permite a uniformização e rigor dos cuidados prestados ao utente pediátrico e família. No que se refere ao domínio dos protocolos em vigor, consultaram-se os que diziam respeito aos cuidados ao doente diabético e ao acolhimento do doente pediátrico e família.

Foi possível utilizar os sistemas de informação existentes, nomeadamente o *SCLínico* para registos e elaboração de processo de enfermagem; o *GHAF* para registo de medicação, pedidos de alimentação e de material/reparações; Sistema informático de classificação de doentes em enfermagem (baseia-se em níveis de dependência de cuidados de enfermagem, é necessário proceder à distribuição dos doentes por enfermeiros); pulseiras de segurança. Esclareceram-se dúvidas relativas à dinâmica do serviço, como o horário de alimentações quer dos doentes (9-12-16-19-21 horas) quer dos acompanhantes (9-12-19 horas e direito a lanche e ceia apenas a mães que amamentem); horário de visitas (das 14:30 às 16 horas e das 19-20 horas). Após o início pandémico, as visitas foram canceladas e o utente apenas tem um acompanhante permanente após teste COVID-19, negativo. Os cuidados de higiene e conforto, preferencialmente, decorrem durante o turno da manhã, contudo sempre que necessário, decorrendo de intercorrências, num outro turno.

O desenvolvimento das atividades em colaboração com a equipa multidisciplinar ocorreu de forma progressiva. A integração na equipa multidisciplinar pautou-se pelo progressivo estabelecimento de uma relação de empatia e de reciprocidade com os diferentes elementos. Gradualmente houve um ganho de autonomia, mas todas as vezes que surgiram dúvidas solicitou-se a presença ou opinião da enfermeira orientadora ou de outra enfermeira.

Procurou-se ser pontual, assídua, e assertiva na atuação, cumprindo o plano de cuidados específico de cada doente. Procurou-se manter uma postura adequada, mostrando sempre disponibilidade para colaborar com os demais profissionais, demonstrando interesse na aprendizagem e no bom funcionamento do serviço. A integração na equipa decorreu sem percalços, houve à-vontade para questionar os profissionais no esclarecimento de dúvidas, e o objetivo de passar por ser vista como mais um elemento na prestação de cuidados naquela área, integrando a equipa de forma plena, foi evoluindo. A disponibilidade foi total e a ajuda da equipa foi fundamental para conseguir desenvolver competências de EEESIP.

1.3 – COMPETÊNCIAS E ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

As competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, constituem um conjunto de saberes humanos, científicos e técnicos, visando a prestação de cuidados de enfermagem desde o nascimento até ao final da adolescência.

O exercício profissional de enfermagem especializado baseia-se no conhecimento direcionado, sendo que legalmente se encontra bem regularizado perante a lei, com competências bem delimitadas, comuns às várias especialidades em Enfermagem (OE, 2019: 4745-4750) e específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (OE, 2018: 19192-19194). Por conseguinte as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista evidenciadas no Regulamento n.º 140 (OE, 2019) são do domínio da Responsabilidade profissional, ética e legal (A) a competência **A1- Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e deontologia profissional**, a competência **A2- Garante prática de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais**; da Melhoria contínua da qualidade (B) a competência **B1- Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica**, a competência **B2- Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua**, e a competência **B3- Garante um ambiente terapêutico seguro**; da Gestão de cuidados (C) a competência **C1- Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde**, a competência **C2- Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados**; e do Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (D) a competência **D1- Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade** e a competência **D2- Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica**.

No Regulamento n.º 422 (OE, 2018), estão patenteadas as Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, que são: **Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde (E1)**; **Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade (E2)** e **Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (E3)**.

No desenvolvimento do estágio os dois grupos de competências, acima referidos estiveram presentes, sendo abordados seguidamente de forma descritiva e enquadrados nas atividades desenvolvidas durante o mesmo em ambos os campos de estágio.

- A1- Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e deontologia profissional;

- A2- Garante prática de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Durante o estágio, em ambos os serviços, tentou-se sempre estabelecer uma relação profissional e de ajuda com os profissionais dos serviços, através de uma postura profissional, educação e cordialidade e agilizando o horário e disponibilidades para poder participar ativamente no trabalho em equipa e sempre que havia necessidade de mais elementos para os cuidados. Adotou-se comportamentos de integração nos diferentes serviços e respeito pelas normas de apresentação pessoal. Assegurou-se sempre a confidencialidade e a segurança das informações a que teve acesso. Os cuidados durante o estágio foram baseados na evidência científica e na experiência profissional, priorizando-se a segurança e prevenindo práticas de risco, quer para os profissionais, quer para as crianças e família.

Assumiu-se comportamentos de responsabilidade profissional, demonstrando interesse, disponibilidade, segurança e empenho no exercício da prática de cuidados e tomadas de decisão, tendo sempre a preocupação de refletir e avaliar todo o processo e os resultados das tomadas de decisão. Houve sempre preocupação pelo respeito dos valores e crenças da criança e família, bem como a sua autonomia, garantindo a satisfação das suas necessidades culturais e espirituais. A dignidade, a privacidade, a confidencialidade e o sigilo profissional foram permanentemente assegurados.

Em suma, integrou-se e respeitou-se os princípios éticos, deontológicos e de responsabilidade profissional em todos os ambientes de cuidados, orientou-se a atuação segundo os princípios definidos nos documentos e legislação em vigor (Carta dos Direitos da Criança, Declaração dos Direitos Humanos, Código Deontológico do Enfermeiro). Assim, considerou-se ter adotado comportamentos de responsabilidade profissional, integração no serviço e respeito pelas normas de apresentação pessoal, revelando disponibilidade e empenho, tendo acompanhado as enfermeiras orientadoras com assiduidade e pontualidade, colaborando nas suas atividades com interesse e responsabilidade na atuação.

No serviço de Urgência Pediátrica, o doente tem o direito a permanecer acompanhado todo o tempo que permanecer no mesmo, sem qualquer restrição neste sentido. É de referir que no serviço de Pediatria, o mesmo princípio é garantido, contudo, após o início da pandemia o doente e o acompanhante têm de ter teste negativo à COVID-19 e o acompanhante permanece sem se ausentar do hospital, tal como o doente, do início ao fim do internamento. Neste sentido, procurou-se sempre respeitar os direitos da criança e do acompanhante, sem fazer juízos de valor, respeitando-os na sua singularidade.

Honrou-se sempre o sigilo da informação, dos valores e crenças da família, bem como da sua autonomia. Neste sentido, exemplifica-se no serviço de Pediatria, o caso de uma criança de idade escolar com suspeita e posterior confirmação de abuso sexual em contexto familiar. É

fundamental a participação do enfermeiro em estratégias de resolução de problemas, em situações de maior complexidade, que surjam no serviço, como o caso de uma criança vítima de abuso sexual que necessitava de cuidados perineais e como elemento do sexo feminino, houve a disponibilização para a prestação de cuidados, mesmo estando sob a responsabilidade de outro enfermeiro na distribuição de cuidados.

Promoveram-se boas relações com a equipa de trabalho, criança/jovem e família, adotando uma postura humilde, empática, intervindo com pertinência, não intervindo/opinando negativamente no trabalho e/ou decisões tomadas pela equipa, auxiliando a criança/jovem e família de forma disponível e acessível.

- B1- Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica,

- B2- Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua;

- B3- Garante um ambiente terapêutico seguro.

Procurou-se adotar sempre comportamentos de responsabilidade profissional, respeitando as normas de apresentação pessoal, os princípios de higiene hospitalar, as orientações dadas (pré e durante a pandemia), mostrando disponibilidade para cooperar.

Compreenderam-se os princípios e normas de controlo de infeção (lavagem e desinfeção das mãos, armazenamento, manuseamento e validades de produtos) e cumpriram-se essas mesmas normas.

Para um melhor conhecimento do serviço, consultaram-se os seus guias orientadores, bem como as normas e protocolos aí instituídos. Nestes encontram-se descritos de forma sistematizada as normas, organização, procedimentos e informação necessária para a prestação de cuidados de enfermagem, o que permite a uniformização e rigor dos cuidados prestados às crianças/adolescentes e família.

Procurou-se sempre criar e manter um ambiente terapêutico e seguro, como, por exemplo, garantindo a manutenção da pulseira identificadora da criança após *Triagem de Manchester* ou atendendo com cautela ao local onde pousar o tabuleiro da medicação numa enfermaria, sem o perder de vista. No serviço de Pediatria, existe um sistema automático de segurança que envia um alarme sonoro, em tempo real, se a criança entra numa zona não delimitada pelo sistema. Trata-se de um sistema de rádio transmissão a partir de pulseiras, que são colocadas na admissão do utente pediátrico. Estas são colocadas junto aos tornozelos ou punho de bebés e crianças, ficam automaticamente acionadas e ligadas à central de segurança. No caso de as crianças terem de se ausentar do serviço para realizarem exames complementares de diagnóstico, tem que ser dada uma alta temporária, por um tempo estipulado, sendo ativadas assim que regressam ao serviço.

No decorrer do estágio, na abordagem à temática do sono, foi notório a parca informação dos enfermeiros relativamente a esta, o que causou inquietude, visto ser um assunto abordado pelos pais levantando a questão do devido esclarecimento dos mesmos. No que se refere ao SUP, constatou-se que as características do serviço aglutinadas à falta de informação e até mesmo de interesse pelo tema, os cuidados com o sono da criança/jovem, eram de certa forma, como que “esquecidos” no meio das atividades a realizar em contexto de urgência. Mas quando questionada a equipa de enfermagem sobre a pertinência e vontade em falar sobre o tema, manifestaram interesse em relembrar conceitos e conhecimentos.

No serviço de Pediatria, aquando da abordagem à temática do sono, os enfermeiros demonstraram estar mais despertos para a necessidade da criança/jovem dormir, contudo as suas rotinas de casa eram alteradas de forma a facilitar a prestação de cuidados e organização do serviço, desrespeitando e desvalorizando os hábitos de sono do mesmo. A atividade mais evidente de alteração da rotina de casa são os cuidados de higiene e conforto, que em ambiente hospitalar (por rotina) se efetuam no turno da manhã, sabendo que o banho em casa é realizado ao final do dia, com o intuito de tranquilizar/relaxar a criança/jovem preparando-a para o início do sono. Contudo, a receptividade para abordar o tema foi notória, o que permitiria a sensibilização ao mesmo.

Preparou-se e efetuou-se uma sessão de formação para os profissionais do serviço de Urgência Pediátrica, relativa às características do sono na criança e jovem e conceitos envolventes ao mesmo (APÊNDICE B e C) e seria replicada com as devidas alterações e especificações no serviço de Pediatria. No entanto, esta estava programada para os últimos turnos do estágio e devido ao cancelamento do mesmo não foi realizada. Na retoma do estágio, não eram permitidas reuniões ou formações em serviço, pelo que não foi possível executar a mesma. Foi então elaborado um livrete sobre Medidas de Higiene do Sono na criança e adolescente sustentado num procedimento operativo (APÊNDICE E e F), facultado à Enfermeira Chefe para posteriormente o disponibilizar a equipa.

Retira-se daqui como reflexão, que é importante por vezes perceber que muitas das coisas que se fazem no dia-a-dia podem ser melhoradas, com reformulações que permitam a melhoria contínua da qualidade por forma a tornar o serviço e a prestação de cuidados mais eficientes. Assim, procurou-se continuamente mobilizar conhecimentos e habilidades, para que pudesse aplicar na prática os conhecimentos adequados, adotando medidas que permitissem melhorar os cuidados.

Apesar de programada a observação da Consulta de Diabetes, desenvolvida pelo serviço de Pediatria, na qual a Enfermeira orientador colabora, não pode ser efetuada; inicialmente pelo início do confinamento e posteriormente por alterações de escala.

- C1- Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde;

- C2- Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.

A oportunidade de colaborar com o enfermeiro orientador nas suas atividades foi uma constante, quer na prestação de cuidados, quer no âmbito da gestão do serviço (articulação com o armazém de material, pedindo e confirmando o mesmo), mostrando interesse e disponibilidade. Assim, logo no início do estágio, foram mostradas as estruturas dos serviços e a sua organização. Houve a oportunidade de participar na gestão do material clínico, nomeadamente na sua receção e arrumação, perceber como funcionava a gestão dos *stocks* (gestão avançada de *stocks*, com reposição mensal dos mesmos).

Também os cuidados de enfermagem foram sempre prestados tendo em conta a gestão desse mesmo *stock* que, por vezes, é escasso e necessita de ser otimizado. Todo o material tem um custo e isso reflete-se no orçamento da instituição, pelo que, tem de ser gerido com responsabilidade e de forma adequada. A situação pandémica veio ainda reforçar esta consciência de usar o necessário, quando necessário, atendendo aos gastos sem perder de vista a qualidade dos cuidados e o conforto do doente.

Colaborou-se na referenciação para outros prestadores de cuidados de saúde, quando detetadas situações que o exigiram, havendo sempre a otimização do trabalho de equipa adequando os recursos às necessidades dos cuidados.

Participou-se na manutenção e funcionamento dos equipamentos existentes nos serviços. Os serviços possuem equipamentos de reanimação, como carro de emergência, ventilador e desfibrilhador. Os equipamentos desta área são testados todos os dias para verificar a sua operacionalidade caso surja uma situação emergente no serviço. No início do turno é realizada esta verificação, assim como a reposição de todo o material na sala de trabalho. São rotinas idênticas nos dois serviços. Sempre que possível o trabalho da equipa era otimizado e adequavam-se os recursos às necessidades dos cuidados. Procurou-se sempre organizar as ações em função dos recursos materiais e humanos.

Houve oportunidade de realizar colheita de espécimes para análise através das técnicas e meios adequados, tendo acompanhado e colaborado na realização de exames complementares de diagnóstico ou outros tratamentos a que o doente foi submetido. No que se refere à deslocação e/ou acompanhamento do doente pediátrico, quando solicitados exames complementares de diagnóstico ou outros tratamentos a que possam ser submetidos, estes são acompanhados por assistente operacional e/ou enfermeiro caso a situação clínica se justifique.

No decorrer do estágio colaborou-se na preparação de um lactente com displasia pulmonar, dependente de aporte suplementar de oxigénio, para a realização de RX intransportável, ainda em ambiente de UICD. No serviço de Pediatria, acompanhou-se uma adolescente proveniente do bloco operatório, no regresso ao serviço de Pediatria, onde a

enfermeira do recobro transmitiu todas as indicações e intervenções necessárias a realizar no pós-operatório da utente.

Como já referido anteriormente, todos os acontecimentos sucedidos com o utente ficam registados no sistema informático *Alert@*, mais precisamente no episódio de urgência do mesmo, proporcionando a continuidade dos cuidados durante o período de permanência no serviço. No serviço de Pediatria efetuaram-se os registos das atividades no processo da criança (*SClínico*) proporcionando a continuidade dos cuidados nos turnos seguintes.

Em suma, a adaptação à dinâmica do serviço acabou por decorrer de forma eficaz e o estabelecimento de relações interpessoais foram extremamente importantes e gratificantes.

Mediante o exposto, considera-se ter demonstrado disponibilidade, iniciativa e interesse no desempenho de todas as funções atribuídas, estando sempre atenta à atuação daqueles que têm mais experiência, ou seja, que se encontravam num patamar de peritos na área.

Constatou-se que a gestão dos cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da equipa, numa perspetiva de articulação com a equipa multidisciplinar, é um elemento essencial na função assumida pela chefia de equipa. A supervisão contínua ao longo dos turnos permite adaptar a liderança e a gestão dos recursos humanos disponíveis às situações e ao contexto, sempre que ocorriam intercorrências, objetivando a garantia da qualidade dos cuidados (OE, 2019).

- D1- Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;

- D2- Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.

Ao longo do estágio a integração nas equipas decorreu com facilidade, estabelecendo uma relação empática e assertiva com os vários profissionais de saúde em ambos os serviços, o que contribuiu para o estabelecimento de um ambiente terapêutico, facilitador do processo de prestação de cuidados à criança e família. Fazer a gestão dos conhecimentos e experiência possuída, por forma a atingir a adaptação a uma realidade diferente, implica sempre fazer mudanças de comportamento e evolução na forma de agir, e isso foi um desafio.

Houve a permanente consciência enquanto pessoa e enfermeira, como tal, considerou-se que a prática foi sempre oportuna e, acima de tudo, atendeu-se sempre à personalização e humanização dos cuidados, tendo presente a responsabilidade profissional, ética e legal em todas as situações que foram concretizadas. Houve também o reconhecimento dos recursos e limites pessoais e profissionais. Assim, tal como já referido anteriormente, quando surgia alguma dúvida foi sempre solicitada ajuda ou esclarecimentos à equipa de enfermagem, facilitando o autoconhecimento e a assertividade, através da identificação de fatores que pudessem interferir no relacionamento com o doente pediátrico/família e também com a equipa multidisciplinar.

Atualmente, um dos desafios mais importantes que se colocam aos profissionais de saúde é o desafio da qualidade, porquanto prestar cuidados de saúde com qualidade é dever e um direito

que assiste àqueles que recebem cuidados. Para responder a este desafio é fundamental que o enfermeiro invista na educação/formação e ao longo do seu percurso profissional adote uma atitude crítico-reflexiva. Todavia, não basta a qualidade científica ou técnica, uma vez que somos “gente que cuida de gente”, pelo que se exige uma qualidade humana e humanizadora. A formação permanente e a atualização contínua dos conhecimentos configuram-se num dever dos enfermeiros, bem como a análise regular do trabalho efetuado e o reconhecimento de eventuais falhas que mereçam mudança de atitude (OE, 2015b). Estes deveres foram a linha orientadora do estágio, em que a reflexão da e sobre a prática, foi contínua, numa lógica de construção de competências e de desenvolvimento profissional, tendo por base o autoconhecimento e a assertividade prestando cuidados de enfermagem baseados na evidência científica, contribuindo, assim, para a tomada de decisão ética essencial à melhoria e qualidade dos cuidados prestados à criança e família.

Suportou-se a prática clínica na investigação e no conhecimento. A prática baseada na evidência suporta a tomada de decisão sobre os cuidados a prestar, baseados na investigação e integração dos melhores resultados da investigação, nas preferências dos doentes, nos recursos disponíveis e nas competências clínicas, de acordo com um processo e parâmetros rigorosos previamente definidos (Chicória, 2013). A investigação científica, de acordo com Chicória (2013), passa pela necessidade contínua de integração dos mais recentes conhecimentos na prática profissional. Possui como principais objetivos, promover intervenções efetivas, desenvolver cuidados eficientes e melhores resultados em saúde, com surgimento de ganhos positivos na saúde dos doentes. A prática baseada na evidência possibilita, assim, avaliar e selecionar investigação de qualidade, dando resposta a dúvidas concretas da prática clínica da Enfermagem.

Numa altura em que proliferam vastas publicações científicas em torno de problemáticas comuns, torna-se imperativo desenvolver estratégias que permitam obter as melhores evidências disponíveis que respondam a uma questão da prática de Enfermagem, tendo em consideração a sua validade, relevância e aplicabilidade, pois o setor da saúde é, cada vez mais, de complexidade crescente (Cambotas, 2014).

A prática clínica atualizada, fundamentada nos resultados da investigação científica, está associada à segurança da decisão clínica, à qualidade dos cuidados e à confiança depositada na prática clínica que tornam a Enfermagem uma profissão mais desenvolvida, com um campo de atuação autónoma mais amplificado, distanciando-se da subordinação ao corpo médico. A prática baseada na evidência surge, portanto, como potenciadora da decisão clínica segura, da qualidade dos cuidados e da autonomia em enfermagem (Pina, Veiga-Branco, Cunha, Duarte e Silva, 2020: 129).

Mais do que desenvolver evidência científica, em Enfermagem, devidamente credível, atualizada e com extrema relevância para a prática de cuidados ambiciona-se, concomitantemente, que esta seja alicerçada nos valores de segurança e qualidade de cuidados onde também a reflexão sobre aquilo que se faz, aquilo que se pretende fazer e aquilo que é preconizado realizar seja um *continuum*.

Tendo por base o exposto e a prática clínica, na prestação de cuidados houve como preocupação a assertividade, prestando esses cuidados fundamentados na teoria e baseados na evidência científica. Neste âmbito, é de referir que os enfermeiros orientadores mostraram sempre receptividade para esclarecer todas as dúvidas colocadas, um contributo fulcral para que ocorresse desenvolvimento profissional.

Houve também o cuidado de realizar pesquisas por forma a aumentar o autoconhecimento, para um sentimento maior de segurança ao atuar em determinados contextos e na prestação de cuidados de uma forma geral.

Nos últimos anos, a qualidade dos cuidados de enfermagem em contextos críticos tem registado avanços muito significativos, essencialmente devido ao enorme investimento tecnológico que tem sido feito nesta área. De igual forma, a preocupação dos enfermeiros sobre se a sua prática está em conformidade com a melhor e mais recente evidência científica disponível tem-se revelado como uma constante. A existência de uma clara disparidade entre os resultados de investigação e a prática clínica tem sido frequentemente aludida na literatura, como uma lacuna merecedora de uma análise mais concisa e objetiva. Assim, investigar, etimologicamente, significa *procurar*. A “investigação é uma atividade de natureza cognitiva que consiste num processo sistemático, flexível e objetivo de indagação e que contribuiu para explicar e compreender os fenómenos sociais” (Coutinho, 2021: 7). Por tal, é através da investigação que o Enfermeiro Especialista pode refletir e problematizar os problemas nascidos na prática, que o levará a suscitar e a edificar ideias inovadoras. Assim, considera-se que foram demonstrados conhecimentos especializados e que foram aplicados na prestação de cuidados, tendo sempre rentabilizado as oportunidades de aprendizagem e a tomada de iniciativa na análise de situações clínicas.

Houve disponibilidade para desenvolver iniciativas e estratégicas na área da governação clínica com impacto na melhoria de práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua e garantir um ambiente terapêutico e seguro. A qualidade em saúde deve ser entendida como um instrumento de gestão indispensável para medir e orientar esforços, voltado para alcançar a excelência (OE, 2019). Neste sentido, visando a melhoria dos cuidados de enfermagem, foi efetuada uma sessão de formação para os profissionais do serviço de UP, na temática do sono na criança e jovem. Inicialmente a sessão estava direcionada para os aspetos fisiológicos do sono, questões direcionadas a bons hábitos e sono saudável da criança. Contudo, o interesse dos participantes foi aumentando no decorrer da sessão, havendo necessidade de abordar e aprofundar as perturbações do sono. Com esta manifestação de interesse, foi evidente a sensibilização dos profissionais de saúde para a importância do sono, respeito pela ocorrência do mesmo, promoção de condições propícias ao mesmo em ambiente hospitalar e sobretudo, o enquadramento dos cuidados de enfermagem aquando da ocorrência do mesmo.

A manutenção dos padrões de sono adequados ao estágio de desenvolvimento da criança é crucial para a promoção de um crescimento e desenvolvimento saudáveis, o que implica ter-se em consideração, quer a quantidade, quer a qualidade do sono.

O sono é essencial para uma boa saúde. A má higiene do sono afeta significativamente a qualidade de vida e bem-estar da criança. Um bom sono desempenha um papel fundamental na resistência a doenças, prevenção de lesões, clareza de pensamento e estabilidade do humor (Pina, *et al.*, 2020). Segundo Pina (*et al.*, 2020), 25% de crianças têm problemas de sono durante a infância, sendo a resistência ao acordar/dormir à noite a mais comumente relatada. Portanto, é importante a aquisição de hábitos saudáveis de sono para as crianças. A duração adequada do sono, boa qualidade do sono, regularidade e ausência de interrupções do sono são fatores importantes para um sono saudável em crianças. De acordo com a *Consensus Statement of the American Academy of Sleep Medicine*, referenciado por Paruthi, Brooks, D'Ambrosio, *et al.* (2016), as crianças em idade pré-escolar (3–5 anos) precisam de 10 a 13 horas de sono e as crianças em idade escolar (6–10 anos) necessitam de 9 a 12 horas de sono regularmente para manter a saúde ideal.

Ao longo dos estágios mobilizaram-se conhecimentos teóricos adquiridos, aplicaram-se no estágio e, em determinadas situações, foram uma mais-valia, podendo, assim, contribuir para uma maior especialização e competência nos cuidados. Na prática clínica que se desenvolveu durante o período de estágio, houve como preocupação a assertividade, prestando esses cuidados fundamentados na teoria e baseados na evidência científica.

Em ambos os campos de estágio, houve sempre motivação para a realização de todas as atividades que foram surgindo, uma vez que muitas das atividades eram únicas e não podiam ser desperdiçadas, com interesse pelas várias situações que surgiam no serviço, não restringindo apenas aos utentes distribuídos aos cuidados do enfermeiro orientador.

Após a prestação dos cuidados de enfermagem, houve preocupação de fazer uma reflexão crítica acerca dos mesmos, no sentido de perceber o que poderia ser melhorado.

No que respeita à capacidade de aceitar a crítica e sugestões de forma a mudar determinado comportamento ou posição, não houve problemas relativamente a isso, uma vez que foram sempre aceites as críticas como construtivas.

Ao longo do estágio foram demonstrados conhecimentos e aplicados na prestação dos cuidados especializados, seguros e competentes, suportando sempre a prática na evidência científica. Tentou-se beneficiar e rentabilizar ao máximo as oportunidades de aprendizagem que foram surgindo. Após identificar dúvidas, foram questionados os enfermeiros orientadores, que facilitaram o processo de aprendizagem. Realizou-se também pesquisa sobre os temas nos quais surgiam dúvidas e consideradas pertinentes, o que contribuiu para o desenvolvimento pessoal e profissional.

- E1 - Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde.

O EEESIP, enquanto profissional de saúde e de educação, deve ser dotado de formação científica e técnica adequada e atualizada, aliadas a elevados valores humanos, para que possa estar ao nível das expectativas e confiança da criança/jovem e família. Os enfermeiros são confrontados com situações variadas e a interação com os pais de forma adequada fomenta as relações parentais eficazes dentro da realidade que os envolve, proporcionando uma melhor compreensão dos pais/cuidadores cada vez mais exigentes sobre o crescimento e desenvolvimento dos filhos e que valorizam quando são desenvolvidos esforços no sentido de identificar necessidades dos seus filhos de forma a conduzi-los ao máximo do seu potencial.

Durante o estágio, houve possibilidade em colaborar com a equipa multidisciplinar, agilizar o processo de estabilização das crianças/jovens o mais rapidamente possível para que fossem criadas condições de cuidados de qualidade. Constatou-se, assim, que neste processo, o tempo é fundamental, por esse motivo toda a equipa tem de estar sincronizada para que tudo seja o mais célere possível e possibilite uma continuidade de cuidados.

No serviço de Urgência Pediátrica contactou-se com recém-nascidos com quadros de infeções respiratórias, vômitos e despiste de prováveis infeções urinárias, diagnósticos de doença oncológica em criança de idade pré-escolar e encaminhamento célere para o hospital pediátrico de referência (Hospital Pediátrico de Coimbra - HPC), crianças em idade pré-escolar e escolar com traumatismos, e adolescentes com traumatismos ortopédicos, alguns com necessidade de intervenção cirúrgica, jovens com comportamentos auto lesivos (ideação suicida, intoxicação medicamentosa voluntária e automutilação).

Verificou-se que grande parte das situações clínicas era aguda e recente. Porém, também se pode constatar que muitas das crianças e jovens que recorriam ao serviço de Urgência Pediátrica sofriam de patologias crónicas de base, recorrendo a este serviço por desestabilização do quadro clínico ou por situações agudas que agravavam a sua doença de base. Noutras situações, o utente deslocava-se à urgência, mas nem sempre com necessidade de cuidados urgentes, mas devido a ser o recurso mais acessível, ou seja, aquele que poderia dar resposta às suas necessidades imediatas de cuidados, particularmente para observação por especialistas. Assim, ao recorrerem ao serviço de Urgência poderiam as crianças ser observadas no momento, demonstrando a real importância da *Triagem de Manchester*.

Durante o estágio incitou-se a relação empática e de parceria de cuidados com a criança/jovem e o familiar que a acompanhava, motivando-o a participar em todo o processo de cuidar.

Ao longo do estágio verificou-se que em ambos os serviços, se dá primazia à parceria de cuidados. Para que a criança/jovem atinja todo o seu potencial, um estado ótimo de bem-estar físico e mental tem de haver uma parceria dos cuidados. Para uma eficácia plena dos cuidados

prestados no âmbito pediátrico, estes devem ser centrados num relacionamento onde haja uma partilha de crenças e valores, um respeito pela vida e pela dignidade humana entre criança/jovem, família e enfermeiro. Por conseguinte, seguem o modelo de Parceria de Cuidados, dando-se muita importância ao estabelecimento de uma parceria afetiva entre pais e enfermeiros, com vista à máxima qualidade e humanização nos cuidados prestados à criança/jovem. Este é modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey, é sustentado por valores e crenças que tornam os pais como os melhores prestadores de cuidados à criança/jovem, no respeito e na valorização da sua experiência e contributo, o que também se assumiu como um fio condutor neste percurso.

