

Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Ana Cristina Pereira Valente

PERCEÇÃO DOS PAIS E DA CRIANÇA SOBRE A QUALIDADE DO SONO/CONFORTO DURANTE A HOSPITALIZAÇÃO

dez | 2022

GUARDA
POLI
TÉCNICO





Escola Superior de Saúde da Guarda
Instituto Politécnico da Guarda

Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

**PERCEÇÃO DOS PAIS E DA CRIANÇA SOBRE A QUALIDADE DO
SONO/CONFORTO DURANTE A HOSPITALIZAÇÃO**

Ana Cristina Pereira Valente

Guarda
2022



Escola Superior de Saúde da Guarda
Instituto Politécnico da Guarda

Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

**PERCEÇÃO DOS PAIS E DA CRIANÇA SOBRE A QUALIDADE DO
SONO/CONFORTO DURANTE A HOSPITALIZAÇÃO**

Relatório Final de Estágio

Relatório Final de Estágio,
apresentado à Escola Superior de Saúde da Guarda,
para obtenção do grau de Mestre em
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria,
sob orientação da Professora Doutora Ana Maria Jorge

Discente: Ana Cristina Pereira Valente nº 7001353

Guarda
2022

*Vou, sigo pelo caminho
Onde procuro o destino
Que não sei onde vai estar
Só sei que, em algum cantinho,
A vida me há-de encontrar.*

Batista A.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Professora Doutora Ana Maria Jorge, pelo compromisso e dedicação durante este meu percurso académico.

Ao hospital que serviu de fonte de dados e permitiu a realização deste caminho.

À professora Noémia que, pela sua arte, ajudou a colorir este trabalho.

Uma especial atenção ao Enfermeiro Chefe e a toda a equipa dos AVC da Guarda que me facilitaram, ajudaram e apoiaram neste percurso, enquanto membro da equipa.

Aos meus pais, Fausto e Maria da Conceição, por me proporcionarem força e amor independentemente da distância.

Aos meus tios Ana Carolina e José Carlos que me ensinaram os valores da vida.

Aos meus irmãos, Joaquim e João Carlos, por serem meus amigos, meus confidentes e estarem sempre presentes nos bons e maus momentos.

A ti, Joaquim (Quim), amigo, companheiro e marido, pela tua compreensão, por seres o meu pilar e pelo amor incondicional que me motiva e faz crescer.

Aos meus amados filhos, André, Gabriel e Daniel, por serem o meu motor, a minha alegria, o meu desafio e a minha esperança no amanhã, por serem tão especiais e bondosos.

A toda a minha família alargada e amigos, por tornarem a minha vida melhor.

A Deus, pela oportunidade de vida de todos os dias.

RESUMO

O aparecimento de uma doença aguda ou crónica, na criança, com necessidade de hospitalização é sempre motivo de preocupação para os pais, alterando a rotina do agregado familiar, o que lhes provoca o desgaste físico e psicológico, durante o período de hospitalização. Em Portugal, em pediatria, para além dos inúmeros internamentos por doenças agudas, muito deles de forma reiterada, há um número significativo de doenças crónicas complexas com tendência a aumentar em termos de frequência, tempo de hospitalização e despesas associadas. Esta realidade nacional implica uma atenção especial não só no que diz respeito ao bem-estar das crianças, mas também ao dos pais que as acompanham durante a hospitalização.

O sono e o conforto são necessidades fundamentais e a teórica de enfermagem Kolcaba é responsável pela Teoria do Conforto implementada em todo o campo de enfermagem até ao nível institucional. Embora nestas últimas décadas tenha havido um grande esforço legal e institucional para a humanização dos serviços de saúde e para a adequação dos espaços hospitalares às necessidades de seus utilizadores, esse esforço tem de se pautar por uma sensibilidade holística por parte dos profissionais. Neste sentido, aquando do estágio no Serviço de Pediatria e no Serviço de Urgência Pediátrica, definiram-se como objetivos: desenvolver competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica e analisar a perceção dos pais e da criança sobre a qualidade de sono/conforto durante a hospitalização. Para isso, foram usados, como recursos, a pesquisa bibliográfica, uma abordagem qualitativa do tipo fenomenológico, cuja a observação direta foi registada num Diário de Bordo, ao longo do estágio. Desta forma foi possível obter dados sobre a qualidade de sono/conforto da criança/pais durante a hospitalização. Os resultados agruparam-se em três categorias: o cansaço, o equipamento e o ruído. Tanto as crianças como os pais perceberam que o sono e o conforto das crianças estavam assegurados durante a hospitalização, mas não os dos pais.

Para melhorar o foco do sono/conforto nos serviços da pediatria será necessário não só intervir a nível das instalações e do material, mas também sensibilizar os profissionais nesse sentido.

Palavras-chave: sono/repouso/conforto; ruído ambiente; enfermagem de saúde infantil e de pediatria.

ABSTRACT

The appearance of an acute or chronic illness in a child that requires hospitalisation is always a matter of concern for parents, changing the routine of the household, which causes physical and psychological exhaustion for these during the hospitalisation period. In Portugal, in paediatrics, beside the numerous internments for acute diseases, many of them repeatedly, there is a significant number of complex chronic diseases with a tendency to increase in terms of frequency, hospitalization time and associated expenses. This national reality implies special attention not only regarding the well-being of children, but also their parents' who accompany them during hospitalization.

Sleep and comfort are fundamental needs and nursing theorist Kolcaba is responsible for the Comfort Theory implemented throughout the nursing field down to the institutional level. Although in recent decades there has been a great legal and institutional effort for the humanization of health services and for adapting hospital spaces to the needs of their users, this effort has to be guided by a holistic sensitivity on the part of professionals.

In this sense, during the internship in the Pediatrics Service and in the Pediatric Emergency Department, the following objectives were defined: to develop common and specific skills of specialist nurses in child and pediatric health nursing and to analyze the perception of parents and children about the quality of sleep /comfort during hospitalization.

For this, bibliographical research was used as resources, a qualitative approach of the phenomenological type whose direct observation was recorded in a Logbook, throughout the internship. In this way, it was possible to obtain data on the quality of sleep/comfort of the child/parents during hospitalization. The results were grouped into three categories: fatigue, equipment and noise. Both children and parents perceived that the children's sleep and comfort were assured during hospitalization, but not the parents.

In order to improve the focus on sleep/comfort in pediatric services, it will be necessary not only to intervene in terms of facilities and material, but also to raise awareness among professionals in this regard.

Keywords: sleep/rest/comfort; environmental noise; child and paediatric health nursing.

ÍNDICE DE QUADROS

Página

Quadro 1 - Condições promotoras/dificultadoras do sono/conforto.....	44
Quadro 2 - Caracterização do sono/conforto dos pais nos Serviços de Pediatria e Urgência Pediátrica	48
Quadro 3 - Caracterização do sono/conforto das crianças nos Serviços de Pediatria e Urgência Pediátrica.....	52

SIGLAS

CHUC - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

CHMT - Centro Hospitalar do Médio Tejo

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS - Direção Geral de Saúde

EEESIP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

EDIN - *Échelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau-Né*

EPI - Equipamento de Proteção Individual

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

Hb A1c - Hemoglobina Glicada

HP - Hospital Pediátrico

MS - Ministério da Saúde

No-REM - *Non Rapid Eye Movement*

OMS - Organização Mundial da Saúde

OE - Ordem dos Enfermeiros

PNSIJ - Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PPCIRA - Programa de Prevenção e Controlo das Infecções e Resistentes aos Antimicrobianos

REM - *Rapid Eye Movement*

REPE - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

RN - Recém-nascido

SAP - Serviço de Atendimento Permanente

SARS-CoV - *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus*

SNC - Sistema Nervoso Central

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SPP - Sociedade Portuguesa de Pediatria

ULS - Unidade Local de Saúde

VMER - Viatura Médica de Emergência e Reanimação

VSRH - Vírus Sincicial Respiratório Humano

ÍNDICE

	Página
INTRODUÇÃO	10
CAPÍTULO I - PERCURSO FORMATIVO E COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS	12
1- SERVIÇO DE PEDIATRIA	14
1.1 - COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS.....	16
2 - SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA	22
2.1 - COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS	24
3 - REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS/DESENVOLVIDAS	30
CAPÍTULO II - PERCEÇÃO DAS CRIANÇAS/PAIS HOSPITALIZADOS	
SOBRE 34A QUALIDADE DO SONO/CONFORTO	34
1- ENQUADRAMENTO TEÓRICO	35
1.1 - IMPORTÂNCIA DO SONO PARA A CRIANÇA E O ADULTO	37
1.2 -TEORIA DO CONFORTO DE KOLKABA.....	41
1.3 - O CONFORTO COMO MARCO DE AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE.....	45
2 - CONTRIBUTO PESSOAL	48
2.1 - ASPETOS METODOLÓGICOS	48
2.2 - PERCEÇÃO DOS PAIS.....	54
2.3 – PERCEÇÃO DAS CRIANÇAS/ADOLESCENTES	59
2.4 - SUGESTÕES DOS PAIS E CRIANÇAS/ADOLESCENTES	62
CONCLUSÃO	66
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69
ANEXOS	78
ANEXO I	79
<i>Chek-list</i> de avaliação das condições de conforto da DGS.....	79

APÊNDICES	82
APÊNDICE I	83
APÊNDICE II	84
APÊNDICE III	86
APÊNDICE IV	87
APÊNDICE V	88
APÊNDICE VI	89
APÊNDICE VII	91
APÊNDICE VIII	92
APÊNDICE IX	94

INTRODUÇÃO

O sono e o conforto desempenham um papel importante na recuperação e manutenção da saúde e bem-estar das pessoas, independentemente da faixa etária. O conforto como promotor do sono é intrínseco aos cuidados de enfermagem, existindo várias teorias que abordam este conceito, sendo a teoria de Kolcaba a de maior ênfase. Os problemas relacionados com o sono/conforto dos pais e da criança durante a hospitalização são comuns e antigos. O interesse pessoal e profissional de conhecer a percepção dos pais e da criança sobre a qualidade do sono/conforto durante a hospitalização deveu-se à necessidade de identificar e intervir nestas necessidades fundamentais de modo a garantir uma maximização do bem-estar dos envolvidos e uma melhoria significativa num processo de doença. A promoção da qualidade de vida, nomeadamente das crianças e respetivas famílias, é um dever do enfermeiro, segundo o estatuto da Ordem dos Enfermeiros (OE), artigo 103º (OE, 2015, alínea b).

O presente Relatório Final de Estágio foi desenvolvido no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, no Serviço de Pediatria e Urgência Pediátrica tendo como finalidade demonstrar o percurso efetuado ao longo do curso e contextos clínicos de estágio, no Serviço de Pediatria e no Serviço de Urgência Pediátrica, dando resposta ao desenvolvimento e aquisição de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem da Saúde Infantil e Pediátrica - EEESIP (OE, 2018), e competências de mestre (Diário da República nº 178, 2020).

Para tal, foram tidos em conta os objetivos do regulamento e funcionamento do Mestrado em Enfermagem, que foram os seguintes: a) Aplicar conhecimentos e capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a área de enfermagem especializada em Saúde Infantil e Pediatria; b) Demonstrar capacidade de integração de conhecimentos para lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultam dessas soluções e desses juízos ou que as condicionam; c) Comunicar as conclusões, conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e fundamentada; d) Desenvolver competências que permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo; e)

Demonstrar conhecimentos que permitam e constituam a base de desenvolvimentos e/ou aplicações originais em diferentes contextos de investigação em enfermagem especializada em Saúde Infantil e Pediátrica.

Concluído o período do estágio, importa efetuar uma reflexão sobre o percurso realizado, que proporcionou um crescimento pessoal e profissional, nomeadamente na área da temática do estudo escolhido em que o objetivo delineado foi analisar a perceção dos pais e da criança sobre a qualidade do sono/conforto durante a hospitalização. Para isso, procedeu-se à observação direta e registo de respostas, de perguntas aos pais e crianças hospitalizadas, reportadas em Diário de Bordo, ao longo dos estágios no Serviço de Pediatria e na Urgência Pediátrica.

Estruturalmente, o trabalho encontra-se dividido em dois capítulos. O primeiro aborda o percurso formativo, as competências adquiridas, a análise e reflexão sobre as mesmas. O segundo capítulo incide sobre a perceção dos pais e da criança hospitalizada no que se refere à qualidade do sono/conforto, assente num enquadramento teórico, suportada pela Teoria de Kolcaba, visto que a mesma se constituiu como referencial teórico da temática escolhida. No mesmo capítulo, depois de se definir o problema, traça-se o objetivo e o tipo de estudo pelo qual se pretende analisar as respostas dos pais e das crianças hospitalizadas. Por fim, apresenta-se a conclusão do trabalho realizado, onde são sugeridas estratégias a serem implementadas, como precursoras da promoção do conforto e da qualidade do sono da criança e do cuidador, durante a hospitalização.

CAPÍTULO I - PERCURSO FORMATIVO E COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

Neste capítulo apresenta-se o percurso do estágio desenvolvido no Serviço de Pediatria e no Serviço de Urgência Pediátrica, numa Unidade Local de Saúde (ULS) da Região Centro de Portugal. Neste percurso, procura-se explicar as atividades realizadas em cada um deles e que estiveram na base da aquisição e do desenvolvimento das competências de Enfermeira Especialista em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediatria – EEESIP, sem esquecer o estudo de investigação que norteou também este percurso.

Entende-se por competências comuns as competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria. Já as competências específicas são aquelas que decorrem, por um lado, das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e, por outro, do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas (OE, 2019).

A realização do estágio constituiu-se como uma oportunidade para a aquisição e desenvolvimento de ambas as áreas de competências, mas também de capacidades relacionais e técnicas, tão essenciais à prestação de cuidados. Como refere a OE (2018), o EEESIP tem como dever prestar cuidados à criança de nível avançado com segurança e competência, proporcionando-lhe educação para a saúde, e, ainda, identificar e mobilizar recursos de suporte à família. Recomenda (OE, 2015, c) também que se trabalhe em parceria com a criança e a família em qualquer contexto em que ela se encontre, incluindo a hospitalização, promovendo-se o mais elevado estado de saúde possível, assumindo, dessa maneira, um papel de relevo na satisfação das suas necessidades.

Uma boa prática de enfermagem só é possível se existir uma reflexão constante acerca da prestação de cuidados e das ações enquanto enfermeiro. Esta reflexão permite compreender o que foi feito corretamente e o que deve ser melhorado, para atingir a prestação de cuidados seguros e de qualidade. Assim, a realização deste Relatório de Estágio constituiu-se como uma ferramenta de reflexão sobre o percurso realizado e uma

mais-valia para o desenvolvimento do desempenho e crescimento quer a nível profissional quer a nível pessoal.

A descrição de atividades e a reflexão sobre a aquisição de competências de especialista coincidiram com os locais de estágio e as realidades inerentes aos mesmos. O conhecimento da estrutura orgânica e funcional dos serviços onde decorrem os estágios também é fundamental para a integração nas equipas multidisciplinares, no sentido de consolidar as competências comuns e específicas do EEESIP (OE, 2018 e 2019). Sendo assim, tornou-se fundamental conhecer a estrutura física dos locais de estágio, antes de passar propriamente às atividades desenvolvidas para aquisição das competências de EEESIP e à respetiva análise crítica.

O hospital do centro onde decorreu o estágio foi inaugurado a 18 de maio de 1907, no reinado da rainha D. Amélia, sendo o primeiro sanatório em Portugal a ser construído em altitude e considerado, na época, uma moderníssima Unidade de Saúde. Depois de ser desativado como Sanatório em 1974, funcionou nas últimas décadas como hospital distrital com múltiplas especialidades. Em 2008 foi constituída a ULS, tendo esta, desde então, como atividade principal, a prestação de cuidados de saúde primários, diferenciados e continuados, à população (Unidade Local de Saúde – Guarda, 2022).

O estágio decorreu no Serviços de Pediatria e no Serviço de Urgência Pediátrica. Estas são unidades integradas no Departamento de Saúde da Criança e da Mulher, alocadas ao Pavilhão 1 e 5 do edifício do hospital. Sendo assim, descreve-se o percurso feito nos referidos serviços e as competências comuns e específicas de EEESIP adquiridas e desenvolvidas, durante a permanência no Departamento. Atendendo a que existem competências de mestre que pertencem ao mesmo domínio das competências de especialista e a que grande parte das atividades desenvolvidas em estágio são comuns e indissociáveis, algumas competências surgem agrupadas, pelo que a fundamentação será apresentada em conjunto.

1– SERVIÇO DE PEDIATRIA

O Serviço de Pediatria é constituído por 20 enfermeiros, incluindo a enfermeira chefe (9 com Especialidade em Saúde Infantil e Pediatria), diretor do serviço, 9 médicos, 6 técnicos operacionais, 1 educadora, 1 professora e 1 secretária de unidade. Esta equipa multidisciplinar apoia o Serviço de Pediatria e de Neonatologia, no entanto, a equipa médica também assiste o Serviço de Urgência Pediátrica e as Consultas Externas.

O turno da manhã funciona com 4 enfermeiros, 2 assistentes operacionais e uma equipa médica, que fica sob chamada durante o período da tarde e da noite, bem como durante o fim de semana. Os turnos da tarde e da noite funcionam com 3 e 2 enfermeiros, respetivamente, e 1 assistente operacional. O Serviço de Pediatria e a Unidade de Neonatologia distribuem-se ao longo de um corredor que dá acesso ao Serviço de Obstetrícia, o que facilita a transferência de recém-nascidos para a Neonatologia, quando necessário. O Serviço de Pediatria apresenta capacidade para 14 internamentos (5 camas no berçário até aos 3 anos, 4 camas para crianças e 4 camas para adolescentes e, ainda, 1 cama em quarto de isolamento) e tem várias estruturas de apoio (Apêndice I). Segundo a análise do Plano de Atividades e Orçamento de 2021, da ULS da Guarda (Unidade Local de Saúde – Guarda, 2021), verifica-se que a lotação das camas para o Serviço de Pediatria irá manter-se igual até ao ano 2023, depreendendo-se que o número de camas seja suficiente para colmatar as necessidades do distrito. Esta perceção vem de encontro à noção que as enfermeiras do Serviço de Pediatra têm do número de camas necessárias para a realidade atual.

Segundo o regulamento da norma para cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem (Diário da República, 2019), nos serviços das Especialidades de Pediatria, devem existir 2 enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria por cada 3 enfermeiros, devendo estar 1 enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria em permanência, 24 horas por dia. O serviço de Pediatria, onde se realizou o estágio, assegura este rácio, no entanto não cumpre as exigências do rácio enfermeiro/camas ocupadas, proposto pela Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica em 2019. Este órgão propõe um rácio enfermeiro/utente de 1/3, 1/5 e 1/6 nos turnos da manhã, tarde e noite, respetivamente. A realidade do Serviço de Pediatria, onde decorreu o estágio, fica muito aquém do proposto, pois a mesma equipa tem de assegurar também os cuidados da Unidade de Neonatologia,

onde o rácio deveria ser de 1/2 em todos os turnos. No entanto, atendendo a que a taxa de ocupação das camas em ambos os serviços raramente está completa, há dias em que esta disparidade acaba por se esbater.

A equipa de enfermagem utiliza, como metodologia de trabalho, o método individual cujos registos são efetuados no computador, no programa SCLINICO. A preparação de medicação é feita com o sistema de cartões, depois de ser confirmada a prescrição médica no sistema eletrónico. A realidade e o contexto do Serviço de Pediatria são muito específicos, além de que a mesma equipa tem de apoiar também a Unidade de Neonatologia, obrigando-a a dar respostas especializadas, de acordo com as especificidades desses contextos particulares. Assim, é necessária uma qualificação adequada do pessoal, de modo a maximizar a qualidade e a segurança dos cuidados ao RN e familiares, sem deixar de os proporcionar também as restantes crianças do Serviço de Pediatria. As crianças até aos 18 anos internadas podem ser acompanhadas por uma pessoa, geralmente a mãe, estando a visita do pai condicionada, devido à Pandemia, ao horário das 11h às 20h, durante 30 minutos.

Todas estas estruturas estão distribuídas ao longo de um corredor cuja decoração é feita em função da idade pediátrica, existindo dois espaços devidamente providos de material recreativo e educativo, para dar resposta às crianças de todas as faixas etárias do serviço. O recurso a estes materiais vai ao encontro do que Ramos e Figueiredo (2020, p. 47) sugerem para o ambiente hospitalar, nos Serviços de Pediatria, quando recomenda “decoração com desenhos ligados as histórias e heróis infantis, com brinquedos e equipamentos para as crianças”, mas também “espaços adequados aos jovens”.

O estágio no Serviço de Pediatria, nesta Unidade Local de Saúde (ULS), decorreu entre o dia 4 e o dia 31 de outubro de 2021, perfazendo uma carga horária de 127h, sob a orientação e supervisão de uma enfermeira EESIP.

No serviço de internamento, com a Enfermeira Tutora, procedeu-se a uma reflexão sobre as decisões a tomar ao longo dos turnos. Detinha-se conhecimento/informação sobre o estado de todas as crianças internadas e sobre os recursos físicos, materiais e humanos existentes. Realizou-se a distribuição das crianças internadas pelos enfermeiros do turno, tendo em conta a situação e a necessidade de cuidados específicos de cada criança e família, de modo a que fosse equilibrada entre os elementos da equipa e pudesse responder, eficazmente, a cada situação em particular.

Após a passagem de turno, foram distribuídos os profissionais de enfermagem, segundo as necessidades do serviço da pediatria/neonatologia. Essa distribuição teve em consideração o tempo de experiência no serviço, a detenção ou não do grau de especialista, o tempo de cuidados diretos a prestar ao utente de ambos os serviços, assim como à possibilidade de internamento de crianças vindas da urgência pediátrica. Procurou-se priorizar os cuidados numa perspetiva holística, antecipando situações que exigiam cuidados e medidas excepcionais, garantindo respostas adequadas a essas mesmas situações ao longo do turno. Só assim, são assegurados os caminhos para a qualidade na prestação dos cuidados.

Depois de se fazer uma breve caracterização do espaço físico e da organização do Serviço de Pediatria, referem-se de seguida as competências adquiridas e desenvolvidas no referido serviço.

1.1 - COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS

Sabe-se que a doença é um fator desfavorável ao desenvolvimento da criança e que, em sentido contrário, a família influencia positivamente o seu estado emocional. Do ponto de vista da criança internada, é importante ter o pai, a mãe ou ambos ao seu lado, sobretudo em ambientes que desconhece e que lhe infligem ansiedade e dor, quer seja física ou mental. Por isso, é muito importante que os pais continuem a cuidar dela, de forma a assegurar o correto desenvolvimento da criança hospitalizada e por sua vez, o enfermeiro tem o dever de incluir os pais nos cuidados a prestar-lhe (OE, 2015). Neste sentido, os cuidados devem focar-se nas crianças/jovens, mas também atender às necessidades dos seus pais.

Foram várias as situações clínicas, durante o internamento, às quais se deu resposta, sempre determinadas por um contexto único com várias realidades associadas. A maior parte foi do foro respiratório, cuja área de atenção relevante para a enfermagem foram os seguintes focos: tosse, dispneia, febre, pieira sendo a limpeza da via aérea comprometida o diagnóstico mais frequente (CIPE, 2018). Outras foram do foro cirúrgico com necessidade de controlo da dor e uma situação rara de atraso de crescimento por alteração metabólica. Detendo conhecimentos específicos sobre as diferentes situações clínicas, com maior segurança se transmitem informações e se proporcionam

aprendizagens de habilidades/estratégias às crianças e famílias, permitindo-lhes a gestão de processos específicos e individuais de doença. Uma das competências do EEESIP é que os conhecimentos sobre as doenças comuns às várias idades levem à implementação de respostas de enfermagem apropriadas (OE, 2018). Foi, portanto, neste sentido, que a pesquisa e o reforço com literatura afim foram uma constante diária para apoiar a prática.

O EEESIP também deve comunicar com a criança/jovem e família, utilizando técnicas adequadas à idade e estágio de desenvolvimento e características culturais (OE, 2018). Tendo por base esta competência, durante o diálogo com a criança, foi sempre tido em conta a sua idade e recetividade, adaptando-se a abordagem sempre que se sentiu necessidade disso, indo ao encontro das características próprias e únicas de cada criança/jovem. Procurou-se conversar de forma esclarecedora, transmitindo confiança à família, solicitando-se o apoio da restante equipa, sempre que houve necessidade, garantindo, deste modo, cuidados humanizados e o direito à informação clara e objetiva. Uma comunicação aberta e honesta, centrada na família, é um elemento fundamental nos cuidados de enfermagem pediátricos a prestar e é essencial para a negociação e participação ativa da criança/jovem e família, em todo o processo de superação do seu estado de saúde e de recuperação do bem-estar (OE, 2018).

Este estágio decorreu na época de inverno e, por isso, os focos de enfermagem com maior incidência foram a tosse, dispneia, febre, pieira e limpeza da via aérea comprometida como diagnóstico - de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE, 2018). Segundo Garcia et al. (2005), o Vírus Sincicial Respiratório Humano (VSRH) está mundialmente disseminado e constitui a causa mais comum de pneumonia viral em crianças com menos de 5 anos de idade. A mesma autora refere que a bronquiolite ou a pneumonia grave têm probabilidade elevada de ocorrência em crianças de 6 semanas de idade, verificando-se um pico de incidência em crianças com 2 meses. A infeção pelo VSRH em lactentes e crianças de mais idade resulta em infeção das vias respiratórias menos agressiva do que a observada em lactentes com menos de 6 meses de idade. Como EEESIP, considera-se necessária a mobilização de conhecimentos e destrezas para rapidamente identificar focos de instabilidade e promover uma resposta pronta e antecipatória para cada uma das situações específicas (OE, 2018). Nesta linha, houve necessidade de desenvolver e treinar a observação, quanto ao quadro respiratório verificado em lactentes e crianças mais pequenas, justificada pela falta de

experiência com este tipo de clientes. Além disso, considerou-se essencial dinamizar uma apresentação, *Virus Sincicial Respiratório* (Apêndice II), dirigida aos pais e crianças, no sentido de promover hábitos seguros e preventivos do contágio e cuidados a ter, relacionados com este agente infeccioso. Esta última iniciativa esteve na linha de três competências subjacentes à atividade do EEESIP (OE, 2018):

- Utilizar estratégias motivadoras para a criança e família para a assunção dos seus papéis em saúde;
- Proporcionar à criança e família conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais, facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença;
- Procurar sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança, no sentido de adotarem comportamentos potenciadores de saúde.

Nesta área, também foi desenvolvido um trabalho sobre *Oxigenoterapia* (Apêndice III), que veio completar um conjunto de documentos sobre uma série de temas pertinentes e atualizados para o serviço, que ficou disponível num dossiê para consulta. Os documentos guardados no dossiê, e cuja realização ainda está em curso, têm por finalidade constituir um manual de consulta para que os enfermeiros da equipa recém-chegados ao serviço possam aceder à informação atualizada e para servir também de base teórica para futuros protocolos no Serviço de Pediatria. Esta iniciativa permitiu o exercício de duas das competências do Enfermeiro Especialista (OE, 2019), a saber:

- A incorporação dos conhecimentos na área da qualidade na prestação de cuidados;
- A colaboração na realização de atividades na área da qualidade que estejam na base de protocolos.

A promoção da segurança das crianças em meio hospitalar, indo ao encontro da criação e manutenção de um ambiente terapêutico seguro (OE, 2019), foi uma das principais e grandes preocupações neste estágio. Depois de vários anos a exercer uma prática direcionada para os cuidados de saúde com adultos, procurou-se ter, na administração de terapêutica, uma atenção redobrada, seguindo as regras de segurança de forma repetida, cumprindo-as escrupulosamente para evitar a ocorrência de erro terapêutico, garantindo a segurança das crianças. Esta foi a área que exigiu maior atenção pelo receio de poder errar nas dosagens/reconstituições/diluições, solicitando, portanto,

de forma regular, uma supervisão por parte da orientadora de estágio, antes de qualquer administração.

Tendo em conta esta linha de competências como especialista e a realidade de patologias do foro respiratório, identificou-se uma situação que carecia de mais atenção e que suscitou reflexão sobre os processos de tomada de decisão (OE, 2019). Ocorreu logo no primeiro dia de estágio. Verificou-se que um dos procedimentos realizado pela equipa estaria a pôr em causa o controlo de infeções nosocomiais. Apesar de as câmaras expansoras serem individuais, os nebulizadores (Salbutamol e Brometo de Ipratrópio) eram comuns a todas as crianças. Considerou-se, por isso, pertinente levantar a questão junto da orientadora e do elo de ligação ao grupo do Programa de Prevenção e Controlo das Infeções e de Resistentes aos Antimicrobianos (PPCIRA). Assim, conseguiu-se demonstrar que as válvulas não eram unidireccionais e que, conseqüentemente, as extremidades dos nebulizadores estariam em contacto com as gotículas da tosse e dos espirros das diferentes crianças. Houve divulgação da informação suscitando reflexão sobre o tema e uma tomada de decisão por parte da equipa. Para além disso, enviou-se uma informação, via e-mail, para a equipa do PPCIRA e fez-se, posteriormente, uma abordagem pessoal através do elo de ligação, no sentido de este órgão tomar uma decisão relativamente à intervenção mais adequada para solucionar a situação reportada e implementar medidas de prevenção de práticas de risco (OE, 2019). Aquando do *terminus* do estágio ainda se aguardava a resposta do PPCIRA, tendo tido posteriormente *feedback* relativamente ao problema detetado. Esta situação surgiu como um fator que contribuiu para a melhoria, que é uma das competências do enfermeiro especialista, mas também revelou ser, para o enfermeiro, uma oportunidade de atuar como dinamizador e gestor de conhecimentos no contexto da prática do cuidar, com vista a potenciar e contribuir para a saúde dos cidadãos (OE 2019), no caso vertente, das crianças internadas.

Dentro desta área, mas já no final do estágio, também se constatou que, no que diz respeito a crianças cujas cirurgias eram programadas, os protocolos de prevenção da infeção do local cirúrgico preconizados pela DGS (2015b) não estavam a ser seguidos, nomeadamente a realização de banho com cloro-hexidina a 2% no dia anterior à cirurgia e, no dia da cirurgia, com pelo menos 2 horas de antecedência. Ainda foi reportada a situação ao elo de ligação ao PPCIRA do serviço de Pediatria, porém não se obteve qualquer resposta nem foi manifestado interesse pela questão levantada.

A prestação de cuidados a uma criança com dispneia e febre, necessitando de oxigenoterapia, que tinha subjacente um atraso de crescimento (CIPE, 2008) provocado por hipopituitarismo, revelou-se uma oportunidade de melhoria (OE, 2019) ao nível dos conhecimentos desta patologia rara. Esta atuação foi ao encontro de uma das competências de EEESIP que preconiza a aquisição de conhecimentos em doenças raras, no sentido de responder adequadamente em termos de cuidados de enfermagem (OE, 2018). O hipopituitarismo é uma patologia endócrina que afeta a glândula pituitária, o que leva à disfunção de várias outras glândulas endócrinas no corpo humano, já que se trata de um funcionamento inadequado de uma glândula central. As causas dessa patologia podem ser genéticas, congénitas ou adquiridas. As complicações do hipopituitarismo podem ser inúmeras relacionadas com deficiências hormonais e podem trazer prejuízos secundários como a diminuição cognitiva, transtornos psicológicos e perturbações no crescimento. As hormonas hipofisárias são responsáveis pelo estímulo das glândulas endócrinas periféricas, que sintetizam e segregam hormonas com várias funções, a destacar: crescimento, desenvolvimento neuropsicomotor, maturação sexual, fertilidade, controle de gasto energético, regulação do metabolismo dos hidratos de carbono, lípidos e proteínas e manutenção do balanço hidroeletrólítico. O tratamento desta patologia baseia-se na manutenção do equilíbrio hormonal das deficiências hipofisária de forma individual, ou seja, cada paciente vai receber uma determinada reposição de acordo com as suas necessidades. O acompanhamento pediátrico das crianças e dos adolescentes é indispensável e os profissionais devem estar capacitados para realizar o diagnóstico precoce do hipopituitarismo, visando o tratamento em tempo útil, com o propósito de minimizar ou mesmo de impedir o surgimento de sequelas, sejam elas reversíveis ou não (Almeida et al., 2021).

Em contexto de pandemia SARS-Cov-2 (*Severe acute respiratory syndrome coronavirus*), em que as crianças/jovens se veem confrontados com profissionais a usar constantemente máscaras e a verificarem-se restrições nas visitas, as atividades lúdicas e de distração tornam-se aliadas preciosas dos cuidados como fatores que fomentam um ambiente positivo e de descontração favorável à prática (OE, 2019). Como refere Tavares (2008), ao cuidar a criança doente, o enfermeiro deverá ambicionar atingir a excelência da arte do cuidar, ao brincar como um artista, sendo, portanto, imprescindível que as enfermeiras brinquem com as crianças. Estas deverão perceber que elas são parceiras na

jornada que vivenciam – a hospitalização – que estão presentes para lhes impor regras, infligir dor e mal-estar (quando estritamente necessário), mas também para as ajudar a sorrir e a partilhar as suas alegrias. Neste sentido, procurou-se fazer abordagens que criassem um ambiente de boa disposição desenvolvendo, por exemplo, uma atividade lúdica inerente à época festiva do mundo da criança/jovem - o *Haloween* (Apêndice IV), já que no serviço não havia educadora (aguardava-se concurso para substituição da educadora reformada) nem professora (estava de baixa por doença). Como EEESIP, deve-se procurar perseguir os mais altos níveis de satisfação da criança/jovem, “concretizando atividades que visem minimizar o impacto dos fatores stressores relacionados com a hospitalização e/ou vivências de experiências de situações de risco/doença crónica” (OE, 2011, p. 6).

Atendendo a que não era uma prática habitual do serviço e verificando que não seria de todo uma atividade que contasse com a compreensão da maior parte da equipa, foi necessário recorrer a estratégias de motivação diferenciadas, apelando à colaboração dos colegas, como é da competência do enfermeiro especialista (OE, 2019). Na realização desta atividade, com a colaboração de alguns elementos da equipa multidisciplinar e do Enfermeira Gestor, procurou-se, como enfermeiro especialista (OE, 2019), reconhecer e antecipar situações de eventual conflitualidade e utilizar adequadamente técnicas de resolução de conflitos, como a escuta ativa e a negociação. Esta iniciativa também visava a mudança para impulsionar a introdução de inovações na prática especializada (OE, 2019), numa equipa que descurava de alguma maneira a brincadeira e o lúdico, condicionada pelo contexto da pandemia e pela ausência de educadora, há cerca de um ano, como já foi referido. Nesse sentido, foram dinamizadas várias atividades nas quais participaram as crianças/jovens, os respetivos pais, mas também a equipa de enfermagem que teve um papel ativo na sua implementação. Deste modo, procedeu-se à decoração do Serviço de Pediatria com a colaboração dos pais/crianças e jovens; ao relato de contos e histórias do *Halloween*; à realização de ateliês de pintura; à distribuição aos acompanhantes de colares alusivos à época e dinamizou-se a atividade “doçuras ou travessuras” com as crianças, assegurando-se os cuidados inerentes ao controlo da infeção.

A decoração do serviço e o desenvolvimento de algumas atividades promoveram o treino de mais uma das competências de especialista: atuar eficazmente sob pressão

(OE, 2019). Isto porque, para além destas atividades levadas a cabo, era imprescindível prestar os cuidados de saúde às crianças de acordo com as suas características específicas. Esta articulação exigiu uma gestão criteriosa dos recursos e do tempo, já de si limitados, para se concretizarem os objetivos propostos. Nesta atividade, conseguiu-se também exercer uma das competências de um EEESIP (OE, 2018): demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/jovem e família, ao desenvolver-se com sucesso as atividades em que as crianças e os jovens participaram, assim como os pais. Tal como refere Jorge (2004, p. 25): “Todos os profissionais ligados à pediatria deveriam aprender a brincar com a criança para poder comunicar com ela, respeitando o seu ritmo”. Também se atuou como dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática de cuidados, com a finalidade de angariar contributos positivos em prol da saúde dos cidadãos, neste caso das crianças, jovens e pais, ao promover o lúdico, a brincadeira, a comunicação, melhorando a interação destes com a equipa e vice-versa, como se espera de um especialista (OE,2019).

Finalizado o estágio no Serviço de Pediatria, seguiu-se para outro campo de aprendizagem, o Serviço de Urgência Pediátrica, também incluído no departamento da criança e mulher do mesmo hospital.

2 - SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA

O Diretor do Serviço de Urgência Pediátrica desempenha as mesmas funções no Serviço de Pediatria. A equipa multidisciplinar é constituída pela Enfermeira Gestora e mais 16 enfermeiros (3 têm Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria); 8 médicos em regime de internato e dois em regime de prestação de serviço, 9 técnicos operacionais e 1 secretária de unidade.

Este serviço possuía, no momento da realização do estágio, duas áreas distintas, devido à realidade da Pandemia por SARS-CoV-2 (Covid-19): a área respiratória e a não respiratória (Apêndice V). A Urgência Pediátrica está alocada de forma temporária ao bloco 2, até à finalização das obras das futuras instalações (DR, 2021).

A área respiratória é constituída pela: sala de espera com balcão da secretária da unidade; por casas de banho para utentes e funcionários; sala de triagem de enfermagem;

sala de trabalho de enfermagem; 2 gabinetes médicos; um espaço de apoio ao utente; 2 quartos (com um berço e uma maca cada); uma sala de troca de fardamento e uma sala de arrumos.

A área não respiratória é constituída por um corredor adaptado a sala de espera; sala de triagem de enfermagem; sala de tratamento de enfermagem; antecâmara e sala de emergência; 2 gabinetes médicos; um gabinete da enfermeira gestora; um quarto para adolescentes com 2 camas e outro para as crianças com 2 camas e 2 berços com uma sala de vigilância contígua. Para dar apoio a esta área existe um espaço para vestiário dos funcionários e outro para equipamentos respiratórios, uma copa e um espaço de *stoks* (Apêndice V).

O estágio no Serviço de Urgência Pediátrica decorreu entre o dia 8 de novembro e o dia 5 de dezembro de 2021, perfazendo uma carga horária de 144 horas, sob a orientação e supervisão do Enfermeiro Mestre na mesma área.

O Serviço atende crianças/jovens até aos 18 anos em situação de urgência/emergência da área médico-cirúrgica, da psiquiatria e também politraumatizados. Existe, por isso, uma articulação importante entre a SUP e alguns serviços da instituição, como ortopedia, cirurgia, otorrino, gastroenterologia, bloco operatório central, psiquiatria e pediatria. Esta articulação é feita, de igual modo, com o HP do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC) para onde são encaminhados os casos de maior gravidade e que necessitam de cuidados especializados que não existem na Guarda.

Depois da inscrição da criança/jovem, através do cartão de utente, a equipa de enfermagem utiliza o SClínico Hospitalar – Urgência e Triagem na vertente de Manchester que foi implementado desde do dia 17 de novembro de 2020 (MS, 2020). Para aceder a toda a informação do processo, este programa permite não só conhecer a causa da vinda à urgência, mas também realizar a triagem e registar os procedimentos, as vigilâncias e os cuidados prestados ao cliente.

Como afirmam Ramos e Figueiredo (2020), a triagem, em Portugal, é da responsabilidade dos enfermeiros, pois para além de fazerem uma avaliação casuística sólida também lhes permite aumentar a humanização do acolhimento à criança e respetiva família. Os dados e informação registados pela equipa multiprofissional ficam

disponíveis numa base de dados partilhada por profissionais de saúde de diversas áreas, contribuindo assim para um melhor acompanhamento e prestação de cuidados de saúde.

Depois de se fazer uma breve caracterização do espaço físico e da organização do Serviço de Urgência Pediátrica, seguimos com a descrição das competências adquiridas e desenvolvidas no referido serviço.

2.1 - COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS

Durante o estágio no Serviço de Urgência Pediátrica, surgiu a oportunidade de prestar cuidados de enfermagem em variadas situações e abrangendo múltiplas patologias, o que determinou o envolvimento de várias especialidades. A multiplicação de diagnósticos e situações em alguns doentes fomentou a necessidade de aprofundar conhecimentos em várias áreas, através da pesquisa e revisão bibliográfica.

A maior parte também foi do foro respiratório, cuja a área de atenção relevante para a enfermagem foram os seguintes focos: tosse, dispneia, febre, pieira e como diagnóstico a limpeza da via aérea comprometida (CIPE, 2018). Contexto semelhante ao do Serviço de Pediatria, dado que se estava, de igual modo, no inverno. No entanto, o atendimento dos clientes com estas patologias, na ala dos respiratórios, requereu uma abordagem diferente, com o respetivo equipamento de proteção individual (EPI), máscara FFP2 e viseira, segundo as normas da DGS (2020), uma vez que se vivia numa situação pandémica por SARS-CoV-2. A utilização correta do EPI e o cumprimento rigoroso dos procedimentos de contenção de infeções nosocomiais adequados a cada situação garante, ao enfermeiro especialista, um ambiente terapêutico seguro que lhe permite coordenar, implementar e manter medidas de prevenção e controlo da infeção (OE, 2019), durante o atendimento às crianças e acompanhantes. Estes procedimentos evitam não só o contágio e disseminação do vírus SARS-CoV-2 mas também todas as outras doenças respiratórias altamente contagiosas.

Para além das infeções causadas pelo vírus SARS-CoV-2, segundo Garcia et al. (2005), mais de 25% de todo o atendimento pediátrico ambulatorio e hospitalar é causado por infeções respiratórias, sendo 90% de causa viral. O Vírus Sincicial Respiratório Humano (VSRH), de disseminação mundial, infeta crianças menores de 2 anos, verificando-se o pico em crianças entre 2 e 6 meses, entre o mês de outubro e a primavera.

Aproximadamente até aos 2 anos de idade, 95% das crianças já foram infetadas pelo VRSB (Garcia et al, 2005).

Estando a doença por SASC-cov-2 associada às doenças respiratórias, o seu diagnóstico passou pela realização de zangatoa nasofaríngea, que é um procedimento algo desconfortável e por vezes doloroso. Neste sentido, foi necessário aplicar técnicas de distração e agilidade manual para tornar este procedimento o mais indolor e menos desconfortável possível. As técnicas de distração, como o bom humor, o riso, o reforço positivo, os exercícios respiratórios, música e, nas crianças durante o primeiro ano de vida, a sacarose (12 a 24%) foram as estratégias privilegiadas a que se recorreu para aliviar os momentos de maior ansiedade. Também as estratégias aprendidas com o Enfermeiro Orientador e com os colegas mais experientes, aliadas a técnicas de controlo da dor não farmacológicas, acabaram por transformar momentos tendencialmente dolorosos/ desconfortáveis em momentos menos penosos para a criança/adolescente e respetivo acompanhante. A aplicação de conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor é uma das competências do EEESIP (OE, 2018). Consequentemente, distrair e brincar com a criança deve ser uma das principais preocupações dos enfermeiros como forma de minimizar os efeitos nefastos que acarreta uma visita ao hospital (Ramos & Figueiredo, 2020).

As situações clínicas que em segundo plano se destacaram foram os traumatismos, provocados por queda, com escoriações, mobilidade e integridade cutânea comprometidas, além da dor causada por fraturas (CIPE, 2018), ocorridas quer em contexto escolar quer doméstico.

Segundo Hockenberry e Wilson (2014, p. 3), “a curiosidade inata das crianças estimula-as a investigar o ambiente e a imitar o comportamento dos outros”, pois, desta forma, adquirem competências para serem adultos, mas também as expõe a numerosos perigos. Sendo assim, as crianças são particularmente vulneráveis a lesões devido às suas características físicas, psicológicas e comportamentais. A OMS (2008) também aponta as quedas, não fatais, como tendo um peso significativo nos cuidados de saúde em todo o mundo, quanto aos custos e ao elevado risco de morte.

Na qualidade de enfermeira, surgiu a oportunidade de se colaborar na estabilização de várias fraturas, na colocação de gesso e no tratamento de várias lesões. Destacou-se uma situação pelo aparato e pelo envolvimento de multiprofissionais a que

a situação obrigou, no caso vertente, a redução de uma luxação anterior do ombro de um jovem de 16 anos. Esta ocorrência envolveu anestesista, ortopedista, pediatra, enfermeiros e assistente operacionais. Era uma situação já recorrente que iria posteriormente ser encaminhada para o HPC.

Segundo Nunes e Gutierrez (2013), o ombro é a articulação mais móvel do corpo humano, tornando-a mais propensa a lesões que resultam em instabilidade articular, sendo recomendada a reparação cirúrgica após, pelo menos, 2 a 3 incidências. No caso em questão, a sedação foi essencial durante o procedimento da redução da articulação, para a sua estabilização e controlo da dor. Foi, portanto, necessário conhecer os fármacos analgésicos e garantir a gestão de medidas farmacológicas adequadas ao combate à dor (OE, 2013), para se conseguir um relaxamento suficiente das estruturas envolvidas que permitisse a redução da luxação e, posteriormente, o alívio da dor. Não tendo nunca assistido a este procedimento, observou-se a aplicação da técnica, deixando que o Enfermeiro Orientador e restante equipa interviessem diretamente com os restantes especialistas.

Também a situação de uma jovem de 16 anos diabética tipo I, com febre, vómitos e dores abdominais, que determinaram alterações no metabolismo energético, provocando hiperglicémias (CIPE, 2018), exigiu uma atualização sobre os equipamentos tecnológicos mais avançados, habitualmente utilizados pelos mais jovens, no controlo da diabetes. Isto passou pela aquisição de conhecimentos sobre o funcionamento da aplicação móvel “*MySugr*” que faz o rastreio automático de glicémia, registo de alimentos, medicamentos, atividades e uma estimativa de hemoglobina glicada (HbA1c). Esta aplicação sincroniza de forma automática os valores de glicémia e calcula os bólus de insulina prescrita (Accu-Chek, 2019). O recurso a estas técnicas vem facilitar todo um procedimento que é moroso e algo complexo. No entanto, foi necessário conhecer todos os passos, compreender e aplicar fórmulas, para além de obrigar à realização de cálculos rigorosos, para determinar as dosagens adequadas à situação. Todos estes procedimentos contribuíram para uma visão mais abrangente e clara de todo o processo. A diabetes infantil e juvenil detém características específicas, daí que seja necessário conhecer muito bem todas as suas particularidades, para que a aprendizagem por parte das crianças e dos pais seja eficiente e segura.