Segundo Casey, é fundamental centrar os cuidados de enfermagem pediátrica não só na criança, como também na sua família, e defende que os pais são os melhores prestadores de cuidados à criança, sendo respeitado o seu conhecimento e experiência inigualáveis no cuidado aos filhos e valorizado o seu contributo na prestação de cuidados à criança (Casey, 1993, citada por Mano, 2002). Para tal, tem-se consciência que o EEESIP utiliza “...um modelo conceptual centrado na criança e família, encarando sempre este binómio como beneficiário dos seus cuidados” (OE, 2010: 1). Efetivamente cuidar em pediatria exige que o foco de atenção dos enfermeiros seja não só a criança/jovem, doente ou saudável, mas também a sua família. Tendo por base a máxima do cuidado centrado no binómio criança/família, encarou-se a família da criança/jovem como alvo de cuidados, como par e parceira nos cuidados prestados à criança/jovem.

A atividade desenvolvida foi de forma a assistir a criança e a sua família, criando uma relação empática com ambos, só assim se consegue incentivar e proporcionar o envolvimento dos pais na prestação de cuidados, com vista à promoção e desenvolvimento da autonomia dos cuidados parentais. Tal foi possível com a transmissão de conhecimentos e esclarecimento de dúvidas às famílias, realizando ensinamentos oportunos, de forma a facilitar o desenvolvimento de competências das mesmas face a situações específicas quer de saúde quer de doença.

Foram diversas as patologias apresentadas pelas crianças/jovens ao longo do estágio, o que implicou a demonstração de conhecimentos sobre as mesmas e sempre que surgiram dúvidas fez-se pesquisa rápida, implementando uma resposta imediata e apropriada a cada criança/família.

Sendo a temática do sono, um assunto com necessidade de intervenção EEESIP, pois é um assunto muito questionado pelos pais, perante o qual a maioria dos enfermeiros questionados nos serviços de estágio, não sustenta informação para tal, como referido anteriormente. Assume então o EEESIP papel de excelência, pela sua capacitação, para transmitir informação às equipas, no sentido de terem ferramentas no auxílio à criança/jovem e família em ambos os contextos, proporcionando bons cuidados de saúde nesta área, quer sendo o próprio a efetuar ensinamentos diretamente à criança/jovem e família. Houve oportunidade de abordar o assunto com cuidadores em ambos os serviços, que corroborou essa linha de pensamento.

Enquanto agentes de educação para a saúde, o EEESIP desempenha um papel, ao interpretar e compreender as necessidades de saúde da população, educando e transmitindo conhecimentos pertinentes para a saúde da criança/família. São utilizadas estratégias que motivam as crianças/jovens e as famílias para a assunção dos seus papéis em saúde, promovendo o crescimento e o desenvolvimento infantil e transmitindo orientações antecipatórias às famílias, para que haja uma maximização do potencial do desenvolvimento infantojuvenil (Torres, Pereira, Oliveira, Oliveira e Marques, 2021).

Mobilizaram-se conhecimentos, e houve necessidade de aprofundar os mesmos, no sentido de dar resposta às questões colocadas, orientar medidas e comportamentos que visavam a melhoria da qualidade de sono quer da criança, quer dos cuidadores, fazendo com que estes constassem na avaliação inicial e no plano de cuidados. Houve necessidade de sensibilizar as equipas de enfermagem de ambos os serviços de estágio para a importância na recolha da informação relativa ao sono.

Ainda durante o estágio no serviço de Pediatria, houve a oportunidade de identificar algumas situações de risco para a criança, nomeadamente de abuso. No caso concreto, a criança já estaria referenciada antes pela Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ) e pela Guarda Nacional Republicana (GNR). A intervenção, enquanto enfermeira em desenvolvimento de competências específicas de EEESIP, passou principalmente pela observação do comportamento da criança, em particular a interação com os pais, visto que esta estava acompanhada pela mãe.

Quanto ao Sistema de Classificação de Doentes baseado em Níveis de Dependência de Cuidados de Enfermagem (SCD/E), este não era completamente desconhecido, uma vez que já tinha utilizado o mesmo como profissional. Quando realizado o turno da manhã procedeu-se à classificação das crianças que foram distribuídas ao enfermeiro orientador. Constatou-se que este sistema gera informação objetiva que possibilita ter-se conhecimento do estado atual das necessidades dos doentes em cuidados de enfermagem e, conseqüentemente, permite delimitar os objetivos para se alcançar a melhoria da prestação dos cuidados e a otimização dos recursos humanos. Por conseguinte, configura-se como um instrumento de medida dos cuidados de enfermagem que permite que os enfermeiros sejam distribuídos nas unidades de forma racional e equilibrada de acordo com as necessidades dos doentes. Assim, esta foi uma atividade muito útil e que permitiu assimilar novos conhecimentos acerca do planeamento das ações de enfermagem. Contudo, são verificadas não conformidades existentes entre a classificação dos doentes e o planeamento realizado em todos os turnos.

Para desenvolver a competência: assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde, como futura enfermeira especialista, houve necessidade de realizar uma reflexão introspetiva, percebendo o contexto de cada família, a sua dinâmica, as suas questões socioeconómicas, que limitam ou condicionam a mudança ou a necessidade de determinados

comportamentos. Tal, levou a uma mudança de mentalidade e postura profissional, assim como, solicitação de envolvimento da equipa multidisciplinar.

- E2 - Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade

Ao longo do estágio, em ambos os serviços, objetivou-se o desenvolvimento de competências comunicacionais com a criança/jovem e família em situação de doença aguda ou crónica, tendo sempre como finalidade o seu bem-estar, recorrendo à mobilização de técnicas distrativas no controlo da dor, ao brincar livre e ao brincar terapêutico, tendo sempre em consideração a situação clínica e a singularidade da criança.

Procedeu-se ao reconhecimento de situações de instabilidade e risco de morte e atuou-se através de uma rápida identificação das mesmas, proporcionando uma resposta adequada a cada situação, particularmente a uma situação específica de suspeita de abuso sexual de uma menor em idade escolar, com o conhecimento e permissão do cuidador significativo. Assim, tentou-se ter a postura mais isenta de juízo e valores pessoais para a prestação de cuidados de qualidade e ajustada às necessidades da criança.

No serviço de Pediatria colaborou-se no acolhimento do doente pediátrico e acompanhante, com a colocação de pulseira de segurança, identificação na unidade do doente, entrega de folheto informativo aos pais sobre organização do serviço, cartões de identificação de acompanhante o que permite acesso às refeições. Foi dado a conhecer a estrutura física, normas e rotinas do serviço e procedeu-se ao esclarecimento de dúvidas, estabelecendo, desde o início, uma relação de empatia, uma vez que o momento da admissão da criança no serviço é muito importante, quer para a ela quer para o cuidador significativo, podendo mesmo influenciar todo o decurso do internamento, cabendo, assim, ao enfermeiro demonstrar uma postura de empatia e de disponibilidade. A hospitalização da criança pode ser stressante para as crianças e seus familiares, nomeadamente para os pais e/ou cuidador principal. As crianças vivenciam stresse e ansiedade devido ao ambiente desconhecido e às intervenções a que estão sujeitas. O seu estado emocional poderá causar muitas reações, pois a situação de doença, a separação da família, o ambiente desconhecido, a perda de contacto com os colegas, são fatores que poderão levar, inclusive, a uma regressão no autocontrolo, comportamentos de agressão, negação, protesto, estando propensas a experienciar medos face às intervenções (Salmela, Aronen e Salanterä, 2011).

Constatou-se que a condição de saúde da criança que leva à hospitalização e a experiência de ter um filho internado, configura-se como um evento penoso e complexo. Neste sentido, procurou-se envolver os pais/cuidador principal da criança, recorrendo as estratégias de enfermagem para direccionar esta díade a vivenciar positivamente a hospitalização, ou seja, dando aos pais e às crianças a oportunidade de obterem informações, melhorar o autocontrolo e facilitar a socialização. O impacto positivo das intervenções de enfermagem fazem aumentar o

desenvolvimento real da criança e as suas habilidades de enfrentamento, resultando no aumento da sua autoestima. As crianças e os pais/cuidador principal ficam mais confiantes nos profissionais de saúde, no caso concreto em relação aos enfermeiros, reduzindo a sua ansiedade durante a hospitalização.

Verificou-se que muitos pais revelam muita ansiedade e stresse, o que afeta diretamente a criança, a sua receptividade aos cuidados de saúde e, por conseguinte, a sua recuperação. Neste sentido, procurou-se incentivar os pais para uma parceria dos cuidados. Este papel ativo e cooperativo dos pais, é necessário, incluindo na tomada de decisões, participando no cuidado à criança, modificando o ambiente com a promoção de atividades lúdicas, por exemplo, dar brinquedos às crianças, ler uma história, para criar condições, dentro do possível, idênticas às que as crianças têm em casa.

A parceria de cuidados em relação ao cuidado à criança hospitalizada assume-se de grande importância, para lhes facilitar um ambiente mais calmo e para que estas desenvolvam habilidades que estejam alinhadas com o seu estadió de desenvolvimento, o que favorece a minimização dos danos resultantes da situação da hospitalização e a sua recuperação.

A experiência na área acabou por ser facilitadora na prestação de cuidados, estes agora realizados com mais rigor e espírito crítico e baseados em evidência científica. Mais uma vez, a parceria de cuidados foi a pedra basilar da *praxis*. Sendo o serviço de Urgência Pediátrica uma área específica e técnica, não se pode esquecer que quando ocorre o internamento de uma criança/jovem, toda uma estrutura familiar é abalada. Por esse motivo, todos os cuidados têm de ser prestados não só à criança/jovem, mas também aos familiares diretos, designadamente aos pais.

Durante o estágio manteve-se uma relação profissional e de entre ajuda com os restantes profissionais de saúde do serviço, relação esta já habitual na prática diária.

Independentemente da especificidade das situações, cuidar de uma criança/jovem é sempre uma situação complexa e exigente. É fundamental desenvolver estratégias para que os familiares consigam manter a estabilidade emocional e o envolvimento necessário para o bem-estar da criança/jovem. Manteve-se uma comunicação eficaz baseada na assertividade, na empatia e na escuta ativa. É fundamental que a família se sinta apoiada e integrada nos cuidados à criança/jovem para que os mesmos sejam eficazes e a estadia no hospital o menos angustiante possível. Desenvolver técnicas que aproximem a díade criança/jovem/família ajuda neste processo.

Outra atividade desenvolvida, em ambos os serviços, foi a observação, de forma geral, da criança, fazendo a sua avaliação inicial, tendo em conta: a Escala de Glasgow, os sinais vitais, a integridade cutânea e o seu estado geral.

Houve oportunidade de realizar a colheita de dados com a família e para completar a mesma consultou-se o processo clínico de forma a conhecer o melhor possível a sua história

pregressa, incluindo os seus hábitos de sono. Foi necessário também, aquando da admissão, avaliar o tipo de dieta mais indicada e fazer o pedido da mesma, instituir tabela terapêutica prescrita e preparar a medicação.

Ao longo do estágio, identificaram-se as necessidades afetadas e planearam-se as intervenções, estabelecendo prioridades de intervenção no atendimento do doente pediátrico em situação de instabilidade. De igual modo, colaborou-se com a equipa na prestação de cuidados globais ao utente pediátrico, numa ótica de cuidados de enfermagem com método e rigor, o que implicou o registo das atividades no processo do utente pediátrico.

Outra atividade consistiu na realização da gestão diferenciada da dor, aplicando medidas farmacológicas e não farmacológicas para o alívio da mesma. Tendo em conta que a dor é uma realidade complexa e multidimensional, que afeta de forma global a qualidade de vida de qualquer pessoa, o seu controlo é um direito das pessoas e um dever dos profissionais de saúde. Assim, efetuou-se a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas. Neste âmbito, recorreu-se a várias escalas, como por exemplo, FLACC (*Face, Legs, Activity, Cry, Consolability*), FPS-R (*Faces Pain Scale – Revised*), Escala de faces de Wong-Baker., EVA (Escala Visual Analógica) e EN (Escala Numérica).

Durante o estágio foi possível utilizar diversas medidas de controlo da dor, nomeadamente na punção venosa, com a utilização de EMLA® (creme anestésico local) em várias crianças para se proceder à punção venosa quer para colheitas de sangue para análise, quer para a administração de terapêutica, proporcionando o alívio da dor na realização de procedimentos dolorosos. O recurso a medidas não farmacológicas para alívio da dor foi uma mais-valia, pois a sinergia entre estas e as medidas farmacológicas tornam o controlo da dor mais eficaz.

O controlo da dor consiste num “direito das pessoas e um dever dos profissionais de saúde (...) O sucesso da estratégia terapêutica depende da monitorização regular da dor em todas as suas vertentes” (OE, 2008: 9). Tendo em conta a sua natureza subjetiva, a dor deve ser avaliada pela interferência que a sua intensidade acarreta ao utente e tem de ser monitorizada com recurso a escalas de avaliação (DGS, 2003, 2010). Segundo a DGS (2003, 2010), a sua completa avaliação inclui também a sua evolução, localização e irradiação, tipo de dor, formas habituais de a comunicar e exteriorizar, fatores de alívio e agravamento, de a contornar, conhecimento sobre o tratamento e o uso de analgésicos, bem como o seu efeito e as repercussões em termos emocional, espiritual e sintomas associados. Grande parte das situações de cuidados de saúde têm dor associada, sendo da competência dos profissionais de saúde desenvolver uma abordagem eficaz (DGS, 2003). Neste sentido, deve-se avaliar a dor, identificar e planear intervenções ajustadas ao seu controlo, intervindo ao nível da sua gestão (OE, 2008).

Sendo a dor um sintoma e um sinal comum e angustiante para a criança/jovem, se esta não for controlada, poderá colocá-la em risco de vivenciar consequências fisiológicas e

psicológicas adversas. Assim, procurou-se controlar a dor, assumindo como prioritário, dado que esta influencia a estabilidade clínica da criança/jovem. Não obstante, a dor, como preconizado pela DGS (2003), é o 5.º sinal vital, o que implica monitorização e vigilância sistemáticas, espelhando uma norma de boa prática quando a sua presença e a sua intensidade são sistematicamente consideradas, diagnosticadas, avaliadas e registadas (DGS, 2003; OE, 2008). Por conseguinte, avaliou-se e registou-se sempre a dor, bem como as mudanças comportamentais, agitação ou alteração dos sinais vitais. Houve consideração com a subjetividade intrínseca à dor, mesmo realizada sob a forma de heteroavaliação, não permite subestimá-la ou subvalorizá-la.

No decorrer do estágio desenvolveu-se com êxito a unidade de competência “Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas” (OE, 2018: 19193).

Sendo transversal nos serviços visados, colaborou-se e realizaram-se cuidados globais ao doente pediátrico, no que diz respeito à higiene e ao seu conseqüente conforto físico e psicológico, tendo sempre a preocupação de lhe proporcionar um ambiente terapêutico, calmo e tranquilo, não esquecendo o respeito pela sua privacidade. A prestação de cuidados de higiene, para além de criar um sentimento de bem-estar, é muito benéfica durante a doença, sendo também o melhor momento para realizar uma avaliação física da criança e, simultaneamente, para promover a relação terapêutica. A realização da higiene diária da criança foi prestada na maior parte das vezes pela mãe em parceria de cuidados.

Durante os cuidados de higiene deve ter-se sempre em atenção a integridade cutânea, a situação cardiorrespiratória, a temperatura corporal, a coloração da pele, a perfusão tecidual, o estado do sistema músculo-esquelético, os sistemas gastrointestinal e genito-urinário e a evolução de soluções de continuidade existentes, características da respiração, entre outros. No final dos cuidados de higiene, eram trocados os adesivos dos cateteres venosos periféricos e elétrodos para monitorização cardíaca e dispositivos de aporte suplementar de oxigénio. A prestação de cuidados de higiene e conforto foi uma atividade desenvolvida por diversas vezes durante o estágio, o que permitiu uma maior perspicácia na avaliação física da criança. Para além dos cuidados de higiene, foram também prestados cuidados de conforto à criança restrita ao leito, que englobam a promoção de um ambiente calmo e tranquilo, posicionamentos em alternância de decúbitos.

No que se refere à alimentação, no serviço de Pediatria, devido ao facto de as crianças se apresentarem acompanhadas, cabe ao enfermeiro avaliar a ingestão e a tolerância da mesma. Caso a criança se encontrasse internada sem acompanhante, era necessário o apoio para além da supervisão. Houve oportunidade de contactar com uma criança com gastrostomia e prestar cuidados de hidratação, alimentação e manutenção da mesma.

No que diz respeito à eliminação, procurou-se vigiar as suas características caso fosse necessário, efetuando o seu respetivo registo.

Ao longo de todo o estágio tentou-se sempre capacitar a criança, adolescente e família para adoção de estratégias de *coping* e de adaptação à doença. A hospitalização é um fator

marcante para a criança e família e, portanto, cabe ao enfermeiro auxiliar na gestão da mesma no seio familiar e sobretudo da criança, com o objetivo de minimizar o efeito traumático que este episódio possa repercutir na criança e família. O EEESIP tem um papel imprescindível junto das famílias, no sentido de as ajudar a adaptarem-se às mudanças, facilitando a comunicação, aumentar a tomada de decisão e promover o *coping*. Um *coping* eficaz diminuiu os efeitos negativos do stresse da doença. É necessário levar a família a perceber que há alguém que se interessa por eles, que os respeita, elogia, não os deixando esquecer que fazem parte de um grupo, que se deve apoiar e valorizar o entendimento entre todos. Interessa ainda levar a família a analisar as suas conquistas e proporcionar-lhe apoio no sentido desta não só receber, mas também, ter um papel ativo, participando e tomando decisões.

A criança é encarada como um ser cuja satisfação das necessidades está dependente de outras pessoas, maioritariamente, dos pais e/ou de outros membros da família, que é uma unidade de membros que possuem a responsabilidade principal pela prestação de cuidados à criança, exercendo uma grande influência no crescimento e desenvolvimento da criança (Casey, 1993). Aquando da sua hospitalização, o enfermeiro assume uma variedade de responsabilidades e de ações para potenciar e restabelecer o bem-estar da criança, promovendo-lhe cuidados especializados, sempre que o estado de saúde da criança assim o requeira (Casey, 1993). De acordo com Casey (1993), o enfermeiro deve facultar apoio, ensino e encaminhamento aos pais para que estes possam satisfazer as necessidades da criança. Farrell (1992) e Casey (1993) defendem que as estratégias de apoio devem suportar-se intrinsecamente no envolvimento dos pais nos cuidados a prestar à criança, o que decorre através da relação de ajuda entre a tríade: criança, pais e enfermeiro. Por meio dos ensinamentos, os enfermeiros orientam os pais nos cuidados a prestar à criança hospitalizada, o que permite a partilha de conhecimentos e o ensino de técnicas adequadas que possibilitem satisfazer de forma adequada as necessidades da criança.

O cuidado centrado na família como forma de cuidar de crianças hospitalizadas tornou-se onnipresente no universo da pediatria. Esta parceria garante que o cuidado seja planeado em torno dos pais, não apenas na criança, sendo esta díade reconhecida como destinatária de cuidados. Os cuidados centrados na criança e nos pais devem pautar-se pelo reconhecimento de que a família é a unidade constante na vida de uma criança. Como tal, deve facilitar-se a colaboração entre pais/ profissionais de saúde em todos os níveis dos cuidados, reconhecer os pontos fortes e a individualidade da família e respeitar os diferentes métodos que esta tem para enfrentar a situação de hospitalização da criança, partilhar informações completas aos pais sobre os cuidados à criança, de uma forma contínua e de uma maneira adequada, tendo em conta o nível de literacia dos pais. Deve encorajar-se e facilitar o apoio dos pais nos cuidados prestados à criança, o que ajuda a minimizar o impacto da hospitalização. Implementar programas adequados que sejam abrangentes e que promovam apoio emocional aos pais, de acordo com as suas necessidades (Shields, 2011).

Mano (2002) e Casey (1993) defendem dois fatores principais que podem ajudar uma abordagem de parceria: o primeiro refere-se aos cuidados centrados na criança/família, ou seja, diz respeito ao empoderamento da criança/jovem e da sua família, o que é conseguido por meio da partilha de informação e de conhecimentos, empoderando-os para a tomada de decisão e para a prestação de cuidados. O segundo fator que facilita a abordagem de parceria de cuidados refere-se aos cuidados negociados, nomeadamente a relação terapêutica assente numa relação de confiança e de respeito mútuos entre os enfermeiros e os pais, cujo processo de negociação leva a um plano de cuidados acordado mutuamente, bem como a um nível de participação na prestação de cuidados, de acordo com a capacidade e a vontade de cada um.

Em suma, a parceria de cuidados configura-se, deste modo, como um fator de evidência nos cuidados pediátricos, devendo estar sempre presente no pensar e na atuação do enfermeiro que presta cuidados à criança hospitalizada e sua família, particularmente no modo de agir do EEESIP.

- E3 - Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.

O papel parental é de grande importância na minimização dos danos resultantes da hospitalização da criança, o que requer uma parceria de cuidados, o que dá fundamento à importância dos cuidados centrados na família, pois a hospitalização da criança configura-se como uma situação de crise para toda a família, e se houver um reconhecimento por parte dos enfermeiros da necessidade de haver uma parceria de cuidados com os pais nas unidades pediátricas hospitalares, a experiência da hospitalização não é tão penosa quer para a criança, quer para os pais.

Esta parceria de cuidados implica a transmissão de informações, esclarecimentos sobre o estado de saúde da criança, tratamento/procedimentos, propiciando a disponibilização dos pais para estarem presentes nos tratamentos ou para que estes estejam capacitados para ajudar a responder às necessidades da criança que se encontra a vivenciar uma experiência que pode ser traumática. Assim, é uma das intervenções dos enfermeiros proporcionar aos pais maior tranquilidade, capacitando-os para a gestão das suas emoções e da criança. É que quando os pais são tidos como parceiros no cuidar à criança hospitalizada, esta também fica mais capacitada para reduzir o stresse e a ansiedade experienciados ao longo da hospitalização.

Também no que se refere ao aspeto do sono no ciclo de vida da criança/jovem, a evidência científica salienta a importância e a responsabilidade dos profissionais de saúde no seu acompanhamento. É fundamental que estes profissionais conheçam as necessidades fisiológicas do sono na criança, para que seja possível transmitir aos pais os cuidados relacionados com a

promoção da qualidade do sono, e os impactos negativos que podem ocorrer no caso de não serem cumpridos.

Sensibilizar e informar os pais nessa área promove ganhos em saúde, a médio e longo prazo, quer para a criança, quer para os pais. Assim, é necessário haver um acompanhamento e avaliação em momentos oportunos por parte dos profissionais de saúde, relativamente aos padrões de sono das crianças e às estratégias de promoção de hábitos de sono saudáveis, de modo a prevenir o desenvolvimento de futuras complicações a nível físico, motor ou psicológico (Torres, Pereira, Oliveira, Oliveira e Marques, 2021).

Enquanto futura EEESIP, ampliou-se a importância do trabalho em parceria com os pais e a capacidade de os envolver nos cuidados. Sendo uma competência essencial para alcançar melhor os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Para se alcançarem este padrão, deve-se ter em atenção a promoção da participação dos pais nos cuidados habituais, a promoção de competências parentais para prestar cuidados mais diferenciados e redução no nível de stress parental e da criança. Os enfermeiros devem avaliar as capacidades ou limitações dos pais, por isso é da sua responsabilidade motivar e ensinar os pais, assim como supervisionar os cuidados prestados por eles, respeitar a sua vontade em participar, incentivar, ensinar e instruir.

A participação dos pais não significa diminuição de trabalho para os enfermeiros, mas sim uma mais-valia para a criança hospitalizada. A vigilância de saúde da criança e do seu desenvolvimento é um empreendimento ambicioso que implica grande exigência de recursos, conhecimento e capacidade ajustada por parte dos enfermeiros para comunicarem com os pais, porque o desenvolvimento da comunicação entre o enfermeiro e os pais é crucial para o sucesso de qualquer programa de vigilância de saúde.

Compete ao EEESIP observar o comportamento da criança ao longo do seu ciclo de vida, nas diversas oportunidades de contacto, identificando sinais de privação de sono, défice de atenção, cansaço, agitação, incapacidade para se concentrar em tarefas simples ou até mesmo demonstrações de agressividade. O EEESIP deve conhecer as necessidades de sono das crianças nas diferentes faixas etárias, para que a transmissão dos cuidados aos pais ou cuidadores, seja realizada de forma eficaz, e que compreendam a importância e as consequências que a privação do sono pode trazer a longo e a curto prazo na vida e saúde das crianças, bem como de toda a família (Torres, *et al.*, 2021).

No decorrer do estágio surgiu a possibilidade de contactar com famílias de culturas e etnias diferentes, o que exigiu capacidade de ajuste na transmissão de informação e na forma de comunicar, garantindo a qualidade dos cuidados e o envolvimento da família na prestação dos mesmos.

Em ambos os serviços deste estágio, os sinais vitais são avaliados pelo enfermeiro à criança/jovem, de acordo com a prescrição médica e/ou sempre que o mesmo identifique necessidade de tal. Aquando da admissão, todas as crianças/jovens são avaliadas nos vários

parâmetros vitais, quer no serviço de Pediatria, serviço de UICD e no balcão de Urgência Pediátrica durante a *triagem*. Sempre que algum dos sinais vitais se encontrava alterado, a sua avaliação era mais frequente, podendo ser realizada várias vezes por turno. É preciso estar desperto para o estado da criança/jovem, tendo a competência de identificar quando os sinais vitais da criança devem ser avaliados.

Quando os doentes se encontravam com monitorização contínua, vigiou-se e registou-se na folha de registo de enfermagem e processo do doente, os valores entre os quais esses parâmetros variaram. Sempre que algum dos parâmetros avaliados se encontravam fora dos valores considerados normais para a criança, procurou-se atuar de acordo com a situação.

A preparação, administração de terapêutica e soroterapia é uma função interdependente da responsabilidade do enfermeiro, que passa pelo respeito de regras inerentes ao procedimento. Durante o estágio preparou-se e administrou-se terapêutica diariamente por via oral, endovenosa, tópica e oftálmica.

Foram várias as experiências ao longo do estágio no que diz respeito à prestação de cuidados ao doente pediátrico no âmbito de várias especialidades, como cirurgia, pneumologia, hematologia e outras patologias pediátricas. No que diz respeito à execução de tratamentos, houve oportunidade de executar tratamento à ferida cirúrgica, garantindo técnica asséptica. Este objetivo foi alcançado através do desenvolvimento de uma relação de ajuda eficaz, com a adoção de estratégias adequadas de comunicação com a família, tendo em conta o doente pediátrico e também através da prestação de cuidados personalizados.

Durante o decorrer do estágio, nos diferentes setores de atuação, houve a oportunidade de colocar em prática atividades que objetivavam a promoção do desenvolvimento da criança/jovem, adequando as habilidades de comunicação ao seu estadió de desenvolvimento, recorrendo a técnicas verbais e não-verbais, respeitando o seu estado clínico. Considera-se ter acolhido pessoalmente a criança/jovem e família, sempre com base numa relação de empatia e de confiança.

Como já referido anteriormente, a oportunidade de contactar e prestar cuidados a adolescentes e respetiva família, surgiu quer no contexto de urgência como internamento, o que permitiu mobilizar conhecimentos e estratégias de comunicação de forma a efetuar ensinamentos oportunos e assertivos nesta faixa etária onde os bloqueios à comunicação, são firmemente presentes, para uma tomada de decisão responsável e adoção de comportamentos saudáveis.

É fundamental salientar que os problemas de sono são com frequência subvalorizados e subdiagnosticados. O conhecimento dos pais acerca dos normais padrões de sono ao longo da infância, eventuais problemas e duração adequada do sono é claramente insuficiente. Este facto, aliado ao desconhecimento populacional dos efeitos negativos que estes exercem, leva a que estes sejam pouco reportados pelos pais nas consultas de saúde infantil e juvenil (Rangel, Baptista, Pitta, Anjo e Leite, 2015), demonstrando mais uma vez, a necessidade de intervenção do EEESIP

na abordagem à temática perante os cuidadores, a partir das suas competências em assistir a criança/jovem e sua família na maximização de sua saúde e prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (OE, 2018: 19192-19194).

Durante o período de internamento ou episódio de urgência o enfermeiro tem oportunidade, na recolha de dados no momento da admissão, para conhecer os hábitos de sono da criança/jovem, de forma a fazê-los constar no plano de cuidados, podendo assim respeitar os mesmos, ou caso seja necessário, intervir no sentido de promover hábitos de sono salutaros.