As situações de comportamentos autodestrutivos e de automutilação (CIPE, 2018) foram outra das realidades verificadas nos adolescentes, em particular no género feminino, tendo sido a mais grave a de uma adolescente com 11 anos, que tentou o suicídio com a ingestão de benzodiazepinas e que apresentava várias lesões de automutilação antigas, nos punhos. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2012), o comportamento suicida ocorre, muitas vezes, na sequência de conflitos internos, sentimentos de depressão e ansiedade que acompanham a profunda reorganização física, psíquica e social que se verifica na adolescência. Esta entidade acrescenta ainda que o suicídio se encontra entre as 5 principais causas de morte na faixa etária dos 15-19 anos e, se se cingir ao grupo etário dos 15-24 anos, corresponde à 2ª causa de morte. Informa igualmente que o para-suicídio, que é um ato não fatal iniciado de livre vontade pelo próprio, através do qual o indivíduo protagoniza um comportamento invulgar de automutilação ou toma uma dosagem que excede a dose terapêutica, que o indivíduo acredita ser farmacologicamente ativa, ocorre com maior incidência em jovens do sexo feminino (OE, 2012). O caso referido requereu uma atuação rápida por parte de toda a equipa, com recurso a entubação nasogástrica com lavagem gástrica, cateterização de veia, monitorização de parâmetros vitais e neutralização da absorção da droga, ficando a jovem em observação até ser encaminhada para o Serviço de Pedopsiquiatria do HPC. As três outras situações verificadas também elas foram encaminhadas para este serviço por não existir na Guarda esta especialidade.

Segundo Garrido (2016), na ARS Centro, cerca de 20% da população infanto-juvenil necessita de cuidados de saúde mental, sendo mais frequentes as perturbações do humor, de ansiedade e do comportamento, incluindo a hiperatividade, com incidências variáveis em função da idade e do sexo. O mesmo autor estima que 1/1000 necessite anualmente de internamento em Pedopsiquiatria. Algumas destas situações também permitiram um contacto direto com os familiares, durante a vivência de momentos de grande tristeza, stresse e ansiedade. Todavia, não foi permitido uma abordagem direta, no sentido de prestar apoio emocional aos jovens e respetiva família, justificando a equipa que essa abordagem estaria a cargo dos profissionais do serviço para o qual seriam encaminhados. Porém, o EEESIP deve não só encaminhar estes casos, mas também ter a capacidade de estabelecer uma relação de empatia com a criança e a sua família, facultando o suporte emocional necessário e humanamente possível nestas situações

complexas (OE, 2018). Verificou-se alguma insegurança, por parte da equipa, em abordar estes casos, quanto ao apoio emocional a dar ao jovem e à família. Tem-se consciência de que, embora nesta área se necessite de formação mais específica, o EEESIP deve possuir conhecimentos sobre estratégias facilitadoras de comunicação e de controlo de emoções e, por outro lado, de estimulação de sentimentos de esperança (OE, 2018). Nesta linha, muito se poderia ter feito, se tivesse sido dada a oportunidade de se prestar algum contributo positivo tanto ao jovem como à família que estavam a passar por momentos tão difíceis.

A OE (2012), tendo consciência desta lacuna nas equipas de enfermagem, alerta para a necessidade de formação na área de prevenção do suicídio, para capacitar as equipas de saúde de mais informação e conhecimento e, principalmente, para motivar os profissionais para a mudança de atitude em relação aos indivíduos que apresentam comportamentos suicidas. É necessário estimular a esperança para combater a desesperança e o desejo profundo de deixar de existir. O sentimento de impotência provocado, não pela situação, mas sim pelo conformismo e inércia da equipa de enfermagem, no campo do apoio emocional face a estas situações, suscitou o desejo de apostar na formação nesta área. Contudo, foram importantes alguns dos momentos que se vivenciaram em contexto de reflexão com o Diretor Clínico e o Enfermeiro Orientador. Estes momentos permitiram uma troca de experiências e reflexão sobre alguns princípios que norteiam as profissões ligadas à saúde, os direitos do utente, o código deontológico da profissão e os padrões de qualidade que os serviços deveriam ter para dar respostas eficazes a estas situações. Tornou-se claro que o hospital teria de investir mais em profissionais aptos para dar resposta a situações do foro da Pedopsiquiatria.

Já nos últimos dias de estágio acompanhou-se uma jovem mãe de 18 anos, estudante e com um menino de 18 meses que deu entrada por dispneia, tosse e febre. Esta mãe frequentava o 12º ano de escolaridade e foi acolhida numa instituição por ser mãe jovem solteira e não ter apoio familiar. Depois de se conversar com ela e estabelecer uma relação empática, soube-se que o acompanhamento na instituição de apoio não estaria a estimular a criação de laços afetivos nem a autonomia em relação aos cuidados a prestar ao filho, para aquisição de competências nesse âmbito. No dia seguinte, a agitação e inquietação depressa evoluiu para uma situação de labilidade emocional, logo que viu o profissional de saúde. Foi nessa altura que se tomou conhecimento de que a instituição

queria enviar uma funcionária para a substituir, para que ela não perdesse as atividades escolares, sendo esta decisão tomada à sua revelia. Ela insistia que já tinha realizado os testes do final do 1º trimestre e que, sendo ela a mãe, lhe cabia a ela estar junto do seu filho doente e não a uma funcionária da instituição. Após lhe ter sido dado algum apoio emocional, foi informada dos seus direitos e da possibilidade de recorrer à equipa de enfermagem e ao Diretor Clínico para que a sua vontade fosse levada em linha de conta. De seguida, conversou-se com as enfermeiras do turno da tarde, e com o Enfermeiro Orientador acerca do sucedido, tendo ficado estabelecido que a situação deveria ser devidamente esclarecida, procurando-se encontrar uma solução adequada à situação. Como futura enfermeira especialista, e no âmbito das competências a desenvolver, é necessário identificar evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar psíquico e emocional e facilitar a comunicação expressiva desses sentimentos (OE, 2019) e deve-se assegurar o respeito pela escolha e autodeterminação do cliente no âmbito dos cuidados especializados de saúde, contribuindo, assim, para a defesa dos Direitos Humanos, em conformidade com os preceitos da deontologia profissional (OE, 2018).

Ao iniciar o estágio na UP, o Enfermeiro Orientador lançou um desafio, como forma de estimular a aquisição de algumas das competências que se devem observar num EEESIP: a realização de um trabalho sobre uma temática original para o serviço.

A formação em serviço é uma atividade importante na dinâmica das equipas de enfermagem, o que permite a atualização constante de conhecimentos e a adequação e uniformização de cuidados a prestar aos utentes. No entanto, a escolha do tema deve partir da identificação de uma lacuna no serviço ou do levantamento das necessidades de formação junto da equipa de enfermagem, já que uma das competências do enfermeiro especialista é diagnosticar as necessidades formativas (OE, 2019). Apesar de inicialmente a equipa de enfermagem não achar relevante a temática que aborda os benefícios do sono/conforto na realidade de uma urgência pediátrica, acabou por ser aceite pela pertinência do assunto no contexto atual e futuro do serviço. Foi necessário sensibilizar a equipa para estes focos, alertando-a para que seriam pontos avaliados na qualidade dos serviços, segundo as diretrizes emanadas pela Direção Geral da Saúde (DGS, 2013). Tendo em vista a nova reorganização dos serviços com as futuras instalações, o Enfermeiro Orientador concordou e achou pertinente a abordagem a fazer, incidindo sobre o tema mencionado.

Nesse âmbito, foi realizado um trabalho sobre o “Papel do Enfermeiro enquanto promotor do Sono/Conforto da Criança e do Cuidador, em contexto de Urgência Pediátrica” (Apêndice VI). A escolha do tema deveu-se ao facto de se verificar que a problemática do sono/ambiente/conforto era uma lacuna/necessidade transversal aos dois serviços. Com a iminência da mudança para novas instalações e a possibilidade de melhoria das estruturas, seria pertinente apostar neste tema e perceber a importância de um ambiente favorável para a promoção do sono/conforto.

Como enfermeiro especialista, é da sua competência, para além de diagnosticar necessidades formativas, promover a aplicação dos conhecimentos na área da qualidade na prestação de cuidados, identificando oportunidades de melhoria. O enfermeiro deve, ainda, aproveitar os processos de mudança para incrementar a introdução de inovações na prática especializada, aplicando a legislação, políticas e procedimentos de gestão de cuidados (OE, 2019).

3 - REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS/ DESENVOLVIDAS

Uma das finalidades da realização deste estágio, das atividades desenvolvidas e da elaboração deste relatório, foi a aquisição, desenvolvimento e consolidação das competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria.

Nesta reflexão, pretende-se demonstrar de que forma as atividades realizadas, nos dois locais de estágio, permitiram a aquisição e consolidação das competências necessárias ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, mas também as inerentes a qualquer Enfermeiro Especialista. A especificidade de cada local de estágio permitiu o desenvolvimento de competências que se complementam. Destacam-se as seguintes competências:

- Prestação de cuidados à criança com problemas do foro respiratório, nomeadamente com SARS-CoV-2;
- Identificação de focos de instabilidade, aplicando cuidados direcionados;
- Utilização de protocolos terapêuticos;
- Monitorização, avaliação e adequação das respostas aos problemas identificados;

- Gestão diferenciada da dor, através da aplicação de escalas de autoavaliação e heteroavaliação, utilizando esquemas de analgesia;
- Gestão da comunicação entre os elementos da equipa e entre a equipa e a criança/adolescente e a sua família, estabelecendo uma relação eficaz, identificando as barreiras à comunicação e desenvolvendo técnicas de comunicação.

Ao desenvolver e adquirir estas competências, prestaram-se cuidados que valorizam os princípios gerais do código deontológico do enfermeiro, previsto no artigo 99º OE (2015), em que se refere que “as intervenções de enfermagem são realizadas com preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro”. O código deontológico serviu de guia para as tomadas de decisão realizadas ao longo da prestação de cuidados. Embora todas as premissas aí plasmadas sejam imprescindíveis para a prestação de cuidados, os artigos 102º (valores humanos); 105º (dever de informação); 109º (excelência do exercício); 110º (humanização dos cuidados) foram os que mais suscitaram a atenção, devido às características particulares da população-alvo a quem se prestou cuidados - às crianças/aos adolescentes/ à família.

Atendendo a estes princípios bem como à proteção dos direitos da criança, veiculados na *Carta da Criança Hospitalizada*, as agressões físicas ou emocionais e a dor foram reduzidas ao mínimo, assim como os tratamentos que não eram indispensáveis. As intervenções de enfermagem e tratamentos realizados às crianças foram sempre antecedidas de um consentimento verbal livre e esclarecido dos pais, de acordo com a opinião e preferência das crianças com discernimento para tal. Exemplo disso foram as punções venosas, escolhendo a criança, quando possível, o local anatómico onde seriam feitas, tendo em conta o seu conforto. De referir que a maior parte das vezes foi possível aceder ao pedido das crianças/jovens. Também se procurou ser sensível à necessidade de envolver os pais nos cuidados a prestar à criança, desenvolvendo cuidados em parceria com estes.

Apesar de requerer mais tempo e exigir do enfermeiro uma postura de saber ser e saber fazer, foi possível manter uma prática eticamente correta, existindo um balanço entre o princípio da autonomia e o princípio da beneficência, com a principal finalidade de agir no superior interesse da criança. Ao longo do estágio, e mobilizando a experiência adquirida na área dos adultos/idosos, foi primordial a observação atenta dos enfermeiros

especialistas tendo em conta os seus comportamentos e posturas perante as crianças e famílias, refletindo e tomando consciência de que há muito a aprender e a trabalhar para um assumir de competências como EEESIP.

A experiência profissional permite estar mais familiarizados com situações de instabilidade hemodinâmica e risco de vida. Apesar de a maior parte da experiência adquirida, ao longo da carreira profissional, ser na área dos adultos e idosos, os vários anos de serviço em Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), Cuidados de Saúde Primários e Serviço de Atendimento Permanente (SAP), assim como algumas formações teórico/práticas realizadas na área pediátrica, permitiram algum à-vontade com estas situações. No decorrer do estágio, felizmente, não se vivenciou nenhuma situação de risco de vida iminente ou morte. A avaliação de cuidados intensivos, realizada em contexto teórico do curso de mestrado, foi uma mais-valia, para o relembrar, aprofundar e aperfeiçoar de competências em situação de urgência e emergência pediátrica, em contexto hospitalar.

O desenvolvimento do projeto na área do sono/conforto durante a hospitalização da criança e pais permitiu aplicar conhecimentos sobre saúde e conforto, nos diferentes contextos definidos por Kolcaba (1991), garantindo uma gestão diferenciada da dor e do bem-estar, com recurso a habilidades em terapias não farmacológicas baseadas na evidência. Promover o sono e o conforto à criança e aos pais é garantir uma maximização do bem-estar do núcleo familiar, potencializando o desenvolvimento infantil saudável e dando um contributo para uma melhoria significativa num processo de doença. Neste sentido, também se teve em conta a importância da qualidade do ambiente como fator determinante na promoção da saúde. Uma observação mais detalhada das características de ambos os serviços e a perceção dos pais e das crianças, durante o seu tempo de internamento, relativamente a esta temática, permitiu uma tomada de atitude que diferenciou os cuidados prestados e permitiu atingir os objetivos propostos.

A multiplicidade de situações vivenciadas de prestação de cuidados a crianças/adolescentes com a problemática em estudo - Conhecer a perceção dos pais e das crianças quanto ao sono e ao conforto durante a hospitalização - foram determinantes nesta formação contínua. “A prática é em si mesma um modo de obter conhecimento” (Benner, 2001, p.12) e, como tal, é através da prática de cuidados especializados de

enfermagem que se pretende continuar a evoluir para uma enfermagem que se pretende cada vez mais avançada.

CAPÍTULO II - PERCEÇÃO DAS CRIANÇAS/PAIS HOSPITALIZADOS SOBRE A QUALIDADE DO SONO/ CONFORTO

Após identificação dos fatores perturbadores do sono/conforto constantes na literatura, dos avanços a nível das instituições de saúde para os colmatar e da observação das características dos serviços, onde se desenvolveram as atividades, parece ser pertinente conhecer a percepção que as crianças/jovens e os pais têm acerca da qualidade do sono/conforto durante a hospitalização.

A natural dependência da criança, a sua progressiva autonomização e o binómio criança/família são fatores fundamentais para o cuidar por parte do EEESIP e, por isso, este deve estabelecer, com ambos, uma parceria para que a prestação de cuidados seja promotora da saúde, adequando a gestão do regime da parentalidade (OE, 2018). O regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem refere que “todas as crianças/jovens e as suas famílias/pessoa significativa/prestador informal tenham acesso equitativo a cuidados de Enfermagem Especializados em Saúde da Criança e do Jovem, numa perspetiva (...) que respeite os (...) direitos humanos e da criança, numa abordagem holística, ética e culturalmente sensível” (OE, 2011, p.3). Neste sentido, o mesmo regulamento aponta para que os pais ou outras pessoas significativas para a criança/jovem sejam alvos das intervenções do Enfermeiro Especialista em Saúde da Criança e do Jovem.

Tendo em conta o exposto e tendo uma longa prática de cuidados com adulto/idosos, como já foi mencionado, fez todo o sentido a valorização do bem-estar não só das crianças/jovens, mas também dos pais, incluindo-os a ambos neste estudo. Foi nesta perspetiva que a temática do conforto e do sono foi abordada, tendo em consideração a criança hospitalizada e o cuidador, procurando, a partir das respetivas percepções, identificar, por um lado, as condições promotoras e, por outro, as dificultadoras da promoção do sono/conforto, para se poder intervir de forma assertiva a nível hospitalar em futuras mudanças e alterações nos Serviços Pediátricos.

1- ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste capítulo apresentam-se, de forma sumária, alguns conceitos relevantes para o tratamento do tema e toda a fundamentação teórica que norteou o trabalho de investigação realizado, procurando articulá-los com os modelos de cuidados de enfermagem em pediatria, tendo por base a referência teórica considerada pertinente neste percurso.

A palavra *perceção*, segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE (2018, p.96), é entendida como “um processo do sistema nervoso: registo mental consciente dos estímulos sensoriais; o ter a noção de objetos ou de outros dados através dos sentidos”. Segundo Santos (2015), por norma, a pessoa vê e percebe a saúde como sendo o meio para alcançar o objetivo final e único de sensação de bem-estar. Assim, a perceção que cada indivíduo tem acerca do seu estado de saúde pode realmente constituir um indicador realista da mesma.

A palavra *sono*, segundo a CIPE (2018, p.126), é definida como “uma diminuição recorrente da atividade corporal evidenciada pela diminuição de consciência; não consciência; diminuição do metabolismo; postura imóvel; atividade corporal diminuída; sensibilidade a estímulos externos”. Também a Sociedade Portuguesa de Pediatria (SPP, 2017) reconhece que a vida não é possível com ausência de sono, pois considera-o uma necessidade humana fundamental semelhante à necessidade de respirar. Defende ainda que o sono vai mais além da ausência de vigília, considerando-o um estado complexo que intervém em todas as funções corporais assegurando e possibilitando a recuperação física e psíquica do organismo. Soares (2010, p. 13) refere que o sono “resulta da ação conjugada de muitos neurotransmissores e é acertada pelo relógio biológico central, que ajusta tudo ao ritmo circadiano, controlado por núcleos supraquiasmáticos do hipotálamo”. Já Silva (2014, p. 30) refere que 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”.

A palavra *conforto* é definida na CIPE (2018, p.32) como uma “sensação de tranquilidade física e bem-estar corporal”. O conforto é um conceito que está profundamente associado à enfermagem, sendo a sua origem, muito provavelmente, comum à origem do cuidar. Na sua obra *Notas Sobre Enfermagem: O que é e o que não*

é, Florence Nightingale (Nightingale, 1859) faz várias referências ao conforto dos doentes, nomeadamente no que se refere aos cuidados que a enfermeira deve ter com a alimentação, com a roupa da cama e com a higiene. Assim, desde Nightingale, o conforto foi visto como um resultado importante dos cuidados de enfermagem (Kolcaba, 1991).

A definição da palavra *família* tem vindo a mudar ao longo destes últimos tempos. Hockenberry e Wilson (2014) alertam para o facto de a composição da família ter vindo a assumir novas configurações, passando do conceito de família nuclear tradicional, a que eSE está habituado, para outras realidades familiares, onde se encontram também as famílias mistas, alargadas, monoparentais, binucleares, poligâmicas, comunitárias, gays, lésbicas, bissexuais e transexuais, entre outras. Em conformidade com estas novas realidades das estruturas familiares, a CIPE (2018, p.63) define a família como um “grupo, unidade social ou todo coletivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade, afinidades, relações emocionais ou legais, sendo a unidade ou o todo considerado como um sistema que é maior do que a soma das partes”. Mas talvez a definição mais adequada seja mesmo considerada por Hockenberry e Wilson (2014, p. 49): “a família é o que cada pessoa considera que é”.

A palavra *hospitalização*, na CIPE (2018, p.73), é entendida como “um evento ou episódio”. Na realidade pediátrica, a hospitalização, como refere Jorge (2004), implica separação, pois, mesmo que a figura materna (ou paterna) se mantenha presente, haverá sempre um afastamento do ambiente familiar físico e afetivo. Segundo Batalha (2017), a hospitalização é especialmente perturbadora para a criança entre os 6 meses e os 4 anos. Nesta idade, a criança percebe os cuidados como mais assustadores, pois não tem a noção cabal da realidade (confusão entre realidade e fantasia, sem noção de tempo e causalidade e incapacidade de utilizar adequadamente mecanismos que promovam confronto). O mesmo autor refere que os lactentes, antes dos 6 meses, estão mais protegidos por não terem um vínculo suficientemente forte e seletivo que seja ameaçado por uma separação breve. Do mesmo modo, os maiores de 4 anos conseguem, pelas suas crescentes capacidades de compreender a realidade, controlar melhor a ansiedade e o medo. Apesar de serem reconhecidas as vantagens da permanência dos pais junto da criança, Jorge (2014) alerta para que este evento gera instabilidade e desequilíbrio acentuado na organização do sistema familiar, sensibilizando para outras alternativas à hospitalização, nomeadamente o recurso aos hospitais de dia, à hospitalização

domiciliária e a unidades de internamento de curta duração. Também Batalha (2017) reforça esta ideia, defendendo que a hospitalização da criança, principalmente em situação de doença crónica, deve ser o último recurso e, quando inevitável, deve ser feito no mais curto espaço de tempo, garantindo, desta forma, uma melhor qualidade de vida, não descurando as vantagens económicas.

Após esclarecer alguns conceitos importantes para este estudo, dá-se enfoque ao tema central - o sono e o conforto.

1.1 - IMPORTÂNCIA DO SONO PARA A CRIANÇA E O ADULTO

Os enfermeiros devem promover uma boa higiene do sono da criança na consulta de vigilância, capacitando os pais para lidarem com os processos normais relacionados com o sono e para adotarem regras firmes e seguras com os filhos, de modo a desenvolverem hábitos de bem dormir (Ramos & Figueiredo, 2020). Estes bons hábitos deverão, dentro do que é possível, durante o período da hospitalização, ser promovidos pela equipa de enfermagem, atendendo aos benefícios dos mesmos a nível da recuperação da criança, pois, como é referido pela Associação e Sociedade Portuguesa do Sono(s/d), um padrão de sono adequado na infância é o alicerce do bom sono na idade adulta, sendo promotor de uma vida mais saudável. Considerando que um terço da vida da pessoa é passada a dormir e que tem implicações na saúde, é importante compreender o ciclo do sono e de que maneira atua no organismo. Segundo a Associação e a Sociedade Portuguesa do Sono (s/d), o ritmo e vigilância do dia a dia é imposto pelo Ritmo Biológico, localizado no hipotálamo que é influenciado por fatores internos e externos e pela produção de uma hormona chamada melatonina. A produção desta hormona é influenciada pela luz do dia, pela idade e determina a necessidade de dormir.

Embora o sono corresponda a um período de diminuição de estado de consciência e de atividade física, o organismo mantém uma grande atividade interna. Gleitman et al (2003) referem que o sono se divide em dois estados distintos, alternando entre si de forma cíclica, ao longo da noite: *Non Rapid Eye Movement* (NREM) e *Rapid Eye Movement* (REM). O sono NREM ocorre logo após o adormecimento e também é denominado sono de ondas lentas, ocupando 75% a 80% do tempo de sono e subdivide-se em quatro estádios. O primeiro estádio inicia-se com o adormecer e é uma fase em que

o indivíduo se encontra num sono leve, sendo facilmente acordado. Após alguns minutos, segue-se o segundo estágio de 90 a 100 minutos, em que o sono se tornará cada vez mais profundo e as frequências cardíacas e respiratórias cada vez mais lentas. Depois, dá-se uma mudança acentuada e inicia-se o sono REM, também denominado de sono paradoxal devido ao contraste entre a atividade fisiológica e a inatividade muscular. Ainda segundo os mesmos autores (2003), verifica-se a aceleração do ritmo cardíaco e da respiração, a ocorrência de sonhos e movimentos rápidos dos olhos. Este ocorre por poucos minutos e surgirá intermitentemente ao longo da noite, entre os episódios de 90 a 100 minutos de sono NREM, por períodos de tempo cada vez maiores, podendo chegar aos 45 minutos no período REM, no final da noite.

Sendo assim, cada uma dessas subdivisões do sono tem funções distintas para o organismo. Segundo Lessa et al. (2020), o sono NREM promove a restauração do Sistema Nervoso Central (SNC) todas as noites, relaxa o cérebro e o corpo como um todo e revigora o sistema imunitário, sendo que a privação dessa fase tem implicações imunossupressoras a curto e longo prazo. Já o sono REM, segundo os mesmos autores (2020), promove a adaptação a eventos emocionais através dos sonhos, consolida a memória e estimula a criatividade, uma vez que a privação dessa fase do sono resulta em desvios na consolidação de lembranças e na transformação de memória de curto em longo prazo. Contudo, os padrões de sono REM e NREM variam com a idade e com as características do próprio indivíduo. Cada pessoa tende a passar um determinado período de tempo em cada estágio do sono, existindo um padrão altamente consistente noite após noite. Segundo Gleitman et al. (2003), as crianças dormem mais horas e passam mais tempo (aproximadamente cerca de 50% do período de sono) em sono REM, facto que tende a diminuir com a idade. Os adolescentes dormem em média oito horas por noite, duas das quais em sono REM e os adultos apenas seis horas, uma delas em REM.

Como se observa, as características e o tempo do sono vão mudando ao longo do ciclo de vida da pessoa, continuando, no entanto, independentemente da idade, a ser uma necessidade fundamental e promotora de qualidade de vida, em qualquer dos estádios em que o indivíduo se encontre. A evidência científica e a literatura destacam a relevância que o sono de qualidade e os hábitos de sono saudáveis têm para a saúde e para a qualidade de vida das crianças e dos adultos. Segundo Ramos e Figueiredo (2020) noites mal dormidas ou não dormir pode prejudicar atividades que requerem um estado de alerta e

atenção. Estas autoras também referem que os problemas relacionados com o sono têm uma grande interferência na aprendizagem, no desempenho escolar, na saúde e na qualidade de vida. Lessa et al. (2020), no seu estudo, alertam para que o sono insuficiente em grávidas está correlacionado com a depressão e a ansiedade, verificando-se uma maior incidência de doenças cardiovasculares e metabólicas nestas situações. Esta conclusão é pertinente, pois não se pode esquecer que a maior parte dos pais presentes durante a hospitalização das crianças são as mães e que grande número destas está em idade fértil, havendo sempre a probabilidade de algumas delas serem gestantes. Este estudo sublinha, ainda, que, tal como acontece nas crianças e jovens, a falta de sono no adulto também afeta a capacidade de defesa do sistema imunitário, de alerta e de atenção.

Assim, apesar de continuar a ser uma matéria de estudo e de discussão científica, as funções do sono mais consensuais apresentadas na literatura prendem-se como sendo um processo fisiológico essencial que realiza a manutenção de vários mecanismos inerentes à homeostase humana (Lessa R., Fonseca I., Silva V. et al, 2020). Os mesmos autores referem que a sua privação acarreta alterações significativas no funcionamento físico, ocupacional, cognitivo e social do indivíduo, além de comprometer substancialmente a qualidade de vida.

No entanto, a fase do indivíduo em que o sono sofre as alterações mais importantes é na infância, principalmente durante o primeiro ano de vida, nomeadamente em relação à duração do sono, à distribuição do mesmo ao longo do dia e à duração de cada uma das fases. Posteriormente, na puberdade, estas alterações irão ocasionar o padrão de sono definitivo (Jurado & Segarra, 2016). Não obstante, para Brazelton e Sparrow (2009), o padrão de sono da criança torna-se semelhante ao padrão de sono do adulto por volta dos 3 anos de idade. Em relação ao número total de horas diárias de sono, e na ausência de consenso, tanto europeu como nacional, a SPP (2017) aconselha a seguir as recomendações da Academia Americana de Medicina do Sono. Este organismo refere que o neonato geralmente dorme em média 17 horas/dia e é a fome que o desperta, mas, após o primeiro mês de vida, o sono vai-se consolidando em torno do período noturno; lactentes dos 4 aos 12 meses: 12 a 16 horas (incluindo sesta); crianças de um a 2 anos: 11 a 14 horas (incluindo sesta); crianças de 3 a 5 anos: 10 a 13 horas (incluindo sesta); crianças de 6 a 12 anos: 9 a 12 horas de sono noturno; adolescentes dos 13 aos 18 anos: 8 a 10h horas de sono noturno.

Os problemas do sono em pediatria estão relacionados com hábitos, comportamentos e padrões de sono que são indesejáveis (Silva., 2014). As perturbações primárias do sono podem ser provocadas por mudanças na “quantidade ou qualidade de sono (dissónias) ou por eventos comportamentais ou fisiológicos anormais associados ao sono (parassónias), como terrores noturnos, pesadelos, sonambulismo, entre outros” (DGS, 2015a, p. 28). Estes últimos ocorrem, segundo Hockenberry e Wilson (2014, p. 523), em “crianças de 3 a 8 anos de idade e a sua incidência diminui à medida que a criança amadurece”.

Por outro lado, a evidência científica mostra que há uma estreita relação entre o sono e a saúde do indivíduo, nomeadamente nos lactentes em que uma curta duração do sono está associada à obesidade e a alterações no crescimento. Estes dados vão ao encontro dos resultados obtidos em estudos semelhantes numa população adulta, em que se relaciona a curta duração do sono com um aumento significativo da mortalidade, da diabetes *mellitus*, de doença cardiovascular e de obesidade (Jike et al, 2017). Além disso, a falta de repouso tem repercussões a nível dos comportamentos, das aprendizagens e do desenvolvimento das crianças, influenciando também o desempenho parental. Outros autores como Mendes et al (2004, p. 342) revelam 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 e depressão”. Também Klein e Gonçalves (2008) verificaram que vários estudos têm indicado que os problemas de sono merecem uma atenção redobrada, considerando que as suas consequências podem evoluir, a longo prazo, para manifestações mais severas e sistemáticas.

Os problemas comportamentais do sono e da privação de sono são prevalentes em Portugal, pelo que existe oportunidade de intervenção nesta área; a maximização da saúde na criança, no jovem e no adulto, relativamente a esta temática, constitui-se como elemento importante. Neste sentido, já em 2010 a OE publicava o primeiro volume do *Guia Orientadora de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria*, onde salienta a importância que o sono tem para o desenvolvimento cerebral, físico e emocional das crianças, destacando a relevância que o número de horas reais e efetivas de sono tem para o crescimento adequado, a que acresce a influência do ambiente envolvente sobre a qualidade do sono. Por sua vez, em 2013, a DGS, no *Programa Nacional de Saúde*

Infantil e Juvenil (PNSIJ), no capítulo dos cuidados antecipatórios, aponta como fator de promoção da saúde e da prevenção da doença, a criação de hábitos de sono saudável, dotando os pais da responsabilidade de assumir esse papel.

Os cuidados de enfermagem prestados à criança/adolescente/família devem fazer parte integrante do plano de cuidados, principalmente quando as intervenções de enfermagem aspiram à transformação de comportamentos, com a finalidade de proporcionar estilos de vida conciliáveis com a promoção da saúde (OE, 2001). É de salientar que não é apenas necessário criar e aproveitar oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem, no sentido de se adotarem comportamentos potenciadores de saúde, dentro da realidade familiar, mas também é necessário criar condições a nível das instituições de saúde para que isso aconteça dentro da realidade clínica hospitalar.

Tendo em conta tudo o que foi exposto anteriormente, quando se fala de sono, não se pode deixar de falar, de igual modo, do conforto, visto que é um fator determinante e promotor da qualidade do sono.

1.2 – TEORIA DO CONFORTO DE KOLKABA

A promoção do sono é essencial nas pessoas, independentemente da idade e da situação clínica. No entanto, como já foi dito, em situação crítica, mais relevo tem esta necessidade, pelo que é imprescindível implementar estratégias, por parte da equipa de enfermagem, que promovam um padrão de sono de qualidade, de forma a possibilitar uma rápida recuperação do estado de saúde dos clientes. Desta forma, considera-se que o Enfermeiro, no exercício das suas competências num Serviço de Pediatria e de Urgência Pediátrica, desempenha um papel fulcral para a manutenção do conforto das crianças/adolescentes e conseqüentemente do sono. O mesmo se verifica com o papel que os enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários desempenham na promoção de hábitos de sono/conforto saudáveis a nível da comunidade. Já Florence Nightingale enfatizava que a prática de enfermagem incluía a manipulação do ambiente de diversas formas para melhorar a recuperação do doente (Tomey & Alligood, 2002). Segundo Beltrami et al (2015), Pisani et al (2015), é necessário existir um ambiente de parceria e cooperação entre a equipa multidisciplinar para implementar práticas promotoras do sono, com vista

a prestar cuidados de excelência que contribuam para o bem-estar e conforto da pessoa cuidada. Nesta linha, Silva (2007, p.18) sustenta que:

(...) enfermagem avançada significa maior competência para o desempenho centrado numa lógica mais conceptual e concretizada pela inter-relação pessoal – baseado em teorias de enfermagem que tem por *core* o diagnóstico e a assistência em face das respostas humanas às transições vividas e maior competência na tomada de decisão.

Sabe-se que os modelos teóricos de enfermagem estabelecem uma base de conhecimento científico para orientar a prática profissional, sistematizar o saber e organizar o cuidado (Barbosa & Silva, 2018) e, não sendo recomendado a utilização de fármacos hipnóticos em pediatria, a primeira abordagem no tratamento da perturbação do sono deve consistir em medidas não farmacológicas (Oliveira & Ferreira, 2013). Daí que a criação de condições de conforto favoráveis ao estabelecimento de um sono reparador, por parte dos enfermeiros, em ambiente hospitalar, seja fundamental como parte integrante do plano de recuperação da criança doente.

Inexoravelmente, falar de conforto em enfermagem é também falar de Katherine Kolcaba e da sua teoria do conforto. Quando a autora começou o seu trabalho, no final da década de 1980, o conceito de conforto estava presente na enfermagem através das taxonomias de diagnósticos e das teorias de Enfermagem de Orlando (alívio), de Henderson (tranquilidade), de Paterson e Zderad (transcendência) (Tomey & Alligood, 2002). Kolcaba definiu o conforto como a condição experimentada pelas pessoas que recebem medidas de conforto, sendo um estado em que as necessidades básicas relativas aos estados de alívio, tranquilidade e transcendência estão satisfeitas. Considerou o alívio como o estado em que uma necessidade foi satisfeita, restabelecendo a pessoa no seu funcionamento habitual. Designou a tranquilidade como o estado de calma e contentamento e, por fim, definiu a transcendência como uma condição na qual o indivíduo suplanta os seus problemas ou sofrimento. Estes três estados de conforto definidos por Kolcaba desenvolvem-se em quatro contextos: o contexto físico, que diz respeito às sensações corporais; o contexto social, que envolve as relações interpessoais, familiares e sociais; o contexto psico-espiritual, que inclui a autoestima, autoconceito, sexualidade; e o contexto ambiental, que envolve aspetos do meio, condições e influências externas (Tomey & Alligood, 2002). Segundo Kolcaba, citada por Tomey e Alligood (2002, p. 485), “a enfermagem é a apreciação intencional das necessidades de

conforto, a conceção das medidas de conforto... e a reapreciação dos níveis de conforto...”. Na visão de Kolcaba, os destinatários deste conforto não são apenas os doentes, mas também qualquer indivíduo, família, instituição ou comunidade que necessitem de cuidados de saúde. Segundo a mesma visão, o “ambiente é qualquer aspeto do doente, família ou meio institucional que podem ser manipulados, pela (s) enfermeira (s) ou pelos entes queridos para melhorar o conforto” (Tomey & Alligood, 2002, p. 485-486). Kolcaba elaborou a sua Teoria do Conforto através de três tipos de raciocínio lógicos (Tomey & Alligood, 2002): a indução (fazer generalizações a partir de um número de circunstâncias observadas); a dedução (inferir conclusões específicas a partir de premissas ou princípios mais gerais) e a abdução (forma de raciocínio que origina ideias).

Depois, acrescentou o conceito de integridade institucional, alargando a teoria e conseguindo, desta maneira, a sua aplicabilidade nas Unidades de Internamento Hospitalar. Tomey e Alligood (2002) destacam que esta teoria está a ser cada vez mais reconhecida por alunos. Segundo os mesmos autores (2002), Kolcaba estará interessada na medição do conforto nas crianças e encontrar-se-á em negociação com enfermeiras e investigadores pediátricos para criar um instrumento para autoapreciação do conforto pelas crianças. Estes autores também referem que a tentativa de adequar este instrumento às diferentes faixas etárias poderá constituir um desafio para esta linha de investigação. Segundo Monteiro (2020) Kolcaba trabalhou no sentido da construção de um quadro com vista a melhorar o conforto total. Para atingir este objetivo delineou como necessário realizarem-se várias intervenções que agrupou em: intervenções gerais, ensinamentos/orientações e “conforto para a alma”. Segundo o mesmo autor, o foco do conforto para o EESIP deve ser gerido nas diversas etapas de desenvolvimento e nos diferentes contextos de atendimento à criança, não só segundo o que foi recomendado por Kolcaba mas também atendendo às filosofias de prática de cuidados centrados na família e de cuidados não traumáticos. Nesse sentido, Monteiro (2020, p.45) apresenta uma tabela orientadora, com vista ao desenvolvimento de competências do EESIP para a promoção do conforto para a criança e família, dividida nas três seguintes intervenções:

Gerais:

- Identificar evidências fisiológicas e emocionais de mau estar (**sic**), situações de risco ou instabilidade;
- Mobilizar conhecimentos para a intervenção antecipatória;
- Garantir a gestão de medidas farmacológicas e não farmacológicas;
- Avaliar o desenvolvimento infantil e juvenil;
- Avaliar a parentalidade.

Ensinos/Orientações:

- Negociar a participação;
- Comunicar com técnicas apropriadas à idade, desenvolvimento e cultura;
- Proporcionar conhecimento e facilitar a aquisição de conhecimentos;
- Capacitar a criança e família na adoção de estratégias de *coping*;
- Adequar o suporte familiar e comunitário;
- Transmitir orientações antecipatórias;
- Facilitar a comunicação de emoções.

“Conforto para a alma”:

- Negociar a participação;
- Comunicar com técnicas apropriadas à idade, desenvolvimento e cultura;
- Utilizar estratégias motivadoras e promotoras da esperança realista;
- Promover a relação dinâmica com crianças e família;
- Facilitar a comunicação de emoções;
- Conhecer a extensão da utilização de terapias complementares;
- Capacitar a criança e família na adoção de estratégias de *coping*;
- Reforçar a tomada de decisão responsável.

A promoção do conforto implica o fortalecimento de vínculos interpessoais entre utente/família e profissional para minimizar as condições de sofrimento físico-mental de ambos (Cardoso et al, 2020). Além do trabalho desenvolvido por Kolcaba (1991) e dos que já foram enumerados, constata-se também que as condições do contexto físico das enfermarias (luzes, sons, temperatura...) influenciam o conforto/qualidade do sono das crianças e dos seus cuidadores, pelo que a intervenção do enfermeiro se reveste de uma importância capital, no sentido de adequar esse espaço ao conforto desejável. Ao EEESIP cabe compreender e conhecer a importância da *Higiene do Sono* da criança, no contexto da realidade familiar e tentar, dentro das limitações da hospitalização, promover hábitos e rotinas familiares, como, por exemplo, adequar a hora do banho, permitir o uso do brinquedo ou objetos de transição a que se recorre normalmente para adormecer, escovar dos dentes, ouvir uma história e apagar as luzes e a televisão da enfermaria. O permitir e promover estas rotinas ajudam a manter os hábitos da Higiene do Sono da criança durante o período de hospitalização, facilitando também o descanso do cuidador.

Os três estados de conforto preconizados por Kolcaba e respetivos contextos seriam provavelmente assegurados de forma mais completa e personalizada mantendo a criança no seu meio envolvente, no conforto do seu domicílio e junto do grupo familiar e amigos habituais. Neste sentido, Tomey e Alligood (2002, p. 492) alegam que o principal impulso da teoria de conforto de Kolcaba é o de “devolver a enfermagem a uma prática centrada nas necessidades dos doentes, dentro e fora das instituições”. A hospitalização da criança/jovem obriga a que “(...) a família necessite de mobilizar recursos internos e externos para responder a esta situação (...) gerando instabilidade e desequilíbrio

acentuado no sistema familiar, capaz de desencadear uma situação de crise” (Jorge, 2004, p. 41). Como “... alguns pais ficam angustiados, com medo de que a hospitalização ocasione hostilidade nos outros filhos por se sentirem abandonados” (Jorge, 2004, p.66), a hospitalização domiciliária surge como alternativa ao internamento convencional. Esta alternativa proporciona assistência clínica de modo contínuo e coordenado às crianças. Porém, os pais têm de requerer a admissão hospitalar e cumprir também uma série de critérios clínicos, sociais e geográficos que permitam a hospitalização no domicílio, sob a vigilância de uma equipa de profissionais de saúde na área da pediatria (SNS, 2021).

De qualquer forma, a necessidade de hospitalização da criança e dos jovens vai continuar a existir e, quer as recomendações feitas por Kolcaba quer o papel do enfermeiro vão continuar a fazer a diferença nas enfermarias dos hospitais, para promover o conforto das crianças/jovens e dos seus acompanhantes. E, atendendo a essa realidade também a DGS (2013) entendeu que o conforto seria um marco de qualidade a atender, na requalificação dos edifícios existentes ou na construção de novas instalações.

1.3 - O CONFORTO COMO MARCO DE AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE

Sendo o sono uma necessidade humana fundamental, com repercussão na recuperação da doença, como já foi referido, e o conforto um fator promotor do mesmo, pretende-se verificar, de seguida, de que modo as instituições de saúde dão resposta a esta situação.

A criança, principalmente quando se encontra em situação de doença, necessita de sentir conforto para poder usufruir de um sono tranquilo, apaziguador e recuperador. No entanto, durante o internamento, vê-se submetida a uma diversidade de estímulos adversos tais como dolorosos, luminosos, ruidosos, entre outros. Da diversidade desses estímulos prejudiciais podem destacar-se os procedimentos terapêuticos invasivos e dolorosos; os níveis de ruído ambiental elevados; a luminosidade excessiva; a temperatura da sala/quarto inadequada; o frequente número de manipulações, entre outros. Todos estes aspetos poderão interferir direta e negativamente com os ciclos do sono da criança e, provavelmente, com a sua saúde. Deste modo, Oliveira e Ferreira (2013) alertam para o facto de que as pessoas hospitalizadas, nomeadamente as crianças,

se tornam mais vulneráveis a sofrer alterações no padrão do sono, em resultado da doença, em particular, e devido ao ambiente hospitalar. Acrescentam ainda que os cuidados de saúde prestados durante o internamento deverão ter em conta esta premissa, facilitando períodos de sono/repouso.

Como já foi mencionado, o sono adequado e o conforto são importantes tanto para as crianças saudáveis como para as que se encontram em situação de doença aguda ou crónica. Isto acontece devido aos mecanismos fisiológicos inerentes ao sono e ao conforto e ao papel que este desempenha para o correto funcionamento do sistema imunitário, e que o tornam uma atividade essencial para o desenvolvimento saudável da criança. Atendendo a esta necessidade, também os hospitais, ao longo dos tempos, mudaram a sua organização no que diz respeito ao atendimento do utente e na apreciação de leis e normas que regem a adequação do espaço físico a esta realidade. Com o passar dos anos, novas tecnologias na arquitetura hospitalar e na forma de atendimento surgiram e contribuíram para que a saúde dos utentes fosse tratada de forma mais cuidadosa. Percebeu-se que, além de disporem de bons profissionais e de tecnologia de ponta, os hospitais deveriam criar ambientes ajustados às necessidades dos utilizadores. A preocupação em minimizar o impacto hostil da institucionalização foi ganhando força ao longo dos tempos, pelo que a humanização se tornou um fator muito importante (Tissot et al, 2020).

Deste modo, a DGS (2013), através da orientação nº 021/2013, deu destaque ao conforto nas unidades hospitalares, elaborando um conjunto de propostas e recomendações para as unidades de saúde. Estas recomendações destinam-se aos hospitais que pretendam requalificar os edifícios existentes ou construir novas instalações, tendo como finalidade a melhoria da qualidade dos serviços públicos e a prestação de cuidados de qualidade e eficiência. Assim, devem ser considerados os critérios ambientais de conforto e de qualidade que sejam funcionais. A DGS (2013) recomendou que as instalações fossem adaptadas a soluções que promovessem o conforto, com uma arquitetura bioclimática que se adaptasse ao clima, tornando-as compatíveis com os recursos naturais, económicos e sociais de cada região. Sublinhou, ainda, que deveriam ter um *Active Design* que promovesse a atividade física e possuísse espaços, equipamentos e mobiliário ergonómico, que permitisse, tanto aos utentes como aos profissionais, sentirem-se mais confortáveis, por serem adaptados às dimensões e exigências do corpo humano. Os espaços hospitalares também deveriam dar importância

às cores, à iluminação natural e artificial, aos sons/ruídos, à temperatura/humidade e à qualidade do ar interior e ventilação natural, dada a influência que têm nas emoções dos utentes e dos profissionais. Outros aspetos a ter em consideração seriam a existência de locais de venda de alimentos, junto das salas de espera e as acessibilidades e sinalizações de espaços adequados às pessoas com limitações ou mobilidade reduzida.

A relação entre o edifício e os espaços verdes foi considerada muito importante para o bem-estar e recuperação de pessoas debilitadas, como se refere na alínea 5.1.12 (DGS, 2013, p. 5): “a simples visão pela janela de espaços verdes/exteriores é benéfica para os utentes”. As janelas e os acessos para o exterior deveriam ajustar-se de modo a manter a privacidade e permitir que os espaços verdes/exteriores fossem vistos pelos utentes, mesmo que acamados, e permitissem, tanto a estes como ao pessoal, a visualização e o contacto direto com os referidos espaços. Por outro lado, os espaços verdes deveriam permitir a diminuição do ruído envolvente das estradas e purificar o ar da poluição circundante, assim como proporcionar passeios terapêuticos a quem deles pudesse usufruir. Por estes motivos, é importante a existência destes espaços em volta ou no interior dos hospitais, com caminhos pedestres e bancos de jardim.

Assim, a DGS (2013) propôs que, para avaliar o conforto, se leve em linha de conta as seguintes dimensões: o ambiente, o conforto, a qualidade funcional e o cuidado prestado aos doentes. Salientou, mais especificamente, que, para que as pessoas se pudessem sentir confortáveis, deveriam perceber o conforto mobilizando todos os sentidos. Apresenta como exemplo o nível de ruído hospitalar controlado e haver um som ambiente agradável.

Considerando todos estes parâmetros e necessidades, o governo também tomou a iniciativa de procurar alternativas à realidade hospitalar, abrindo as suas portas à comunidade e às famílias, ao criar projetos pioneiros como a Hospitalização Domiciliária Pediátrica, como já foi referenciado, que ainda aguarda regulamentação por parte da DGS. Segundo o SNS (2021), é uma nova fase de prestação de cuidados de saúde, mais humanizados, permitindo aos utentes serem assistidos nos seus domicílios, alterando o menos possível a dinâmica familiar e também o seu conforto. A Hospitalização Domiciliária Pediátrica evitaria, de igual modo, que os progenitores abandonassem o domicílio para acompanhar o internamento hospitalar do filho ou filha, diminuindo o impacto negativo de uma hospitalização nas dinâmicas familiares.

Os saberes adquiridos oferecem ferramentas para uma aprendizagem contínua ao longo da vida, de um modo autónomo. Neste sentido, compreende-se a importância de investir na procura de novos conhecimentos para implementar na prática, garantido uma prestação de cuidados com base na informação mais correta e atualizada. É com este intuito que se aborda o próximo capítulo.