Tendo em conta o exposto, o balanço efetuado é positivo, já que a passagem pelo serviço de Urgência Pediátrica e Pediatria, permitiu o desenvolvimento de competências específicas EEESIP. O espírito crítico ficou mais apurado, o que permitiu uma prática mais sólida, refletida e um questionar constante sobre as atitudes e cuidados prestados.

CAPÍTULO II – SONO EM PEDIATRIA

1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1 – FISIOLOGIA DO SONO

1.2 – COMPORTAMENTOS DO SONO E REPERCUSSÕES

1.3 – PERTURBAÇÕES DO SONO EM IDADE PRÉ-ESCOLAR E ESCOLAR

2 – ESTUDO DO SONO DE CRIANÇAS DO CONCELHO DA GUARDA

2.1 – METODOLOGIA

2.2 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

2.3 – DISCUSSÃO DE RESULTADOS

1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O sono é habitualmente definido como um estado comportamental caracterizado por posturas particulares, atividade motora reduzida e diminuição da perceção e resposta aos estímulos do meio ambiente. É um estado facilmente reversível, que alterna de forma cíclica com a vigília (Silva, 2014).

É reconhecido que uma adequada higiene de sono na criança é fundamental para o seu bem-estar e desenvolvimento, influenciando também toda a vida familiar, escolar e social.

Neste capítulo, abordam-se os conteúdos considerados essenciais para a realização do estudo, nomeadamente, a fisiologia do sono, comportamentos do sono e repercussões e ainda perturbações do sono em idade pré-escolar e escolar.

1.1 – FISILOGIA DO SONO

O sono é um processo fisiológico, ativo e dinâmico. Representa uma atividade diária crucial para o crescimento e desenvolvimento da criança. Os hábitos de sono são influenciados por fatores biológicos, psicológicos, relacionados ao estágio de desenvolvimento, ambientais, familiares e socioculturais (Lopes, Almeida, Jacob, Figueiredo, Vieira e Carvalho, 2016).

Do ponto de vista fisiológico, corresponde a padrões de eletroencefalograma (EEG) que tendem a ser mais sincronizados durante o sono, que na vigília, associados a diminuição do tônus muscular, da frequência cardíaca e respiratória (Silva, 2014).

Apesar do reconhecimento de que o sono é mais do que um simples processo passivo, regido por mudanças cíclicas, ainda se observa alguma especulação acerca do tema. Sumariamente, são reconhecidos dois grandes tipos de sono que alternam durante a noite, o sono REM (*Rapid Eye Movements*) e o sono NREM (*No Rapid Eye Movements*). O sono REM, ou estágio R do sono, caracterizado por movimentos rápidos dos olhos, atividade elétrica cortical dessincronizada, a que corresponde um registo de EEG com ondas de baixa amplitude e alta frequência; hipotonia muscular e atividade onírica. Esta fase é caracterizada por altos níveis de neurónios em atividade, sendo a fase do sono mais comumente associada a sonhos vívidos. O sono NREM é aquele em que a atividade elétrica registada no EEG se torna progressivamente mais sincronizada, com ondas de frequência mais lenta e de maior amplitude (Heraghty, Hiliard, Henderson e Fleming, 2008; Silva, 2014)

A partir dos seis meses de idade, o sono NREM da criança pode ser subdividido nos mesmos estádios que no adulto. Durante a noite, os estádios de sono REM e NREM alternam entre si, constituindo ciclos com duração de 45 a 60 minutos nos lactentes, que se prolongam até períodos entre 90 e 100 minutos na idade escolar e no adulto. Estes ciclos de sono sucedem-se

entre quatro a seis vezes por noite, podendo haver períodos de despertar nas transições. A proporção de sono REM/NREM diminui com a idade e pode ser influenciada por fatores extrínsecos como a privação de sono, a interrupção dos seus horários, o exercício físico e a utilização de fármacos (Silva, 2014).

O processo de desenvolvimento das crianças, que termina no final da adolescência, envolve diminuição do tempo total de sono diário, diminuição do número de sestas, consolidação do sono noturno com diminuição do número de despertares, aumento da duração dos ciclos do sono, redução da latência do sono REM, bem como redução da proporção de sono REM/NREM até 25-30% do tempo de sono (Silva, 2014).

A regulação da transição entre o sono NREM e REM não está ainda bem esclarecida, mas existem propostas de modelos que se referem à existência de neurónios "REM-on" e "REM-off". É controversa a importância relativa a outras vias aferentes e de outro tipo de estímulos como a temperatura, a alimentação e outros eventos que ocorrem durante o dia, em associação com os ciclos de luz. A secreção da melatonina, secretada pela glândula pineal, é regulada com padrão circadiano, sendo estimulada pela escuridão da noite, com pico pelas 3-4 horas da madrugada, e inibida pela luz do dia. Quando administrada de forma exógena, tem a propriedade de favorecer atrasos ou avanços de fase no ciclo de sono-vigília, dependendo da relação com o pico de secreção endógena (Silva, 2014).

Idealmente, o relógio biológico deve estar sincronizado com o período de exposição à luz do dia e as horas exteriores, denominando-se estar "em fase". Contudo, situações como os horários de sono muito irregulares podem deixar o relógio endógeno desfasado da hora exterior.

Se estiver regulado para uma ocorrência do sono mais tardia em relação ao horário vigente, considera-se que existe um "atraso de fase". Contrariamente, as situações em que está regulado para mais cedo designam-se como "avanço de fase" (Silva, 2014).

A qualidade do sono na idade pediátrica reflete-se na qualidade de vida da criança e da família, bem como no aproveitamento escolar, por conseguinte a atitude do prestador de cuidados face à hora de dormir reflete-se nos comportamentos da criança.

1.2 – COMPORTAMENTOS DO SONO E REPERCUSSÕES

Os hábitos de sono das crianças constroem-se pela sequência diária de horários do sono, regras, rotinas, interações com os cuidadores e pelo tipo de ambiente na hora de adormecer, que podem ser mais ou menos previsíveis e consistentes. Nesta construção cruzam-se, entre outros fatores, o perfil neurobiopsicológico da criança, o seu estágio de maturação, as experiências prévias e, por parte dos pais, conhecimentos e crenças acerca do sono, estilo educativo e estilo de vida (Silva, 2014).

As rotinas da hora de dormir consistem num conjunto consistente e repetitivo de atividades realizadas antes de dormir todas as noites, que proporcionam relaxamento à criança, para além de transmitirem à mesma uma sensação de segurança (Pacheco, 2021).

As crianças que seguem rotinas na hora de dormir, adormecem mais cedo, demorando menos para adormecer, dormem mais tempo e acordam menos vezes durante a noite. Além disso, a existência de rotinas promove o vínculo entre pais e filhos. A longo prazo, estas rotinas traduzem-se em benefícios, tais como melhor desenvoltura para a escola, melhor desempenho académico e melhores habilidades sociais. As crianças que não seguem uma rotina de hora de dormir na infância têm maior probabilidade de ter problemas de sono e estar acima do peso corporal durante a adolescência. Os problemas relacionados com a higiene do sono representam uma das causas de insónia na adolescência (Pacheco, 2021; Santos e Nunes, 2018).

As atividades típicas na hora de dormir que demonstraram ter efeitos benéficos no sono incluem tomar um lanche nutritivo (ou amamentação), troca de fralda (se ainda usar fralda), urinar, escovar os dentes, ler um livro, cantar uma canção, contar uma história de conteúdo delicado, massagem, carinho, falar sobre o dia. O lanche noturno deve ser leve e saudável, de fácil digestão, evitando-se açúcar e cafeína. Em caso de amamentação, deve ser retirada a mama antes do bebé adormecer. As histórias não devem ser assustadoras nem estimulantes, podendo ser escolhida pela criança, de modo a evitar a protelação. Para tornar a rotina ainda mais eficaz, poderá ainda ser diminuída a luminosidade e desligar os ecrãs (por exemplo, telemóveis). A rotina da hora de dormir deve culminar em um beijo de boa noite e o apagar das luzes, sendo que o progenitor deve sair do quarto antes de a criança adormecer, para que adormeça sozinha e não fique ansiosa se acordar durante a noite e estiver sozinha. Esta rotina deve demorar cerca de meia hora (Pacheco, 2021).

Ver televisão no quarto é considerado inadequado, bem como jogos de computador, ou outros meios audiovisuais, pois vai provocar uma hiperestimulação no cérebro das crianças e jovens e, conseqüentemente, a alteração do sono.

O uso excessivo de dispositivos eletrónicos é cada vez mais comum em crianças e adolescentes. Estes dispositivos estimulam o cérebro, o que pode dificultar o sono (Heraghty, Hiliard, Henderson e Fleming, 2008; Rangel, *et al.*, 2015; Torres, *et al.*, 2021).

Deve-se proporcionar à criança um ambiente do quarto adequado, devendo este estar escuro, limpo, arejado e com temperatura amena, entre 18 e os 21°C. Deve ter uma cama apropriada à idade da criança e com pouca roupa. É importante manter o quarto escuro, fresco e silencioso. Todavia, se a criança tiver medo do escuro, pode ser usada uma luz noturna fraca. Mesmo depois da hora de dormir, os níveis de ruído no resto da casa podem manter as crianças acordadas, pelo que devem ser privilegiadas atividades mais silenciosas depois de acomodá-las (Pacheco, 2021; Torres, *et al.*, 2021).

É importante referir que cada criança é diferente, sendo necessário fazer tentativas do que é melhor para ela e para a família. Para crianças pequenas, praticar exercício físico durante o dia, exposição à luz solar e passar tempo ao ar livre durante o dia também pode ajudá-las a dormir melhor à noite (Pacheco, 2021), é importante perceber que o dia antecede a noite, e, portanto, os comportamentos desenvolvidos ao longo do dia refletem-se positiva ou negativamente no final do dia, na hora de ir para e durante o sono.

É essencial não introduzir mais de uma mudança por vez na rotina da hora de dormir. Caso estejam a ocorrer novas mudanças (como mudar de casa, por exemplo), as mudanças na rotina de dormir poderão ser adiadas. Não deve ser começada uma rotina quando a criança já estiver com sono, uma vez que a criança cansada pode apresentar-se hiperativa ou mal-humorada e terá ainda mais dificuldade para adormecer. Nos dias sem atividades escolares, as crianças poderão dormir mais do que nos dias de horário normal, mas não mais do que uma hora (Pacheco, 2021).

A rotina noturna para crianças deve consistir nas mesmas etapas todas as noites, ou tantas noites quanto possível. Para obter todos os benefícios, é importante que ambos os pais participem da rotina da hora de dormir, sempre que possível. Caso uma parte da rotina da hora de dormir não esteja a resultar, mostra-se importante ouvir as preocupações da criança e adaptar a rotina, se necessário (Pacheco, 2021).

As crianças mais pequenas poderão sofrer ansiedade da separação, pelo que poderá ser pertinente colocar um boneco ou um cobertor confortável, para aumentar a segurança aquando da saída do progenitor do quarto. Os objetos de transição, como a chupeta, a fralda, o peluche, facilitam o adormecimento, uma vez que providenciam uma sensação de conforto e segurança à criança, podendo ser usados com o objetivo de promover o adormecimento independente (Pacheco, 2021; Rangel, *et al.*, 2015).

As crianças em idade escolar estão prontas para assumir mais responsabilidades, pelo que devem ser incentivados a participar ativamente na rotina na hora de dormir, em atividades como escovar os dentes, por exemplo. Podem também ser ensinadas técnicas de relaxamento, bem como fornecer reforço positivo quando a criança atingir objetivos de não acordar durante a noite (Pacheco, 2021; Torres, *et al.*, 2021).

No que diz respeito aos adolescentes, deve ser dada maior liberdade no que diz respeito à rotina na hora de dormir, uma vez que já apresentam uma melhor noção das necessidades do seu corpo. No entanto, devem ser incentivados a não alterar as rotinas ao fim de semana (Pacheco, 2021).

Os filhos únicos apresentam maior resistência em ir para a cama e ansiedade relacionada com o sono, em comparação às crianças com irmãos. Os filhos únicos são normalmente caracterizados com uma personalidade mais ditadora e autoritária (Lopes, *et al.*, 2016).

Na idade pré-escolar e escolar os distúrbios no sono podem estar relacionados com a falta de estabelecimento de limites, medo de pesadelos e medo de doenças. Os problemas do sono têm repercussões a nível cognitivo nas crianças. Tal como os adultos, as crianças com muitos distúrbios do sono de nível clínico tendem a ter um desempenho relativamente mau nas tarefas cognitivas. Assim, as intervenções que têm sucesso no tratamento de distúrbios do sono, estão associadas a um melhor funcionamento cognitivo (Buckhalt, 2011; Torres, *et al.*, 2021).

Existe uma relação entre a qualidade do sono do bebé e o humor dos pais. Existem até vários estudos que encontram uma associação entre problemas de sono do bebé e depressão materna. Para a maioria dos bebés, o sono começa a consolidar-se aos seis meses de idade, havendo o estabelecimento do ciclo circadiano, não precisando mais se alimentar durante a noite. No entanto, algumas famílias referem que os problemas da hora de dormir e acordar durante a noite persistem depois deste período. Se não forem tratados, os problemas de sono do bebé podem persistir na infância (Meltzer e Montgomery-Downs, 2011; Rangel, *et al.*, 2015).

A privação do sono na criança tem efeitos devastadores no seu crescimento e desenvolvimento, a nível emocional, psicológico e físico. Por exemplo, a privação do sono tem influência direta no aumento de peso da criança e conseqüentemente, no desenvolvimento de obesidade e patologias crónicas a longo prazo, como é o caso da diabetes *mellitus* tipo 2, que está diretamente relacionado com o consumo excessivo de alimentos ricos em gorduras, açúcar e hidratos de carbono (Lopes, *et al.*, 2016; Torres, *et al.*, 2021). O sono de qualidade ajuda a criança a pensar de forma mais clara, a completar melhor tarefas complexas e de forma mais consistente, bem como a desfrutar da vida quotidiana de forma mais completa. Embora muitas perguntas sobre o papel do sono permaneçam sem resposta, estudos científicos mostram que o sono contribui significativamente para várias funções importantes cognitivas e emocionais (Torres, *et al.*, 2021).

Os distúrbios relacionados com o sono podem ainda levar a problemas comportamentais como défice de atenção, agressividade, irritabilidade, hiperatividade, fadiga, falta de atenção, incapacidade de concluir tarefas, diminuição da flexibilidade do pensamento, diminuição do raciocínio abstrato, perturbação da memória e, conseqüentemente, aumento do absentismo escolar, défice cognitivo e depressão. Além disso, são mais frequentes as alterações motoras como diminuição da destreza motora o aumento de lesões acidentais, como quedas (Torres, *et al.*, 2021).

Segundo os especialistas em sono, a falta de sono reduz as habilidades cognitivas e o que prejudica o desempenho escolar de crianças e adolescentes, embora haja menos estudos realizados nestas faixas etárias. As crianças com dificuldades escolares e hiperatividade ou défice de atenção apresentam mais problemas do sono (Silva, 2014; Heraghty, *et al.*, 2008).

A falta de sono está ligada a problemas físicos como letargia, dores de cabeça e dor que podem contribuir para faltas por doença. Alguns problemas conhecidos associados à falta de sono incluem atenção diminuída, memória prejudicada, processamento lento, pensamento sequencial piorado e criatividade reduzida (Heraghty, *et al.*, 2008).

A privação de sono também pode prejudicar o desempenho escolar devido a vários efeitos no humor e no comportamento, como por exemplo, sonolência diurna excessiva, má tomada de decisão, agressão, irritabilidade e humor, hiperatividade, assim como depressão e ansiedade. A longo prazo, a privação de sono na criança pode ter consequências como um mau rendimento escolar, alterações da função endócrina, imunológica e do metabolismo do açúcar (Heraghty, *et al.*, 2008; Torres, *et al.*, 2021).

Verifica-se uma tentativa de compensar a diminuição da duração do sono semanal ao fim de semana, onde a duração total do sono costuma ser superior. Esta prática tem tendência a aumentar desde a infância até à adolescência, sendo desaconselhada por alguns autores por poder alterar de forma importante o ritmo circadiano da criança ou adolescente, com consequente hipersónia diurna ou outras queixas relacionadas com a privação do sono (Lopes, *et al.*, 2016), designado também por *jet-leg* social.

Os problemas do sono das crianças estão relacionados com hábitos, comportamentos e padrões de sono pouco desejáveis, frequentemente identificados pelos pais, não pelas queixas das crianças. Os problemas do sono das crianças podem igualmente afetar a qualidade e a duração do sono dos pais, com repercussões no período diurno, podendo estes ser mais ou menos tolerantes. Esta tolerância pode ainda ser dependente da região e da cultura (Silva, 2014). Contudo, existem queixas relacionadas com o sono da criança, apesar de se saber que a grande maioria são questões de base comportamental, que podem indicar perturbação do sono de origem patológica, que apesar de baixa prevalência, existem, daí a importância de as identificar para se poderem tratar.

1.3 – PERTURBAÇÕES DO SONO EM IDADE PRÉ-ESCOLAR E ESCOLAR

Sabe-se que 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, depressão, aumento do risco de quedas acidentais e obesidade. Além das complicações mencionadas nas crianças, estas perturbações podem também ocasionar nos pais privação de sono, fadiga, alterações do humor, frustração, afetando o desempenho parental e constituindo até fator de risco para violência familiar e divórcio (Rangel, *et al.*, 2015).

A falta de estabelecimento de limites, medo ou pesadelos, doenças infecciosas agudas e doenças crónicas são as principais causas de insónia em crianças com idade pré-escolar e escolar (Santos e Nunes, 2018).

O distúrbio de associação de início do sono consiste na necessidade de existência de determinadas condições externas para indução do sono, por exemplo embalar ou amamentar a criança. É um dos distúrbios mais prevalentes em lactentes e nas crianças do pré-escolar. Assim,

ao final de cada ciclo de sono, quando ocorre um despertar fisiológico, há a necessidade da repetição da intervenção para que o sono seja retomado. Na ausência do fator associado, ocorre prejuízo do sono tanto da criança quanto do cuidador (Santos e Nunes, 2018).

A privação de sono e os seus maus hábitos associados a ele têm-se mostrado associados a comportamentos agressivos, distúrbios emocionais e dificuldades no desempenho acadêmico (Amaral, Silva, Silva, Leal e Paiva, 2011).

A *International Classification of Sleep Disorders* é o sistema de classificação das perturbações do sono mais completo e recente, considerando sete categorias de diagnósticos: insónias, perturbações respiratórias relacionadas com o sono, hipersónias de origem central, perturbações do ritmo circadiano do sono, parassónias, perturbações do movimento relacionadas com o sono, sintomas isolados, variantes do normal e questões por resolver, bem como outras perturbações do sono (Silva, 2014).

A Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS), em que o aumento da resistência aérea gera episódios de diminuição ou ausência do fluxo, implicando esforço respiratório e diminuição de eficácia de trocas gasosas, com diminuição de oxigénio e aumento de dióxido de carbono (hipopneias/apneias). Os episódios de SAOS terminam em microdespertares, em que o aumento do tónus muscular permite o restabelecimento do fluxo aéreo. Durante a noite, repetem-se estes episódios condicionando a fragmentação do sono. Em Pediatria os fatores mais frequentes para que os episódios de SAOS ocorram são: hipertrofia adenoamigdalina, obesidade, prematuridade, malformações congénitas, rinite alérgica e/ou refluxo gastro esofágico. Em todos estes fatores existe um denominador comum que é o ressonar (Amaral, Silva, Silva, Leal e Paiva, 2011).

As perturbações do sono surgem com maior prevalência nas crianças já com perturbação do neurodesenvolvimento, como perturbação do espectro do autismo (PEA), perturbação de hiperatividade/défice de atenção (PHDA) ou trissomia 21. Nestas crianças o impacto da perturbação do sono é ainda maior, com probabilidade de recaída e necessitam de intervenção intensiva. Os comportamentos de sono refletem o nível de desenvolvimento e não a idade cronológica da criança, colidindo com as expectativas irrealista dos pais sobre o sono dos filhos. Todo este processo gera altos níveis de stress familiar (Mindell e Meltezer, 2008; Winter, 2017; Parreira, Martins, Ribeiro e Silva, 2019).

As crianças que dormem sozinhas apresentam melhor qualidade de sono, bem como melhor capacidade de readormecer sozinhas perante um despertar noturno. Assim, o *co-sleeping*, isto é, a partilha da cama dos pais, é um comportamento desaprovado pela maioria das sociedades ocidentais, por considerarem que não promove o adormecimento autónomo e, por outro lado, porque diminui a qualidade do sono, estando associado ainda a maior sonolência diurna (Rangel, *et al.*, 2015).

O sono é fortemente moldado por valores culturais, crenças e expectativas dos pais. As normas culturais determinam os limites entre os comportamentos de sono “normais” e “problemáticos” (Rangel, *et al.*, 2015).

A duração adequada do sono é um aspeto frequentemente negligenciado. Uma duração inadequada do sono pode ter os mesmos efeitos negativos que as restantes perturbações do sono (Rangel, *et al.*, 2015). A Sociedade Portuguesa de Pediatria (2017) defende a existência da sesta nos infantários até aos 6 anos de idade, sendo perentória na recomendação desta indicando os efeitos negativos causados nas crianças quando retiradas precocemente. A duração desajustada associada a má qualidade de sono repercute-se em comportamentos como a sonolência diurna.

É notável a falta de prioridade dada ao sono, quer pelas crianças, quer pelos seus pais, que podem não conseguir reservar tempo suficiente para dormir todas as noites, alocando mais tempo para estudar, vida social, prática desportiva, etc. (Heraghty, *et al.*, 2008) tendo notórias repercussões negativas com isto.

2 – ESTUDO DO SONO DE CRIANÇAS DO CONCELHO DA GUARDA

A temática do sono e os aspetos referentes ao mesmo, têm vindo a ser cada vez mais abordados na sociedade atual. Como enfermeira, é importante conhecer o padrão de sono normal para cada criança, assim como conhecer os distúrbios de sono mais frequentes em cada idade. Empiricamente, denotou-se, que para um grande número de crianças o sono é um problema e que gera nos pais preocupação, agravada pelo contexto pandémico na dificuldade de manterem rotinas.

Após uma busca relativa ao tema, recorrendo ao SciELO, PubMed, EBESCO e alguns repositórios de instituições de ensino, verificou-se que existem estudos efetuados neste âmbito, contudo nenhum referente à área geográfica da Guarda. Assim, decide-se fazer um estudo sobre os hábitos de sono das crianças do concelho da Guarda.

A escolha recai sobre as crianças em idade pré-escolar e escolar (dos 4 aos 10 anos de idade), consciente de que qualquer que fosse a fase de desenvolvimento da criança e do jovem que se pretendesse estudar, seria sempre uma mais-valia. A escolha é sobretudo pautada pela facilidade de acesso a esta população e pela aptidão pessoal para com estas fases de desenvolvimento.

Apresentando o estudo levado a cabo, inicialmente é descrita a metodologia implementada, apresentados os resultados e discutidos os mesmos de seguida.

2.1 – METODOLOGIA

Segundo Fortin (2009), a metodologia analisa, descreve e esclarece os métodos que se vão aplicar ao longo do trabalho, de forma a sistematizar os procedimentos adotados durante as várias etapas, procurando garantir a validade e a fidelidade dos resultados. A metodologia tem como objetivo analisar as características dos vários métodos disponíveis, observando as suas vantagens e desvantagens.

Sendo que a metodologia funciona como um guia orientador da investigação, para a elaboração deste estudo, abordaram-se os elementos básicos do processo metodológico.

O local geográfico visado para o estudo é o concelho da Guarda. Existe uma população pediátrica de 4.490 indivíduos com menos de 15 anos de idade (INE, 2020), e após pesquisa relativamente à caracterização do sono na população pediátrica no distrito, não se localizou qualquer resultado.

De acordo com Fortin (2009) a questão de investigação visa descrever variáveis ou grupos de sujeitos, explorar ou examinar relações entre variáveis ou verificar hipóteses de causalidade. Sendo o sono a temática a investigar, o ponto de partida passa pela análise do estado geral da

população no que se refere aos comportamentos face a este. Assim, colocou-se a **questão**: Quais são os hábitos de sono das crianças do concelho da Guarda, dos 4 aos 10 anos?

Segundo Fortin (2009), o enunciado do objetivo de investigação deve indicar de forma clara e límpida qual é o fim que o investigador persegue. Ele especifica as variáveis-chave, a população junto da qual serão recolhidos os dados e o verbo de ação que serve para orientar a investigação.

O presente estudo tem como **objetivo geral**:

- Conhecer os hábitos e qualidade do sono das crianças dos 4 aos 10 anos, do concelho da Guarda.

Como **objetivos específicos** definiram-se:

- Descrever os hábitos de sono das crianças dos 4 aos 10 anos, no concelho da Guarda;

- Identificar o índice de perturbação de sono das crianças dos 4 aos 10 anos, no concelho da Guarda;

- Identificar fatores que interferem no sono das crianças dos 4 aos 10 anos, no concelho da Guarda.

Na perspetiva de investigação, um **estudo** que se caracterize pela medida de variáveis e pela obtenção de resultados numéricos suscetíveis de serem generalizados a outras populações ou contextos, denomina-se por estudo quantitativo (Fortin, 2009).

Segundo Pocinho (2012), a metodologia quantitativa antevê uma pesquisa a nível descritivo, classificativo e explicativo. O presente estudo, sendo **quantitativo**, é um processo sistemático de colheita de dados quantificáveis, neste caso através de questionários. Conduz a resultados que devem conter o menor enviesamento possível. A objetividade e a generalização são algumas das características desta abordagem, que contribui para o desenvolvimento e validação de conhecimentos (Hicks, 2016).

A duração do estudo permite delimitar temporalmente o decorrer do mesmo, bem como limitar a recolha de dados balizando os procedimentos de forma a cumprir prazos e objetivos. (Pocinho, 2012)

O presente estudo caracteriza-se por ser **transversal** uma vez que decorreu num determinado período de tempo. Foi delimitado um prazo de 6 semanas para a recolha de dados (16 junho a 28 julho de 2021). Sendo um estudo **descritivo** vai permitir narrar variáveis, cruzando-as entre si, identificando características da população em estudo, e, por conseguinte, **correlacional**.

A definição da população permite delimitar com precisão o tema de estudo e assim obter dados junto das pessoas ou grupos homogéneos. Como dificilmente é possível estudar a totalidade da população alvo, delimita-se a população que está acessível (Fortin, 2009).

Desta forma, no presente estudo, a **população acessível** foram as crianças dos 4 aos 10 anos, pertencentes ao concelho da Guarda que frequentavam estabelecimentos de ensino. A opção de desenvolver o estudo num estabelecimento de ensino advém da facilidade de acesso à mesma,

e pela tentativa de limitar fatores que possam interferir nas características do sono das respetivas crianças e, por conseguinte, obter informação no seio da comunidade, uniformizando a população.

Na definição da amostra, sendo esta um subconjunto da população e similar à mesma, optou-se como processo de amostragem não probabilística. Assim, a **amostra** do presente estudo são as crianças de 4 a 10 anos que frequentavam o Agrupamento de Escolas Afonso de Albuquerque (AEAA), constituindo um total de 638 crianças - 95 crianças a frequentar o ensino pré-escolar e 543 crianças em 1.º ciclo do ensino básico, no ano letivo 2020/2021.

Para aceder à amostra, foi elaborado um requerimento dirigido à Direção do AEAA para obter a devida autorização, e posteriormente, foi encaminhado novo documento com a indicação do endereço informático a ser divulgado aos Encarregados de Educação das respetivas turmas do pré-escolar e ensino básico (Anexo A).

As variáveis encontram-se então enunciadas nas hipóteses, sendo imprescindível proceder à sua operacionalização de modo a facilitar a sua medição. Estas, tomam valores para a investigação quando se relacionam com outras (Pocinho, 2012), isto é, o decorrer de uma investigação desenvolve-se no sentido de compreender como e porquê, os valores de uma variável modificam e estão associados aos valores de outras variáveis (Fortin, 2009). Variáveis são as unidades de base da investigação, às quais se atribuem valores, sendo classificadas de acordo com a função que exercem, podendo ser dependentes e independentes. A variável dependente é a que sofre influência da variável independente e esta, por sua vez, produz um efeito na variável dependente (Fortin, 2009).

A operacionalização das variáveis descreve os procedimentos a aplicar para a sua medição (Fortin, 2009), tornando assim possível a sua observação.

Tendo em conta o acima referido, para o presente estudo apresentou-se como **variável dependente** os hábitos de sono.

A fim de conhecer os hábitos de sono na criança de 4 a 10 anos, foi selecionado o “*Children’s Sleep Habits Questionnaire (CSHQ)*”, devidamente adaptado e validado para a população portuguesa - CSHQ- PT, (Loureiro *et al.*, 2013) (Anexo B).