2 - CONTRIBUTO PESSOAL

A doença é um fator desfavorável ao desenvolvimento da criança, no entanto a família determina positivamente o seu estado emocional, sobretudo em ambientes que desconhece, como é o da hospitalização, devendo o enfermeiro incluí-la nos cuidados a prestar à criança, como já foi referido anteriormente, e salientado pela Ordem dos Enfermeiros (2015c). Atendendo a isto, e vinda de uma realidade de prestação de cuidados em contexto de Centro de Saúde e hospitalização, na área dos adultos, não poderia deixar de ter em conta, para além do bem-estar das crianças, as necessidades dos pais.

De acordo com Streubert e Carpenter (2013), muitas das intervenções ao nível de enfermagem implicam a realização de avaliações quantitativas (pressão arterial, peso, temperatura...). No entanto, segundo os mesmos autores, outras há que dependem de uma observação subjetiva (desconforto, necessidades emocionais...), influenciada pelas experiências profissionais/pessoais do enfermeiro e pelo conhecimento que este tem dos seus clientes.

Neste capítulo do trabalho, descreve-se o percurso desta investigação, a metodologia utilizada, a análise e o tratamento dos dados que foram recolhidos.

2.1 - ASPETOS METODOLÓGICOS

O tema é “o assunto que se deseja estudar e pesquisar”, de acordo com as aptidões e tendências de quem se propõe elaborar o trabalho científico e que pode surgir tendo por base a observação do quotidiano ou a vida profissional, entre outras (Vilelas 2020, p. 79). Sendo assim, partindo da experiência pessoal e dos relatos de pais ao longo do percurso

profissional e social, parece ser pertinente abordar o tema do sono e do conforto durante a hospitalização.

Após a definição do tema, fez-se um levantamento bibliográfico e foram analisadas as obras já publicadas acerca da temática. O passo seguinte foi o da formulação do problema de investigação. Ruivo et al (2010) referem que o problema é o ponto de partida da prática clínica, e é feito através de um raciocínio indutivo, do qual se percebe que após a observação de vários fenómenos singulares conseguem relacionar-se. Para Vilelas (2020), o problema que se quer investigar deve tratar uma situação problemática que exige explicação ou pelo menos compreensão do fenómeno. Assim sendo, foi formulada a seguinte questão: **Qual é a percepção dos pais e das crianças quanto ao sono e ao conforto durante a hospitalização?**

Nesse sentido, o tipo de estudo que se pretendeu efetuar necessitou de uma abordagem e de uma investigação adequada à sua natureza única, para dar resposta ao problema levantado e atingir o objetivo proposto. Assim, pretende-se conhecer a percepção dos pais e das crianças quanto ao sono e ao conforto durante a hospitalização.

Propôs-se analisar uma experiência humana e, segundo Wood e Haber (2001, p. 124) estas “são examinadas por meio da abordagem qualitativa”. Os mesmos autores (2001, p. 123) afirmam que “a enfermagem é tanto uma ciência como uma arte” e, segundo eles, a pesquisa qualitativa combina a natureza científica e artística. Fortin (2009, p. 27) define a fenomenologia como “uma abordagem indutiva que tem por objetivo o estudo de determinadas experiências, tais como são vividas e descritas pelas pessoas”. Nesta perspetiva, Streubert e Carpenter (2011) ressaltam que o método fenomenológico é adequado à investigação de fenómenos para a profissão de enfermagem, uma vez que a sua prática profissional está diretamente relacionada com as experiências de vida das pessoas. Atendendo ao que foi dito e ao que foi proposto realizar, enveredou-se, então, por uma abordagem qualitativa do tipo fenomenológico.

Dito isto, e segundo a recomendação de Fortin (2009) e Vilelas (2020), considerando o tipo de estudo escolhido, o investigador tem de ter um papel de observador, com uma visão holística dos fenómenos sociais. Nesta linha, Vilelas (2020) acrescenta ainda que, ao longo do dia de trabalho, o enfermeiro está em situação privilegiada para observar, recolher, analisar e interpretar factos científicos, examinando

não só o comportamento dos participantes, mas também o meio natural onde se desenvolve a ação.

Assim sendo, fez-se uma análise das características dos dois locais de estágio (Apêndice I e V), atendendo ao conjunto de propostas e recomendações para as unidades de saúde da DGS (2013), com a finalidade de melhorar o conforto dos clientes e a qualidade dos serviços públicos (Anexo I). Desta observação, conseguiu-se pôr em evidência a dimensão do ambiente hospitalar pediátrico, dividido de acordo com categorias de condições consideradas promotoras ou dificultadoras do sono/conforto. Procurou-se agrupar as características inerentes a ambos os serviços e separar as que eram específicas e particulares de cada um deles. Verificou-se que o Serviço de Urgência apresentava mais condições dificultadoras do sono/conforto do que o Serviço de Pediatria. Esta constatação pode ter sido condicionada pela realidade pandémica atual, em que o Serviço de Urgência teve de alocar as suas instalações a um espaço diferente e criar nele uma área dedicada à patologia por SARS-CoV-2 (Covid-19). Neste contexto, destacam-se, conforme o quadro 1, as características próprias de cada um dos serviços envolvidos, sendo que o U representa o Serviço de Urgência Pediátrica e o I o Serviço de Internamento de Pediatria. Assim foram identificadas quatro condições promotoras do sono/conforto comuns a ambos os serviços (berços e camas confortáveis para as crianças/jovens, ambiente aquecido, controlo da luminosidade e televisão presente em todos os quartos) mas também cinco condições dificultadoras comuns (cadeirões desconfortáveis e ruidosos, presença de várias crianças nos quartos, casa de banho única para os pais, falta de luz natural nos quartos e ruídos dos equipamentos).

As janelas opacas nos quartos - sem luz natural, em ambos os serviços, eram desnecessárias. Todas as janelas tinham persianas ou estores que poderiam ser corridos, sempre que fosse necessário preservar a privacidade dos utentes e controlar a luminosidade das enfermarias. Além disso, as janelas opacas impossibilitam a visão para o Parque da Saúde, que rodeia todo o hospital, e para os bonitos jardins interiores, não permitindo aos utentes e acompanhantes usufruírem dos benefícios que essa visão lhes proporciona. Como refere a DGS (2013, p. 3), “a iluminação é um aspeto importante para o conforto. Sendo de privilegiar, sempre, a iluminação natural, devendo existir elementos de proteção solar e reflexão da luz natural, de modo a poder adaptar-se aos níveis de conforto desejados”. A mesma entidade enfatiza a relação entre o edifício e os espaços

verdes para a promoção do bem-estar e recuperação de pessoas debilitadas. Reforça ainda que a simples visão pela janela de espaços verdes/exteriores é benéfica para todos os doentes, mesmo que acamados.

Quadro 1 – Condições promotoras e dificultadoras do sono/conforto

Condições promotoras		Condições dificultadoras
U + I	<ul style="list-style-type: none"> - Berço e camas confortáveis para as crianças e jovens; - Ambiente aquecido; - Controlo da luminosidade; - Televisão em cada quarto. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cadeiras para os pais desconfortáveis e ruidosos; - Presença de várias crianças no mesmo quarto; - Uma casa de banho única para todos os pais; - Janelas opacas nos quartos - sem luz natural; - Ruídos dos equipamentos.
I	<ul style="list-style-type: none"> - Paredes apelativas pintadas com heróis infantis. 	<ul style="list-style-type: none"> - Corredor de passagem para o Serviço de Obstetrícia.
U	<ul style="list-style-type: none"> - Quartos localizados no final do corredor. 	<ul style="list-style-type: none"> - Restrição do uso da casa de banho durante intervenções de ortopedia; - Espera de resultado de análises/exames feita em cadeiras no corredor; - Quartos e corredor da urgência sem separação física; - Limitação de almofada e cobertor para os pais.

Atendendo também à nova organização do serviço de Urgência Pediátrica, verificou-se que este serviço se preocupou, dentro das suas limitações estruturais, em preservar o sono/descanso das suas crianças/jovens, alocando-os a quartos/enfermarias no final do corredor, tanto da área dos respiratórios como dos não respiratórios (Apêndice V). Esta preocupação foi ao encontro das diretrizes emanadas pela DGS (2013, p. 11), quando recomenda que “a distribuição espacial deve reservar os locais mais silenciosos para o internamento”. Relativamente a aspetos dificultadores do sono/conforto, no Serviço de Urgência, verifica-se que decorrem da inexistência ou insuficiência de material e não pela organização e distribuição física do serviço - *Limitação de almofada e cobertor para os pais*. Tal ocorrência justifica-se pela impossibilidade de o mesmo serviço prever atempadamente o afluxo da população pediátrica com necessidade de pernoitar, tendo de gerir o material, dando prioridade às crianças e jovens.

Depois desta observação, foi necessário escolher a amostra neste estudo. Wood e Haber (2001) referem que a amostra selecionada será constituída por aqueles que estão a

viver a experiência ou que a viveram no seu passado. Segundo Fortin (2009), a dimensão da amostra é considerada adequada quando permitir atingir o objetivo do estudo ou a saturação dos dados, ou seja, quando estes não acrescentam informações. A amostra pode contemplar 6 a 10 participantes, podendo ser maior se se estudar um fenómeno complexo ou se se elaborar uma teoria, não sendo, de todo, o que se pretende com este estudo.

Nos meses de outubro, novembro e dezembro, meses em que decorreu o estágio, foram registados, em diário de bordo, as expressões de 15 pessoas: 7 participantes (um pai e 6 mães) do Serviço de Pediatria e 8 participantes da Urgência Pediátrica (4 mães e 4 adolescentes). A amostra do estudo foi considerada suficiente, atendendo também a que não houve acréscimo de novas informações, para além das que já tinham sido recolhidas, ao longo das diferentes abordagens efetuadas, pelo que, a partir de um determinado momento, as informações se tornaram redundantes. Os participantes neste estudo foram crianças a partir dos 6 anos e adolescentes até aos 18 anos, além dos respetivos pais, sendo possível, pelo tempo de permanência no Serviço de Pediatria e da Urgência Pediátrica, tirar conclusão sobre a relação sono/conforto. Ressalva-se que a maior parte das crianças que ficaram internadas, no Serviço de Pediatria, durante os turnos realizados, tinham idade abaixo dos 3 anos (Apêndice VIII), daí que apenas tenha sido considerado o testemunho dos pais.

A investigação qualitativa, segundo Vilelas (2020), é a fonte direta para a recolha de dados e o pesquisador o instrumento chave. Na recolha de informação, como referem Galinha et al (2019), é importante considerar as experiências humanas tal como são descritas pelos participantes. Vilelas (2020) refere que os dados produzidos, através das questões, têm de permitir a construção de uma narrativa. Todavia, alerta para alguns constrangimentos no que concerne ao registo/transcrição das expressões proferidas pelos participantes. Optou-se por um diário de bordo (Apêndice VII) onde foram anotadas as expressões, logo que possível, tendo o cuidado de não identificar as pessoas, garantindo, desta maneira, a privacidade e o respeito pela proteção de dados. Além disso, e na perspetiva de Santos (2018), o diário de bordo também foi importante para apontar as observações pertinentes relacionadas com o tema em estudo, para, posteriormente, tanto as respostas dos participantes como as observações efetuadas serem analisadas. Segundo esse autor, os principais elementos envolvidos na escrita do diário de bordo são o total despreendimento de categorias conceituais e a pura espontaneidade na observação e nas

anotações, “escrever é revelar”, sendo a escrita um processo de auto esclarecimento e de autorrevelação (Santos, 2018, p. 68).

Seguindo estas indicações, a recolha de informação foi realizada durante os estágios, não interferindo nem com os cuidados de enfermagem diários prestados nem com a realidade circundante. Na visão de Wood e Haber (2001, p. 133), “as preocupações que surgem quando a pesquisa é conduzida em cenários naturalistas concentram-se na questão da necessidade de obter consentimento”. De acordo com a mesma perspetiva, alguns modelos de trabalho de campo permitem que o pesquisador recolha os dados sem informar os participantes. Esta recolha de dados teve o cuidado de não violar os direitos humanos básicos, quanto à autodeterminação, à privacidade e dignidade, ao anonimato e confidencialidade, ao tratamento justo e à proteção contra constrangimento e danos. As abordagens foram feitas de forma natural, como já foi dito, aquando da prestação dos cuidados de enfermagem, sendo as questões colocadas, nos momentos considerados oportunos durante a prestação dos cuidados ao longo do turno. As informações (Apêndice IX) foram transcritas para o Diário de Bordo de acordo com as seguintes questões:

- Conseguiram descansar?
- Como considera as condições do serviço para o seu descanso/sono e do(a) seu(a) filho (a)?
- O que gostaria de poder mudar para melhorar o seu conforto e o do seu filho, neste serviço?

Procurou-se deixar os pais e as crianças falarem espontaneamente sobre as questões colocadas. Os registos podem ser conferidos no Apêndice VIII (Respostas - Diário de Bordo).

Segundo Fortin (2009), o rigor da investigação qualitativa assenta na exatidão da descrição do fenómeno vivido pelos participantes, devendo demonstrar que os resultados valem igualmente para outras situações e que assentam em conceitos de credibilidade, de fiabilidade, de transferibilidade e de confirmação. Segundo o mesmo autor, a credibilidade reporta-se à exatidão na descrição do fenómeno vivido pelos participantes; a fiabilidade é a exatidão com a qual se segue a evolução de um fenómeno, assegurando-se que outro investigador faria as mesmas observações; a transferibilidade é a transposição dos resultados para outros meios, populações e contextos; por fim, a confirmação refere-se à objetividade dos dados. Sustenta, ainda, que a veracidade, a

solidez e a certeza dos dados deve ser de tal forma que dois investigadores independentes obteriam resultados similares a partir dos dados recolhidos.

Como refere Fortin (2009), os dados a analisar na investigação qualitativa consistem em palavras e não em números. Santos (2012) refere que Bardin também define a descrição analítica como uma análise de conteúdo, onde o método de categorias permite a classificação dos componentes do significado da mensagem em espécie de gavetas, pois, como defende Vilelas (2020, p. 265), “as experiências comuns a todos os participantes são a essência da experiência vivida, (...) aquelas que não são comuns não interessam ao pesquisador”.

2.2 - PERCEÇÃO DOS PAIS

A análise crítica das respostas permitiu conhecer a percepção que os participantes tinham do sono/conforto, aquando da sua passagem pela Urgência Pediátrica e Serviço de Pediatria. Os dados recolhidos foram agrupados em categorias, centradas na experiência dos participantes. Incluiu-se a discussão dos dados após a análise dos resultados, por forma a dar-lhe maior enfoque e poder ser de mais fácil leitura.

Atendendo a que as categorias mais destacadas pelos participantes foram a fadiga/cansaço e o ruído, entendeu-se definir os conceitos, à luz da linguagem de enfermagem. A CIPE (2018, p. 61) define *fadiga* como uma emoção negativa, sentimento de diminuição da força ou resistência, desgaste, cansaço mental ou físico e lassidão, que leva a uma capacidade reduzida para o trabalho físico ou mental. Também define o *ruído* como “um processo ambiental cujo som é percecionado pelos seres humanos” (CIPE, 2018, p. 119). Por sua vez, a Agência Portuguesa do Ambiente (2021) caracteriza o ruído como um som desagradável ou indesejável devido às suas características, influenciado pelo local onde ocorre e respetiva duração.

Depois de organizar a informação do Diário de Bordo (Apêndice VIII e IX), procedeu-se à categorização das expressões que sobressaíram, referentes ao sono e conforto durante o internamento, agrupando-as relativamente à qualidade dos equipamentos (Equipamento), ao descanso dos pais (Cansaço/Fadiga) e aos ruídos ambientais (Ruídos), conforme o quadro 2. As duas categorias do estudo que foram referidas com o mesmo grau de frequência foram o equipamento e o cansaço (10). Em

relação ao **equipamento** verificou-se, através dos testemunhos de 10 pais e da perceção de uma criança que os cadeirões eram desconfortáveis. As expressões mais significativas nesse sentido foram: *Aqueles cadeirões são horríveis...*(P₄); *os cadeirões não são confortáveis...*(P₅); *as condições para os pais são péssimas...* (P₆) e (...) *ela não se queixa, mas não deve ser fácil dormir neste cadeirão* (U₂), respetivamente. Em relação ao **cansaço** também se verificou, através dos testemunhos de 10 pais e da perceção de uma criança que este estaria presente de forma vincada nos pais. As expressões mais significativas nesse sentido foram: *(descanso) pouco...* (P₁ e 7); *tenho de aguentar pelo meu filho...* (P₃ e 6); *(descanso) Eu, foi horrível...* (P₅); *há várias noites que não durmo nada, mais umas noites* (U₃) e *(descanso) a minha mãe já não teve tanta sorte...* (U₂), respetivamente.

Quadro 2 – Caracterização do sono/conforto **dos pais** nos Serviços de Pediatria e Urgência Pediátrica

Categoria	Unidades de registo	F
Equipamento	<p>Pais</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Fui operada à coluna, há pouco tempo, não consigo dormir nem mais uma noite, naquele cadeirão</i> (P₂) - (...) <i>os cadeirões não são confortáveis...</i> (P_{4,5,6} e U_{1,3}) - <i>As condições para os pais são péssimas...</i> (P₆) - <i>Vou tentar pelo menos pedir uma almofada e um lençol</i> (U₁ e 7) - (...) <i>parece que estes cadeirões são melhores que os do Serviço de Pediatria</i> (U₇) <p>Filhos</p> <ul style="list-style-type: none"> - ...<i>ela não se queixou, mas não deve ser fácil dormir neste cadeirão</i> (U₂) 	10
Cansaço (Fadiga)	<p>Pais</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>(Descanso) pouco...</i> (P₁ e 7) - <i>A ver se o meu marido me pode substituir</i> (P₂) - <i>Tenho de aguentar pelo meu filho</i> (P₃ e 6) - <i>(Descanso) Para mim foi horrível...</i> (P₅) - ... <i>estava tão preocupada com o menino...</i> (P₇) - <i>Há várias noites que já não durmo nada, mais umas noites</i> (U₃) - <i>Sim, até consegui descansar</i> (U₄), (U₆) e (U₇) <p>Filhos</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>(Descanso) A minha mãe já não teve tanta sorte, ...</i> (U₂) 	10
Ruído	<p>Pais</p> <ul style="list-style-type: none"> - ...<i>cada vez que me mexo o cadeirão faz tanto barulho que tenho medo de acordar a minha bebé...</i> (P_{1,5} e 6) - <i>(Cadeirões) ...e fazem tanto barulho</i> (P₄) - <i>O ambiente à noite até é tranquilo</i> (P₅) 	5

As normas relativas aos equipamentos, utilizados pelos pais, ao nível do descanso e do conforto, não são respeitadas, tanto no Serviço de Pediatria como no de Urgência Pediátrica.

Segundo a DGS (2013), a ergonomia dos equipamentos pressupõe uma interação entre o homem e o espaço, logo os equipamentos devem permitir aos utentes sentirem-se confortáveis, ao serem adaptados às dimensões e exigências do corpo humano. Neste seguimento, recomenda que os equipamentos e mobiliário, em geral, sejam escolhidos, tendo em conta os aspetos ergonómicos, de modo a poderem adaptar-se ao corpo de cada pessoa, facilitando o conforto dos utentes. Alerta, ainda, para que as texturas dos materiais de revestimento dos equipamentos devam ser de fácil manutenção em termos de assepsia e, ao mesmo tempo, agradáveis ao tato. Também Ramos e Figueiredo (2020, p. 47) sugerem que “os quartos devem prever um espaço equipado para os familiares, junto de cada cama, possibilitando a permanência durante o período noturno, (...) com condições mínimas de conforto”, alertando para o facto de ser imperioso adequar o ambiente aos gostos e necessidades das crianças e da respetiva família.

A outra categoria mais referida foi o **cansaço/fadiga** (F-10). Este estado é apontado de forma sistemática, pelos pais, não só pelo desgaste a que o estado de preocupação com a situação clínica do filho os conduz, como refere uma das mães *Não descansei nada durante a noite, estava tão preocupada com o menino...*(P₇) mas também, como já se verificou, pela falta de conforto dos cadeirões que dificultou e condicionou o descanso. Apenas 3 mães referiram que *sim, até consegui descansar* (U_{4,6} e 7) e todas elas estavam no Serviço da Urgência Pediátrica, em que o período de permanência não excede, geralmente, as 24h.

Na opinião de Rodrigues, Fernandes e Marques (2020), os pais estão sujeitos a vários fatores durante a hospitalização dos filhos que podem ditar as suas atitudes e capacidade de resposta. Assim, assiste-se a comportamentos que refletem desespero, confusão, desconfiança, cansaço e exaustão física e mental. Segundo eles, a este estado somam-se outras preocupações com os restantes filhos, com a atividade laboral, com o orçamento familiar que pode ficar afetado pelo aumento das despesas associadas aos tratamentos, com a medicação e com a alimentação e/ou deslocação ao hospital. Estas preocupações adicionais dos pais podem influenciar de modo determinante a adaptação psicossocial do filho ao internamento (Rodrigues et al, 2020). Tendo em conta esta

realidade, verificou-se, no entanto, que quando a situação clínica da criança hospitalizada estabilizou, os pais ainda tiveram de lidar com a falta de condições no serviço que, em vez de promover o seu descanso e o sono reparador, foram dificultadores do mesmo, levando-os muitas vezes à exaustão. As expressões utilizadas revelam claramente o cansaço extremo: *A ver se o meu marido me pode substituir (P₂); tenho de aguentar pelo meu filho (P₃); (...) mas pelos nossos filhos, aguenta-se o que se tem de aguentar (P₆)*. As queixas de cansaço/fadiga dos pais tornaram-se evidentes no Serviço de Pediatria, onde o internamento da criança é mais longo, dificultando, provavelmente, a qualidade do apoio prestado pelos pais aos filhos e à própria equipa de enfermagem.

Segundo um estudo realizado pela Ordem dos Médicos (2019), no período entre 2011 e 2015, foram internadas 419 927 crianças a nível nacional, sendo que 99 124 eram da região centro (23% dos internamentos pediátricos a nível nacional). Das crianças internadas na região centro, 19,5% dos casos tratou-se de episódios de Doenças Crónicas Complexas (DCC), com tendência a aumentar em termos de frequência, tempo de internamento e despesas. A mesma fonte refere que num estudo anterior já havia indicação de que, em Portugal, quase 80% das mortes pediátricas com DCC ocorriam no hospital. Também Batalha (2017) estima que a doença crónica na criança seja responsável por um terço das hospitalizações pediátricas. Tendo em consideração esta realidade nacional, também a Ordem dos Médicos (2019) recomenda uma atenção especial para o bem-estar das crianças com doenças crónicas complexas e das suas famílias, seguindo um modelo de cuidados adaptado às suas necessidades, e não o tradicional modelo relativo à doença aguda.

Neste estudo são evidentes as alusões dos pais relativamente ao “**cansaço**” (F-10), como já foi dito, ao contrário dos filhos que referem conseguir descansar (Quadro 3, p.52). Como constata Andrade et al (2015), apesar da presença dos pais, durante a hospitalização dos filhos, se revestir de uma importância fundamental, muitos profissionais de saúde ainda não estão atentos e preparados para cuidar dos cuidadores e atender também às suas necessidades. Corroborando esta posição, os profissionais direcionam-se para a criança e as questões relacionadas com os cuidadores, nomeadamente o atender também às suas necessidades, acabam, por vezes, por ser relegadas para segundo plano ou mesmo deixadas de lado.