O CSHQ-PT permite identificar de forma adequada os hábitos de sono das crianças. O uso deste questionário permite, através da análise do seu resultado total e em particular das subescalas, obter informação e distinguir entre uma criança saudável e uma criança com um provável distúrbio de sono aferindo a qualidade do mesmo (Loureiro *et al.*, 2013), pois este total traduz-se num índice de perturbação de sono (IPS), o ponto de corte determina a necessidade de observação numa consulta especializada.

À concordância entre todos os enunciados específicos que incorporam o instrumento de medida denomina-se consistência interna, sendo que a técnica mais comum utilizada para avaliar o grau de consistência interna de um índice de avaliação é o cálculo do coeficiente *Alfa* de *Cronbach*. Este coeficiente, cujos valores podem variar entre 0 e 1, permite designar se cada

enunciado mede um determinado conceito da mesma forma que os restantes. Valores mais próximos de 1 demonstram maior consistência interna (Fortin, 2009).

No estudo de validação do CSHQ para a população portuguesa (Loureiro *et al.*, 2013) verificou-se no resultado total, uma média de 43,8; desvio padrão de 7,0; *Alfa de Cronbach* de 0,77 e coeficiente de estabilidade de 0,80. A elevada sensibilidade do CSHQ-PT, confere-lhe ser uma escolha acertada no que se refere ao rastreamento pretendido (hábitos e qualidade de sono), apresentando as seguintes propriedades psicométricas: *cut off* 44 com 81% sensibilidade e 64% especificidade.

O CSHQ-PT é um questionário retrospectivo, destinado a ser aplicado aos pais, referente a uma semana típica recente na vida da criança. As questões, num total de 52, permitem caracterizar os hábitos e evidenciar eventuais distúrbios de sono na criança. As perguntas cotáveis, num total de 33, estão agrupadas em 8 domínios ou subescalas, as restantes 19 (não cotáveis para IPS) permitem caracterizar os hábitos de sono. As questões são respondidas segundo uma escala de Likert de 3 pontos: “Habitualmente”, se o comportamento relativo ao sono ocorre 5 a 7 vezes na semana; “Às vezes”, se ocorre 2 a 4 vezes na semana; “Raramente ou Nunca” se ocorre 1 vez ou nunca na semana.

As referidas subescalas estão nomeadas como: *Resistência à Hora de Deitar* (RHD) com 6 itens, *Atraso do Início do Sono* (AIS) com 1 item, *Duração do Sono* (DS) - 3 itens, *Parassonias* (PS) - 7 itens, *Despertares Noturnos* (DN) - 3 itens, *Ansiedade Relacionado com o Sono* (AS) - 4 itens, *Distúrbios Respiratórios durante o Sono* (DR) - 3 itens, *Sonolência Diurna* (SD) - 8 itens. Existem dois itens coincidentes em duas subescalas (RHD e AS), os quais: “*Precisa do pai/mãe no quarto para adormecer*” e “*Tem medo de dormir sozinha*”.

O resultado final do questionário (na análise das 33 questões cotáveis) é obtido através da soma das várias respostas, sendo 6 itens (1, 2, 3, 10, 11, 26) cotados de forma inversa, de modo a evidenciar um potencial distúrbio de sono. Um resultado mais elevado traduz uma maior probabilidade de existir um distúrbio de sono (Loureiro *et al.*, 2013).

As variáveis independentes, ainda assim, para mais fácil análise foram divididas em **sociodemográficas, contextuais e clínicas**.

No que se refere às **variáveis sociodemográficas**:

- **Idade da criança** - A avaliação desta variável foi em anos completos e concretizada através de uma pergunta de escolha múltipla com a possibilidade de resposta: “4”, “5”, “6”, “7”, “8”, “9” e “10”;
- **Peso** - A avaliação desta variável foi em quilogramas (Kg), concretizada através de uma pergunta de resposta aberta, na qual cada Encarregado de Educação (EE) colocou o número em Kg usando vírgula se necessário para gramas;
- **Altura** - A avaliação desta variável foi em centímetros e concretizada através de uma pergunta de resposta aberta no qual o EE colocou número em centímetros;

- Número de elementos do agregado familiar - A avaliação desta variável foi em número inteiro e concretizada através de uma pergunta de escolha múltipla em que a possibilidade de resposta apresentadas eram: “2”, “3”, “4” e “Mais de 5”;
- Estrutura familiar - A avaliação desta variável foi através da classificação de família pelos seus constituintes e concretizada através de uma pergunta de escolha múltipla em que eram apresentadas as seguintes possibilidades de resposta: “Nuclear (pais e filhos)”, “Uniparental (pai/mãe e filho/filhos)”, “Alargada (pais, filho/filhos e outros familiares)” e “Reconstruída (casa, em que pelo menos um, tem filhos de relacionamento anterior a coabitar)”;
- Ordem de nascimento da criança - A avaliação desta variável foi em ordem hierárquica de nascimento, concretizada através de uma pergunta de escolha múltipla em que eram apresentadas as seguintes possibilidades de resposta: “1º Filho”, “2º Filho”, “3º Filho” e “Outra”;
- Idade do EE - A avaliação desta variável foi em anos completos e concretizada através de uma pergunta de escolha múltipla em que eram apresentados os seguintes intervalos: “Menos de 20 anos”, “21-30 anos”, “31-40 anos”, “41-50 anos” e “Mais de 50 anos”;
- Escolaridade do EE - A avaliação desta variável foi por grau de escolaridade e concretizada através de uma pergunta de escolha múltipla em que eram apresentadas as seguintes possibilidades de resposta: “1º Ciclo (Ensino Primário)”, “2º Ciclo (Ensino Básico)”, “3º Ciclo (terminou o 9º ano de escolaridade)”, “Secundário” e “Licenciatura ou superior”;

Nas **variáveis contextuais**:

- Distância a que mora do local de ensino - A avaliação desta variável foi em quilómetros (Km) e concretizada através de uma pergunta de escolha múltipla em que eram apresentados os seguintes intervalos: “Até 5 Km”, “6-15 Km”, “16-20 Km” e “Mais de 21 Km”;
- Tempo que demora a chegar ao local de ensino - A avaliação desta variável foi em minutos e concretizada através de uma pergunta de escolha múltipla em que eram apresentados os seguintes intervalos: “Até 15 minutos”, “16-30 minutos”, “31-45 minutos” e “Mais de 46 minutos”;
- Hora de entrada no local de ensino - A avaliação desta variável foi em horas e minutos, concretizada através de uma pergunta de resposta aberta em que o EE colocou a hora tendo em conta as 24 horas do dia, com “:” a separar os minutos;
- Realiza atividade física extracurricular - A avaliação desta variável foi concretizada através de uma pergunta dicotómica, na qual existiram as possibilidades de resposta “Sim” e “Não”;
- Quantas vezes por semana - A avaliação desta variável foi número inteiro e concretizada através de uma pergunta de resposta aberta onde os EE escreveram o número de vezes na semana;
- Hora de chegar a casa após terminar atividade física extracurricular - A avaliação desta variável foi em horas e minutos, concretizada através de uma pergunta de resposta aberta em que o EE colocou a hora tendo em conta as 24 horas do dia, com “:” a separar os minutos.

No que se refere à **variável clínica**:

- Tem um diagnóstico de perturbação de desenvolvimento (cognitivo, linguístico, aprendizagem e/ou comportamental) - A avaliação desta variável foi concretizada através de uma pergunta dicotómica, na qual existiram as possibilidades de resposta “Sim” e “Não”;

- Especifique qual - A avaliação desta variável foi concretizada através de uma pergunta de resposta aberta onde o EE escreve por extenso o diagnóstico.

Uma hipótese, deve satisfazer as seguintes condições: ser expressa, verificável, plausível e basear-se numa proposição teórica. Assim, deverá ser clara se for formulada no presente e de forma afirmativa, colocar em evidência as variáveis em jogo nas relações preditas, assim como a população considerada (Fortin, 2009). Sendo a hipótese um aspeto central na investigação, que orienta o estudo, tem de ser verificada estatisticamente para se atingir determinados resultados (Pocinho, 2012). Posto isto, foram elaboradas as seguintes **hipóteses**:

- **H1** – As crianças dos 4 aos 10 anos do concelho da Guarda têm melhor qualidade de sono que a população geral;

- **H2** - Há relação entre os hábitos de sono das crianças dos 4 aos 10 anos do concelho da Guarda e as variáveis sociodemográficas;

- **H3** - Há relação entre os hábitos de sono das crianças dos 4 aos 10 anos do concelho da Guarda e as variáveis contextuais.

Os questionários são um tipo de **instrumento de colheita de dados** muito utilizados e úteis na recolha de dados no âmbito dos cuidados de saúde (Fortin, 2009). O questionário exige que os participantes respondam por escrito às questões colocadas e pode ser distribuído a grupos de qualquer dimensão, preenchidos pelos próprios, sem a necessidade da presença do investigador e enviados por correio ou pela Internet (Fortin, 2009).

Para o desenvolvimento deste estudo, foi elaborado um questionário (Apêndice G) de forma a caracterizar a população em vários fatores que possam estar relacionados nos hábitos de sono da criança e incluiu-se no mesmo o CSHQ-PT. É de referir que o questionário, pela facilidade de acesso, é dirigido ao EE.

O método ao qual se recorreu para a elaboração deste questionário e **recolha de dados**, foi a plataforma informática *Google Forms* que permitiu aos EE acederem ao mesmo através de um *link*. Este *link* de acesso foi facultado pelo AEAA que cumpriram os critérios de inclusão (o intervalo de idades e frequentar este agrupamento escolar).

A plataforma *Google Forms* tem a vantagem de ser gratuita, de fácil acessibilidade reduzindo a pegada ecológica. A situação pandémica vivida no decorrer do estudo foi fator determinante para a sua escolha, e também a facilidade na análise dos dados recolhidos.

Toda a investigação deve respeitar os direitos dos seus participantes, preservando a sua dignidade e sem lhes causar prejuízos (Fortin, 2009). As questões **éticas** são parte integrante da organização do estudo.

Como a investigação no domínio da saúde envolve seres humanos, as considerações éticas devem ser ponderadas desde o início da investigação, assegurada a integridade das pessoas, a sua privacidade, bem como a ausência de conflitos de interesses por parte do investigador.

Desta forma foi fornecida toda a informação sobre o estudo aos EE, no cabeçalho de introdução do questionário, para poderem decidir de forma livre e esclarecida a sua participação. Declarou-se que está salvaguardado o cariz voluntário da sua participação, garantindo a confidencialidade da informação recolhida, do anonimato e privacidade do participante. Toma-se como afirmativa a concordância em participar no estudo a partir do momento em que o questionário é submetido na plataforma.

A descrição, análise das relações e eventuais associações existentes entre as variáveis contribui para uma melhor compreensão do fenómeno em estudo (Fortin, 2009). Assim, após término do desenho do estudo e recolha de dados é fundamental a apresentação e análise dos mesmos.

2.2 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE RESULTADOS

A obtenção de dados e subsequente apresentação de resultados é basilar para o conhecimento relativo ao estudo, permitindo a interpretação dos mesmos assim como a sua análise.

Apresentam-se os resultados do estudo com recurso a estatística descritiva, fazendo uma exposição dos mesmos. Para Fortin (2009), a estatística descritiva é utilizada para apresentar características de amostras ou populações e responder às questões de investigação. Surge para facilitar a organização, o resumo, a análise e interpretação de dados que podem ser classificados tendo em conta três modos: as medidas de tendência central, as distribuições e as medidas de dispersão. A estatística descritiva do presente estudo envolveu frequências absolutas e relativas, médias e respetivos desvios-padrão.

Segundo Fortin (2009), as análises inferenciais vão além das análises descritivas porque permitem aplicar à população total os resultados provenientes de uma amostra. Esta análise tem duas principais componentes, a estimação de parâmetros e a verificação das hipóteses.

Os resultados seguidamente apresentados referem-se a um total de 203 crianças, o que corresponde a cerca de 1/3 das crianças da amostragem (638), portanto 31,8% dos inquiridos submeteram o questionário.

A análise estatística foi efetuada com o *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 28.0 para Windows.

Caracterização da amostra

A informação apresentada na Tabela 1, é relativa à distribuição das crianças por idade, peso e altura da amostra obtida. A média de idades verificada foi de 6,82 anos, variando entre um mínimo de 4 e um máximo de 10 anos, encontrando-se agrupado as crianças de 4 e 5 anos como pré-escolar e na idade escolar encontram-se as crianças de 6, 7, 8, 9 e 10 anos. A média de peso é de 25 Kg, com o mínimo de 13 Kg e um máximo de 50 Kg. Apresenta-se também a média de altura (122,5 cm), com um mínimo de 98 cm e um máximo de 159 cm.

Tabela 1 – Caracterização das crianças por Idade, Peso e Altura

Variáveis	M	F	DP	Mín.	Máx.
Idade					
Pré-escolar (4 e 5 anos)	4,47	59	0,504	4	5
Escolar (de 6 a 10 anos)	7,78	144	1,282	6	10
Total	6,82	203	1,870	---	---
Peso (Kg)	25,01	203	7,04	13,1	50
Altura (cm)	122,50	203	13,14	98	159

M - Média F- Frequência DP - Desvio padrão Mín.- Mínimo Máx.- Máximo

A maioria dos encarregados de educação encontravam-se no escalão etário 31-40 anos (60,6%) e eram licenciados (75,4%). Maioritariamente, as crianças viviam em agregados familiares com 4 pessoas (57,1%) e em estruturas familiares nucleares (84,2%). Uma maioria elevada eram primogénitos (60,6%) (Tabela 2).

Tabela 2 - Caracterização Sociodemográfica da família

Variáveis	F	%
Idade EE		
21 - 30 anos	7	3,4
31 - 40 anos	123	60,6
41 - 50 anos	73	36,0
Total	203	100,0
Escolaridade EE		
1.º Ciclo (Ensino Primário)	2	1,0
2.º Ciclo (Ensino Básico)	1	0,5
3.º Ciclo (terminou o 9.º ano de escolaridade)	11	5,4
Secundário	36	17,7
Licenciatura ou superior	153	75,4
Total	203	100,0
Agregado familiar		
2 pessoas	10	4,9
3 pessoas	62	30,5
4 pessoas	116	57,1
Mais de 5 pessoas	15	7,5
Total	203	100,0
Estrutura familiar		
Alargada	6	3,0
Nuclear	171	84,2
Reconstruída	9	4,4
Uniparental	17	8,4
Total	203	100,0
Ordem de nascimento		
1.º Filho	123	60,6
2.º Filho	75	36,9
3.º Filho	4	2,0
Outra:	1	0,5
Total	203	100,0

F -Frequência % - Percentagem

No que diz respeito à distância da residência ao local de ensino, 80,3% residia até 5 km da escola, sendo a maioria, 15,7% entre 6 a 15 km da escola e 2% de 16-20 km e mais de 21 km (Tabela 3).

Tabela 3 - Distância do local de ensino

Distância	F	%
Até 5 Km	163	80,3
6 - 15 Km	32	15,7
16 - 20 Km	4	2,0
Mais de 21 Km	4	2,0
Total	203	100,0

F – Frequência % - Percentagem

Acerca do tempo de viagem entre a residência e o local de ensino, 93,6% demorava até 15 minutos, constituindo a maioria, 5,4% de 16 a 30 minutos e 1% de 31 a 45 minutos (Tabela 4).

Tabela 4 - Tempo que demora a chegar ao local de ensino

Tempo	F	%
Até 15 minutos	190	93,6
16- 30 minutos	11	5,4
31 - 45 minutos	2	1,0
Total	203	100,0

F - Frequência % - Percentagem

Quase metade da amostra (45,8%) fazia atividade física extracurricular e destes, 41,9% fazia pelo menos 1 vez por semana (Tabela 5).

Tabela 5 - Distribuição da amostra que realiza atividade física extracurricular

Atividade física extracurricular	F	%
Não	110	54,2
Sim	93	45,8
Total	203	100,0
1 vez/semana	39	41,9
2 vezes/semana	34	36,6
3 vezes/semana	9	9,7
4 vezes/semana	3	3,2
Não válidos	8	8,6
Total	93	100,0

F - Frequência % - Percentagem

Na Tabela 6, pode-se apreciar a distribuição da amostra por horas de entrada no local de ensino, horas de deitar e de acordar e duração do sono. Em média, as crianças entram no local de ensino às 8:53 horas, chegam a casa após atividade física extracurricular às 18:41 horas.

Deitam-se em média às 21:37 horas nos dias de semana e às 22:19 horas ao fim de semana, apresentando assim uma diferença de 0:41 minutos. A média da duração do sono era de 9:46 horas e acordam em média às 7:43 horas.

Tabela 6 – Distribuição da amostra por horários

Horas	Mín.	Máx.	M	DP
Horas entra no local ensino	07:30	10:30	8:53	0:25
Horas chegada após atividade física	12:00	21:14	18:41	1:39
Horas de deitar dias semana	20:00	23:00	21:37	0:30
Hora deitar fim de semana	18:59	23:29	22:19	0:38
Duração habitual do sono	06:00	15:00	09:46	1:03
Horas de acordar	06:00	09:30	07:43	0:32

M - Média DP - Desvio padrão Mín.- Mínimo Máx.- Máximo

Relativamente ao intervalo de tempo entre o horário de acordar e a chegada ao estabelecimento de ensino, verificou-se que em média as crianças da amostra demoram 72,5 minutos (aproximadamente 1:13) a chegar à escola desde que acordam (Tabela 7).

Tabela 7 – Distribuição da amostra no tempo acordar-escola

Tempo	M	DP	Mín.	Máx.
Acordar-escola (min)	72,5	30,9	12	180

M - Média DP - Desvio padrão Mín.- Mínimo Máx.- Máximo

Em termos de horas de sono, para o total da amostra, a média é de aproximadamente 9:46 horas, sendo a moda 10:00 horas (43,3% da amostra), com um mínimo de 6:00 horas (1 caso) e um máximo de 15:00 horas (1 caso), sendo que 84,6% das crianças dormem entre 9:00 horas e 11:00 horas (Tabela 8). Apresentam-se ainda os resultados para os subgrupos de idades, mantendo-se sempre a moda nas 10:00 horas, e com uma média de horas a diminuir progressivamente com o aumento da idade da criança.

Tabela 8 – Distribuição da amostra em função de horas de sono

Horas de sono por noite	Tota a amostra (F=203)		Com 4 a 5 anos (F=59)		Com 6 a 8 anos (F=101)		Com 9 a 10 anos (F=43)	
	F	%	F	%	F	%	F	%
06:00	1	0,5	--	--	1	1,0		
07:00	1	0,5	--	--	1	1,0		
07:30	1	0,5	--	--	1	1,0		
08:00	15	7,4	3	5,1	7	6,9	5	11,6
08:30	6	3,0	--	--	1	1,0	5	11,6
09:00	34	16,7	7	11,9	19	18,8	8	18,6
09:30	19	9,4	4	6,8	10	9,9	5	11,6
10:00	88	43,3	26	44,1	45	44,6	17	39,5
10:30	9	4,4	3	5,1	5	5,0	1	2,3
11:00	22	10,8	11	18,6	10	9,9	1	2,3
11:30	1	0,5	--	--	1	1,0	--	--
12:00	3	1,5	2	3,4	--	--	1	2,3
13:00	1	0,5	1	1,7	--	--	--	--
14:00	1	0,5	1	1,7	--	--	--	--
15:00	1	0,5	1	1,7	--	--	--	--
Média (DP)	9,8 (1,0)		10,2 (1,2)		9,6 (0,9)		9,4 (0,9)	

F - Frequência % - Percentagem M - Média DP - Desvio padrão

Relativamente à variável clínica relacionada com diagnóstico médico de perturbação de desenvolvimento (cognitivo, linguístico, aprendizagem e/ou comportamental), 94,6% das crianças não apresentam este tipo de diagnóstico e 5,4% de crianças já se apresentam diagnosticadas, constituindo uma pequena percentagem (Tabela 9).

Tabela 9 – Distribuição de Perturbação de desenvolvimento

Perturbação de desenvolvimento	F	%
Não	192	94,6
Sim	11	5,4
Total	203	100,0

F - Frequência % - Percentagem

Quando se procedeu ao tratamento de dados, verificou-se que os resultados relativos a esta percentagem de crianças com diagnóstico de perturbação de desenvolvimento (5,4%) não interferiam nos resultados obtidos de forma global, pelo que se optou por os manter incluídos na análise de resultados.

Hábitos de Sono

Para a descrição dos hábitos e qualidade de sono das crianças recorreu-se à escala CSHQ-PT, incluindo as questões não cotáveis.

Na Tabela 10, pode-se apreciar a distribuição da amostra nas subescalas CSHQ-PT. O total obtido no CSHQ-PT foi de 45,4 sendo este superior ao verificado na validação do CSHQ-PT por Loureiro *et al.* (2013) (CSHQ-PT total= 43,8). As crianças obtêm valores médias mais elevadas nas subescalas Sonolência diurna, Parassónias, Resistência à hora de deitar e Ansiedade durante o sono. Verifica-se que a média mais elevada é relativa à Sonolência diurna e a média mais baixa relativa ao Atraso de início do sono. O valor mínimo (33) corresponde ao valor basal da escala (*score* 33), o valor máximo (69) posiciona-se abaixo do valor máximo da escala (*score* 99).

Tabela 10 – Distribuição da amostra nas subescalas CSHQ-PT

Subescalas CSHQ-PT	Mín.	Máx.	M	DP
RHD	6,00	16,00	8,78	2,98
AIS	1,00	3,00	1,19	0,43
DS	3,00	9,00	3,71	1,10
PS	7,00	15,00	8,82	1,69
DN	3,00	8,00	3,93	1,33
AS	4,00	12,00	6,38	2,24
DR	3,00	8,00	3,36	0,74
SD	8,00	23,00	12,65	2,75
CSHQ-PT total	33,00	69,00	45,40	7,43

M - Média DP - Desvio padrão Mín.- Mínimo Máx.- Máximo

A consistência interna do CSHQ-PT, analisada com o *Alfa de Cronbach*, variou entre um mínimo de 0,541 (fraco) na subescala Parassónias a um máximo de 0,825 (bom) no questionário total (Tabela 11). Verificou-se que o valor obtido é superior ao da validação da escala por Loureiro *et al.* (2013) que foi de 0,77. A categorização dos valores de *Alfa* segue o referenciado em Hill (2005).

Tabela 11 – Consistência interna CSHQ-PT

Subescalas CSHQ-PT	<i>Alpha de Cronbach</i>	F
RHD	0,792	6
AIS	--	1
DS	0,669	3
PS	0,541	7
DN	0,728	3
AS	0,679	4
DR	0,590	3
SD	0,633	8
CSHQ-PT total	0,825	33

F - Frequência

Na Tabela 12 pode-se verificar as características descritivas da amostra do estudo relacionadas com os hábitos e comportamentos, que sendo particularidades da mesma, não têm cotação no questionário em causa. Pode-se verificar que a maioria da amostra (98,5%) raramente adormece com movimentos rítmicos, raramente precisa de um objeto especial para adormecer (52,2%), 50,2% às vezes resiste à hora de deitar, em 83,4% das crianças os pais têm a percepção que o filho raramente dorme de mais, 91,1% raramente se queixa de problemas de sono. A maioria da amostra raramente acorda com o despertador (77,8%), raramente dorme a sesta durante o dia (87,7%) e também raramente adormece a meio de um comportamento ativo (98,0%). A maioria também não adormeceu a brincar sozinha (99,5%) nem durante uma refeição (98%). De salientar a percentagem de crianças que habitualmente se encontra pronta na hora de ir para a cama é de 62,6% e 58,9% das crianças que habitualmente voltam a adormecer depois de acordar sem ajuda.

Tabela 12 – Características descritivas CSHQ-PT não cotáveis

CSHQ-PT não cotável		Raramente	Às vezes	Habitualmente
Adormece embalada ou com movimentos rítmicos	F	200	1	2
	%	98,5%	0,5%	1,0%
Precisa de um objeto especial para adormecer (boneco, cobertor, etc.)	F	106	33	64
	%	52,2%	16,3%	31,5%
Está pronta para ir para a cama à hora de deitar	F	15	61	127
	%	7,4%	30,0%	62,6%
Resiste a ir para a cama à hora de deitar	F	78	102	23
	%	38,4%	50,2%	11,3%
Dorme demais	F	170	31	2
	%	83,7%	15,3%	1,0%

Tabela 12 – Características descritivas CSHQ-PT não cotáveis (continuação)

CSHQ-PT não cotável	Raramente	Às vezes	Habitualmente
Refere dores no corpo durante a noite.	F 187	14	2
	% 92,1%	6,9%	1,0%
Queixa-se de problemas de sono	F 185	17	1
	% 91,1%	8,4%	0,5%
Volta a dormir sem ajuda depois de acordar	F 48	35	120
	% 23,4%	17,7%	58,9%
Acorda com despertador	F 158	31	14
	% 77,8%	15,3%	6,9%
Acorda muito cedo de manhã	F 115	62	26
	% 56,7%	30,5%	12,8%
Tem muito apetite de manhã	F 112	61	30
	% 55,2%	30,0%	14,8%
Dorme a sesta durante o dia	F 178	13	12
	% 87,7%	6,4%	5,9%
Adormece de repente a meio de um comportamento ativo	F 199	4	0
	% 98,0%	2,0%	0,0%
	Não sonolenta	Muito sonolenta	Adormeceu
A brincar sozinha	F 202	0	1
	% 99,5%	0,0%	0,5%
A comer durante uma refeição	F 199	3	1
	% 98,0%	1,5%	0,5%

F - Frequência % - Percentagem

Ao ser considerado o ponto de corte (44) do CSHQ-PT, é possível identificar 53,2% das crianças acima deste, e, por conseguinte, com provável distúrbio de sono e necessidade de encaminhamento para consulta da especialidade tal como referem os autores da validação da escala (Loureiro *et al.*, 2013) (Tabela 13).

Tabela 13 – Distribuição da amostra no CSHQ-PT

Distribuição da amostra face ao ponto de corte	F	%
Abaixo ponto corte	95	46,8
Acima ponto corte	108	53,2
Total	203	100,0

F - Frequência % - Percentagem

Relação entre variáveis

A estimação de parâmetros consiste num conjunto de procedimentos para a estimação pontual (atribuição de um valor a uma característica da população a partir dos dados da amostra) ou para encontrar o intervalo de confiança das médias. Assim, para Fortin (2009: 454), “os testes inferenciais possuem duas classes: os testes estatísticos paramétricos e os testes estatísticos não-

paramétricos”. Para o desenvolvimento deste estudo foram usados testes paramétricos. Para a estatística inferencial recorreu-se teste t de *Student*, ao coeficiente de correlação de *Pearson* e ao teste Manova. O nível de significância para rejeitar a hipótese nula foi fixado em $p \leq 0,05$.

Na Tabela 14, podem verificar-se as estatísticas do CSHQ-PT na amostra e na população geral. O teste t de *Student*. $t(203) = 3,085$, $p = 0,002$, indicou que a diferença no valor obtido no total CSHQ-PT da amostra foi de 45,40, significativamente superior ao da população geral (CSHQ-PT total= 43,80) verificado na validação do CSHQ-PT por Loureiro *et al.* (2013). As crianças obtêm valores significativamente mais elevados do que a população geral (do estudo de Loureiro *et al.*, 2013) em Resistência à hora de deitar, Duração do sono, Parassónias, Despertares noturnos e na Ansiedade durante o sono. Apresentaram valores significativamente mais baixos em Sonolência diurna.

Tabela 14 - CSHQ-PT da amostra e da população geral

Subescalas CSHQ-PT	M	DP	M População geral	Sig.
RHD	8,78	2,98	7,59	0,001***
AIS	1,19	0,43	1,21	0,671
DS	3,71	1,10	3,52	0,011*
PS	8,82	1,69	8,32	0,001***
DN	3,93	1,33	3,68	0,008**
AS	6,38	2,24	5,42	0,001***
DR	3,36	0,74	3,37	0,871
SD	12,65	2,75	13,41	0,001***
CSHQ-PT total	45,40	7,43	43,80	0,002*

M - Média DP - Desvio padrão * $p \leq 0,05$ ** $p \leq 0,01$ *** $p \leq 0,001$

Através da comparação dos valores do total CSHQ-PT da amostra com os da população geral da validação da escala (Loureiro *et al.*, 2013), aceita-se **H1** como nula - As crianças dos 4 aos 10 anos do concelho da Guarda não têm melhor qualidade de sono que a população geral.

Os coeficientes de correlação entre as dimensões do CSHQ-PT foram quase todas estatisticamente significativos, positivos e moderados ou fracos, para tal recorreu-se ao coeficiente de correlação de *Pearson*. A correlação mais elevada ocorreu entre a Ansiedade durante o sono e a Resistência à hora de deitar ($r = 0,853$, $p < 0,001$).