Torna-se importante refletir sobre as condições presentes nos serviços, para acolher os pais que têm de recorrer a eles de forma sistemática, com filhos portadores de doenças crônicas ou com necessidades de internamento prolongado. Uma das mães referiu que (...) *parece que estes cadeirões são melhores que os do Serviço de Pediatria. Antes não ligava a isto, mas agora que ando com a minha filha nos hospitais, infelizmente já começo a ver que vai ser uma realidade na minha vida* (P₇). Nesse sentido, como EEESIP, deve-se envidar esforços para minimizar os efeitos nefastos da hospitalização também nos pais, dedicando uma atenção especial aos internamentos repetidos ou prolongados, pois as repercussões nas crianças e nas suas famílias, quanto ao seu bem-estar e saúde, são bem distintas dos internamentos de curta duração ou esporádicos.

A terceira categoria mais referida pelos pais, durante o internamento, foi o **ruído** (F-5) provocado pelo cadeirão onde descansavam e dormiam durante a noite.

No que diz respeito aos ruídos ambientais dos serviços, nada há a apontar pelos pais, como se depreende do seguinte testemunho: *o ambiente à noite até é tranquilo* (P₅) comprovando um ambiente noturno calmo no serviço de pediatria. No entanto, as queixas dos ruídos produzido pelos cadeirões, aquando da mudança de posição corporal, foi bastante vincada, chegando mesmo alguns pais a salientar terem *medo de acordar as crianças* (P₁ e P₅) e desejarem estarem sós na enfermaria para não incomodarem as restantes crianças, como referiu uma delas (...) *ainda bem que estou sozinha* (P₁).

Estudos efetuados pela OMS e referenciados pela DGS (2013) concluem que os ruídos podem levar a problemas de depressão e dos sistemas cardiovascular, respiratório e músculo-esquelético, recomendando evitar ruídos tanto de equipamentos como de pessoas com tom de fala elevado ou de televisores com o volume alto. Também a Agência Portuguesa do Ambiente (2021) reforça a anterior recomendação, ao afirmar que a exposição ao ruído excessivo pode prejudicar a saúde humana com consequências que vão desde as perturbações do sono, mudanças de estado de humor, diminuição da capacidade de concentração, do desempenho no trabalho ou na escola, alterações de comportamento, stresse, cansaço, às dores de cabeça e hipertensão arterial.

A partir da análise das respostas do quadro 2 e da interpretação dos dados, deduz-se com facilidade que a simples mudança de cadeirões de apoio ao descanso dos pais deveria obedecer a critérios ergonómicos e à isenção de emissão de ruídos. Esta situação melhoraria ou resolveria mesmo o estado de cansaço/fadiga sentida pelos pais, aquando

do internamento de seus filhos. Esta análise também faz com que se questione se os Serviços de Pediatria estão preparados para receber internamentos prolongados e atender às necessidades dos progenitores. Nestes casos, faria todo o sentido existirem quartos de internamento, em que as condições de conforto e descanso estariam ajustadas às necessidades tanto da criança internada como às do (s) seu (s) acompanhante (s).

2.3 – PERCEÇÃO DAS CRIANÇAS/ADOLESCENTES

Tendo sido feita a análise da caracterização do sono/conforto relativamente aos pais das crianças/jovens nos Serviços de Pediatria e Urgência Pediátrica, passou-se à análise do sono/conforto das crianças e jovens relativamente à temática em estudo, conforme o quadro 3.

A categoria mais referida pelas crianças/jovens foi o *descanso*. Quanto a esta categoria, verificou-se que o sono /conforto das crianças, tanto no Serviço de Pediatria como da Urgência Pediátrica, foi mantido e promovido. Esta observação foi sustentada nas observações/comentários de algumas crianças/jovens e por alguns dos pais: (...) *dormi bem* (U₅ e U₆); *A minha cama até é confortável* (U₂) e *O menino, esse sim, descansou bem* (P₆); (...) *estava confortável* (P₆) respetivamente.

As observações realizadas e apresentadas no quadro 1 confirmam que os berços e as camas eram confortáveis para as crianças e jovens em ambos os serviços, o que vem ao encontro do que foi anteriormente dito. Assim, comprova-se que o tempo de descanso e a qualidade do sono está, em grande parte, relacionada com a qualidade dos equipamentos, neste caso, com as camas e berços das crianças. Nesse sentido, e de forma a permitir um período de descanso mais longo durante a noite, as atividades que não são consideradas essenciais para manter a estabilidade hemodinâmica foram evitadas e, durante o dia, houve o cuidado, sempre que foi possível, de agrupar as intervenções de enfermagem e de outros profissionais de modo a não interferir com os períodos de descanso. Esta dinâmica verificou-se em ambos os serviços, porém de forma mais expressiva no serviço de Internamento Pediátrico. Oliveira e Ferreira (2013) salientam que os cuidados de saúde prestados durante o internamento deverão ter em conta esta premissa, facilitando períodos de sono/repouso, pois os utentes hospitalizados tornam-se mais vulneráveis a sofrer alterações no padrão do sono, como consequência da doença e

do ambiente hospitalar. O conforto e o sono adequados são importantes, tanto para as crianças saudáveis como para as que se encontram em situação de doença aguda ou crónica. Os mecanismos fisiológicos, inerentes ao sono, são responsáveis pelo correto funcionamento do sistema imunitário, assim como pelo desenvolvimento saudável da criança (Garcia, 2018).

Quadro 3 - Caracterização do sono/conforto das **crianças** nos Serviços de Pediatria e Urgência Pediátrica

Categorias	Unidades de registo	F
Descanso	<p>Filhos</p> <ul style="list-style-type: none"> - (...) <i>dormi bem.</i> (U₅) e (U₆) - <i>Dormi bem, consegui dormir, apesar de acordar três vezes.</i> (U₈) <p>Pai</p> <ul style="list-style-type: none"> - (...) <i>nos três primeiros dias o meu filho não conseguiu descansar, depois até começou a dormir bem...</i> (P₅) - <i>O menino, esse sim, descansou bem.</i> (P₆) - <i>Eu sei que a culpa é minha, mas ela está habituada a dormir comigo.</i> (U₅) 	6
Ruído	<p>Filhos</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Durante a noite a equipa até não fez barulho...</i> (U₂) e (U₈) - (...) <i>mas entraram dois bebés e não consegui dormir mais, (...) eram pequenos e choravam.</i> (U₂) - <i>Não, tudo bem.</i> (U₅) 	4
Equipamento	<p>Filhos</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>A minha cama até é confortável.</i> (U₂) <p>Pais</p> <ul style="list-style-type: none"> - (...) <i>estava confortável.</i> (P₆) - (...) <i>ele levantava-se muito depressa e podia dar com a cabeça nas grades e magoar-se.</i> (P₇) 	3
Temperatura	<p>Filhos</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Não tive frio.</i> (U₂) (U₆) e (U₈) 	3

A categoria que, de seguida, foi mais apontada pelas crianças/adolescentes foi o **ruído**. No que concerne aos ruídos provocados pelos cadeirões, aquando da mudança de posição dos pais, as crianças/adolescentes que foram abordados, nada referiram. Pode-se, provavelmente, deduzir que os pais seriam cautelosos ou que tentassem minimizar o mais possível o barulho resultante dos seus posicionamentos, para não perturbarem o descanso dos filhos, como se pode verificar (Apêndice VIII) a partir de expressões proferidas por um dos pais (...) *fazem tanto barulho. Só quando ele estava profundamente a dormir é que eu me sentava para não o acordar* (P₅). Relativamente aos ruídos dos equipamentos (alarmes de monitores, ventiladores pulmonares mecânicos, seringas/bombas infusoras,

telefones/telemóveis), às conversas dos profissionais e de outras pessoas internadas, frequentemente associadas ao ambiente hospitalar, também nada foi mencionado. É importante salientar que muitas fontes de ruído podem ser diminuídas ou mesmo anuladas, com a colaboração de toda a equipa multidisciplinar. Tanto os pais como as crianças/jovens nada tiveram a apontar, no que diz respeito aos ruídos decorrentes das atividades da equipa de saúde, o que se confirma pelas expressões: *o ambiente à noite até é tranquilo* (P5, quadro 2) e *durante a noite a equipa até não fez barulho...* (U2 e U8, quadro 3), respetivamente. Garcia (2018), no seu trabalho, alerta que já em meados do século XIX, Florence Nightingale, na sua teoria ambientalista, prevenia os enfermeiros acerca da importância do controlo meticuloso do ambiente que envolvia o doente. Para além do controlo da luz, da temperatura e da ventilação, também o controlo dos ruídos era importante para favorecer o processo de recuperação de saúde do doente. Considerava, ainda, que a exposição do doente a ruídos desnecessários constituía uma forma de desumanização dos cuidados de enfermagem.

Relativamente ao ruído ambiental, apenas uma jovem lhe fez referência (...) *mas entraram dois bebés e não consegui dormir mais, (...) eram pequenos e choravam* (U2). Situação que é natural acontecer com frequência, nestas unidades, fugindo ao controlo dos profissionais, dadas as diferentes patologias, as diferentes etapas de desenvolvimento da criança e as divisões arquitetónicas das enfermarias. A redução do número de crianças por quarto/enfermarias ou a alocação das mesmas, com os respetivos acompanhantes, em quartos individuais promoveria o sono e conforto, para além de trazer outros benefícios. O controlo do ruído ambiental é uma questão que requer atenção e empenho por parte não só dos profissionais, mas também das instituições, pois, como mencionam a DGS (2013) e Garcia (2018), muitas fontes de ruído estão inerentes às condições físicas e arquitetónicas das Unidades/Serviços. A própria DGS (2013), como já foi referido, recomenda que as instalações sejam adaptadas a soluções que promovam a qualidade e o conforto, dando especial importância às cores, à iluminação natural e artificial, à temperatura/humidade e à qualidade do ar interior e ventilação, mas também aos sons e ruídos. Desta forma, pretende-se que o ruído excessivo seja controlado, reduzindo o impacto negativo que exerce sobre a saúde e a qualidade de vida das crianças e famílias em meio hospitalar onde ambos estão mais expostos aos seus efeitos.

Todas as categorias apontadas, quer pelas crianças/jovens quer pelos pais, foram favoráveis ao sono/conforto das primeiras, nomeadamente no que diz respeito à temperatura dos quartos, o que se torna mais significativo, na medida em que o estudo foi realizado durante os meses de outubro, novembro e dezembro. Segundo a DGS (2013), a qualidade e conforto do ambiente hospitalar reflete-se no bem-estar, tranquilidade e satisfação dos utentes e na eficácia dos tratamentos. Sendo assim, os serviços vão ao encontro das orientações emanadas por esta entidade (Anexo I) nas vertentes ambientais e do conforto das crianças/jovens.

2.4 - SUGESTÕES DOS PAIS E CRIANÇAS/ADOLESCENTES

As sugestões que foram feitas evidenciam necessidades sentidas pelos pais. Supondo que estes estão despertos para atender de imediato às solicitações dos filhos, poder-se-á deduzir que as necessidades dos filhos, segundo a perceção dos pais, estariam asseguradas. As 2 sugestões feitas por apenas 3 progenitores, registadas no diário de bordo (Apêndice IX), foram as seguintes:

- (...) *Podiam pelo menos oferecer um cobertor e uma almofada, sempre ajudava um pouco* (U₁+U₇)
- *O que os pais precisavam mesmo era de uma casa de banho em cada quarto...* (P₆)

Note-se que, em relação à primeira sugestão, é fundamental não esquecer, mais uma vez, que este estudo foi realizado no inverno e que as propostas tiveram origem no Serviço de Urgência. Quanto à segunda sugestão, surge em contexto de internamento pediátrico, em que havia apenas uma casa de banho no serviço para os pais, partilhada por todos.

Sendo os pais acompanhantes, colaboradores e promotores dos cuidados a prestar aos filhos, passam a ser, também eles, clientes dos serviços. No entanto, aquando da permanência dos pais no Serviço de Urgência e no Serviço de Internamento Pediátrico, não se constatou que houvesse, para eles, condições promotoras do conforto e do sono, como se pôde verificar pela análise dos quadros 1 e 2. Considera-se que, nesta matéria, o caminho da humanização, da melhoria de equipamento e de estruturas ainda está por fazer. Neste sentido, Ramos e Figueiredo (2020, p. 42) confirmam que os pais das

crianças hospitalizadas apresentam necessidades específicas, nem sempre satisfeitas, destacam-se “necessidades ligadas à estrutura e recursos organizacionais que incluíam condições para higiene, alimentação e sono com conforto”. Desde que surgiram os hospitais, houve mudanças significativas tanto no que toca à organização espacial, à forma de atendimento aos clientes como à criação de leis e normas. Com o passar dos anos, novas tecnologias na arquitetura hospitalar e na forma de atendimento surgiram e contribuíram para que a saúde do utente fosse tratada de forma mais cuidadosa, percebendo-se que além de dispor de bons profissionais e de tecnologia de ponta, os hospitais deveriam contemplar ambientes adaptados às necessidades dos utilizadores. A preocupação em reduzir o ambiente hostil e institucional dos hospitais foi ganhando força ao longo dos tempos, reforçando a importância da humanização (Tissot et al, 2020). Como sublinha Sabatés e Borba (2005), a integração dos pais no ambiente hospitalar introduziu mudanças que contribuíram para que os enfermeiros refletissem sobre a organização dos cuidados de forma a dar resposta às necessidades não só das crianças hospitalizadas, mas também dos pais que as acompanham. Também Benner (2001) salienta que o enfermeiro perito é aquele que tem capacidade, adquirida ao longo do tempo, para avaliar as situações de forma global, com rapidez e agilidade, conseguindo resolver de forma eficaz os problemas reais do cliente. Nesse sentido, também a OE (2015b), no Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), no Capítulo II, art.4º, alusivo aos conceitos, contempla e define a Enfermagem como “a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital (...) para que mantenha, melhore e recupere a saúde, ajudando-o a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível”.

Verificou-se, durante as abordagens realizadas, que os pais das crianças estariam mais preocupados com a saúde, o bem-estar, o conforto e o descanso/sono dos seus filhos do que com o seu (Apêndice VIII). Expressões do tipo *é o que se tem... (U₁); (...), mas pelos nossos filhos, aguenta-se o que tem de se aguentar (P₆); não consigo dormir (...). A ver se o meu marido me pode substituir (P₂); Tenho de aguentar pelo meu filho (P₃); não descansei nada durante a noite, estava tão preocupada com o menino, ele levantava-se muito depressa e podia dar com a cabeça nas grades e magoar-se (P₇) e (...) fazem tanto barulho (cadeirões). Só quando ele estava profundamente a dormir é que eu me*

sentava para não o acordar (P₅) demonstram bem que o foco destes pais estava claramente direcionado para o bem-estar dos filhos. Um jovem também salientou o desconforto dos seus pais, embora aqueles não o tenham referido, como se pode ver na expressão *a minha mãe já não teve tanta sorte, ela não se queixou, mas não deve ser fácil dormir neste cadeirão (U₂)*. A preocupação genuína do adolescente face ao bem-estar dos pais em contexto hospitalar e os vários comportamentos de resignação demonstrados pelos pais poderão explicar a quase ausência de sugestões de melhoria.

Cardoso et al (2020) relembram, mais uma vez, que a promoção do conforto implica o fortalecimento de vínculos interpessoais entre utentes/família e profissional e minimiza as condições de sofrimento físico-mental de ambos. Por tudo isto, todos os enfermeiros, nomeadamente os EEESIP, como já foi dito, deverão ter uma visão mais sensível quanto ao foco do sono/conforto e desenvolver cuidados direcionados nesse sentido, não só para a população pediátrica, mas também para os pais destes, durante o período da hospitalização. Acresce dizer que é um dever de todos alertar as instituições e os seus dirigentes para que as orientações emanadas pela DGS sejam asseguradas para ambos. Como sustenta Jorge (2004, p. 67), “perante a hospitalização da criança, a equipa de enfermagem necessita de estar atenta e dar respostas às necessidades da família”. No entanto, como referem Hanari et al (1999), citado por Meira e Carvalho (2012, p.52), “os indivíduos podem melhorar a sua saúde a nível individual, mas tal atitude deve ser reforçada e apoiada por medidas do Sistema de Saúde”. Também Sampaio (2012) reforça esta posição, quando sublinha que os hospitais devem oferecer um espaço suficiente e adequado e infraestruturas que permitam aos pais ser admitidos conjuntamente com a criança. Estas condições para os pais passam por terem direito a uma cama, casa de banho, locais para repouso e refeições e espaço para arrumar os objetos pessoais. O mesmo autor acrescenta ainda que esta permanência não deve incorrer em gastos adicionais, devendo os pais ter direito a pernoitar gratuitamente e a ter alimentação grátis ou subsidiada.

O conhecimento da realidade vivida nas enfermarias é essencial para identificar aspetos passíveis de intervenção (Oliveira & Ferreira, 2013) e, segundo Galinha et al (2019), os enfermeiros, enquanto investigadores em estudos fenomenológicos, são coconstrutores de uma realidade social, dando-a a conhecer, o que permitirá melhorar o cuidar, promovendo a humanização dos cuidados de saúde. Esta ideia é corroborada por

Batalha (2017), quando refere que uma experiência hospitalar positiva é a melhor preparação para experiências posteriores do mesmo tipo.

CONCLUSÃO

Este estágio promoveu um processo reflexivo que favoreceu a sistematização dos cuidados e contribuiu para a consciencialização da construção de conhecimento profissional essencial para o desenvolvimento de competências como EEESIP. Foi durante o presente ensino clínico que a teoria se consolidou e que determinadas competências específicas se conseguiram adquirir. Esta experiência possibilitou o desempenho progressivo e mais consciente de cuidados que se pretendem diferenciados. Procurou-se promover, maximizar e potencializar o desenvolvimento da criança desde a vinculação até à juventude. Considerando o binómio criança/família como alvo dos cuidados procurou-se estabelecer com ambos uma parceria de cuidar promotora da otimização da saúde, no sentido da adequação da gestão do regime e da parentalidade, assim como mobilizar recursos em situações de particular exigência, recorrendo a um largo espectro de abordagens e terapias.

Só foi possível construir uma nova consciência, no que diz respeito à enfermagem e aos cuidados prestados diariamente às crianças/jovens e seus cuidadores, tendo tido por base o conhecimento científico, alicerçado na prática baseada na evidência e nos princípios que norteiam a profissão, expressos no REPE (Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro). Para isso, foi necessário também ter como referência o código deontológico dos enfermeiros; a carta de direitos dos doentes e das crianças e o estudo de algumas teorias sobre a conceptualização dos cuidados de enfermagem. Como base na estruturação de uma fundamentação teórica, foi possível investigar conhecimentos na área de interesse, apresentando-se novas aprendizagens e alicerçando o caminho a percorrer. Pressupomos que atingimos os objetivos preconizados para a execução deste relatório, evidenciamos reflexão crítica sobre a prática clínica, fundamentamos as escolhas com base na teorização e na evidência científica e, por fim, apresentamos um relatório para provas públicas.

Na reta final deste processo de formação, é fundamental deixar bem claro que foi um percurso que, apesar de árduo, foi muito gratificante e enriquecedor quer ao nível de experiência e conhecimentos adquiridos quer ao nível da consolidação de competências específicas. No entanto, esta experiência permitiu a consciencialização de que o caminho

da aprendizagem é longo e constante, que só anos de experiência, nesta área, poderão levar à prestação de cuidados de excelência.

Atualmente, em pediatria, cuidar significa envolver nos cuidados a criança e a pessoa significativa para ela. Sendo os pais os principais cuidadores da criança, a presença destes durante a hospitalização é reconhecida como benéfica para ambos. Desta forma, a ação sobre o ambiente não poderá apenas estar focada na criança, mas deve também estar focada em garantir e suprir as necessidades, o conforto e a qualidade do sono dos cuidadores da criança, durante a hospitalização. Para melhorar o foco do sono/conforto nos serviços da pediatria será necessário intervir a nível das instalações, do equipamento e dos profissionais, o que se espera que aconteça com as novas instalações do Departamento de Saúde da Criança e da Mulher, que se prevê num futuro próximo. Até lá, os cadeirões deveriam ser substituídos ou, pelo menos, tentar-se diminuir/erradicar o ruído inerente aos mesmos. Este esforço deveria efetivar-se principalmente no Serviço de Pediatria, visto que aí os internamentos são mais prolongados, face aos do Serviço de Urgência, acarretando desconforto e cansaço com maiores implicações para os pais. É importante sensibilizar os profissionais para esta área, no entanto, as entidades também devem assumir o seu papel interventivo e decisório, pois não se podem demitir das suas responsabilidades enquanto facilitadores de condições logísticas para os seus beneficiários.

A aquisição de competências permitiu ter outro olhar sobre a criança e família, muito mais abrangente, muito mais holístico e sensível. Saber que se pode fazer a diferença na vida de uma criança e família já faz valer a pena todo o trabalho. Acredita-se que o ter enveredado por caminhos profissionais diferentes dos da pediatria, nomeadamente por serviços como os Cuidados de Saúde Primários, a Medicina, a Cirurgia, o Covid e a Unidade de Acidente Vascular Cerebral, ao longo de tantos anos, não sejam um entrave neste novo horizonte da realidade Pediátrica, mas sim uma mais-valia que poderá de alguma maneira vir a enriquecer o percurso.

Pretende-se concretizar, no futuro, o ingresso na realidade pediátrica. Nessa nova realidade, que se pretende não ser distante, uma formação em serviço, sobre a importância do sono/conforto das crianças e acompanhantes durante a hospitalização, terá de ser equacionada. Sendo os pais parceiros e membros ativos no processo do cuidar durante a hospitalização dos seus filhos, compete às instituições disporem de instalações com vista

à satisfação também das suas necessidades e compete aos enfermeiros proporcionar-lhes uma resposta adequada, privilegiando um modelo de cuidados coordenados, centrado não só na criança, mas também nos pais.