Como o coeficiente é positivo, isso significa que quanto mais elevada é a Resistência à hora de deitar mais elevados são os níveis de Ansiedade durante o sono (Tabela 15).

Tabela 15 – Correlação das dimensões do CSHQ-PT

Subescalas CSHQ-PT	1	2	3	4	5	6	7	8
1 RHD	--							
2 AIS	0,369**							
3 DS	0,147*	0,312**						
4 PS	0,209**	0,294**	0,330**					
5 DN	0,398**	0,391**	0,292**	0,401**				
6 AS	0,853**	0,308**	0,167*	0,312**	0,477**			
7 DR	0,191**	0,064	0,174*	0,381**	0,155*	0,183**		
8 SD	0,208**	0,173*	0,241**	0,214**	0,126	0,237**	0,125	
CSHQ Total	0,719**	0,495**	0,494**	0,612**	0,618**	0,762**	0,379**	0,624**

* $p \leq 0,05$ ** $p \leq 0,10$

Passando à análise da relação das variáveis, pretendeu-se verificar a relação entre a variável sociodemográfica Idade dos EE e escolaridade dos EE e idade da criança (agrupada em pré-escolar e escolar) com o CSHQ-PT, dando assim resposta à **H2** - Há relação entre os hábitos de sono das crianças dos 4 aos 10 anos do concelho da Guarda e as variáveis sociodemográficas.

Relativamente às variáveis contextuais, relacionou-se a realização de atividade física extracurricular e tempo acordar/entrada na escola, para desta forma, responder à hipótese formulada **H3** - Há relação entre os hábitos de sono das crianças dos 4 aos 10 anos do concelho da Guarda e as variáveis contextuais.

O teste multivariado da Manova, Pillai's Trace = 0,063, $F(9, 193) = 1,452$, $p = 0,168$, indica que as diferenças nos valores obtidos pelas crianças nas dimensões do CSHQ-PT, em função da idade dos EE (Tabela 16) não são estatisticamente significativas.

Tabela 16 – CSHQ-PT e Idade dos EE

Correlação CSHQ-PT e Idade do EE	Até 40 anos		> 40 anos		Sig.
	M	DP	M	DP	
RHD	8,83	2,98	8,70	3,01	0,763
AIS	1,19	0,43	1,21	0,44	0,836
DS	3,75	1,18	3,66	0,96	0,553
PS	9,03	1,72	8,47	1,62	0,023
DN	4,07	1,44	3,68	1,09	0,048
AS	6,50	2,30	6,18	2,14	0,328
DR	3,46	0,84	3,21	0,53	0,019
SD	12,84	2,90	12,33	2,45	0,206
CSHQ-PT total	46,19	7,77	44,01	6,60	0,045

M - Média DP - Desvio padrão $p > 0,05$

O teste multivariado da Manova, Pillai's Trace = 0,082, $F(18, 386) = 0,919$, $p = 0,555$, indicou que as diferenças nos valores obtidos pelas crianças nas dimensões do CSHQ-PT, em função da escolaridade dos EE (Tabela 17) não são estatisticamente significativas.

Tabela 17 – CSHQ-PT e Escolaridade dos EE

Correlação Escolaridade dos EE	CSHQ-PT e	< 12º ano		Secundário		Superior		Sig.
		M	DP	M	DP	M	DP	
RHD		7,93	2,37	7,89	2,50	9,07	3,09	0,054
AIS		1,21	0,43	1,08	0,37	1,22	0,45	0,224
DS		3,71	1,07	3,81	1,21	3,70	1,09	0,875
PS		8,43	1,50	8,89	1,53	8,85	1,76	0,658
DN		3,57	1,02	3,81	1,19	3,99	1,39	0,435
AS		5,86	1,56	5,69	2,19	6,59	2,28	0,062
DR		3,29	0,61	3,53	0,97	3,34	0,70	0,366
SD		12,21	3,17	13,17	2,65	12,58	2,74	0,422
CSHQ-PT total		43,21	7,06	44,92	7,12	45,73	7,54	0,439

M - Média DP - Desvio padrão $p > 0,05$

O teste multivariado da Manova, Pillai's Trace = 0,100, $F(9,193) = 2,375$, $p = 0,014$, indicou que as diferenças nos valores obtidos pelas crianças nas subescalas do CSHQ-PT, em função de idade da criança (agrupada em pré-escolar e escolar), são estatisticamente significativas em pelo menos uma das dimensões (Tabela 18). Os testes univariados indicam que as crianças do pré-escolar obtêm valores significativamente mais elevados nas dimensões Resistência à hora de deitar, Despertares noturnos, Ansiedade durante o sono e no total do CSHQ-PT.

Tabela 18 – CSHQ-PT e Ensino pré-escolar/escolar

CSHQ-PT e Ensino	Pré-escolar		Escolar		Sig.
	M	DP	M	DP	
RHD	9,93	3,30	8,31	2,72	0,000***
AIS	1,24	0,47	1,18	0,42	0,400
DS	3,73	1,14	3,72	1,09	0,937
PS	9,07	1,84	8,73	1,64	0,198
DN	4,36	1,44	3,76	1,25	0,003**
AS	7,24	2,34	6,03	2,11	0,000***
DR	3,44	0,95	3,34	0,65	0,387
SD	13,22	2,79	12,42	2,71	0,061
CSHQ-PT total	48,10	7,69	44,31	7,06	0,001***

M - Média DP - Desvio padrão * $p \leq 0,05$ ** $p \leq 0,01$ *** $p \leq 0,001$

Com a verificação de resultados estatisticamente significativos entre as subescalas do CSHQ-PT e a variável sociodemográfica idade da criança (agrupada em pré-escolar e escolar) aceitou-se a **H2** - Há relação entre os hábitos de sono das crianças dos 4 aos 10 anos do concelho da Guarda e a idade da criança.

O teste multivariado da Manova, Pillai's Trace = 0,107, $F(9, 193) = 2,580$, $p = 0,008$, indicou que as diferenças nos valores obtidos pelas crianças nas subescalas do CSHQ-PT, em função de fazerem, ou não, atividade física extracurricular, são estatisticamente significativas em pelo menos uma das dimensões (Tabela 19). Os testes univariados indicam que as crianças que realizam atividade física obtêm valores significativamente mais baixos nas subescalas Atraso no

início do sono, Despertares noturnos, Distúrbios respiratórios, Sonolência diurna e valores mais baixos no total do CSHQ-PT.

Tabela 19 – CSHQ-PT e Atividade física extracurricular

CSHQ-PT e Atividade física extracurricular	Não		Sim		Sig.
	M	DP	M	DP	
RHD	8,90	3,12	8,65	2,83	0,545
AIS	1,27	0,51	1,11	0,31	0,007**
DS	3,78	1,21	3,65	0,97	0,382
PS	8,95	1,75	8,69	1,63	0,283
DN	4,12	1,51	3,71	1,06	0,029*
AS	6,35	2,26	6,43	2,23	0,789
DR	3,47	0,87	3,25	0,54	0,032*
SD	13,04	2,88	12,20	2,53	0,031*
CSHQ-PT total	46,41	8,15	44,23	6,32	0,037*

M - Média DP - Desvio padrão * $p \leq 0,05$ ** $p \leq 0,01$

Através do coeficiente de correlação de *Pearson*, encontraram-se correlações significativas entre a Resistência à hora de deitar ($r = 0,181$, $p = 0,010$), Ansiedade durante o sono ($r = 0,191$, $p = 0,006$) e a diferença entre o tempo de acordar e a hora de entrada na escola (Tabela 20). Assim, quanto mais elevada é a diferença entre o tempo a acordar e a hora de entrada na escola mais baixos são os valores de Resistência à hora de deitar e de Ansiedade durante o sono.

Tabela 20 – CSHQ-PT e o Tempo de acordar/entrada na escola

CSHQ-PT e Tempo acordar/escola	Tempo
RHD	0,181**
AIS	0,050
DS	0,002
PS	0,037
DN	0,026
AS	0,191**
DR	0,038
SD	0,060
CSHQ-PT total	0,097

* $p \leq 0,05$ ** $p \leq 0,01$

Com a verificação de resultados estatisticamente significativos entre as subescalas do CSHQ-PT e a variável atividade física extracurricular, aceitou-se a **H3** - Há relação entre os hábitos de sono das crianças dos 4 aos 10 anos do concelho da Guarda e a atividade física extracurricular.

Obtiveram-se também resultados estatisticamente significativos entre as subescalas do CSHQ-PT e a variável tempo de acordar/entrar na escola, aceitou-se a **H3** - Há relação entre os

hábitos de sono das crianças dos 4 aos 10 anos do concelho da Guarda e o tempo de acordar/entrar na escola.

Após a exposição de resultados e cruzamento de variáveis, procurou-se comparar os resultados obtidos no presente estudo com estudos realizados por outros autores ou com a literatura, como se pode averiguar seguidamente.

2.3 – DISCUSSÃO DE RESULTADOS

O presente estudo teve como objetivos descrever os hábitos de sono das crianças dos 4 aos 10 anos do concelho da Guarda, identificar índice de perturbação de sono, assim como, identificar fatores que possam interferir do sono das mesmas.

Foi possível colher informação relativa a 203 crianças do concelho da Guarda (31,8%, da população acessível) com idades compreendidas entre os 4 e 10 anos, com média de 6,8 anos, portanto, inserida no grupo em idade escolar. Não foi um resultado inesperado pois a população acessível já abrangia um número total superior de crianças em idade escolar (543).

Pouco mais de metade das crianças que participaram no estudo não realiza atividade física extracurricular (54,2%). Entre as praticam atividade física extracurricular (45,8%) fazem-no uma vez por semana (41,9%) e 36,6% duas vezes. De acordo com Pacheco (2021), praticar exercício físico durante o dia (de preferência com exposição solar), pode ajudar as crianças a dormir melhor à noite.

Um sono pouco reparador pode ter efeitos nefastos, tais como perturbações emocionais, cognitivas, físicas, comportamentais e de desenvolvimento, causando danos, mais notórios ao longo do tempo. Como enfermeira, é importante conhecer a população-alvo de cuidados para se melhorar a qualidade dos mesmos e, assim, aumentar a sua qualidade de vida.

Em termos de hábitos de sono, verificou-se, antes de mais, que as crianças dormem em média 10:00 horas por noite, com apenas 1,5% crianças da amostra a dormirem menos de 08:00 horas (crianças no subgrupo de 6 a 8 anos), aproximadamente o mesmo que no estudo de Lopes *et al.* (2016). O que segundo Paruthi *et al.* (2016) não foge àquilo que é esperado, sendo, portanto, um aspeto positivo no seu global. A ter em conta que a maior percentagem da amostra se encontra em idade escolar, contudo é de ressaltar respeitante à idade pré-escolar seria positivo apresentar um número de horas de sono superior (Rangel, *et al.*, 2015), pois uma duração inadequada de sono pode ter os mesmos efeitos nefastos que uma perturbação.

Pode-se analisar no que se refere à diferença de horas de deitar durante a semana e o fim de semana, que a amostra respeita 1 hora máxima de diferença, evitando assim o chamado “*jet lag social*” (Rangel, *et al.*, 2015). Contudo, pode-se indagar que se já em tão tenras idades, se verifica 1 hora de diferença entre a hora de deitar durante a semana e o fim de semana, o que irá

surgir na adolescência, em que já se conhece o fisiológico *atraso de fase*. Pode-se também verificar que, na amostra, o número médio de horas se encontra a diminuir com o progressivo aumento da idade, tal como esperado (Rangel, *et al.*, 2015).

A percentagem de crianças com diagnóstico de perturbação de desenvolvimento ($F= 11; 5,4\%$) não é significativa de forma a interferir nos resultados do estudo, ao contrário do que a literatura informa (Mindell e Meltezer, 2008; Winter, 2017). Quanto às respostas relativas a qual perturbação de desenvolvimento a criança tinha diagnóstico, 3 respostas de PHDA e 1 de PEA.

Analisando os resultados obtidos de cada um dos itens e subescalas da CSHQ-PT, verificou-se que as principais alterações se verificam ao nível da subescala SD ($M= 12,65$), PS ($M= 8,82$), RHD ($M= 8,78$) e AS ($M= 6,38$), constituindo os valores mais elevados.

Comparativamente ao estudo de Loureiro *et al.* (2013) de validação da escala para a população portuguesa, o valor total CSHQ-PT da amostra de 45,4, foi significativamente superior ao da população geral (CSHQ-PT total= 43,8), demonstrando a interferência na qualidade de sono. Pode-se aceitar assim a H1 como nula – As crianças dos 4 aos 10 anos do concelho da Guarda não têm melhor qualidade de sono que a população normal. As crianças obtêm valores significativamente mais elevados do que a população geral em RHD, DS, PS, DN e na AS, por outro lado apresentaram valores significativamente mais baixos em SD.

Comparando as dimensões do CSHQ-PT do presente estudo, com os equiparáveis no estudo de Lopes *et al.* (2016), pode-se verificar que as diferenças são significativas, até no que se refere ao índice de perturbação do sono (IPS), em Lopes *et al.* (2016) é de 47,05 e o deste estudo é de 45,4, contudo superior ao da população normal do estudo de Loureiro *et al.* (2013) que foi de 43,8.

O presente estudo apresenta um IPS superior em relação ao estudo da validação do CSHQ para a população portuguesa, e pode-se verificar que 53,2% ($F=108$) da amostra em estudo se encontra acima do ponto de corte da escala. De acordo com este resultado, haveria indicação para referenciação para consulta de patologia do sono para mais de metade da amostra, indicando provável distúrbio de sono.

Tendo em conta os resultados, pode-se verificar que 87,7% das crianças em estudo raramente dorme a sesta, tendo em conta a média de idade da criança do estudo ser 6,8 e, portanto, no grupo de idade escolar, tal seria de esperar.

Neste estudo, testou-se a relação de variáveis sociodemográficas da criança, dos EE e contextuais da criança com as subescalas do CSHQ-PT.

Não foi observada diferença estatisticamente significativa que relacione a idade dos EE com o IPS, aceitando-se a hipótese nula. Mesmo assim, verificou-se maior IPS em crianças cujos EE com idade inferior a 40 anos, pois tendem a optar por estilos educativos menos rígidos, tal como refere Silva (2014).

No que se refere à escolaridade dos EE, também não se verificou diferença estatisticamente significativa, aceitando-se a hipótese nula, com IPS a aumentar com o crescente grau de ensino. Ao contrário do referenciado em outros estudos e literatura, que indicam que os conhecimentos e crenças acerca do sono por parte dos pais interferem na implementação de bons hábitos de sono nas crianças (Silva, 2014; Ferreira, Rodrigues, Oliveira, *et al.*, 2018).

Relacionando a idade da criança (agrupada por pré-escolar/escolar), verificou-se diferença estatisticamente significativa no CSHQ-PT, aceitando-se a hipótese formulada (H2).

As crianças do pré-escolar obtêm valores significativamente mais elevados nas subescalas RHD, DN, AS e no total do CSHQ-PT (48,10) que as crianças de idade escolar (CSHQ-PT= 44,31). Segundo Silva (2014), os hábitos de sono são construídos consoante o perfil neurobiopsicológico da criança, o seu estadió de maturação e as experiências prévias. Por exemplo, as crianças mais pequenas poderão sofrer ansiedade da separação, enquanto as crianças em idade escolar estão prontas para assumir mais responsabilidades (Pacheco, 2021). Estes resultados são similares aos descritos no estudo de Silva (2014). Pode-se também referir que 58,9% das crianças não necessitam de ajuda para voltar a adormecer depois de acordar, se a este facto se associar a média de idades (6,8 anos) da amostra, encaixando no grupo escolar, pode-se mencionar que o estadió de desenvolvimento e de maturação da média da amostra, já confere às crianças capacidade de autoregulação e autonomia.

Verificou-se diferença estatisticamente significativa no *score* de CSHQ-PT e as crianças que efetuam atividade física extracurricular, aceitando-se a hipótese formulada (H3). No estudo de Pacheco (2021) é indicado que as crianças que realizam atividade física beneficiavam em termos de qualidade de sono. No presente estudo, verificaram-se valores significativamente mais baixos nas subescalas AD, DN, DR, SD e valores mais baixos também no total do CSHQ-PT em crianças que realizavam atividade física extracurricular (44,23), conferindo assim um IPS inferior, indicando um comportamento positivo face aos hábitos de sono, corroborando Silva (2014).

Verificou-se ainda que em média as crianças que realizam exercício físico, deitam-se aproximadamente 3 horas após a chegada a casa e término da atividade física, configurando um bom comportamento face aos hábitos de sono, pois permite o reajuste da temperatura corporal alterada pelo exercício, tal como referenciado na literatura (Almeida *et al.*, 2019).

Neste estudo, mostrou-se que existe diferença entre o CSHQ-PT e o tempo acordar/entrar na escola, aceitando-se a hipótese formulada (H2). Quanto mais elevada é a diferença entre o tempo a acordar e a hora de entrada na escola mais baixos são os valores de RHD e de AS. O tempo que medeia o acordar e a entrada na escola é de 01:13 horas. Este resultado demonstrou que, assim como, se necessita de tempo e organização fisiológica para adormecer e ter um sono de qualidade, o mesmo sucede no despertar, visto que não temos “interruptores” a nível central que nos permitam simplesmente desligar e ligar para iniciar e terminar o período de sono, tal como é referido na literatura (Heraghty *et al.*, 2008).

Os resultados do presente estudo em comparação com estudos já existentes dentro da temática, demonstram que os hábitos de sono influenciam na qualidade do mesmo e nos comportamentos diurnos. Sobretudo quando enquadrados nas subescalas do CSHQ-PT que tem tradução num total indicativo de IPS.

CONCLUSÃO

O presente relatório foi elaborado para servir de avaliação à unidade curricular Estágio com Relatório Final, assim como, para a obtenção do grau de mestre em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediatria. Sustentou-se o percurso do estágio na vertente de Urgência Pediátrica e internamento de Pediatria, no desenvolvimento articulado de competências comuns do enfermeiro especialista e específicas do EEESIP, tendo como fio condutor a temática do sono em idade pediátrica. Refletindo sobre este percurso, foram desenvolvidas atividades sobre a temática em ambos os serviços e percecionado o papel do EEESIP na mesma, levantou-se a questão de investigação à qual se deu resposta com a elaboração de um estudo com crianças do concelho da Guarda.

A passagem por aqueles serviços foi profícua em experiências, técnicas, procedimentos, organizações, novos profissionais e novas reflexões. Esta não era uma realidade completamente nova, no entanto, o balanço foi positivo por se terem atingido os objetivos traçados.

A realização deste relatório contribuiu para o desenvolvimento pessoal e profissional, culminando no desenvolvimento de competências de EEESIP. Neste sentido, o estágio proporcionou oportunidades para a aquisição de novos conhecimentos e aprofundamento de outros, para o desenvolvimento de aptidões, aperfeiçoamento de destreza manual e habilidades técnicas, o que permitiu realizar as atividades de forma mais segura e autónoma.

A enfermagem impõe uma constante atualização de saberes e cabe ao enfermeiro desenvolver atividades que promovam o desenvolvimento e aplicação das suas competências. O enfermeiro deve atualizar os seus conhecimentos de modo a fundamentar a sua ação de forma científica, para que a sua prática seja considerada de excelência e, assim, traduziu-se na melhoria da qualidade dos cuidados de saúde.

A formação específica e diferenciada na área da Saúde Infantil e Pediatria é fundamental para melhorar a eficácia da atuação. Esta atuação, por sua vez, é mais consistente e válida, quanto mais é fundamentada e baseada em evidência científica.

Neste sentido direcionou-se o interesse para o sono da criança. Considera-se que as repercussões da perturbação do sono na vida da criança/família podem ser reduzidas com a atuação do EEESIP a nível familiar, social e ambiental. Desta forma, torna-se fundamental desenvolver competências nesse âmbito, mas apenas tudo fará sentido a partir do momento em que se consegue evidenciar os comportamentos desenvolvidos por uma população específica.

Quanto enfermeira e investigadora, este trabalho possibilitou conhecer os hábitos e qualidade do sono relativamente a uma parte da população pediátrica (dos 4 aos 10 anos de idade), permitindo descrever os seus comportamentos, identificar sinais de sonolência diurna e deste modo, auxiliar os cuidadores neste tema de importante relevância no bem-estar, contudo não permite uma generalização dos mesmos, em consequência do tamanho da amostra.

A amostra estudada é composta por famílias predominantemente nucleares, de 4 elementos, em que maioritariamente têm um filho no intervalo etário estudado, o encarregado de educação tem até 40 anos, possui licenciatura ou grau de ensino superior, moram até 5 Km da escola, levando até 15 minutos a chegar à mesma.

Neste estudo descreveram-se os hábitos de sono de crianças dos 4 aos 10 anos, no concelho da Guarda. As crianças dormem em média 9:46 horas, deitam-se em média às 21:37 horas, 52,2% raramente precisa de objeto especial para adormecer, 50,2% às vezes resiste à hora de deitar e 58,9% habitualmente volta a dormir sem ajuda depois de acordar.

Também se identificou o índice de perturbação do sono das crianças dos 4 aos 10 anos, no concelho da Guarda que é de 45,4, o total de CSHQ-PT, com a maioria da amostra (53,2%) a necessitar de observação da especialidade, e é significativamente mais elevado que a população geral.

Neste seguimento, ainda se reconheceram as subescalas Resistência à hora de deitar, Duração do sono, Parassónias, Despertares noturnos, Ansiedade durante o sono e Sonolência diurna significativamente mais elevadas que a população geral, que carecem de especial intervenção, mais ainda a subescala Resistência à hora de deitar e a Ansiedade durante o sono que apresentam relação direta entre elas.

Identificaram-se fatores que interferem nos hábitos de sono das crianças dos 4 aos 10 anos, no concelho da Guarda. Ao avaliar a relação do total do CSQH-PT com a idade da criança, a realização de atividade física extracurricular e o tempo acordar/chegar ao local de ensino, pode-se verificar que estes interferiam, assim sendo, as hipóteses formuladas para o presente estudo são aceites à exceção da H1.

Em suma, podem descrever-se os hábitos de sono e qualidade do mesmo nas crianças dos 4 aos 10 anos de idade do concelho da Guarda.

Ficou evidente a necessidade de intervenção ao nível dos comportamentos relativos às subescalas Resistência à hora de deitar, Duração do sono, Parassónias, Despertares noturnos, Ansiedade durante o sono e Sonolência diurna, através da sensibilização dos EE sobre medidas de higiene do sono, pois promovem um impacto saudável nas mesmas. A atividade física é um comportamento a ser incentivado na amostra, podendo reduzir a relação crescente entre a RHD e AS. A necessidade de adoção de hábitos de sono saudáveis nas idades mais baixas tornou-se evidente.

Sendo o concelho da Guarda um território que inclui desde lugares rurais a meios com hábitos mais urbanos, as diferenças de rotinas/hábitos quotidianos leva a diferenças demográficas consideráveis na população, o que pode levar a limitações na perceção dos hábitos de sono das crianças do concelho, emergindo a necessidade de replicação do mesmo.

É de salientar que este é o primeiro estudo sobre os hábitos de sono a ocorrer nesta região, o que não permitirá perceber o impacto pandémico (positivo ou negativo) nesta população, nem

as características anteriores a este. A recolha de dados ocorreu após períodos de confinamento e há que ter em conta a necessidade de adaptação constante, características da pandemia já referida, constando assim uma limitação para este estudo.

Em questões de limitações do estudo há que referir que os questionários foram realizados *online*, através de uma plataforma informática, sendo que poderão existir encarregados de educação com menor familiaridade com este tipo de plataforma, o que limita as características da amostra. Associado a esta questão, surge o distanciamento do investigador para a possibilidade do esclarecimento de dúvidas.

Outra circunstância que surgiu como limitação, é o facto de se ter assumido na elaboração do questionário que o cuidador principal seria o encarregado de educação e, portanto, aquele que melhor daria informação sobre os hábitos da criança, o que pode não ter ocorrido em algum caso. É de referir que, por lapso, o sexo da criança não apareceu no questionário, não permitindo aferir o Índice de massa corporal.

Para a realização de um estudo no âmbito do sono existem diversas variáveis possíveis de serem abrangidas, que não foram incluídas neste estudo, mas a poderem ser estudadas futuramente.

Os ganhos em saúde são vastamente conhecidos, através de estudos populacionais idênticos, já realizados em outras zonas do país, anteriormente ao estado pandémico, desde o equilíbrio físico e mental da criança e jovem, como a harmonia familiar e saúde mental de todos os elementos da mesma. Comprova-se o papel essencial que o EEESIP desempenha na maximização da saúde da criança/jovem e família e na resposta às necessidades do ciclo de vida e desenvolvimento da criança e do jovem, na promoção de hábitos de sono saudáveis e capacidade de identificar sinais de privação de sono. Também na valorização do sono como elemento determinante de saúde, na capacitação e empoderamento dos pais nas questões relativas ao sono que surjam nas diferentes faixas etárias, na promoção de autonomia e autorregulação da criança na hora de deita e durante o sono, e ainda promover uma reflexão sobre hábitos escolares/laborais/familiares a fim de delinear ajustes de acordo com as necessidades de todos os elementos da família.

Como proposta futura, pretende-se a divulgação dos dados obtidos junto da direção do AEAA para que se possa promover ações de sensibilização (posters, comunicações orais, sessões de educação para a saúde, etc.) junto da comunidade escolar (docentes, não docentes e encarregados de educação), dar continuidade ao rastreio junto da população pré-adolescente e adolescente do mesmo agrupamento de escolas.

A médio prazo, pretende-se alargar o estudo a outras escolas do distrito, para uma visão mais ampla no que se refere aos hábitos de sono da população pediátrica. Desenvolver a ponte entre os cuidados diferenciados e os cuidados primários e, por conseguinte, efetuar sessões de

sensibilização a enfermeiros e outros profissionais de saúde para o despiste de perturbação do sono, a fim de dar resposta às questões e outras situações que possam ser identificadas.

A longo prazo, tem-se como objetivo dar continuidade à temática do sono no âmbito de estudos avançados e dar início a uma consulta do sono em pediatria.

Com o conhecimento adquirido, pretende-se dar continuidade ao caminho, afinal “*o son(h)o comanda a vida*”.

BIBLIOGRAFIA

- Amaral, C., Silva, V., Silva, J., Leal, I. e Paiva, T. (2011). Hábitos De Sono e Ansiedade, Depressão e Stresse: Que Relação? *Actas do 12º Colóquio de Psicologia e Educação*, 990-1006. Acedido em julho de 2021 em Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida: <https://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/1616>
- Almeida, D.J., Duma, T.C., Snak, A.L., e Freitas, G.B.L. (2019). Variação de Parâmetros Fisiológicos entre Cronotipos Matutino e Vespertino Correlacionada aos Jovens Universitários. *UNICIÊNCIAS*; 23 (2), 70-76 em DOI: <http://dx.doi.org/10.17921/1415-5141.2019v23n2p70-76>;
- Buckhalt, J. (2011). Children's Sleep, Sleepiness, and Performance on Cognitive Tasks, *National Institutes of Health*, (2), Acedido em junho de 2021 em Biblioteca -nacional de Medicina dos EUA: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4180085/>
- Cambotas, C. (2014). *A Prática Baseada na Evidência em Contexto da Enfermagem Perioperatória*. Relatório de Estágio de Mestrado em Enfermagem Perioperatória, Escola Superior de Saúde de Setúbal. Acedido em junho de 2021 em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/7489/1/REL%20EST%20MEST.%208%20Nov%202014.pdf>
- Carley, D. W., e Farabi, S. S. (2016). Physiology of Sleep. *Diabetes spectrum: a publication of the American Diabetes Association*, 29(1), 5–9. <https://doi.org/10.2337/diaspect.29.1.5>.
- Casey, A. (1993). Development and Use of Partnership Model of Nursing Care. In: Glasper, E. A., e Tucher, A. (181-193). *Advances in Child Health Nursing*. London: Scutari
- Cavalheiro, M. G., Corrêa, C. C., Maximino, L. P., e Weber, S. (2017). Sleep quality in children: questionnaires available in Brazil. *Sleep science (Sao Paulo, Brazil)*, 10(4), 154–160. <https://doi.org/10.5935/1984-0063.20170027>
- Chicória, M.I.G. (2013). *Cuidados de Enfermagem: Uma Prática Baseada na Evidência*. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Acedido em junho de 2021 em Repositório Científico Escola Superior de Enfermagem de Coimbra: <https://repositorio.esenfc.pt>
- Collière, MF. (1999). *Promover a vida. Sindicato dos Enfermeiros Portugueses*. Lisboa: LIDEL.
- Coutinho, C.P. (2021). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*. (2ª Edição, Reimpressão). Coimbra: Almedina.
- de Bruin, E. J., van Run, C., Staaks, J., e Meijer, A. M. (2017). Effects of sleep manipulation on cognitive functioning of adolescents: A systematic review. *Sleep Med Rev.*, 32, 45-57. doi: 10.1016/j.smrv.2016.02.006. Epub 2016 Mar 3. PMID: 27039223.

- DGS (2003) Circular Normativa nº9/DGCG: *A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor*. Acedido em fevereiro 2020 em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003-pdf.aspx>
- DGS (2010) Orientação nº14. *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças*. Acedido em fevereiro 2020 em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0142010-de-14122010-pdf.aspx>
- Escola Superior de Saúde da Guarda (2008). *Guia de elaboração e apresentação de trabalhos escritos*. Guarda.
- Estêvão, M.H. (s.d.). Associação Portuguesa do Sono. Dormir bem dá saúde e faz crescer. Acedido março 2020 em Associação Portuguesa do Sono: <https://www.apsono.com/index.php/pt/noticias/noticias-do-sono/69-dormir-bem-da-saude-faz-crescer>
- Farrell, M. (1992). Partnership in care: paediatric nursing model. *Br J Nurs*; 24;1(4), 175-6. doi: 10.12968/bjon.1992.1.4.175. PMID: 1643373.
- Ferreira, R., Duarte, E., e Figueiredo, M.C. (2019). Sono e repouso na adolescência. In Sousa, P.M.L. (Editor) *TEENPOWER – Tecnologia & Inovação na Promoção de Comportamentos Saudáveis em Adolescentes* (pp. 49-65). Leiria: Grácio Editor. Acedido em Repositório do Instituto Politécnico de Santarém: https://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/2943/1/TeenPower-Livro-12_4_2019_FINAL.pdf
- Ferreira, R.T., Rodrigues, T.S., Oliveira, G.R., et al. (2018) Sleep habits in infants: the role of maternal education. *Sleep Medicine*; doi: <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2018.08.020>
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Fraga, B., Firmino-Machado, J., Borges, M. *et al.* (2017) Associação dos distúrbios do sono com variáveis sociodemográficas e escolares em crianças açorianas: estudo transversal numa população de alunos do ensino primário, *MGF & Ciência*; 1 (2); 74-81.
- Guimarães, A. C. (2013). *Identificação de hábitos de sono, compreensão do sono e rotinas de sono em crianças de idade escolar: estudo com crianças e pais*. (Dissertação de Mestrado). Universidade de Lisboa. Acedido em fevereiro de 2019 em Repositório da Universidade de Lisboa: <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/10415>
- Hale, L., Guan, S. (2015). Screen time and sleep among school-aged children and adolescents: a systematic literature review. *Sleep Med Rev.*; 21, 50-58. doi: 10.1016/j.smrv.2014.07.007.
- Heraghty, J.L., Hiliard, T. N., Henderson, A. J., Fleming, P.J. (2008) The physiology of sleep in infants. *Institute of Child Life and Health, University of Bristol, and Bristol Royal Hospital for Children, Bristol*, 2008(93). 982–985. doi:10.1136/adc.2006.113290

- Hicks CM. (2016) *Métodos de Investigação para Terapeutas Clínicos* (3ª ed.) Trad: Sofia Fonseca Ribeiro. Loures: Lusociência
- Hill, Manuela Magalhães e Hill, Andrew (2005) *Investigação por questionário*, Edições Sílabo, 2ª edição, Lisboa
- INE (2020) Retorno de Informação aos Respondentes Municípios. Acedido em novembro 2021 em Instituto Nacional de Estatística: https://www.ine.pt/documentos/municipios/0907_2020.pdf
- Instituto Politécnico da Guarda (2020). *Regulamento nº763/2020 – Regulamento dos Cursos de Mestrado do Instituto Politécnico da Guarda*. Acedido em dezembro 18, 2020, em Instituto Politécnico da Guarda: http://www.ipg.pt/guia_aluno/files/Reg.CursosMestrado2020.pdf
- Lopes, S., Almeida, F., Jacob, S., Figueiredo, M., Vieira, C., Carvalho, F. (2016). Diz-me como dormes: hábitos e problemas de sono em crianças portuguesas em idade pré-escolar e escolar. *Nascer e Crescer*; vol. XXV, 4, 211-216.
- Loureiro, H., Pinto, T., Carneiro-Pinto, J., Rebelo-Pinto, H., Paiva, T. (2013). Validation of the Children Sleep Habits Questionnaire and the Sleep Self Report for Portuguese children. *Sleep Sci.*; 6(4), 151-158. Acedido em maio de 2019 em Sleep Science: <https://cdn.publisher.gn1.link/sleepscience.org.br/pdf/v6n4a06.pdf>
- Mano, M. J. (2002). Cuidados em Parceria às Crianças Hospitalizadas: predisposição dos enfermeiros e dos pais. *Revista Referência*, 8, 53-61. Acedido em 12 de abril de 2019 em: https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=57&id_revista=5&id_edicao=14
- Manzoli, J. P. B., Correia, M. D. L., e Duran, E. C. M. (2018). Definição conceitual e operacional das características definidoras do diagnóstico de enfermagem Padrão de Sono Prejudicado. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*; 26: 3105, 2-10. DOI: 10.1590/1518-8345.2582.3105 www.eerp.usp.br/rlae
- Marques, J. A. C. P. (2017). *Qualidade de Sono de Adolescentes em Contexto Escolar* (Dissertação de Mestrado), Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Acedido em junho de 2021 em Repositório da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra: <https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=52968&code=249>
- Meltzer, L.J., Montgomery-Downs, H.E. (2011) Sleep in the Family. *Pediatr Clin North Am*; 58(3): 765-774. Doi: 10.1016/j.pel.2011.03.010
- Mindell, Jodi A. e Lisa J Meltzer (2008) Behavioural Sleep Disorders in Children and Adolescents. *Academy of Medicine*, August, 37 (8), 722-728.
- Moreira, C. (2010). *Avaliação de uma implementação do Sistema de Triagem de Manchester. Que realidade?*, Tese de Mestrado de Informática Médica, Universidade do Porto.

- Acedido em 8 de Junho de 2020 em Repositório Aberto da Universidade do Porto:
<http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/24572/4/teseMIMcatiaM.pdf>
- National Sleep Foundation (2019). *How Much Sleep Do We Really Need?* Acedido em maio de 2019 em Sleep Foundation: <http://www.sleepfoundation.org/articles/how-much-sleep-do-we-really-need>;
- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual Enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2008). *Dor guia orientador de boa prática*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Acedido em junho de 2020 em Ordem dos Enfermeiros: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciaCriancaJov_aprovadoAG_20Nov2010.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015a). Regulamento n.º 361/2015. *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. Diário da República, 2.ª Série, n.º 123 (26 de junho de 2015), 17240-17243.
- Ordem dos Enfermeiros (2015b). *Estatutos da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde infantil e pediátrica: Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Lisboa: Ordem Dos Enfermeiros. Acedido 30 de maio de 2021 em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto-2_padroesqualidcuidesip.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento n.º 422/2018 - *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*, Diário da República, 2ª série – Nº 133 – 12 de julho de 2018. Acedido em 30 de maio de 2021, em Ordem dos Enfermeiros: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8349/1919219194.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2019) Regulamento n.º 140/2019 - *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*, Diário da República, 2ª série – Nº 26 – 6 de fevereiro de 2019. Acedido em 30 de maio de 2021, em Ordem dos Enfermeiros: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Pacheco, D. (2021). *Rotinas da Hora de Dormir Para Crianças*. Sleep Foundation, A *OneCare Media Company*. Acedido em maio de 2021 em Sleep Foundation: <https://www.sleepfoundation.org/children-and-sleep/bedtime-routine>
- Paiva, T., e Penzel, T. (2011). *Centro de Medicina do Sono: Manual Prático*. Lousã: Lidel.

- Parreira, A.F., Martins, A., Ribeiro, F., Silva, F.G. (2019). Validação Clínica da Versão Portuguesa do Questionário de Hábitos de Sono das Crianças (CSHQ-PT) em Crianças com Perturbações do Sono e PHDA. *Acta Med Port*; 32(3), 195-201. <https://doi.org/10.20344/amp.10906>
- Paruthi, S., Brooks, L. J., D'Ambrosio, C., *et al.* (2016). Consensus Statement of the American Academy of Sleep Medicine on the Recommended Amount of Sleep for Healthy Children: Methodology and Discussion. *Journal of clinical sleep medicine: JCSM: official publication of the American Academy of Sleep Medicine*, 12(11), 1549–1561. <https://doi.org/10.5664/jcsm.6288>
- Pina, J., Veiga-Branco, M. A., Cunha, M., Duarte, J., e Silva, C. (2020). Questionário de eficácia clínica e prática baseada em evidências: análise fatorial confirmatória em uma amostra de enfermeiros. *Millenium*, 2(ed espec. nº5), 137-145.
- Pocinho, M. (2012). *Metodologia de Investigação e Comunicação do Conhecimento Científico*. Lisboa: Lidel
- Rangel, M.; Baptista, C.; Pitta, M., Anjo, S. e Leite, A. (2015). Qualidade do sono e prevalência das perturbações do sono em crianças saudáveis em Gaia: um estudo transversal, *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 31, 256-64, Acedido em junho 2021 em:https://www.researchgate.net/publication/317470404_Qualidade_do_sono_e_prevalencia_das_perturbacoes_do_sono_em_crianças_saudáveis_em_Gaia_um_estudo_transversal
- Rezaei, S., Mahfeli, M., Mousavi, S.V., e Hosseini, S.P. (2019). Research Paper: The Effect of Laughter Yoga on the Quality of Life of Elderly Nursing Home Residents. *Caspian Journal of Neurological Sciences "Caspian J Neurol Sci"*; 5(1), 7-15. <https://doi.org/10.32598/CJNS.5.16.7>
- Saint-Exupéry, A. (2015) *O Príncipezinho*. 1.ª edição. Lisboa: Bertrand. ISBN: 978-972-25-2957-0, 123
- Salmela, M., Aronen, E.T., e Salanterä, S. (2011). The experience of hospital-related fears of 4- to 6-year-old children. *Child: care, health and development*; vol. 37(5), 719-726.
- Santos, C.I.P. (2014). *Tradução, adaptação cultural e validação da Parental Stress Scale Neonatal Intensive Care Unit para a população Portuguesa*. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Santos, C. e Nunes, M. (2018). Distúrbios do sono na infância. *Residência Pediátrica*, 8(1), 86-92, doi: 10.25060/residpediatr-2018.v8s1-14
- Saúde Mental (2019). Sono. Acedido em fevereiro de 2019 em Saúde Mental: <http://www.saudemental.pt/sono/4593078356>
- Shields, L. (2011). Family-Centred Care: Effective Care Delivery or Sacred Cow? *Forum on Public Policy*; 1-10. Acedido em março de 2019 em:

- https://espace.curtin.edu.au/bitstream/handle/20.500.11937/17020/163609_40086_Family%20centred%20care%20effective%20care%20delivery.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Silva, D., e Silva, E. (2004). O Ensino clínico na formação em Enfermagem. *Revista Millenium*(30), pp. 103-119. Acedido em 19 de julho de 2021, em <http://hdl.handle.net/10400.19/445>
- Silva H, Pinto H.R., Paiva T. (2013) Adaptação e Validação do Children's Sleep Habits Questionnaire e do Sleep Self Report para Crianças Portuguesas. Faculdade de Medicina de Lisboa. Acedido em 22 de março 2019 em Repositório Universidade Lisboa: <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/8924>
- Silva, F. M. G. (2014). *Hábitos e problemas do sono das crianças dos 2 aos 10 anos*. (Tese de Doutoramento). Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa. Acedido em abril de 2019 em Repositório Universidade Nova: <https://run.unl.pt/bitstream/10362/14234/1/Silva%20Filipe%20TD%202014.pdf>
- Sleep Foundation – A OneCare Media Company. Acedido em maio de 2020 em: <https://www.sleepfoundation.org/children-and-sleep/how-blue-light-affects-kids-sleep>
- Sociedade Portuguesa de Pediatria (2017). Recomendações SPS-SPP: prática da sesta da criança nas creches e infantários, públicos ou privados. Acedido em maio de 2019 em Sociedade Portuguesa de Pediatria: https://www.spp.pt/UserFiles/file/Noticias_2017/VERSAO%20PROFISSIONAIS%20DE%20SAUDE_RECOMENDACOES%20SPS-SPP%20SESTA%20NA%20CRIANCA.pdf
- Torres, A., Pereira, A., Oliveira, C., Oliveira, L., Marques, J. (2021). Impacto da privação do sono na criança em idade pré-escolar e escolar, *Revista de Ciências da Saúde da ESSCVP*, 12, 28-33. Acedido em julho 2021 em *Salutis Scientia*: <http://www.salutisscientia.esscvp.eu/Site/download.aspx?artigoid=32181>
- Winter, S. (2017) An Exploration of Current Research into the Prevalence, Aetiology and Impact of Sleep Difficulties in Children and Young People with Autism Spectrum Disorder, Using the Evidence to Provide Effective Intervention, *Educational Psychology Research and Practice*, 3(1), Spring, 75–85. Acedido em julho 2021: [https://repositor.uel.ac.uk/Educational Psychology Research and Practice 2017 Spring Winter.pdf](https://repositor.uel.ac.uk/Educational%20Psychology%20Research%20and%20Practice%202017%20Spring%20Winter.pdf) (uel.ac.u

APÊNDICES

APÊNCICE A – PROJETO DE ESTÁGIO NO SERVIÇO DE URGENCIA PEDIATRICA



Escola Superior de Saúde

Instituto Politécnico da Guarda

Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

2º Ano, 1º Semestre

ESTÁGIO COM RELATÓRIO FINAL

PROJETO DE ESTÁGIO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA

Aluna: Tânia Alexandra Santos Bordalo

Orientadores: Prof^ª. Paula Pissarra

EEESIP Irene Veloso

MESIP César Pereira

Guarda

2019/2020

Objetivo Geral

- Desenvolver competências especializadas de enfermeiro em saúde infantil e pediatria, em contexto de urgência.

Objetivo Específico. 1: Conhecer a organização e o funcionamento serviço de Urgência Pediátrica da ULS-Guarda.

Atividades a desenvolver:

- Entrevista informal com o Enfermeiro Chefe;
- Entrevista informal com o Enfermeiro Orientador;
- Realização de uma visita acompanhada ao serviço para fazer o reconhecimento dos diferentes recursos materiais e respetiva localização;
- Conhecimento da equipa multidisciplinar;
- Identificação do método de trabalho usado;
- Domínio dos protocolos preconizados;
- Utilização dos sistemas de informação existentes;
- Esclarecimento de dúvidas relativas à dinâmica do serviço.

Objetivo Específico. 2: Integrar e respeitar os princípios éticos, deontológicos e de responsabilidade profissional em todo o ambiente de cuidados.

Atividades a desenvolver:

- Tomada de decisão ética com base nos princípios, valores e normas deontológicas;
- Cumprimento dos princípios definidos nos documentos e legislação em vigor (carta dos direitos da criança, Direitos Humanos, Código Deontológico dos Enfermeiros);
- Respeito e sigilo da informação, dos valores e crenças da família, bem como da sua autonomia;
- Participação em estratégias de resolução de problemas, em situações de maior complexidade, que surjam no serviço;
- Adoção de comportamentos de responsabilidade profissional, respeitando as normas de apresentação pessoal, dos princípios de higiene hospitalar, das orientações dadas e mostrando disponibilidade para cooperar;
- Acompanhamento do enfermeiro orientador nas suas atividades;
- Promoção de boas relações com a equipa de trabalho, criança, jovem e família.

Objetivo Específico. 3: Desempenhar um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas na área da melhoria da qualidade.

Atividades a desenvolver:

- Consulta das normas, protocolos e procedimentos operativos homologados para o serviço;
- Criação e manutenção de um ambiente terapêutico e seguro;
- Colaboração em trabalhos de investigação em enfermagem, visando a melhoria dos cuidados de enfermagem;
- Realização de uma sessão de formação para os profissionais do serviço na temática do Sono na criança.

Objetivo Específico. 4: Integrar a gestão de cuidados, otimizando as respostas de enfermagem, participar na articulação com a equipa multiprofissional bem como gerir os recursos presentes às situações e contexto das mesmas, de forma a otimizar a qualidade dos cuidados.

Atividades a desenvolver:

- Referenciação para outros prestadores de cuidados de saúde, quando detetadas situações que o exijam;
- Otimização do trabalho de equipa adequando os recursos às necessidades dos cuidados;
- Participação na manutenção e funcionamento dos equipamentos existentes no serviço de urgência pediátrica;
- Organização das ações em função dos recursos materiais e humanos;
- Realização de colheita de espécimes para análise através das técnicas e meios adequados;
- Acompanhamento do utente pediátrico e colaboração na realização de exames complementares de diagnóstico ou outros tratamentos a que possa ser submetido;
- Registo das atividades no processo da criança (*Alert®*).

Objetivo Específico. 5: Desenvolve aprendizagens profissionais.

Atividades a desenvolver:

- Detenção de consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro;
- Reconhecimento dos seus recursos e limites pessoais e profissionais;
- Suporte da sua prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da

especialidade;

- Demonstração de conhecimentos especializados e aplicação dos mesmos na prestação de cuidados.

- Rentabilização das oportunidades de aprendizagem e tomada de iniciativa na análise de situações clínicas.

Objetivo Específico. 6: Assistir a criança/jovem e sua família na maximização da sua saúde.

Atividades a desenvolver:

- Implementação de planos de saúde, promotores da parentalidade de forma a incentivar e proporcionar o envolvimento dos pais na prestação de cuidados ao utente pediátrico;

- Negociação da participação do utente pediátrico e família em todo o processo de cuidar;

- Comunicação com o utente pediátrico e família utilizando técnicas apropriadas a idade e estágio de desenvolvimento do mesmo;

- Intervenção em situações de doença/risco que possam afetar a qualidade de vida da criança/jovem;

- Demonstração de conhecimentos sobre doenças comuns às várias idades, implementando respostas de enfermagem apropriadas;

- Esclarecimento de dúvidas às famílias, realizando ensinamentos oportunos, de forma a facilitar o desenvolvimento de competências das mesmas face a situações específicas, quer de saúde quer de doença;

- Promoção da expressão de dúvidas relativas do utente pediátrico e família face à sua situação;

- Promoção da saúde através de ensinamentos individualizados e personalizados a cada utente pediátrico e família;

- Desenvolvimento de técnicas motivacionais do utente pediátrico e família de forma a valorizar os seus papéis;

- Elaboração de registos com metodologia e rigor científico garantindo a continuidade dos cuidados e demonstrando domínio na utilização do programa informático em uso (*Alert*®) e sistema de classificação de doentes, mantendo o processo individual do utente pediátrico atualizado e devidamente elaborado.

Objetivo Específico. 7: Cuidar da criança/jovem e família em situações de especial complexidade, recorrendo a uma vasta abordagem de terapias em enfermagem

Atividades a desenvolver:

- Reconhecimento de situações de instabilidade e risco de morte e atuar através de uma rápida identificação das mesmas e proporcionar resposta adequada a situação presente;
- Efetuar a triagem (através do programa Triagem de Manchester) dos utentes pediátricos que recorrem ao serviço;
- Realização do acolhimento ao utente pediátrico;
- Observação, de forma geral, o utente pediátrico;
- Realização a colheita de dados com a família;
- Identificação das necessidades afetadas e planear as intervenções;
- Estabelecimento de prioridades de intervenção no atendimento do utente pediátrico em situação de instabilidade;
- Colaboração com a equipa na prestação de cuidados globais ao utente pediátrico;
- Organização dos cuidados de enfermagem com método e rigor;
- Registo das atividades no processo do utente pediátrico;
- Realização da gestão diferenciada da dor, aplicando medidas farmacológicas e não farmacológicas para o alívio da dor, com:
 - Avaliação e monitorização da dor na criança/jovem, através da escala de avaliação de dor utilizada no serviço e providenciar o alívio adequado;
 - Registo das atividades no processo do utente pediátrico.
- Promoção da adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade
 - Diagnóstico das necessidades especiais e incapacidades na criança/jovem;
 - Capacitação da criança em idade escolar, o adolescente e a família para a adoção de estratégias de coping e de adaptação.

Objetivo Específico. 8: Prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.

Atividades a desenvolver:

- Promoção o crescimento e o desenvolvimento infantil, demonstrando conhecimentos e avaliando o mesmo através de:
 - Avaliação do utente pediátrico: comportamento, atividade, sinais vitais, utilização de escalas utilizadas no serviço (dor, quedas entre outras);
 - Colaboração na visita médica;
 - Preparação e administração de terapêutica prescrita;

- Prestação de cuidados globais ao utente pediátrico no âmbito das varias especialidades, como por exemplo: medicina, cirurgia, ortopedia, urologia entre outras;
- Registo das atividades no processo do utente pediátrico.
- Adoção de estratégias adequadas de comunicação com o utente pediátrico e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura dos mesmos;
- Promoção da auto-estima do adolescente e a sua auto-determinação nas escolhas relativas à saúde:
 - Auxilio na comunicação expressiva de emoções;
 - Identificação dos estádios do processo de mudança na adoção de comportamentos saudáveis;
 - Reforço na tomada de decisão responsável.

Objetivo Específico. 9: Refletir criticamente as ações desenvolvidas no âmbito do meu percurso de ensino/aprendizagem pessoal e profissional

Atividades a desenvolver:

- Desenvolvimento motivacional, de forma a proporcionar maiores oportunidades de satisfazer as minhas necessidades e desenvolver a minha personalidade e desempenho profissional;
- Tomada responsável nas decisões e atos a praticar;
- Assumir erros e críticas.

APÊNCICE B – PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA



Escola Superior de Saúde da Guarda
 Instituto Politécnico da Guarda
 Mestrado de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

PLANO DE SESSÃO

IMPORTÂNCIA DO SONO NA CRIANÇA			
LOCAL DE REALIZAÇÃO	Serviço de Urgência Pediátrica – Sala de Formação	HORA	14 horas
DATA	30/01/2020	FORMADOR	Tânia Bordalo (aluna MESIP)
MÓDULO	Estágio com Relatório Final - MESIP	ORIENTADORES	Prof. Doutora Paula Pissarra EESIP Irene Veloso MESIP César Pereira
TEMA DA SESSÃO	Sono na criança		
POPULAÇÃO ALVO	Enfermeiros do serviço de urgência de pediatria e outros profissionais do serviço		
DURAÇÃO DA SESSÃO	2 horas		
OBJETIVOS			
OBJETIVO GERAL	Adquirir sensibilidade relativamente à importância do sono na criança.		
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	<ul style="list-style-type: none"> ● Indicar as funções do sono; ● Identificar as características estruturais do sono; ● Clarificar medidas de higienização do sono; ● Esclarecer as repercussões da privação do sono na criança; ● Identificar as perturbações do sono na criança; ● Exemplificar um plano de cuidados de enfermagem com uma perturbação do sono; ● Estimular comportamentos promotores de saúde. 		

FASES	CONTEÚDOS	MÉTODOS E TÉCNICAS	ATIVIDADES	RECURSOS DIDÁTICOS	TEMPO	AVALIAÇÃO
INTRODUÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação da formadora, cronograma e objetivos • Verificação dos conhecimentos 	<ul style="list-style-type: none"> • Método expositivo • Método interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Exposição oral • Questões orientadas e dirigidas 	<ul style="list-style-type: none"> • Computador • Videoprojector 	15 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação diagnóstica: formulação de questões orais • N° de formandos
DESENVOLVIMENTO	<ul style="list-style-type: none"> • Características do sono • Medidas de higiene do sono • Repercussões da privação do sono • Perturbações do sono • Plano de cuidados • Comportamentos promotores de saúde 	<ul style="list-style-type: none"> • Método expositivo • Método interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Exposição oral • Questões orientadas e dirigidas 	<ul style="list-style-type: none"> • Computador • Videoprojector • Programa informático Power Point 	60 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação formativa: formulação de questões orais • Avaliação de comunicação não verbal
CONCLUSÃO	<ul style="list-style-type: none"> • Síntese dos conteúdos abordados • Verificação de conhecimentos 	<ul style="list-style-type: none"> • Método interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Perguntas abertas sobre os conteúdos aprendidos 	<ul style="list-style-type: none"> • Computador • Videoprojector 	45 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação sumativa: formulação de questões orais • Avaliação segundo plano de serviço.

APÊNCICE C – PPT DE SESSÃO DE FORMAÇÃO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA

Escola Superior de Saúde da Guarda
 Instituto Politécnico da Guarda
 Mestrado de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediatria
 2º ano / 1º semestre

IMPORTÂNCIA DO SONO NA CRIANÇA

UC: Estágio com Relatório Final (Urgência Pediátrica da USG)

Aluna MESIP: Tânia Bordalo

Orientadores: Professora Doutora Paula Pissarra
 EESIP Irene Veloso
 MESIP César Pereira

Guarda
 2020

Plano de Sessão

Importância do Sono na Criança

IMPORTÂNCIA DO SONO NA CRIANÇA			
LOCAL DE REALIZAÇÃO	Serviço de Urgência Pediátrica – Sala de Formação	HORA	14 horas
DATA	30/01/2020	FORMADOR	Tânia Bordalo (aluna MESIP)
MÓDULO	Estágio com Relatório Final - MESIP	ORIENTADORES	Prof. Doutora Paula Pissarra EESIP Irene Veloso MESIP César Pereira
TEMA DA SESSÃO	Sono na criança		
POPULAÇÃO ALVO	Enfermeiros do serviço de urgência de pediatria e outros profissionais do serviço		
DURAÇÃO DA SESSÃO	2 horas		
OBJETIVOS			
OBJETIVO GERAL	Adquirir conhecimentos relativamente à importância do sono na criança.		
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	<ul style="list-style-type: none"> Indicar as funções do sono; Identificar as características e estruturas do sono; Clarificar medidas de higiene do sono; Estabelecer as especificidades do período de sono na criança; Identificar as perturbações do sono na criança; Exemplificar um plano de cuidados de enfermagem com uma perturbação do sono; Estimular comportamento promotor de saúde. 		

Sono

Processo corporal, diminuição recorrente da atividade corporal evidenciada pela diminuição de consciência; não acordado acompanhado de; não consciente; diminuição do metabolismo; postura imóvel; atividade corporal diminuída; sensibilidade a estímulos externos.

(OPF, 2015)

Sono

Funções do Sono:


- restabelecimento de vários sistemas,
- conservação da energia,
- manutenção da termorregulação e imunidade,
- funções endócrinas (hormona do crescimento),
- estabilização da memória,
- crescimento e desenvolvimento do sistema nervoso central.

Sono

Dia ↻ Noite
 Ciclo Circadiano

- Estabelece-se na criança a partir dos 3-5 meses, aproximadamente.

Sono




Estrutura do Sono

NREM (Non-rapid eye movement)

- sono profundo ou reparador,
- com baixa atividade cerebral,
- frequências cardíacas e respiratórias mais baixas e regulares,
- diminuição da temperatura corporal,
- diminuição relativa do tônus muscular,
- existe ainda alguma capacidade de movimento,
- primeiro 1/3 da noite.

Sono




Estrutura do Sono

NREM (4 fases)

Fase 1 - já não estamos despertos, mas somos facilmente acordados, duração entre 5 e 10 minutos.

Fase 2 - menos conscientes do meio envolvente, duração máxima de cerca de 25 minutos, repete-se durante a noite.


Sono



Estrutura do Sono

Fase 3 e 4 - sono mais lento e profundo, menor capacidade de resposta, dificilmente acordamos. Fase de transição entre o sono mais leve e um sono muito profundo. É o sono considerado reparador, duração de 20 – 60 minutos e vai diminuindo ao longo da noite.

Sono




Estrutura do Sono

REM (Rapid eye movement)

- sono com intensa atividade cerebral;
- movimentos oculares rápidos;
- ausência da termorregulação;
- tônus muscular (exceto no diafragma, músculos dos olhos e do ouvido médio);
- partilha características de sono profundo com características de sono leve;
- iniciam-se de curta duração e vão-se tornando mais prolongadas ao longo da noite (10 min até 60 min);
- mais comum na segunda metade da noite.


Sono



Estrutura do Sono

NREM e REM alternam-se em períodos de 50 - 60 min até aproximadamente aos 6 meses, e vão aumentando gradualmente até 90- 110 min aproximando-se ao adulto pelos 6 anos de idade.

Sono




Estrutura do Sono

As necessidades de sono mudam com a idade:

- < 4 meses – sem ritmo definido
- 4 a 12 meses - 12/16 horas;
- 1 - 2 anos - 11 /14 horas;
- 3 - 5 anos - 10 /13 horas;
- 6 - 12 anos - 9 /12 horas;
- 13 - 18 anos - 8 /10 horas.