De referir que um projeto acarinhado e que será consequência deste trabalho de investigação é o da criação da Hospitalização Domiciliária Pediátrica neste hospital. Já foram realizadas algumas *démarches* nesse sentido, porém, tem-se a perfeita noção de que é ainda uma realidade distante.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Accu-Chek (2019). *Uma aplicação móvel feita por pessoas com diabetes para pessoas com diabetes (ROCHE)*. <https://www.accu-chek.pt/mysugr-app>
- Agência Portuguesa do Ambiente (2021). *Ruído ambiente*.
<https://apambiente.pt/ar-e-ruído/ruído-ambiente>
- Almeida E., Salmo O., Domingos J., Costa J., Souza M. & Souza I. (2021). *Hipopituitarismo de diagnóstico tardio e suas possíveis implicações: relato de caso e revisão de literatura*.
https://www.mastereditora.com.br/periodico/20220106_140557.pdf
- American Psychological Association - APA (2020). *Manual para a realização de citações em texto e referências bibliográficas (7ª edição)*.
<https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/9889/10/NormaAPA7W.pdf>
- Andrade, C., Marques, A., Martimiano, R., Santos B., Pan, R., Fernandes, A., Melo, E., & Nascimento L. (2015). *Necessidades dos pais de crianças hospitalizadas: evidências para o cuidado*. <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/30041>
- Apóstolo, J. (2009). *O conforto nas teorias de Enfermagem – Análise do conceito e significados teóricos*. *Revista Referência*, 9, 61-67.
- Associação & Sociedade Portuguesa do Sono (s.d.). *Higiene do sono da criança e adolescente*.
<http://criancaefamilia.spp.pt/media/124389/higiene%20sono%20crianca%20adolescente.pdf>
- Barbosa, M. & Silva, V. (2018). *Utilização de teorias de enfermagem na sistematização da prática clínica do enfermeiro*.
http://www.scielo.pt/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=970521&pid=S0874-0283202000040000700001&lng=pt

- Batalha L. (2017). *Doença crónica e hospitalização: implicações no desenvolvimento criança e cuidados a prestar*.
<file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/Manual%20consequencias%20da%20hospitaliza%C3%A7%C3%A3o.pdf>
- Beltrami, F., Nguyen, X., Pichereau, C., Maury, E., Fleury, B., & Fagondes, S. (2015). *Sono na unidade de terapia intensiva*. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. 539-545.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Quarteto.
- Brazelton, T. B. & Sparrow, J. D. (2009). *A criança e a disciplina*. Presença.
- Cardoso, R., Souza, P., Caldas, C. & Bitencourt, G. (2020). *Diagnósticos de enfermagem em idosos hospitalizados à luz da teoria do conforto de Kolcaba*.
http://www.scielo.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S087402832020000400007&lang=pt
- CIPE (2018). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*.
https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/icnp-Portuguese_translation.pdf
- Diário da República (DR, 2019). *Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem*. Diário da República, 2.^a série, N.º 184 de 25 de setembro de 2019, Pág. 128 – 155
- Diário da República (DR, 2020). *Regulamento dos Cursos de Mestrado do Instituto Politécnico da Guarda*. Diário da República, 2.^a série, N.º 178 de 11 de setembro de 2020, Pág. 225-243
- Diário da República (DR, 2021). *Recomenda ao Governo prioridade na requalificação do Pavilhão 5 do Hospital Sousa Martins, na Guarda, para a instalação da Maternidade e do Departamento de Saúde da Criança e da Mulher e demais edificado*. Diário da República, 1.^a série, N.º 234 de 3 de dezembro de 2021, Pág. 40.

- Direção Geral de Saúde (DGS, 2013). *Orientações 021/2013 Conforto nas unidades hospitalares*. <http://nocs.pt/wp-content/uploads/2016/06/i019670.pdf>
- Direção-Geral de Saúde (DGS, 2015a). *Programa Nacional de Saúde Escolar*. <https://observatorio-lisboa.eapn.pt/ficheiro/Programa-Nacional-de-Sa%C3%BAde-Escolar-2015.pdf>
- Direção-Geral de Saúde (DGS, 2015b). *Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infeção de Local Cirúrgico*. <http://panel.spcir.com/documents/normas/i022014.pdf>
- Direção Geral de Saúde (DGS, 2020). *Prevenção e Controlo de Infeção por SARS-CoV-2 (COVID-19): Equipamentos de Proteção Individual (EPI)*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0072020-de-29032020-pdf.aspx>
- Fortin M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lusodidactica.
- Galinha de Sá F., Henriques M. & Velez M. (2019). *A presença da fenomenologia na investigação em enfermagem: mapeamento das teses de doutoramento em Portugal*. <https://www.redalyc.org/journal/3882/388262389002/html/#fn1>
- Garcia L. Louren A., Salom B., Rahal P., Souza F. & Zanetta D., (2005). *Vírus Sincicial Respiratório*. PULMÃO Vol. 14 N° Jan-Fev-Mar, 2005.
- Garcia O. M. (2018). *Promoção do sono/repouso da criança, durante o primeiro ano de vida: a importância do controlo do ruído ambiente*. <http://rdpc.uevora.pt/handle/10174/23412>
- Garrido J. (2016). *Serviço de Pedopsiquiatria do CHUC – Hospital Pediátrico de Coimbra*. <https://slideplayer.com.br/slide/12033784/>
- Gleitman, H., Fridlund, A. & Reisberg, D. (2003). *Psicologia* (D. Silva, Trad., 6ª ed.). Fundação Calouste Gulbenkian.

- Hockenberry M & Wilson D. (2014). *Wong, Enfermagem da criança e do adolescente (9ª edição)*. Lusociência.
- Jike, M., Itani, O., Watanabe, N. & Buysse, D. (2017). *Long sleep duration and health outcomes: A systematic review, meta-analysis and meta-regression*. Sleep Medicine Reviews.
https://www.clinicalkey.com/service/content/pdf/watermarked/1s2.0S1087079217300278.pdf?locale=pt_BR
- Jorge A. (2004). *Família e hospitalização da criança: (Re)Pensar o cuidar em enfermagem*. Lusociência.
- Jurado, M. & Segarra, F. (2016). *El sueño en los niños y adolescentes*. Rev Neurol, 63 (2), 14-16.
<http://s525459985.mialojamiento.es/wpcontent/uploads/2016/12/revneurologia2016.pdf>
- Klein, J. & Gonçalves, A. (2008). *Problemas de sono-vigília em crianças: um estudo de prevalência*. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psicousf/v13n1/v13n1a07.pdf>
- Kolcaba, K. (1991). *A Taxonomic Structure for the Concept Comfort*. Journal of Nursing Scholarship, 23 (4), 237-240.
<https://pdfs.semanticscholar.org/7480/24e067dfcfcf28aef4e238834876b8ac6d9c.pdf>
- Lessa R., Fonseca L., Silva V., Mesquita F., Costa A., Souza D., Cesar M., Ferreira T., Abad L. & Mendes N. (2020). *A privação do sono e suas implicações na saúde humana: uma revisão sistemática da literatura*.
<https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/3846/2406>
- Meira, I. & Carvalho, A. (2012). *A saúde e sua relação intrínseca com o organismo e o ambiente*. <https://journals.openedition.org/sociologico/512>
- Mendes, L., Fernandes, A. & Garcia, F. (2004). *Hábitos e perturbações do sono em crianças em idade escolar*. Acta Pediátrica Portuguesa, (35), 4. 341-347.
<http://actapediatrica.spp.pt/article/view/4983/3771>

- Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (2019). *Cálculo de dotações seguras nos cuidados de enfermagem de saúde infantil e pediátrica*. Parecer N°19/2010.
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/16903/parecer-mceesip-n%C2%BA19-2019-c%C3%A1lculo-dota%C3%A7%C3%B5es-seguras-nos-cuidados.pdf>
- Ministério da Saúde (MS, 2020). *SCLínico Hospitalar – Novas Urgências e Certificação da Triage de Manchester*. <https://www.spms.min-saude.pt/2020/11/sclinico-hospitalar-nos-servicos-de-urgencia-da-uls-da-guarda/>
- Monteiro C. (2020). *Promoção do Conforto ao Cliente Pediátrico: intervenções de enfermagem à criança com síndrome de abstinência iatrogénica*.
<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/37414/1/Carlos%20Alberto%20de%20Melo%20da%20Silva%20Monteiro%20-%202007.01.2021.pdf>
- Nightingale, F. (1859). *Notes on nursing* (p. 70). Harrison.
- Nunes, B., Gutierrez, M., (2013). *Indicações para a abordagem cirúrgica da instabilidade anterior do ombro*.
https://www.clinicajoelhoombro.com/ficheiros/noticias/indicacoes_para_a_abordagem_cirurgica_da_instabilidade_anterior_do_ombro.pdf
- Nunes, L., Amaral, M. & Gonçalves, R. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: Dos Comentários à Análise de Casos*.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8889/codigodeontologicoenfermeiro_e_dicao2005.pdf
- Oliveira L. & Ferreira, R. (2013). *O ambiente das Enfermarias Pediátricas favorece o sono das crianças?* <https://pjp.spp.pt/article/view/2706>
- OMS e UNICEF (2008). *Relatório Mundial sobre Prevenção de Lesões Infantis*. Geneva: WHO;2008.
https://www.who.int/violence_injury_prevention/child/injury/world_report/Falls_portuguese.pdf

Ordem dos Enfermeiros (OE, 2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Concetual. Enunciados descritivos.*

<http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20%20padres%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>

Ordem dos enfermeiros (OE, 2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem.*

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MCEESIP_Regulamento_PQCEE%20_SaudeCriancaJovem.pdf

Ordem dos Enfermeiros (OE, 2012). *Guia orientador de boas práticas para a prevenção de sintomatologia depressiva e comportamento de esfera suicidária.*

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/gobp_MCEESMP.

Ordem dos Enfermeiros (OE, 2013). *Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança.*

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/GOBP_EstrategiasNaoFarmacologicasControloDorCrianca.pdf

Ordem dos Enfermeiros (OE, 2015a). *Código Deontológico.*

<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (OE, 2015b). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE.*

<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (OE, 2015c). *Guia Orientador de Boa Prática – Adaptação à parentalidade durante a hospitalização.*

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/GOBP_ParentaliddePositiva_vf.pdf

- Ordem dos Enfermeiros (OE, 2018). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*, Pub. L. No. Regulamento n.º 422/2018 de 12 de julho. Diário da República, 2ª série – N.º 133, pp. 19192-19194.
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8349/1919219194.pdf>.
- Ordem dos Enfermeiros (OE, 2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*, Pub. L. No. Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro. Diário da República, 2ª série – N.º 26, pp. 4744-4750.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11250/_0474404750.pdf
- Ordem dos Médicos (OE, 2019). *Utilização do Internamento Hospitalar em Portugal Continental por Crianças com Doenças Crónicas Complexas (2011 – 2015)*.
<file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/10437-47076-1-PB.pdf>
- Pisani, M., Friese, R., Gehlbach, B., Schwab, R., Weinhouse, G., & Jones, S. (2015). *Sleep in the Intensive Care Unit*. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25594808/>
- Ramos A. & Figueiredo M. (2020). *Enfermagem em saúde da criança e do jovem*. Lidel.
- Rodrigues J., Fernandes S. & Marques G., (2020). *Preocupações e necessidades dos pais de crianças hospitalizadas*.
<https://www.scielosp.org/article/sausoc/2020.v29n2/e190395/pt/>
- Ruivo, M. A., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). *Metodologia de Projeto: Colectânea descritiva de etapas*. (A. Freitas, Ed.) Percursos, nº15.
http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf
- Sabatés, A. & Borba R. (2005). *As informações recebidas pelos pais durante a hospitalização do filho*. <https://www.researchgate.net/publication/242296173>
- Sampaio M. (2012). *Necessidades em Recursos Físicos e Humanos Perspectiva dos Pais da Criança Hospitalizada*.

<https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1485/1/SAMPAIO%20Maria%20C%20lara%20Borges%20Necessidades%20em%20recursos%20f%20C%20ADsicos%20e%20humanos.pdf>

Santos A. (2018). *Diário de bordo: relatório de uma prática investigativa da subjetividade e do mundo objetivo.*

<https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1173.pdf>

Santos F. (2012). *Análise de conteúdo: Visão de Laurence Bardin.*

<file:///C:/Users/Utilizador/Desktop/Lourence%20Barden.pdf>

Santos V.M. (2015). *Perceção de Saúde: Validação do The Health Perceptions Questionnaire para a população Portuguesa.*

<https://recil.ensinulusofona.pt/bitstream/10437/7176/1/Disserta%20A7%20A3oConclu%20da%20VanessaSantos%20CD.pdf>

Silva, A. (2007). *Enfermagem Avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina.* Servir.

Silva, F. (2014). *Hábitos e Problemas do Sono das Crianças dos 2 aos 10 anos.* Dissertação de candidatura ao grau de Doutor em Medicina, especialidade de Pediatria, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa, Lisboa.

<https://run.unl.pt/bitstream/10362/14234/1/Silva%20Filipe%20TD%202014.pdf>
[28](#)

Serviço Nacional de Saúde (SNS, 2021). *Hospitalização Domiciliária Pediátrica.*

<https://www.sns.gov.pt/noticias/2021/04/08/hospitalizacao-domiciliaria-pediatria/>

Soares, Â. (2010). *O Sono: Efeitos da sua privação sobre as defesas orgânicas.* Técnicas.

Sociedade Portuguesa de Pediatria (2017). *Recomendações SPS-SPP. Prática da sesta da criança.*

http://www.spp.pt/UserFiles/file/Noticias_2017/versao%20profissionais%20de%20saude_recomendacoes%20spsspp%20sesta%20na%20crianca.pdf

Streubert H. & Carpenter D. (2013). *Investigação Qualitativa em enfermagem: Avançando o imperativo humanista* (5ª ed.). Lusociência.

Tavares P. (2008). *Acolher brincando: a brincadeira terapêutica no acolhimento de enfermagem à criança hospitalizada*.

<file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/Tese%20Mestrado%20Patricia.pdf>

Tissot, J., Vergara, L. & Ely, V. (2020). *Definição de elementos ambientais essenciais para a humanização hospitalar*.

<https://www.scielo.br/j/ac/a/R78WybWbrWpnRh7sLwHTHvB/?lang=pt>

Tomey, A. & Alligood, M. (2002). *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (5ª ed.). Lusociência.

Unidade Local de Saúde da Guarda (2021). *Plano de atividades e orçamento 2011*.

<https://www.ulsguarda.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/6/2016/11/Memoria-Descritiva-Plano-de-Atividades-e-Orcamento-2021.pdf>

Unidade Local de Saúde da Guarda (2022). *Hospital Sousa Martins*.

<http://www.ulsguarda.min-saude.pt/servicos/cuidados-de-saude-hospitalares/csh1/>

Vilelas J. (2020). *Investigação: O processo de construção do conhecimento* (3ª edição). Edições Sílabo.

Wood G. L. & Haber J. (2001). *Pesquisa em enfermagem: Métodos, avaliação crítica e utilização*. Guanabara Koogan S.A.

ANEXOS

ANEXO I

Check-list de avaliação das condições de conforto da DGS



Anexo I

Check-list de avaliação das condições de conforto

Instalações

Aspetos Ambientais		Sim	Não	N/A	Sugestões
1. Implantação	1.1 Localização adequada				
	1.2 Boa orientação solar				
	1.3 Envolvente agradável				
	1.4 Topografia sem grandes declives				
2. Água	2.1 Reutilização de água da chuva				
	2.2 Sensores nas torneiras				
	2.3 Opção de fluxo nas sanitas				
	2.4 Existência de bebedouros				
3. Energia	3.1 Vidros duplos				
	3.2 Ventilação natural				
	3.3 Iluminação adequada				
	3.4 Energias alternativas				
4. Resíduos	4.1 Tratamento de resíduos hospitalares				
	4.2 Separação de resíduos sólidos urbanos				

Conforto e Qualidade		Sim	Não	N/A	Sugestões
5. Conforto Térmico	5.1 Insolação adequada				
	5.2 Ventilação adequada				
	5.3 Temperaturas internas confortáveis				
	5.4 Ar Condicionado				
6. Conforto Luminoso e Visual	6.1 Iluminação natural adequada				
	6.2 Iluminação artificial adequada				
	6.3 Cores e imagens agradáveis				
7. Conforto Acústico	7.1 Ruídos internos				
	7.2 Ruídos externos				
	7.3 Som ambiente agradável				
8. Qualidade do Ambiente	8.1 Boa qualidade do ar interior				
	8.2 Boa qualidade dos materiais de construção e de revestimentos				
	8.3 Existência de infeções hospitalares				

Aspetos Funcionais		Sim	Não	N/A	Sugestões
9. Acessos	9.1 Acessibilidade para pessoas com mobilidade reduzida				
	9.2 Bons acessos à unidade hospitalar				
	9.3 Bons acessos às áreas comuns				
10. Circulações	10.1 Boa sinalização nas circulações				
	10.2 Existem cruzamentos de sujos e limpos				
	10.3 Corredores permitem boa circulação				
	10.4 Escadas e rampas adequadas				
	10.5 Elevadores bem localizados e com dimensões adequadas				
11. Espaços	11.1 Boa distribuição espacial				
	11.2 Espaços seguros				
	11.3 Espaços com privacidade				
	11.4 Espaços com dignidade				
	11.5 Espaços com aromas agradáveis				
12. Equipamentos	12.1 Equipamentos ergonómicos				
	12.2 Textura dos materiais				
	12.3 Venda de alimentos saudáveis junto às áreas de espera				

Aspetos de Construção		Sim	Não	N/A	Sugestões
13. Sistema Construtivo	13.1 Materiais de construção saudáveis				
	13.2 Materiais que permitem fácil limpeza				
	13.3 Relação construção - espaços verdes				
	13.4 Possibilidade de flexibilidade dos espaços				
14. Instalações	14.1 Facilidade de manutenção das instalações				
	14.2 Existência de contaminações				
	14.3 Precauções desenvolvimento de bactérias				
15. Estética	15.1 Aparência externa agradável / harmoniosa				
	15.2 Aparência interna agradável / harmoniosa				
	15.3 Cores e texturas agradáveis				
	15.4 Volumetria harmoniosa				
	15.5 Existência de peças de arte				

Pessoas

Atenção aos doentes		Sim	Não	N/A	Sugestões
16. Aspetos Visuais	16.1 Cor do vestuário dos profissionais				
	16.2 Cor dos pijamas dos doentes				
	16.3 Cor das roupas de cama				
17. Aspetos Relacionais	17.1 Ouvir / falar com as pessoas				
	17.2 Calor humano / carinho				
18. Aspetos Olfativos	18.1 Aroma das roupas de cama				
	18.2 Aroma dos pijamas				
	18.3 Aroma do Ambiente				
19. Aspetos Alimentares	19.1 Cuidados na alimentação				
	19.2 Apresentação das refeições				
	19.3 Ergonomia do local de alimentação				
20. Atividades de Entretenimento	20.1 Atividades ligadas às artes				
	20.2 Atividades lúdicas				
21. Práticas Religiosas	21.1 Respeito pelas diversas práticas religiosas				

APÊNDICES


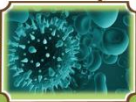




APÊNDICE I

Estrutura física do Serviço de Pediatria

				Legenda 1-Área Suja e de arrumos 2-Casa de Banho das crianças 3-Copa 4-Espaço de refeição dos profissionais 5-Stock de material 6- Casa de Banho para funcionários 8- Elevador 9- Quarto de Isolamento 10-Gabinetes 11-Corredor de Passagem da Pediatria 12-Vestuário dos Enfermeiros 13-Vestuário dos Técnicos Operacionais 14-Vestuário das Enfermeiras 15-Corredor de passagem 16-Casa banho para Médicos 17-Vestuário médico 18-Casa banho dos Adolescentes 19- Quarto Adolescentes 20-Refeitório Adolescentes 21- Quarto Adolescentes 22- Enfermaria para Crianças 23-Área de banhos para o berçário 24- Stock de roupa 25-Sala de Trabalho 26- Stock de equipamentos 27-Berçário 28-Casa de Banho dos Pais 29-Sala de Enfermagem 30-Neonatologia 31-Gabinete Enfermeira Chefe 32-Gabinete da Professora e educadora 33 – Espaço Lúdico 34 – Sala de reunião 35-Sala de Enfermagem			
1		12	13		14		
2		15					
3		16	17		5		
4		18	19		32		
5		20	21				
6	11	22			33		
8							
9							
		23			24	5	
		25			26		5
					27		29
		28					34
		35	30		34		
10					31		
10							

APÊNDICE II


Apresentação “Vírus Sincicial Respiratório”

 <p>Vírus Sincicial Respiratório</p> <p>Serviço de Pediatria da ULS Guarda</p>	<p>Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica 2º Ano, 1º Semestre 2021/2022</p> <h2>Vírus Sincicial Respiratório</h2> <p>Enf^ª. Cristina Valente e Enf^ª. Inês Barroco MESIP4</p>
<h3>OBJETIVOS</h3> <ul style="list-style-type: none">- Dar a conhecer o Vírus Sincicial Respiratório (VSR) aos cuidadores;- Informar acerca das boas práticas para evitar contágio;- Transmitir os sinais de alerta para recorrer aos Serviços de Saúde;- Esclarecer os tratamentos/cuidados a nível hospitalar;- Promover cuidados para alívio dos sintomas no domicílio.	<h3>Vírus Sincicial Respiratório</h3> <ul style="list-style-type: none">✓ O que é o Vírus Sincicial Respiratório;✓ Sinais, sintomas e transmissão;✓ Como prevenir o contágio;✓ Quando trazer ao hospital;✓ Cuidados no hospital;✓ Cuidados em casa;✓ Dúvidas.
<h3>Vírus Sincicial Respiratório</h3> <p>Principal responsável pelas Bronquiolites até aos 2 anos.</p> <p>...e pelas infecções respiratórias nos cinco primeiros anos de vida.</p> <p>É um vírus que aparece do outono à primavera</p> 	<h3>Sinais e Sintomas</h3> <ul style="list-style-type: none">TosseCorrimento nasalFebreDor de gargantaEspirrosFalta de apetite 
<h3>Transmissão</h3> <p>Tosse</p> <p>Espirros</p> <p>Mãos e utensílios manipulados</p> <p>Fala</p> 	<h3>O período de incubação</h3> <p>2 a 8 dias</p>  <p>Vírus Sincicial Respiratório</p> 