(American Academy of Sleep Medicine – AASM
American Academy of Pediatrics – AAP
2014)

Sono




Higiene do Sono

- Horário regular de deitar a criança (todos os dias deverá ir para a cama à mesma hora) aos fins-de-semana, pode existir uma tolerância de 30 - 60 minutos;
- Rotina de deitar estabelecida - sequência, ritual que precede a ida para a cama (vestir o pijama, depois lavar os dentes e contar história, por exemplo);
- Quarto com pouco estímulo, quer sonoro ou quer visual, sendo um local agradável;

(Associação Portuguesa do Sono, 4/8)

Sono




Higiene do Sono

- Deitar a criança somente mas ainda acordada;
- Uso de objeto de transição (fralda de pano, chucha ou boneco);
- Evitar adormecer em local que não a própria cama;
- Evitar atividade estimulante antes de adormecer;
- Restringir a utilização de ecrãs (televisão, telemóvel, tablet ou consola de jogos) cerca de 1 hora antes de adormecer;

(Associação Portuguesa do Sono, 4/8)

Sono



Higiene do Sono

- Não ter fome ao deitar;
- Evitar alimentos/bebidas estimulantes nas horas que antecedem o deitar;
- Não ingerir líquidos excessivamente nas horas que antecedem o deitar (evitar idas ao WC ou enuresse noturna)

(Associação Portuguesa do Sono, 4/8)

Sono





REPERCUSSÕES DA PRIVAÇÃO DO SONO NA CRIANÇA

CONSEQUÊNCIAS A CURTO PRAZO	
Distúrbios na modulação do humor e dos afectos	Instabilidade humor Baixa estabilidade emocional Humor variável Perda do controlo emocional
Perturbação de funções neuro-cognitivas	Falta de atenção; distração Incapacidade de executar tarefas Diminuição da flexibilidade do pensamento Diminuição do raciocínio abstrato Perturbação da memória
Alteração do comportamento	Instabilidade de humor Irritabilidade Impulsividade hiperactividade
Alteração motora	Diminuição da destreza motora Aumento de lesões accidentais e quedas frequentes
CONSEQUÊNCIAS A LONGO PRAZO	
Aprendizagem	Baixa rendimento escolar
Comportamento	Hiperactividade e défice de atenção
Psicologia	Ansiedade Depressão
Alterações orgânicas	Alteração de função endócrina Alteração de função autoimune Alteração do metabolismo do açúcar (glucose) Cintilografia - aumento potencial Hiperactividade arterial
Perturbação de vida familiar	Aumento do stress de depandência crónica Aumento do stress de disfunção familiar


(Recomendações do SPS-SP, 2017)

Perturbação do Sono

The diagram illustrates a cyclical relationship between 'Dissónias' (top) and 'Parassónias' (left). A central box is labeled 'Associadas a doenças psiquiátricas e ou físicas'.


Perturbação do Sono



Dissónias - interferências na qualidade ou quantidade de tempo de sono, período de sono insuficiente, excessivo ou ineficaz, anomalias no horário do sono.
Ex.: Insónia, Hipersónia, Narcolepsia, Apneia Obstrutiva do Sono (AOS)

(American Sleep Disorders Association, 1/8)


Perturbações do Sono



Parassónias - alterações que envolvem o comportamento do sono, carácter transitório e benigno. Ex.: Bruxismo, Enurese Noturna, Sonambulismo, Pesadelos, Terrors Noturnos, Somnolência, Despertares Confusionais, Síndrome das Pernas Inquietas e Perturbações Periódicas do Movimento

(American Sleep Disorders Association, Ltd)


Perturbações do Sono



Perturbações associadas a doenças psiquiátricas ou físicas - Perturbação do Déficit de Atenção e Hiperactividade (PHDA), Perturbação Depressiva e Perturbação do Espectro do Autismo (PEA), Epilepsia, Patologia Degenerativa do Sistema Nervoso Central e ainda a Asma.

(American Sleep Disorders Association, Ltd)

Perturbações do Sono



Dissónias


Insónia - dificuldade no início do sono, na sua consolidação ou qualidade (N. Madureira e M. H. Estevão, 2017).

Insónia Comportamental da Infância

- sleep-onset association (dos seis meses a três anos) - dificuldade em adormecer sozinho e apresenta múltiplos despertares durante a noite
- limit setting type (com mais de dois anos) - resistência em ir para a cama tornando a rotina de adormecer prolongada e com múltiplos pedidos

(Madureira e Estevão, 2017)

Perturbações do Sono




Insónia Fisiológica (adolescência) - devido a um atraso na produção de hormonas indutoras do sono

(Morris, 2006)

➤ Insónia constitui uma manifestação subtil de depressão.

Perturbações do Sono




Hipersónia - aumento de sonolência diurna e prolongamento do período de sono (adolescente)

Deficiente higiene do sono ou Hipersónia verdadeira?

(Madureira e Estevão, 2017)

Perturbações do Sono




Narcolepsia (doença crónica do SNC) - modificação nos mecanismos cerebrais que controlam os períodos Sono/Vigília.

(A. Ferrel, M. Gagnepain, 2010)

Apneia Obstrutiva do Sono (AOS) - o aumento da resistência condiciona hipapneias ou apneias do fluxo aéreo, com esforço respiratório e hipoxemia e/ou hipercapnia. Associada à hipertrofia adenoamigdalina, obesidade, prematuridade, malformações congénitas, rinite alérgica e/ou RGE. Ressonar é dominante comum.

(Madureira e Estevão, 2017)

Perturbações do Sono




Parassónias

Bruxismo - ranger ou encerramento involuntário e permanente dos dentes. Geralmente ocorre durante o sono, mas também pode ocorrer durante uma vigília. Etiologia desconhecida. Apoio de Dentista/Estomatologista.

(Lima, 2014)


Perturbações do Sono



Enurese Noturna - incontinência urinária, perda de involuntária de urina durante o sono (CIFE, OE, 2015), controlo de esfíncteres entre os 3 e os 6 anos.

Sonambulismo - a criança pode passear pela casa, em geral com uma marcha algo tilubeante, mas pode ter algumas ações coordenadas, como abrir a porta da rua. (Nuno Lobo Antunes, 2012) Surge em fase NREM, a memória do sucedido é vaga ou até inexistente. Surge maioritariamente em crianças com idade pré-escolar e escolar.

Perturbações do Sono




Pesadelos – Sonhos desagradáveis, ocorrem na fase REM, há memória do episódio, as crianças acordam completamente, assustadas e com medo de voltar a dormir. Pode iniciar-se resistência em deitar-se.

Mais frequentes em crianças de 5 a 10 anos, e parecem ter origem em medos e conflitos normais para a idade, pelo que devem ser encarados com naturalidade.

(Antunes, 2012)


Perturbações do Sono



Terrorres Noturnos - de início súbito, com graus variados de atividade motora e sinais autonómicos de medo intenso. A criança apresenta fáceis de susto, encontra-se confusa, agitada, chora ou grita, não verbaliza o que a perturba, não acalma com a presença dos pais e após alguns minutos volta a dormir. Surge entre os 3 e os 8 anos, em fase NREM do sono.

(Madureira e Esteves, 2017)


Perturbações do Sono



Despertares Confusionais - ocorrem entre os 6 meses e os 7 anos, de início lento e duração mais prolongada, não há alterações comportamentais, respostas autonómicas ou componente motor relevante. A criança tem um ar assustado, com olhar vago e um discurso confuso e lentificado. Surgem em fase NREM, a criança começa por ficar mais agitada, a mexer-se e depois chora.

(Madureira e Esteves, 2017)

Perturbações do Sono




Síndrome de Pernas Inquietas - movimentos periódicos dos membros, estereotipados, repetidos e podem provocar despertares parciais.

Na infância podem ser confundidos com agitação da criança, resistência em ir para a cama, insónia inicial ou sono agitado. Surgem a partir dos 8 anos sendo mais predominante na adolescência. Risco mais comum associado é a diminuição das reservas de ferro.

(Antunes, 2012)


Perturbações do Sono



Perturbações Periódicas do Movimento - ocorrência de movimentos estereotipados, rítmicos e repetitivos da cabeça ou do corpo ao adormecer e/ou durante os microdespertares do sono. São um mecanismo de auto adormecimento que, habitualmente, desaparece com o crescimento. Podem surgir nos primeiros meses de vida e desaparecem por volta dos 4 anos.

(Machado e Almeida, 2017)


Perturbações do Sono



Quando a criança dorme mal, há que navegar pelas causas: *dissónias, parassónias e doenças orgânicas com efeitos sobre o sono.*

(Monteiro, 2006)

Perturbações do Sono



Exemplo de Plano de Cuidados: Pesadelos

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Resultados Esperados
<ul style="list-style-type: none"> Conhecimento da família sobre a doença diminuído (os pais relativamente a estratégias para promover Higiene do Sono) 	<ul style="list-style-type: none"> Ensinar os pais sobre de Higiene do Sono Incentivar o estabelecimento de limites de horário para adormecer Estimular a organização de rotinas de adormecimento Evitar momentos de excitabilidade/hiperestimulação no momento de deitar Evitar ingerir líquidos excessivos antes de adormecer ou durante a noite 	<ul style="list-style-type: none"> Conhecimento efetivo (os pais relativamente a estratégias para promover Higiene do Sono)

<ul style="list-style-type: none"> Sono compreendido 	<ul style="list-style-type: none"> Incentivar a criança a adormecer sozinha no próprio quarto Promover ambiente seguro (deixar a porta do quarto da criança ligeiramente aberta; luz de presença) Proporcionar ambiente sem ruídos Evitar alimentar a criança após despertar Deitar a criança sozinha mas ainda acordada Evitar estímulos externos à criança Minimizar manipulações, apenas as necessárias Ajudar regime terapêutico nos períodos de vigília/despertares da criança 	<ul style="list-style-type: none"> Sono melhorado
<ul style="list-style-type: none"> Pesadelo atual 	<ul style="list-style-type: none"> Estimular durante o dia a criança a conversar sobre os medos que surgem durante a noite Incentivar a criança a fazer um desenho sobre o sonho, amachucar o papel e detá-lo fora 	<ul style="list-style-type: none"> Pesadelo nenhum

<ul style="list-style-type: none"> Chorar presente 	<ul style="list-style-type: none"> Abrir a criança Proporcionar afeto Falar calmamente 	<ul style="list-style-type: none"> Chorar ausente
<ul style="list-style-type: none"> Medo atual 	<ul style="list-style-type: none"> Aconselhar sobre medo Incentivar o uso de objectos transicionais Aceltar o medo como real Oferecer conforto e segurança Evitar levar a criança para a cama dos pais 	<ul style="list-style-type: none"> Medo atual ausente

Conclusão

- Sono e as repercussões é um assunto ainda subvalorizado na sociedade, mesmo para profissionais de saúde;
- Existem consultas de especialidade do Sono, mas ainda em número reduzido e apenas centralizadas nas grandes metrópoles;
- O Enfermeiro encontra-se em posição de primazia no que se refere ao contacto com a família e trabalhar em parceria na resolução de problemas;
- A Higiene do sono torna-se um assunto emergente a ser abordado com mais frequência e de forma mais intensa e descritiva.

Bibliografia

- Antunes, N. L. (2012). *Med - atendimento: Perturbações do Sono (6ª edição)*. (pp.219-221). Lisboa: Verbo da Kapa
- CIBQ-Infância 2015 – CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMEIROS – CUIDAR dos Enfermeiros – maio de 2016. Consultado em março 20, 2019, em www.cibqinfancia.org/
- Children & Sleep Disorders. Consultado em março 26, 2019, em <http://www.sleepassociation.org/5868e-and-sleep/children-sleep-disorders/>
- Corveta, S. e A. Isonaka, U. Komakura & H. Asgren (2016). *PSYCHIATRY AND PEDIATRICS - SLEEP DISORDERS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS A PRACTICAL GUIDE* Chapter 14. ICDAPP Textbook of Child and Adolescent Mental Health
- Guia Orientador de Boa Prática de Enfermagem Saúde Infantil e Pediátrica (2010). Guia Orientador de Boa Prática, Cadernos OE, Série L, Nº3, Vol. 1. Consultado em março 20, 2019, em <http://www.cibqinfancia.org/5868e-and-sleep/guia-orientador-de-boas-praticas-infancia-pediatria/>
- Hackberry, M. J. e D. Wilson (2014). *Wang Fundamentos de Enfermagem Pediátrica (9ª edição)*. Adaptado a Realidade Brasileira, Mosby Elsevier
- Lopes, A. P. S. (2016). *Cuidar em pediatria: o importante da parceria de cuidados entre pais e enfermeiros*. Consultado em março 26, 2019, em [Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa <http://repositorio.instituto.unicamp.br/handle/18600/1472024>](http://repositorio.instituto.unicamp.br/handle/18600/1472024)
- Madruga, N. e M. H. Esteves (2017). *Sono normal e problemas do sono*. In Oliveira, Cidimar e Jorge Soares, *Litões de Pediatria (vol. 1)*, pp.238-247. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra. Consultado em março 17, 2019 em [Universidade Coimbra: \[http://algaoh.uicp.pt/briv/sono_normal_e_problemas_do_sono\]\(http://algaoh.uicp.pt/briv/sono_normal_e_problemas_do_sono\)](http://algaoh.uicp.pt/briv/sono_normal_e_problemas_do_sono)
- Insomia National Sleep Foundation. Consultado em março 28, 2019. <http://www.sleepfoundation.org/insomnia/what-insomnia-is-different-types-insomnia>
- Madruga, N. et al. *Resonar e Apneia no Crianças*. Consultado em março 25, 2019, em [Associação Portuguesa de Sono \[http://apneia.com.br/apneia/Resonar_nos_crianca/\]\(http://apneia.com.br/apneia/Resonar_nos_crianca/\)](http://apneia.com.br/apneia/Resonar_nos_crianca/)

Bibliografia

- Madruga, N. e A. Chora (2015). *Perturbações do Sono na Infância e Adolescência: Uma Revisão de Literatura*. 6º Encontro Nacional de Enfermagem em Pediatria, Évora
- Monteiro, T. (2006). *Perturbações do sono na criança*. Perspectiva do Pediatra, NASCER E CRESCER, Revista do Hospital de Crianças Maria Pia, vol XV, n.º 3. Porto
- Middel, J. A. e L. J. Meester (2008). *Behavioral Sleep Disorders in Children and Adolescents*. *Academy of Medicine*, August, Vol. 37 No. 8. Philadelphia
- Ordem dos Enfermeiros (2018). *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro de Saúde Infantil e Pediátrica*, Regulamento n.º 429/2018. Consultado em abril 9, 2019, em <https://www.ordeem.com.pt/Portals/0/2018/04/29/Regulamento.pdf>
- Pádua, T. et al. (2017). *Recomendações SP5-SFF*. *Prática de Saúde da Criança nas Cidades e Infra-estruturas, Públicas ou Privadas*. Consultado em março 20, em [Saúde Infantil e Pediátrica: \[http://comconfamilia.spg.pt/medico/123227/VERSAO-EDUCADORES-E-PAIS_REC-INDICADORES-SFF-SFF-SESTI-2016-2017.pdf\]\(http://comconfamilia.spg.pt/medico/123227/VERSAO-EDUCADORES-E-PAIS_REC-INDICADORES-SFF-SFF-SESTI-2016-2017.pdf\)](http://comconfamilia.spg.pt/medico/123227/VERSAO-EDUCADORES-E-PAIS_REC-INDICADORES-SFF-SFF-SESTI-2016-2017.pdf)
- Pavaoli, S. J. Borsari, C. D'Ambrosio et al. *Consensus Statement (2016). Recommended Amount of Sleep for Pediatric Population: A Consensus Statement of the American Academy of Sleep Medicine*, *Journal of Clinical Sleep Medicine*, Vol. 12, No. 6. Consultado em março 27, 2019, em [American Academy of Sleep Medicine <http://www.aasm.org/sleep/article/doi/10.5664/jcsm.5184>](http://www.aasm.org/sleep/article/doi/10.5664/jcsm.5184)
- Parabo, A., M. Gonçalves e Filipa Silva. *Enfermeira*. Consultado em março 25, 2019, em [Associação Portuguesa de Sono: <http://apneia.com/images/stories/docs/223-enfermeira.pdf>](http://apneia.com/images/stories/docs/223-enfermeira.pdf)
- Parabo, A. et al. (2018) *Higiene do Sono de Crianças e Adolescentes*. Consultado em março 25, 2019, em [Associação Portuguesa de Sono: <http://apneia.com/images/stories/docs/223-higiene-do-sono-de-criancas-e-adolescentes.pdf>](http://apneia.com/images/stories/docs/223-higiene-do-sono-de-criancas-e-adolescentes.pdf)
- Parabo, A. e M. Gonçalves (2018). *Neuroleptico*. Consultado em março 25, 2019, em [Associação Portuguesa de Sono: <http://apneia.com/images/stories/Neuroleptico.pdf>](http://apneia.com/images/stories/Neuroleptico.pdf)
- Parabo, A. e M. Gonçalves (2018). *Síndrome da Pernas Inquietas*. Consultado em março 25, 2019, em [Associação Portuguesa de Sono: <http://apneia.com/images/stories/sindromedopernasinquietas.pdf>](http://apneia.com/images/stories/sindromedopernasinquietas.pdf)

Bibliografia

- Parabo, A. et al. (2018). *Síndrome Da Pernas Inquietas do Sono*. Consultado em março 25, 2019, em [Associação Portuguesa de Sono: <http://apneia.com/images/stories/docs/223-sindromedopernasinquietas.pdf>](http://apneia.com/images/stories/docs/223-sindromedopernasinquietas.pdf)
- Paúlson, A. C. F. *PERTURBAÇÕES DO SONO EM CRIANÇA COM HEPATOPATIA E DÉFICE DE ATENÇÃO*, Trabalho Final de 6º ano com Voto e Atribuição do Grupo de Memória no âmbito do Ciclo de Estudos da Mestrado Integrado em Medicina, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra
- Rangel, M. A., C. Baptista, M. L. Pires, S. Araújo, A. L. Leite (2015). *Qualidade do sono e prevalência das perturbações do sono em crianças saudáveis em Galo: um estudo transversal*. *Revista Portuguesa Medicina Geral e Familiar*, 31:256-64. Consultado em março 28, 2019, em [Saúde: \[http://www.rpmgf.com.pt/pdf/online/3104_256603.pdf\]\(http://www.rpmgf.com.pt/pdf/online/3104_256603.pdf\)](http://www.rpmgf.com.pt/pdf/online/3104_256603.pdf)
- Silva, F. M. D. (2014). *Métodos de Problemas do Sono das Crianças até 2 anos*. Dissertação de candidatura ao grau de Doutor em Medicina, especialidade de Pediatria. Consultado em abril 1, 2019, em [Repositório da Universidade Nova de Lisboa: <http://repositorio.instituto.unicamp.br/handle/18600/1472024>](http://repositorio.instituto.unicamp.br/handle/18600/1472024)
- Silva, H. (2012). *Adaptação e Validação da Children Sleep Habits Questionnaire e do Sleep Self Report para Crianças Portuguesas*. Mestrado em Ciências da Saúde. Consultado em março 20, em [Repositório da Universidade de Lisboa: <http://repositorio.instituto.unicamp.br/handle/18600/1472024>](http://repositorio.instituto.unicamp.br/handle/18600/1472024)
- Sono. Consultado em março 26, 2019, em [Saúde Mental: <http://www.saude.mec.gov.br/sono/459208356>](http://www.saude.mec.gov.br/sono/459208356)



OBIGADA!

Guarda
2020

APÊNCICE D – PROJETO DE ESTÁGIO NO SERVIÇO DE PEDIATRIA



Escola Superior de Saúde

Instituto Politécnico da Guarda

Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

2º Ano, 1º Semestre

ESTÁGIO COM RELATÓRIO FINAL
PROJETO DE ESTÁGIO NO SERVIÇO DE PEDIATRIA

Aluna: Tânia Alexandra Santos Bordalo

Orientadores: Prof^ª. Doutora Fernanda Lopes

MESIP Sandra P. Eusébio

Guarda

2020

Objetivo Geral

- Desenvolver competências especializadas de enfermeiro em saúde infantil e pediatria, em contexto de internamento.

Objetivo Específico 1: Conhecer a organização e o funcionamento serviço de pediatria da ULS-Guarda.

Atividades a desenvolver:

- Entrevista informal com o Enfermeiro Chefe;
- Entrevista informal com o Enfermeiro Orientador;
- Realização de uma visita acompanhada ao serviço para fazer o reconhecimento dos diferentes recursos materiais e respetiva localização;
- Conhecimento da equipa multidisciplinar;
- Identificação do método de trabalho usado;
- Domínio dos protocolos preconizados;
- Utilização dos sistemas de informação existentes;
- Esclarecimento de dúvidas relativas à dinâmica do serviço.

Objetivo Específico 2: Integrar e respeitar os princípios éticos, deontológicos e de responsabilidade profissional em todo o ambiente de cuidados.

Atividades a desenvolver:

- Tomada de decisão ética com base nos princípios, valores e normas deontológicas;
- Cumprimento dos princípios definidos nos documentos e legislação em vigor (carta dos direitos da criança, Direitos Humanos, Código Deontológico dos Enfermeiros);
- Respeito e sigilo da informação, dos valores e crenças da família, bem como da sua autonomia;
- Participação em estratégias de resolução de problemas, em situações de maior complexidade, que surjam no serviço;
- Adoção de comportamentos de responsabilidade profissional, respeitando as normas de apresentação pessoal, dos princípios de higiene hospitalar, das orientações dadas e mostrando disponibilidade para cooperar;
- Acompanhamento do enfermeiro orientador nas suas atividades;

- Promoção de boas relações com a equipa de trabalho, criança, jovem e família.

Objetivo Específico 3: Desempenhar um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas na área da melhoria da qualidade.

Atividades a desenvolver:

- Consulta das normas, protocolos e procedimentos operativos homologados para o serviço;
- Criação e manutenção de um ambiente terapêutico e seguro;
- Colaboração em trabalhos de investigação em enfermagem, visando a melhoria dos cuidados de enfermagem;
- Observação da consulta de Diabetes desenvolvida pelo serviço;
- Realização de uma sessão de formação para os profissionais do serviço na temática do Sono na criança.

Objetivo Específico 4: Integrar a gestão de cuidados, otimizando as respostas de enfermagem, participar na articulação com a equipa multiprofissional bem como gerir os recursos presentes às situações e contexto das mesmas, de forma a otimizar a qualidade dos cuidados.

Atividades a desenvolver:

- Referenciação para outros prestadores de cuidados de saúde, quando detetadas situações que o exijam;
- Otimização do trabalho de equipa adequando os recursos às necessidades dos cuidados;
- Participação na manutenção e funcionamento dos equipamentos existentes no serviço de pediatria;
- Organização das ações em função dos recursos materiais e humanos;
- Realização de colheita de espécimes para análise através das técnicas e meios adequados;
- Acompanhamento do utente pediátrico e colaboração na realização de exames complementares de diagnóstico ou outros tratamentos a que possa ser submetido;
- Registo das atividades no processo da criança (S Clínico).

Objetivo Específico 5: Desenvolve aprendizagens profissionais.

Atividades a desenvolver:

- Detenção de consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro;
- Reconhecimento dos seus recursos e limites pessoais e profissionais;
- Suporte da sua prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade;
- Demonstração de conhecimentos especializados e aplicação dos mesmos na prestação de cuidados.
- Rentabilização das oportunidades de aprendizagem e tomada de iniciativa na análise de situações clínicas.

Objetivo Específico 6: Assistir a criança/jovem e sua família na maximização da sua saúde.

Atividades a desenvolver:

- Implementação de planos de saúde, promotores da parentalidade de forma a incentivar e proporcionar o envolvimento dos pais na prestação de cuidados ao utente pediátrico;
- Negociação da participação do utente pediátrico e família em todo o processo de cuidar;
- Comunicação com o utente pediátrico e família utilizando técnicas apropriadas a idade e estágio de desenvolvimento do mesmo;
- Intervenção em situações de doença/risco que possam afetar a qualidade de vida da criança/jovem;
- Demonstração de conhecimentos sobre doenças comuns às várias idades, implementando respostas de enfermagem apropriadas;
- Esclarecimento de dúvidas às famílias, realizando ensinamentos oportunos, de forma a facilitar o desenvolvimento de competências das mesmas face a situações específicas, quer de saúde quer de doença;
- Promoção da expressão de dúvidas relativas do utente pediátrico e família face à sua situação;
- Promoção da saúde através de ensinamentos individualizados e personalizados a cada utente pediátrico e família;
- Desenvolvimento de técnicas motivacionais do utente pediátrico e família de forma a valorizar os seus papéis;
- Elaboração de registos com metodologia e rigor científico garantindo a continuidade dos cuidados e demonstrando domínio na utilização do programa informático em uso (S Clínico)

e sistema de classificação de doentes, mantendo o processo individual do utente pediátrico atualizado e devidamente elaborado.

Objetivo Específico 7: Cuidar da criança/jovem e família em situações de especial complexidade, recorrendo a uma vasta abordagem de terapias em enfermagem

Atividades a desenvolver:

- Reconhecimento de situações de instabilidade e risco de morte e atuar através de uma rápida identificação das mesmas e proporcionar resposta adequada a situação presente;
- Realização do acolhimento ao utente pediátrico;
- Observação, de forma geral, o utente pediátrico;
- Realização a colheita de dados com a família;
- Identificação das necessidades afetadas e planear as intervenções;
- Estabelecimento de prioridades de intervenção no atendimento do utente pediátrico em situação de instabilidade;
- Colaboração com a equipa na prestação de cuidados globais ao utente pediátrico;
- Organização dos cuidados de enfermagem com método e rigor;
- Registo das atividades no processo do utente pediátrico;
- Realização da gestão diferenciada da dor, aplicando medidas farmacológicas e não farmacológicas para o alívio da dor, com:
 - Avaliação e monitorização da dor na criança/jovem, através da escala de avaliação de dor utilizada no serviço e providenciar o alívio adequado;
 - Registo das atividades no processo do utente pediátrico.
- Promoção da adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade
 - Diagnóstico das necessidades especiais e incapacidades na criança/jovem;
 - Capacitação da criança em idade escolar, o adolescente e a família para a adoção de estratégias de coping e de adaptação.

Objetivo Específico 8: Prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.

Atividades a desenvolver:

- Promoção o crescimento e o desenvolvimento infantil, demonstrando conhecimentos e avaliando o mesmo através de:

- Avaliação do utente pediátrico: comportamento, atividade, sinais vitais, utilização de escalas utilizadas no serviço (dor, quedas entre outras);

- Colaboração na visita médica;

- Preparação e administração de terapêutica prescrita;

- Prestação de cuidados globais ao utente pediátrico no âmbito das varias especialidades, como por exemplo: medicina, cirurgia, ortopedia, urologia entre outras;

- Registo das atividades no processo do utente pediátrico.

- Adoção de estratégias adequadas de comunicação com o utente pediátrico e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura dos mesmos;

- Promoção da auto-estima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde:

- Auxílio na comunicação expressiva de emoções;

- Identificação dos estádios do processo de mudança na adoção de comportamentos saudáveis;

- Reforço na tomada de decisão responsável.

Objetivo Específico 9: Refletir criticamente as ações desenvolvidas no âmbito do meu percurso de ensino/aprendizagem pessoal e profissional

Atividades a desenvolver:

- Desenvolvimento motivacional, de forma a proporcionar maiores oportunidades de satisfazer as minhas necessidades e desenvolver a minha personalidade e desempenho profissional;

- Tomada responsável nas decisões e atos a praticar;

- Assumir erros e críticas.

APÊNCICE E – PROCEDIMENTO OPERATIVO DE MEDIDAS DE HIGIENE DO SONO NO SERVIÇO DE PEDIATRIA

PROCEDIMENTO OPERATIVO

Medidas de Higiene do Sono

1 – Objetivo

Uniformizar a ação de enfermagem e médica relativamente à sensibilização da população sobre as medidas de higiene do sono.

2 – Aplicação

Serviço de Pediatria

3 – Definições

O sono é uma parte integrante do nosso quotidiano e grande relevância fisiológica, é durante os períodos de sono que o nosso cérebro consolida memórias e se processam outras atividades reguladoras do nosso organismo. A nossa exposição à luz condiciona e/ou organiza a nossa necessidade cerebral de alternar períodos de sono e vigília, tornando-se assim uma atividade de extrema importância visto que a sua realização ineficaz ou até a sua inexistência condiciona o nosso comportamento e capacidades em período de vigília.

Ao abordar os hábitos de sono na criança não podemos esquecer que esta se encontra inserida numa família, condicionando a dinâmica desta, não tendo repercussões apenas para a criança que vivência, mas também para os cuidadores e restantes elementos da mesma.

Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) o sono pode ser definido como sendo “processo corporal: diminuição recorrente da actividade [sic] corporal evidenciada pela diminuição de consciência; não acordado acompanhado de; não consciente; diminuição do metabolismo; postura imóvel; actividade [sic] corporal diminuída; sensibilidade a estímulos externos” (OE, 2015).

Outros autores caracterizam o sono como um estadio comportamental caracterizado pela ausência de interação e resposta ao meio ambiente, com diminuição da atividade motora e reversível com estimulação (Madureira e Estevão, 2017).

É um momento fundamental no restabelecimento de vários sistemas, conservação da energia, manutenção da termorregulação e imunidade, e em determinadas funções endócrinas como a produção de hormona do crescimento. Desempenha um papel importante nas funções cognitivas como a estabilização da memória, e no crescimento e desenvolvimento do sistema



sono central. Surge de forma cíclica nas 24 horas do dia, sendo influenciado por vários fatores internos e externos, ao que denominamos ciclos circadianos.

As necessidades de sono mudam com a idade, assim como outras ao longo da vida (Hockenberry e Wilson, 2014). O mais recente consenso sobre a duração do sono na criança surgiu em junho de 2016 nos Estados Unidos da América pela Academia Americana de Medicina do Sono (American Academy of Sleep Medicine – AASM) que uma declaração subscrita pela Academia Americana de Pediatria (American Academy of Pediatrics – AAP). Assim uma criança de 4 a 12 meses deverá ter um sono com a duração de 12 – 16 horas nas 24 horas do dia; dos 1 - 2 anos de idade deverá dormir de 11 - 14 horas; dos 3 - 5 anos deverá dormir de 10 - 13 horas; dos 6 – 12 anos deverá dormir de 9 - 12 horas e adolescentes dos 13 – 18 anos deverão dormir de 8 – 10 horas nas 24 horas do dia.

Durante o primeiro ano de vida o sono vai sofrendo modificações mais significativas, de forma a se tornar cada vez mais consistente rotineiro, surgindo desde logo a necessidade para a implementação de medidas de higiene do sono englobando a colaboração de todos os elementos da família.

4 – Responsabilidades

Enfermeiros e Médicos

5 – Procedimento

A existência de rotinas para dormir, de estratégias comportamentais adequadas quando a criança interrompe o sono, bem como a ausência de estímulos que provoquem agitação ou excitação cognitiva nos 30 minutos antes de dormir, parecem ser fatores importantes para um sono saudável e autónomo.

Nesta medida estamos a falar do que se devemos designar como Higiene do Sono. Este tipo de medidas são da responsabilidade das famílias em implementar e fazer cumprir. Existem, contudo, algumas medidas transversais (Associação Portuguesa do Sono) que podem ser aconselhadas aos pais, tais como:

- Estabelecer um horário regular de deitar a criança, indo todos os dias para a cama à mesma hora. Aos fins-de-semana, pode existir uma diferença de 30 - 60 minutos;
- Organizar uma rotina de deitar estabelecida, uma sequência que precede a ida para a cama (ex.: vestir o pijama, depois lavar os dentes e contar história...);
- Manter o quarto com poucos estímulos, quer sonoros ou visuais;
- Usufruir do quarto como local agradável, não recorrer a este como sendo um castigo;
- Deitar a criança sonolenta, mas ainda acordada;



Promover o uso de objeto de transição como uma fralda, chucha ou um boneco;

- Adormecer a criança sempre na própria cama;
- Evitar atividade estimulante antes de adormecer;
- Limitar a utilização de ecrãs (televisão, telemóvel, tablet ou consola de jogos) cerca de 1 hora antes de adormecer;
- Não ter fome ao deitar;
- Restringir alimentos/bebidas estimulantes a partir do lanche;
- Diminuir a ingestão de líquidos a partir da hora do lanche, a fim de evitar despertares frequentes para idas ao CASA DE BANHO ou enurese noturna.

6 – Referências Bibliográficas

Estevão, M. H., Silva, F. G. Madureira, N. (2018). Enurese. Acedido em março 25, 2019, em Associação Portuguesa de Sono: <http://apsono.com/index.php/en/centro-de-documentacao/centro-de-doc/225-enurese>

Estevão, M. H., Silva, F. G., Ferreira, M. R., Madureira, N. e Clemente, V. (2018). Higiene do Sono da Criança e Adolescente. Acedido em março 25, 2019, em Associação Portuguesa de Sono: <http://apsono.com/index.php/en/centro-de-documentacao/centro-de-doc/52-higiene-do-sono-da-crianca-e-do-adolescente>

Hockenberry, M. J. e Wilson, D. (2014). Wong - Fundamentos de Enfermagem Pediátrica (9ª ed.). Rio de Janeiro: Mosby - Elsevier Editora Ltda.

Insonia. National Sleep Foundation. Acedido em março 28, 2019: <https://www.sleepfoundation.org/insomnia/what-insomnia/different-types-insomnia>

Madureira, N. e Estevão, M. H. (2017). Sono normal e problemas do sono, In Saraiva, J. Oliveira, G. Lições de Pediatria (Vol.I e II, pp.236- 247). Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra. ISBN 978-989-26-1300

Ordem dos Enfermeiros (2016). CIPE® Versão 2015 – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, Edição Portuguesa. Acedido em março 26, 2019, em www.ordemenfermeiros.pt/noticias/conteudos/cipe-2015-disponivel-online/



Paruthi, S., Brooks, L. J., D'Ambrosio C. et al (2016) Consensus Statement. Recommended Amount of Sleep for Pediatric Populations: A Consensus Statement of the American Academy of Sleep Medicine, Journal of Clinical Sleep Medicine (Vol. XII, No. 6). Acedido em março 27, 2019, em American Academy of Sleep Medicine: <https://aasm.org/resources/pdf/pediatricsleepdurationconsensus.pdf>

7 - Anexos

Livreto

APÊNCICE F – LIVRETE DE MEDIDAS DE HIGIENE DO SONO NO SERVIÇO DE PEDIATRIA



Serviço de Pediatria

O SONO



Medidas de Higiene do Sono

Medidas de Higiene do Sono

Lactente:


- Deitar a criança sonolenta mas ainda acordada;
- Ser afetuoso (dá confiança, calma, serenidade e felicidade);
- Uso de objeto de transição (ex.: fralda de pano, chucha ou boneco),
- Adormecer a criança na própria cama.

Idade Pré-escolar:

- Estabelecer uma rotina de deitar, uma sequência, um ritual de atividades antes de ir para a cama;
- Ler histórias que encorajem o sono;
- Falar sobre o sono (ex.: o que fazem se acordarem a meio da noite e/ou o que fazer);
- Se forem ter à cama dos pais, fazer a criança regressar à sua cama sem muita comunicação.

Idade Escolar:


- Jantar cedo;
- Ter atividades pouco estimulantes antes de adormecer;
- Não ingerir líquidos excessivamente nas horas que antecedem o deitar (evita idas ao WC ou enurese noturna);
- Aos fins-de-semana, pode existir uma tolerância de 30 - 60 minutos em relação à hora habitual de dormir/acordar.



Sono

Processo corporal, diminuição recorrente da actividade corporal evidenciada pela diminuição de consciência; não acordado acompanhado de; não consciente; diminuição do metabolismo; postura imóvel; actividade corporal diminuída; sensibilidade a estímulos externos.

(CIPF, 2015)




Funções do Sono

- Restabelecimento de vários sistemas;
- Conservação da energia;
- Manutenção da termorregulação e imunidade;
- Funções endócrinas (hormona do crescimento);
- Estabilização da memória;
- Crescimento e desenvolvimento do sistema nervoso central.

Adolescente:

- Evitar alimentos/bebidas estimulantes (ex.: cafeína, chocolate...) a partir do lanche;
- Limitar a utilização de ecrãs cerca de 1 hora antes de adormecer;
- Não ter fome ao deitar;
- Assegurar que não há aparelhos eletrónicos e outras tecnologias no quarto (ex.:TV, telemóvel, tablet...).



Horas de Sono recomendadas de acordo com a idade (incluindo sestas):

< 4 meses – sem ritmo definido

4 a 12 meses - 12/16 horas;

1 - 2 anos - 11 /14 horas;

3 - 5 anos - 10/ 13 horas;

6 – 12 anos - 9 /12 horas;

Elaborado por: Tânia Bordalo (aluna MESP)
Orientado por: MESP Sandra P. Fuschio
2020

APÊNCICE G – QUESTIONÁRIO DE HÁBITOS DE SONO NAS CRIANÇAS DO CONCELHO DA GUARDA

14/06/2021

Hábitos de Sono em crianças do concelho da Guarda

Hábitos de Sono em crianças do concelho da Guarda

Sou Tânia Bordalo, Enfermeira, a frequentar a 1^ª. Pós Graduação no Sono na Infância e Adolescência, a decorrer na Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa de Lisboa. No âmbito da mesma pretendo desenvolver um estudo sobre os hábitos de sono das crianças do concelho da Guarda (dos 4 aos 10 anos).

O referido estudo não é financiado por nenhuma entidade nem há qualquer contrapartida ou mais-valia na sua participação, sendo esta voluntária. Está garantida a confidencialidade e uso exclusivo dos dados recolhidos para o presente estudo.

O seu consentimento para a inclusão do seu educando no estudo, será tido como afirmativo a partir do momento que submeta o questionário.

Caso tenha mais de um filho que se enquadre no referido estudo (4 a 10 anos), preencha um questionário para cada criança.

Por favor, leia atentamente, se existir algo que encontre ser incorreto ou suscitar dúvida não hesite em solicitar mais informação.

Contacto e-mail: taniabordalo7179@esscyp.eu

*Obrigatório

Questionário Sociodemográfico

1. Idade da criança. *

Marcar apenas uma oval.

- 4 anos
 5 anos
 6 anos
 7 anos
 8 anos
 9 anos
 10 anos

2. Peso (Kg - use vírgula se necessário) *

14/06/2021

Hábitos de Sono em crianças do concelho da Guarda

3. Altura (cm) *

4. Distância a que mora do local de ensino. *

Marcar apenas uma oval.

- Até 5 Km
 6 - 15 Km
 16 - 20 Km
 Mais de 21 Km

5. Quanto tempo demora a chegar ao local de ensino, a partir de casa? *

Marcar apenas uma oval.

- Até 15 minutos
 16 - 30 minutos
 31 - 45 minutos
 Mais de 46 minutos

6. A que horas entra no local de ensino? *

Exemplo: 08:30

7. A criança tem algum diagnóstico médico de Perturbação do Desenvolvimento? (cognitivo, linguístico, aprendizagem e/ou comportamental) *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

8. Se respondeu "Sim" à pergunta anterior, especifique.

9. A criança faz atividade física extra curricular? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

10. Se respondeu "Sim" na pergunta anterior, refira quantas vezes por semana.

11. Em média, a que horas chega a casa após terminar a atividade física? (Se respondeu afirmativamente nas 2 questões anteriores)

Exemplo: 08:30

12. Elementos do agregado familiar. *

Marcar apenas uma oval.

2

3

4

Mais de 5

13. Estrutura familiar. *

Marcar apenas uma oval.

Nuclear (pais e filhos)

Uniparental (pai/mãe e filho/filhos)

Alargada (pais, filho/filhos e outros familiares)

Reconstruída (casal, em que pelo menos um, tem filhos de relacionamento anterior a coabitar)

14. Qual a ordem de nascimento da criança? (do questionário em causa) *

Marcar apenas uma oval.

1º Filho

2º Filho

3º Filho

Outra:

15. Idade do Encarregado de Educação? *

Marcar apenas uma oval.

Menos de 20 anos

21 - 30 anos

31 - 40 anos

41 - 50 anos

Mais de 50 anos

16. Escolaridade do Encarregado de Educação? *

Marcar apenas uma oval.

- 1º Ciclo (Ensino Primário)
- 2º Ciclo (Ensino Básico)
- 3º Ciclo (terminou o 9º ano de escolaridade)
- Secundário
- Licenciatura ou superior

**Questionário
de Hábitos
de Sono da
Criança
(CSHQ-PT)**

As frases seguintes dizem respeito aos hábitos de sono do seu filho (a) e às eventuais dificuldades que possa ter com o sono. Pense no que se passou com a criança na última semana quando responder às perguntas. Se a última semana foi diferente do habitual por uma razão específica (por exemplo, ter tido uma otite e não ter dormido bem ou a TV ter estado avariada), escolha a semana típica mais recente para dar as suas respostas. Responda **HABITUALMENTE** se a situação ocorrer 5 ou mais vezes numa semana. Responda **ÀS VEZES** se ocorrer 2-4 vezes numa semana. Responda **RARAMENTE** se algo ocorrer 1 vez ou nunca durante a semana.

HORA DE DEITAR

17. Escreva a hora de deitar do seu filho (a) em dias de semana *

Exemplo: 08:30

18. Escreva a hora de deitar do seu filho (a) ao fim de semana *

Exemplo: 08:30

O QUE SE PASSA COM A CRIANÇA

Responda **HABITUALMENTE** se a situação ocorrer 5 ou mais vezes numa semana. Responda **ÀS VEZES** se ocorrer 2-4 vezes numa semana. Responda **RARAMENTE** se algo ocorrer 1 vez ou nunca durante a semana.

19. Deita-se à mesma hora à noite (1) *

Marcar apenas uma oval.

- Habitualmente (5-7)
- Às vezes (2-4)
- Raramente (0-1)

20. Adormece até 20 minutos após o deitar (2) *

Marcar apenas uma oval.

- Habitualmente (5-7)
- Às vezes (2-4)
- Raramente (0-1)

21. Adormece sozinha na própria cama (3) *

Marcar apenas uma oval.

- Habitualmente (5-7)
- Às vezes (2-4)
- Raramente (0-1)

22. Adormece na cama dos pais ou irmão/ã (4) *

Marcar apenas uma oval.

- Habitualmente (5-7)
- Às vezes (2-4)
- Raramente (0-1)

23. Precisa do pai/mãe no quarto para adormecer (5) *

Marcar apenas uma oval.

- Habitualmente (5-7)
 Às vezes (2-4)
 Raramente (0-1)

24. Adormece embalada ou com movimentos rítmicos *

Marcar apenas uma oval.

- Habitualmente (5-7)
 Às vezes (2-4)
 Raramente (0-1)

25. Precisa de um objecto especial para adormecer (boneco, cobertor, etc.) *

Marcar apenas uma oval.

- Habitualmente (5-7)
 Às vezes (2-4)
 Raramente (0-1)

26. Está pronta para ir para a cama à hora de deitar *

Marcar apenas uma oval.

- Habitualmente (5-7)
 Às vezes (2-4)
 Raramente (0-1)

27. Resiste a ir para a cama à hora de deitar *

Marcar apenas uma oval.

- Habitualmente (5-7)
 Às vezes (2-4)
 Raramente (0-1)

28. Zanga-se à hora de deitar (chora, recusa ficar na cama, etc.) (6) *

Marcar apenas uma oval.

- Habitualmente (5-7)
 Às vezes (2-4)
 Raramente (0-1)

29. Tem medo de dormir no escuro (7) *

Marcar apenas uma oval.

- Habitualmente (5-7)
 Às vezes (2-4)
 Raramente (0-1)

30. Tem medo de dormir sozinha (8) *

Marcar apenas uma oval.

- Habitualmente (5-7)
 Às vezes (2-4)
 Raramente (0-1)

COMPORTAMENTO NO SONO

31. Duração habitual do sono em cada dia (incluindo sono nocturno e sesta) *

Exemplo: 08:30

O QUE SE PASSA COM A CRIANÇA?

Responda **HABITUALMENTE** se a situação ocorrer 5 ou mais vezes numa semana. Responda **ÀS VEZES** se ocorrer 2-4 vezes numa semana. Responda **RARAMENTE** se algo ocorrer 1 vez ou nunca durante a semana.

32. Dorme muito pouco (9) *

Marcar apenas uma oval.

- Habitualmente (5-7)
 Às vezes (2-4)
 Raramente (0-1)

33. Dorme demais *

Marcar apenas uma oval.

- Habitualmente (5-7)
 Às vezes (2-4)
 Raramente (0-1)

34. Dorme o número certo de horas (10) *

Marcar apenas uma oval.

- Habitualmente (5-7)
 Às vezes (2-4)
 Raramente (0-1)

35. Dorme o mesmo número de horas em cada dia (11) *

Marcar apenas uma oval.

- Habitualmente (5-7)
 Às vezes (2-4)
 Raramente (0-1)

36. Molha a cama à noite (12) *

Marcar apenas uma oval.

- Habitualmente (5-7)
 Às vezes (2-4)
 Raramente (0-1)

37. Fala durante o sono (13) *

Marcar apenas uma oval.

- Habitualmente (5-7)
 Às vezes (2-4)
 Raramente (0-1)

38. Está agitada e mexe-se muito durante o sono (14) *

Marcar apenas uma oval.

- Habitualmente (5-7)
 Às vezes (2-4)
 Raramente (0-1)

39. Anda à noite durante o sono (15) *

Marcar apenas uma oval.

- Habitualmente (5-7)
 Às vezes (2-4)
 Raramente (0-1)

40. Vai para a cama de outra pessoa durante a noite (pais, irmão, irmã, etc.) (16) *

Marcar apenas uma oval.

- Habitualmente (5-7)
 Às vezes (2-4)
 Raramente (0-1)

41. Refere dores no corpo durante a noite. *

Marcar apenas uma oval.

- Habitualmente (5-7)
 Às vezes (2-4)
 Raramente (0-1)

42. Se refere dores no corpo durante a noite, especifique onde.

43. Range os dentes durante a noite (o dentista pode ter falado nisso) (17) *

Marcar apenas uma oval.

- Habitualmente (5-7)
 Às vezes (2-4)
 Raramente (0-1)

44. Ressona alto (18) *

Marcar apenas uma oval.

- Habitualmente (5-7)
 Às vezes (2-4)
 Raramente (0-1)

45. Parece que pára de respirar durante o sono (19) *

Marcar apenas uma oval.

- Habitualmente (5-7)
 Às vezes (2-4)
 Raramente (0-1)

46. Ronca e engasga-se durante o sono (20) *

Marcar apenas uma oval.

- Habitualmente (5-7)
 Às vezes (2-4)
 Raramente (0-1)

47. Tem dificuldade em dormir fora de casa (de visita a familiares, em férias, etc.) (21) *

Marcar apenas uma oval.

- Habitualmente (5-7)
 Às vezes (2-4)
 Raramente (0-1)

48. Queixa-se de problemas de sono *

Marcar apenas uma oval.

- Habitualmente (5-7)
 Às vezes (2-4)
 Raramente (0-1)

49. Acorda durante a noite a gritar, transpirada e inconsolável (22) *

Marcar apenas uma oval.

- Habitualmente (5-7)
 Às vezes (2-4)
 Raramente (0-1)

50. Acorda aflita por sonho assustador (23) *

Marcar apenas uma oval.

- Habitualmente (5-7)
 Às vezes (2-4)
 Raramente (0-1)

ACORDAR DURANTE A NOITE

O QUE SE PASSA COM A CRIANÇA?

Responda HABITUALMENTE se a situação ocorrer 5 ou mais vezes numa semana. Responda ÀS VEZES se ocorrer 2-4 vezes numa semana. Responda RARAMENTE se algo ocorrer 1 vez ou nunca durante a semana.

51. Acorda uma vez durante a noite (24) *

Marcar apenas uma oval.

- Habitualmente (5-7)
 Às vezes (2-4)
 Raramente (0-1)

52. Acorda mais de uma vez durante a noite (25) *

Marcar apenas uma oval.

- Habitualmente (5-7)
 Às vezes (2-4)
 Raramente (0-1)

53. Volta a dormir sem ajuda depois de acordar

Marcar apenas uma oval.

- Habitualmente (5-7)
 Às vezes (2-4)
 Raramente (0-1)

54. Escreva o número de minutos que dura habitualmente o acordar nocturno

ACORDAR DE MANHÃ

55. Escreva a hora a que a criança acorda habitualmente de manhã *

Exemplo: 08:30

O QUE SE PASSA COM A CRIANÇA?

Responda **HABITUALMENTE** se a situação ocorrer 5 ou mais vezes numa semana. Responda **ÀS VEZES** se ocorrer 2-4 vezes numa semana. Responda **RARAMENTE** se algo ocorrer 1 vez ou nunca durante a semana.

56. Acorda sozinha (26) *

Marcar apenas uma oval.

- Habitualmente (5-7)
 Às vezes (2-4)
 Raramente (0-1)

57. Acorda com despertador *

Marcar apenas uma oval.

- Habitualmente (5-7)
 Às vezes (2-4)
 Raramente (0-1)

58. Acorda de mau humor (27) *

Marcar apenas uma oval.

- Habitualmente (5-7)
 Às vezes (2-4)
 Raramente (0-1)

59. São os adultos ou os irmãos que a acordam (28) *

Marcar apenas uma oval.

- Habitualmente (5-7)
 Às vezes (2-4)
 Raramente (0-1)

60. Tem dificuldade em sair da cama de manhã (29) *

Marcar apenas uma oval.

- Habitualmente (5-7)
 Às vezes (2-4)
 Raramente (0-1)

61. Demora muito tempo a ficar bem alerta de manhã (30) *

Marcar apenas uma oval.

- Habitualmente (5-7)
 Às vezes (2-4)
 Raramente (0-1)

62. Acorda muito cedo de manhã *

Marcar apenas uma oval.

- Habitualmente (5-7)
 Às vezes (2-4)
 Raramente (0-1)

63. Tem muito apetite de manhã *

Marcar apenas uma oval.

- Habitualmente (5-7)
 Às vezes (2-4)
 Raramente (0-1)

SONOLÊNCIA DIURNA

O QUE SE PASSA COM A CRIANÇA?

Responda **HABITUALMENTE** se a situação ocorrer 5 ou mais vezes numa semana. Responda **ÀS VEZES** se ocorrer 2-4 vezes numa semana. Responda **RARAMENTE** se algo ocorrer 1 vez ou nunca durante a semana.

64. Dorme a sesta durante o dia *

Marcar apenas uma oval.

- Habitualmente (5-7)
 Às vezes (2-4)
 Raramente (0-1)

65. Adormece de repente a meio de um comportamento activo *

Marcar apenas uma oval.

- Habitualmente (5-7)
 Às vezes (2-4)
 Raramente (0-1)

66. Parece cansada (31) *

Marcar apenas uma oval.

- Habitualmente (5-7)
 Às vezes (2-4)
 Raramente (0-1)

DURANTE A ÚLTIMA SEMANA, A CRIANÇA PARECEU MUITO SONOLENTA OU ADORMECEU NAS SEGUINTE SITUAÇÕES

67. A brincar sozinha *

Marcar apenas uma oval.

- Não sonolenta
 Muito sonolenta
 Adormeceu

68. A ver televisão (32) *

Marcar apenas uma oval.

- Não sonolenta
 Muito sonolenta
 Adormeceu

69. A andar de carro (33) *

Marcar apenas uma oval.

- Não sonolenta
 Muito sonolenta
 Adormeceu

70. A comer durante uma refeição *

Marcar apenas uma oval.

- Não sonolenta
 Muito sonolenta
 Adormeceu

FIM

Obrigada pela colaboração.

ANEXOS

ANEXO A – AUTORIZAÇÃO DO AEEA PARA APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

Autorização



Escola Secundária de Afonso de Albuquerque <direcao@aeaag.pt>

17/06/2021 14:26



Para: xanasb@hotmail.com


Exma. Senhora
Enfermeira Tânia Bordalo

Atendendo à pertinência do tema, autorizo a realização do estudo sobre "Os hábitos de sono das crianças do concelho da Guarda (dos 4 aos 10 anos", junto dos Encarregados de Educação dos alunos que frequentam o Agrupamento de Escolas Afonso de Albuquerque-Guarda.

Com os melhores cumprimentos,

A Diretora

Amélia Fernandes

 Não é possível apresentar a imagem.

Avenida Dr. Afonso Costa
6300-551 Guarda

ANEXO B – QSCH-PT

Children Sleep Habits Questionnaire-PT

CSHQ-PT

(Adaptado de Owens, 2000. Versão para investigação)

Código

As frases seguintes dizem respeito aos hábitos de sono do seu filho(a) e às eventuais dificuldades que possa ter com o sono. Pense no que se passou com a criança na última semana quando responder às perguntas. Se a última semana foi diferente do habitual por uma razão específica (por exemplo, ter tido uma otite e não ter dormido bem ou a TV ter estado avariada), escolha a semana típica mais recente para dar as suas respostas. Responda **HABITUALMENTE** se a situação ocorrer **5 ou mais vezes** numa semana. Responda **ÀS VEZES** se ocorrer **2-4 vezes** numa semana. Responda **RARAMENTE** se algo ocorrer **1 vez ou nunca** durante a semana. Assinale as suas respostas colocando um X no quadrado da coluna que corresponde à sua resposta.

Hora de deitar

Escreva a hora de deitar do seu filho (a): Dias de semana: _____ Fim de semana: _____

O QUE SE PASSA COM A CRIANÇA?

	Habitualmente (5-7)	Às vezes (2-4)	Raramente (0-1)
Deita-se à mesma hora à noite (1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adormece até 20 minutos após deitar(2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adormece sozinha na própria cama(3)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adormece na cama dos pais ou irmão/ã(4)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Precisa do pai/mãe no quarto para adormecer(5)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adormece embalada ou com movimentos rítmicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Precisa de um objecto especial para adormecer (boneco, cobertor, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Está pronta para ir para a cama à hora de deitar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Resiste a ir para a cama à hora de deitar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zanga-se à hora de deitar (chora, recusa ficar na cama, etc.) (6)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem medo de dormir no escuro(7)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem medo de dormir sozinha(8)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Código

Comportamento no sono

Duração habitual do sono em cada dia: _____ horas _____ minutos (incluindo sono nocturno e sesta)

O QUE SE PASSA COM A CRIANÇA?

	Habitualmente (5-7)	Às vezes (2-4)	Raramente (0-1)
Dorme muito pouco(9)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dorme demais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dorme o número certo de horas(10)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dorme o mesmo número de horas em cada dia(11)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Molha a cama à noite(12)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fala durante o sono(13)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Está agitada e mexe-se muito durante o sono(14)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anda à noite durante o sono (15)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vai para a cama de outra pessoa durante a noite (pais, irmão, irmã, etc.)(16)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Refere dores no corpo durante a noite. Se sim, onde? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Range os dentes durante a noite (o dentista pode ter falado nisso) (17)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ressona alto (18)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parece que pára de respirar durante o sono(19)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ronca e engasga-se durante o sono(20)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem dificuldade em dormir fora de casa (de visita a familiares, em férias, etc.) (21)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Queixa-se de problemas de sono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acorda durante a noite a gritar, transpirada e inconsolável (22)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acorda aflita por sonho assustador (23)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Continua na página seguinte

Código

Acordar durante a noite

O QUE SE PASSA COM A CRIANÇA?

	Habitualmente (5-7)	Às vezes (2-4)	Raramente (0-1)
Acorda uma vez durante a noite (24)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acorda mais de uma vez durante a noite (25)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Volta a dormir sem ajuda depois de acordar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Escreva o número de minutos que dura habitualmente o acordar nocturno: _____

Acordar de manhã

Escreva a hora a que a criança acorda habitualmente de manhã: _____

O QUE SE PASSA COM A CRIANÇA?

	Habitualmente (5-7)	Às vezes (2-4)	Raramente (0-1)
Acorda sozinha (26)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acorda com despertador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acorda de mau humor (27)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
São os adultos ou os irmãos que a acordam (28)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem dificuldade em sair da cama de manhã (29)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Demora muito tempo a ficar bem alerta de manhã (30)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acorda muito cedo de manhã	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem muito apetite de manhã	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Continua na parte de trás da folha

Código

Sonolência diurna

O QUE SE PASSA COM A CRIANÇA?

	Habitualmente (5-7)	Às vezes (2-4)	Raramente (0-1)
Dorme a sesta durante o dia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adormece de repente a meio de um comportamento activo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parece cansada (31)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Durante a última semana, a criança pareceu muito sonolenta ou adormeceu nas seguintes situações

	Não sonolenta	Muito sonolenta	Adormeceu
A brincar sozinha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A ver televisão (32)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A andar de carro (33)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A comer durante uma refeição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FIM

Obrigado pela colaboração.

Re: FW: Pedido de autorização de uso de dados



Joana Marques <jmarques@esscvp.eu>

28/07/2021 17:11

Para: Tânia Bordalo

Cara Tânia Bordalo,

Eu, Joana Marques, na qualidade de Coordenadora da Pós-graduação em Sono na Infância e Adolescência e responsável para UC Projeto de intervenção, venho por este meio autorizar a utilização dos resultados para o fim descrito no seu email de 24/07 (Pedido de autorização do uso de dados).

Votos de um excelente trabalho.

Com os melhores cumprimentos,

Joana Marques PhD, MSc

Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Especialista em Enfermagem de Reabilitação

Coordenadora da Pós-graduação em Sono na Infância e Adolescência

Professora Adjunta

jmarques@esscvp.eu

916086723