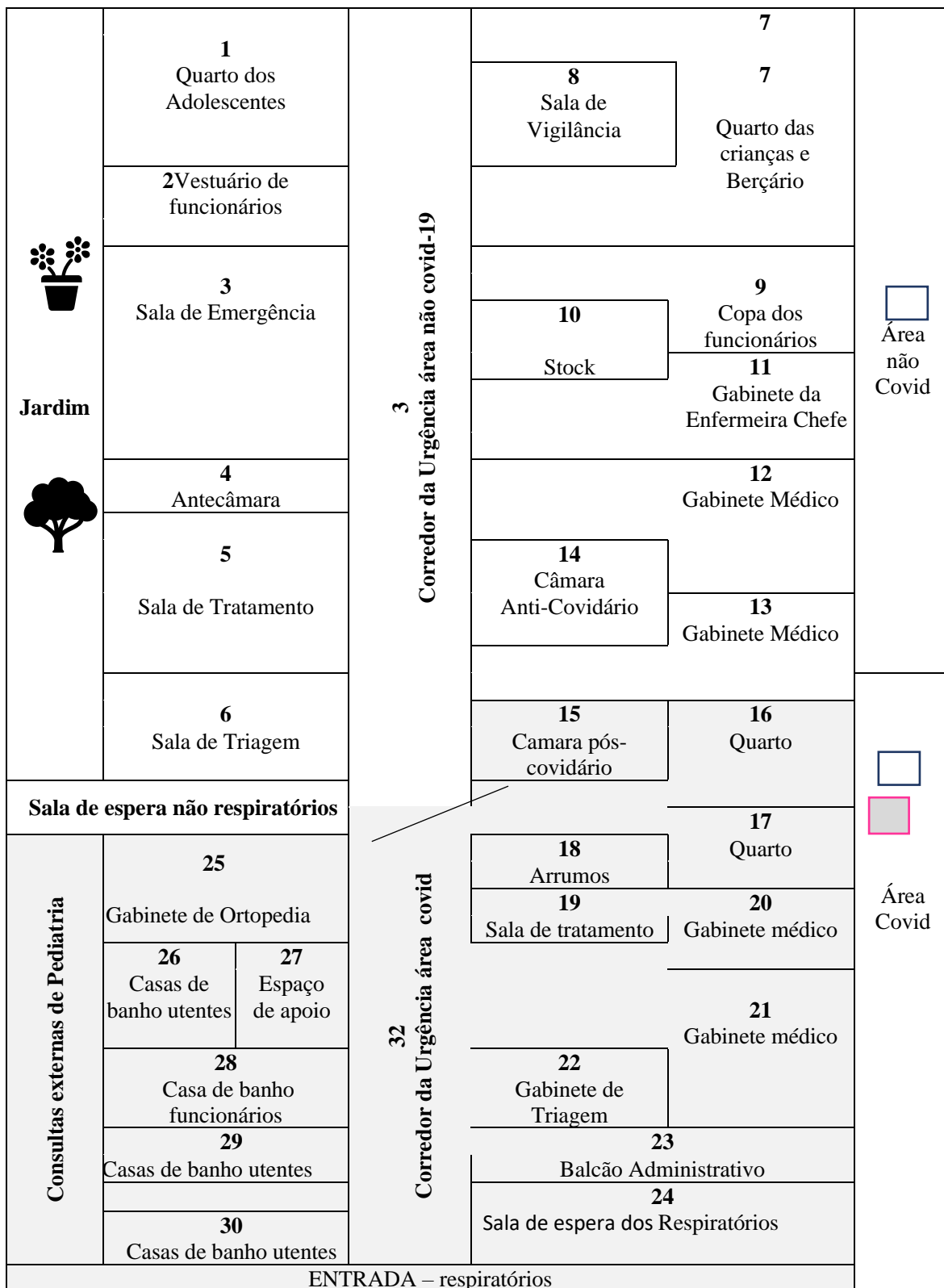
<p>Como prevenir o contágio</p>  <p>IPG</p>	<p>Como prevenir o contágio</p>  <p>IPG</p>
<p>Quando trazer ao hospital</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aumento do muco e da tosse • Respiração mais rápida, difícil e ruidosa • Cansaço durante a alimentação  <p>IPG</p>	<p>Quando trazer ao hospital</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cor azulada dos lábios ou extremidades • Picos febris mais elevados e frequentes • Diminuição da produção da urina  <p>IPG</p>
<p>Cuidados no hospital</p> <ul style="list-style-type: none"> • Isolar a criança e progenitor • Administração de oxigénio • Administração de soro • Lavagens nasais • Medicação  <p>IPG</p>	<p>Cuidados no hospital</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suporte ventilatório quando necessário  <p>IPG</p>
<p>Cuidados em casa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aspiração de secreções nasais • Lavagem nasal com soro • Vigiar as características da respiração   <p>IPG</p>	<p>Cuidados em casa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promover a hidratação da criança e alimentação fracionada • Administrar medicação se febre  <p>IPG</p>
<p>Cuidados em casa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elevar a cabeceira da cama • Nos quartos aquecidos com radiadores colocar copo de água em cima destes  <p>IPG</p>	<p>Vírus Sincicial Respiratório</p> <p>BIBLIOGRAFIA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Garcia L, Louren A, Salom B, Rahal P, Souza F, Zanetta D. (2005) Vírus Sincicial Respiratório. PULMÃO Vol. 14 Nº. Jan-Fev-Mar; 2005. • DGS. Folheto informativo para pais e cuidadores. Acedido em outubro, 2016 em: http://criancaefamilia.spp.pt/media/1128777/Folheto_bronquiolite_aguda_DGS.pdf • Oliveira, Guiomar; Saraiva (2017). Lições de Pediatria Vol. 1 e II. Imprensa da Universidade de Coimbra, p.295-326. <p>IPG</p>
<p>Vírus Sincicial respiratório</p> <p>DÚVIDAS</p> <p>Enfª Cristina Valente e Enfª Inês Barroco</p>  <p>IPG</p>	<p>Vírus Sincicial Respiratório</p>  <p>OBRIGADA PELA VOSSA ATENÇÃO</p> <p>IPG</p>

APÊNDICE III

Trabalho para o Serviço de Pediatria

 <p>Escola Superior de Saúde Instituto Politécnico da Guarda</p> <p>Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria 2º ano, 1º semestre</p> <p>OXIGENOTERAPIA Fundamentação Teórica</p> <p>Ana Cristina Pereira Valente Inês Martins Barroco</p> <p>Guarda, 2021</p>	<p>ÍNDICE</p> <table><thead><tr><th></th><th>Folha</th></tr></thead><tbody><tr><td>INTRODUÇÃO</td><td>5</td></tr><tr><td>1 - BRONQUILITE VIRAL AGUDA</td><td>7</td></tr><tr><td>1.1 - ETIOLOGIA</td><td>7</td></tr><tr><td>1.2 - FISIOPATOLOGIA</td><td>8</td></tr><tr><td>1.3 - PREVALENCIA</td><td>8</td></tr><tr><td>1.4 - QUADRO CLÍNICO</td><td>9</td></tr><tr><td>1.5 - DIAGNÓSTICO</td><td>9</td></tr><tr><td>1.6 - TRATAMENTO</td><td>10</td></tr><tr><td>2 - EFEITOS DA HIPOXEMIA CRÓNICA</td><td>11</td></tr><tr><td>3 - OXIGENOTERAPIA</td><td>12</td></tr><tr><td>3.1 - EFEITOS DA OXIGENOTERAPIA</td><td>13</td></tr><tr><td>3.2 - SISTEMAS DE FORNECIMENTO DE OXIGENOTERAPIA</td><td>14</td></tr><tr><td>3.3 - INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA OXIGENOTERAPIA</td><td>17</td></tr><tr><td>4 - MONITORIZAÇÃO O2</td><td>19</td></tr><tr><td>4.1 - VALORES NORMAIS</td><td>20</td></tr><tr><td>4.2 - INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA OXIMETRIA DE PULSO</td><td>20</td></tr><tr><td>6 - OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR</td><td>22</td></tr><tr><td>5.1 - FONTES DE ADMINISTRAÇÃO DE OXIGENIO</td><td>24</td></tr><tr><td>5.2 - ORIENTAÇÕES GERAIS PARA A OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR PROLONGADA EM CRIANÇAS</td><td>26</td></tr><tr><td>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</td><td>27</td></tr></tbody></table>		Folha	INTRODUÇÃO	5	1 - BRONQUILITE VIRAL AGUDA	7	1.1 - ETIOLOGIA	7	1.2 - FISIOPATOLOGIA	8	1.3 - PREVALENCIA	8	1.4 - QUADRO CLÍNICO	9	1.5 - DIAGNÓSTICO	9	1.6 - TRATAMENTO	10	2 - EFEITOS DA HIPOXEMIA CRÓNICA	11	3 - OXIGENOTERAPIA	12	3.1 - EFEITOS DA OXIGENOTERAPIA	13	3.2 - SISTEMAS DE FORNECIMENTO DE OXIGENOTERAPIA	14	3.3 - INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA OXIGENOTERAPIA	17	4 - MONITORIZAÇÃO O2	19	4.1 - VALORES NORMAIS	20	4.2 - INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA OXIMETRIA DE PULSO	20	6 - OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR	22	5.1 - FONTES DE ADMINISTRAÇÃO DE OXIGENIO	24	5.2 - ORIENTAÇÕES GERAIS PARA A OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR PROLONGADA EM CRIANÇAS	26	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	27
	Folha																																										
INTRODUÇÃO	5																																										
1 - BRONQUILITE VIRAL AGUDA	7																																										
1.1 - ETIOLOGIA	7																																										
1.2 - FISIOPATOLOGIA	8																																										
1.3 - PREVALENCIA	8																																										
1.4 - QUADRO CLÍNICO	9																																										
1.5 - DIAGNÓSTICO	9																																										
1.6 - TRATAMENTO	10																																										
2 - EFEITOS DA HIPOXEMIA CRÓNICA	11																																										
3 - OXIGENOTERAPIA	12																																										
3.1 - EFEITOS DA OXIGENOTERAPIA	13																																										
3.2 - SISTEMAS DE FORNECIMENTO DE OXIGENOTERAPIA	14																																										
3.3 - INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA OXIGENOTERAPIA	17																																										
4 - MONITORIZAÇÃO O2	19																																										
4.1 - VALORES NORMAIS	20																																										
4.2 - INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA OXIMETRIA DE PULSO	20																																										
6 - OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR	22																																										
5.1 - FONTES DE ADMINISTRAÇÃO DE OXIGENIO	24																																										
5.2 - ORIENTAÇÕES GERAIS PARA A OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR PROLONGADA EM CRIANÇAS	26																																										
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	27																																										
<p>INTRODUÇÃO</p> <p>As infeções respiratórias agudas do aparelho respiratório inferior são uma das principais causas de internamento nos primeiros anos de vida, acarretando custos económicos consideráveis. Para além disso, são a causa de aproximadamente quatro milhões de mortes por ano, em todo o mundo, nesta faixa etária (Pequito et al., 2002).</p> <p>A bronquite aguda é frequente abaixo dos dois anos de idade (calcula-se que aos 2 anos, aproximadamente 10 a 15% das crianças tiveram um episódio de bronquite). Apesar de geralmente ter evolução benigna, cerca de 1% dos casos necessita de internamento. Adquire particular gravidade em grupos de risco (idade inferior a seis meses, patologia pulmonar subjacente, cardiopatia ou imunodeficiência), onde pode atingir uma taxa de mortalidade de 1 a 3,5% (Pequito et al., 2002).</p> <p>A bronquite aguda tem incidência sazonal (mais frequente nos meses de Inverno, entre outubro e Abril). A sua etiologia é predominantemente viral, sendo o Vírus Sincicial Respiratório (VSR) responsável por 70 a 85% dos casos. Outros vírus, tais como, adenovírus, vírus influenza A e B, rinovírus e vírus parainfluenza I, 2, 3 são também apontados como causa de bronquite (Pequito et al., 2002).</p> <p>Apesar da abordagem terapêutica das bronquites consistir essencialmente em medidas de alívio sintomático, continuam em discussão a utilidade de determinadas terapêuticas, sobretudo, broncodilatadores e corticóides. Ao contrário destes, a oxigenoterapia é uma prioridade reconhecida pelos meios científicos (Pequito et al., 2002), justificada pela substancial redução do número de mortes em doentes com um baixo nível de saturação de oxigénio (O2) no sangue e tratados com O2 (Ergo, B. e Shami F., 2003).</p> <p>O O2 teve o seu carácter vital reconhecido desde a sua descoberta, realizada de forma independente por Scheele, em 1772, e por Priestly, em 1774. Já em 1780, foi utilizado com propósitos médicos por Choussier, que usou o O2 em recém-nascidos com dificuldade respiratória (Saugstad O., 2001). Desde então, a administração de O2 é uma das mais importantes modalidades de terapia para doentes com hipoxémia resultante de condições comuns como infeções do trato respiratório inferior (Maha L. e Weber M., 2001). Além disso, o O2 também tem valor terapêutico comprovado em outras situações, como a diminuição da incidência e gravidade da apneia em prematuros e a dilatação das artérias pulmonares com consequente aumento do fluxo sanguíneo pulmonar. Também pode ser necessário em doenças cardiovasculares, distúrbios neuromusculares, intoxicações, entre outras situações. A rapidez e</p>	<p>a precisão com que o problema é resolvido são essenciais nesses casos porque o O2 é vital a cada célula do nosso organismo (Marques, C. 2014).</p> <p>Desta forma, a oxigenoterapia consiste no tratamento da hipóxia por meio da inalação de O2, a uma pressão superior à do ar ambiente, o que facilita a troca gasosa e reduz o trabalho da respiração. A escolha da forma de administração dependerá, principalmente, da eficiência do sistema a ser usado. Por exemplo, os cateteres nasais, de fácil instalação, proporcionam uma fração inspirada de O2 (FIO2) entre 24 e 40%. O uso de máscaras nasais também é simples e fornece FIO2 de até 60%, contudo, apresenta algumas desvantagens, nomeadamente a difícil fixação e a interferência na alimentação (Camargo P. et al., 2008).</p> <p>Mesmo sendo essencial à vida, o O2, como qualquer medicamento, quando administrado de forma indevida, pode ser tóxico e ter sérias consequências. A toxicidade, que depende de fatores como pressão absoluta de O2 oferecido, duração da exposição e sensibilidade individual, é a maior limitação à sua administração (Rudnik I., et al., 2004).</p> <p>Dentro dos efeitos colaterais do uso de O2, observam-se: retinopatia da prematuridade, doença pulmonar crónica e displasia broncopulmonar em prematuros, atelectasia por altas concentrações de O2 e dano epitelial pulmonar devido ao stress oxidativo. Pode também atingir o Sistema Nervoso Central, levando a efeitos neurológicos como tremores, contrações, convulsões, náuseas ou cefaleias – situações reversíveis com a suspensão da oxigenoterapia. Por outro lado, a saturação muito baixa de O2 pode resultar no aumento da resistência pulmonar, limitação do crescimento somático e morte súbita em crianças com doença pulmonar crónica. Assim, recomenda-se a oxigenoterapia após avaliação rigorosa quanto à real necessidade da sua utilização e, durante o seu uso, monitorização contínua de todos os parâmetros do paciente (Camargo P. et al., 2008).</p>																																										

APÊNDICE V
Estrutura física do Serviço de Urgência de Pediatria



APÊNDICE VI

Trabalho para a Urgência Pediátrica



ÍNDICE	
	Folha
INTRODUÇÃO	4
1 – SONO E CONFORTO COMO NECESSIDADES HUMANAS.....	6
1.1 – O SONO- MAIS QUE UM PROCESSO CORPORAL.....	6
1.2 – O CONFORTO- CUIDADO PROMOTOR DO SONO E REPOUSO.....	9
2 – O IMPACTO DO AMBIENTE COMO PROMOTOR DO SONO/CONFORTO.....	12
2.1 – INFLUÊNCIA DO AMBIENTE SOBRE O EQUILÍBRIO DA VIDA HUMANA.....	12
2.2 – PROMOÇÃO DO AMBIENTE NOS SERVIÇOS FAVORÁVEL À SAÚDE.....	13
3 – A IMPORTÂNCIA DO AMBIENTE NO QUADRO DO CUIDADO DA ENFERMAGEM COMO PROMOTOR DO SONO E DO CONFORTO.....	16
3.1 – TEORIA DO CONFORTO – KATHARINE KOLCABA.....	17
3.2 – PROMOÇÃO DO CONFORTO E DA QUALIDADE DO SONO DA CRIANÇA E CUIDADOR NO SERVIÇO DE URGÊNCIA – INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM.....	18
CONCLUSÃO.....	21
BIBLIOGRAFIA.....	22
APÊNDICES.....	29
Apêndice I – Check-list de avaliação das condições de conforto da DGS.....	30

INTRODUÇÃO

O sono, como função biológica elementar, é importante na consolidação da memória, na visão, na termorregulação, na conservação, na renovação da energia e restauração do metabolismo energético cerebral (Schwartz, Bottoff & Richardson, 2014). Noites mal dormidas ou não dormir pode prejudicar atividades que requerem um estado de alerta e atenção (Tarókh, Raffray, Van & Carskadon, 2010; Scharz, Bottoff & Richardson, 2014). Para Owens (2005), os problemas relacionados com o sono têm uma grande interferência na aprendizagem, no desempenho escolar, na saúde e na qualidade de vida.

Percebe-se, então, que apesar de muitas vezes sermos pressionados biologicamente para dormir, o momento de adormecer pode ser determinado por um conjunto de fatores facilitadores, como o contexto (de relaxamento, segurança) e os estímulos (intrínsecos ou extrínsecos).

A evidência científica e a literatura atual destacam a relevância que o sono de qualidade e os hábitos de sono saudáveis têm para a saúde e para a qualidade de vida das crianças. A Ordem dos Enfermeiros (OE), no ano 2010, publicou o volume 1 da Guia Orientadora de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (OE, 2010), onde salienta a importância que o sono tem para o desenvolvimento cerebral, físico e emocional das crianças, destacando a relevância que o número de horas reais e efetivas de sono tem para o crescimento adequado. Por sua vez, o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) (Direção Geral da Saúde [DGS], 2013), valoriza os cuidados antecipatórios como fator de promoção da saúde e de prevenção da doença, empoderando os pais no exercício do papel parental destacando, entre estes cuidados, a promoção de hábitos de sono saudável.

Para além disso, a OE (2001) especifica que os cuidados de enfermagem prestados à criança/adolescente/família, devem fazer parte integrante do plano de cuidados, principalmente quando as intervenções de enfermagem aspiram a transformação de comportamentos, com a finalidade de proporcionar estilos de vida conciliáveis com a promoção da saúde.

Tendo estes princípios em conta, foi-nos proposto a elaboração de um trabalho acerca do papel do enfermeiro enquanto promotor do sono/conforto da criança e do cuidador em contexto de Urgência Pediátrica. A pertinência deste estudo relaciona-se com o facto de diversos trabalhos salientarem o papel determinante do sono na saúde das crianças. Para além disso, vários estudos têm indicado que os problemas de sono merecem uma atenção

redobrada, considerando as suas consequências a longo prazo e a sua possível evolução para manifestações mais severas e sistemáticas (Klein & Gonçalves, 2008).

Assim, o presente documento insere-se no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório Final, pertencente ao Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, da Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico da Guarda, no ano letivo 2021/2022. Deste modo, o objetivo delineado para este trabalho é expor estratégias de forma a promover a qualidade do sono da criança e do cuidador em contexto de Urgência Pediátrica da Unidade de Saúde Local (ULS) da Guarda, no sentido de melhorar a qualidade dos cuidados de saúde. Para isso foi usado como recurso a pesquisa bibliográfica e a observação ao longo do estágio.

Estruturalmente, o trabalho encontra-se dividido em três capítulos. Após a presente introdução, onde é contextualizado o trabalho, o tema e os objetivos, segue-se o enquadramento teórico, onde são abordadas temáticas relacionadas com o sono e repouso como necessidades humanas básicas e o conforto como cuidado promotor do sono. A seguir, expomos o impacto do ambiente como promotor do sono/conforto e posteriormente falamos sobre a Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba, visto que a mesma se constitui como o referencial teórico que dá suporte à temática por nós escolhida. Por sua vez permite delinear estratégias de enfermagem diferenciadas a serem implementadas como precursoras da segurança e da qualidade de vida. Para finalizar, abordamos a promoção do conforto e da qualidade do sono da criança e cuidador no serviço de Urgência Pediátrica da ULS da Guarda.

CONCLUSÃO

Existe uma estreita relação entre a pessoa e o ambiente envolvente. O ambiente hospitalar exerce influências promotoras ou não na recuperação dos utentes, assim como sobre o pessoal de saúde que ali desenvolve a sua atividade profissional. Cedo os enfermeiros perceberam a importância que um ambiente de cuidados adequado e seguro representava em ganhos de saúde e diminuição do tempo de internamento. O bem-estar do paciente e a satisfação profissional, sendo um dos principais indicadores de qualidade, o conceito de ambiente/conforto foi incorporado no metaparadigma da Enfermagem. No entanto, a prestação de cuidados humanizados, de qualidade e excelência nas instituições onde são prestados cuidados de saúde, nomeadamente nos Serviços de Pediatria, requerem uma constante evolução e atualização dos conhecimentos teóricos, científicos e práticos por parte dos enfermeiros.

As pesquisas apresentadas neste trabalho permitiram uma melhor compreensão dos fenómenos ambiente/conforto na promoção do sono em contexto de Urgência Pediátrica e contribuíram para evidenciar as múltiplas facetas que estes podem assumir no seio da equipa de enfermagem, assim como junto das crianças e cuidadores.

Acreditamos que as atividades e estratégias mencionadas poderão promover e melhorar a qualidade do sono da Urgência Pediátrica das crianças e dos seus cuidadores, destacando a relevância que o conforto tem para a promoção do mesmo. Desta forma, consideramos que o objetivo delineado para este trabalho (expor estratégias de forma a promover a qualidade do sono da criança e do cuidador em contexto de Urgência Pediátrica da ULS da Guarda, no sentido de melhorar a qualidade dos cuidados de saúde) foi atingido.

APÊNDICE VII

Diário de bordo

DIÁRIO DE BORDO
2021

*Percepção dos pais e da criança
sobre a qualidade do sono/conforto durante a
hospitalização*



Serviço de _____ N° _____

Data: _____

Descrição:

Conseguiram descansar?

Como considera as condições do serviço para o seu descanso/sono e do(a) seu(a) filho (a)?

O que gostaria de poder mudar para melhorar o seu conforto e o do seu filho, neste serviço?

APÊNDICE VIII

Caraterização dos pais/crianças

Serviço de Pediatria	
P1	Uma mãe com filho de 4 meses , num quarto sozinha, por volta das 4h estando a amamentar no cadeirão, depois de lhe perguntar se já tinha descansado alguma coisa, respondeu: <i>Pouco, pois cada vez que me mexo o cadeirão faz tanto barulho que tenho medo de acordar a minha bebé, ainda bem que estou sozinha.</i>
P2	Mãe de jovem de 17 anos queixou-se de dorsalgias intensas: <i>Fui operada há pouco tempo à coluna, não consigo dormir nem mais uma noite naquele cadeirão. A ver se o meu marido me pode substituir</i> (A mãe do jovem passou quatro noites na pediatria).
P3	Pai de criança, de 6 meses , internada há três semanas responde à questão de como se está a aguentar quanto ao cansaço: <i>Tenho de aguentar pelo meu filho.</i>
P4	Uma mãe que tinha estado internada com a filha no Serviço de Pediatria e que tinha recorrido à urgência por agravamento do quadro respiratório da mesma comentava: <i>Aqueles cadeirões são horríveis e fazem tanto barulho.</i>
P5	Na urgência, uma mãe que esteve na Pediatria com a filha internada durante 5 dias comentava: <i>O ambiente à noite à noite até é tranquilo. Nos três primeiros dias o meu filho não conseguiu descansar depois até dormiu bem. Eu, foi horrível, os cadeirões não são confortáveis, fazem tanto barulho, só quando ele estava profundamente adormecido é que eu me sentava para não o acordar.</i>
P6	Mãe de criança de 3 anos que tinha estado, há poucos meses, internada com a filha no Serviço de Pediatria, referia em relação a este: <i>As condições para os pais são péssimas, mas pelos nossos filhos aguenta-se o que se tem de aguentar; o menino esse sim descansou bem e estava confortável; os cadeirões cham e já estão muito usados; mas o que precisávamos mesmo era de uma casa de banho em cada quarto, porque tinha sempre que ir a correr para o menino não ficar a chorar e só ia à noite depois de ele adormecer.</i>
P7	Indo levar uma criança ao Serviço de Pediatria, pude conversar com uma mãe, cujo filho estava no berçário , que ela tinha ido acompanhar no dia anterior: <i>Não descansei nada durante a noite, estava tão preocupada com o menino. Ele dorme de barriga para baixo e tinha medo que tirasse o oxigénio, ele levantava-se muito depressa e podia dar com a cabeça nas grades e magoar-se. Só dormi das 4 às 6 horas.</i> Nada referiu sobre o conforto mais preocupada com a situação clínica do filho.

Urgência Pediátrica	
U1	Mãe de jovem de 16 anos com febre e amigdalite que já tinha estado toda a manhã no serviço. Tendo sido questionada sobre conforto do cadeirão, onde estava sentada ao lado da filha, respondendo: <i>É o que se tem. Vou pelo menos pedir uma almofada e um lençol.</i>
U2	Jovem de 16 anos , com dores abdominais, passou a noite numa cama da urgência acompanhada pela mãe que passou a noite num cadeirão, referiu: <i>A minha cama até é confortável, não tive frio e durante a noite a equipa até não fez barulho, mas entraram dois bebés e não consegui dormir mais.</i> Quando questionada sobre a razão de não ter dormido, respondeu: <i>Eram pequenos e choravam.</i> Acrescentou em relação ao sono/conforto da mãe: <i>A minha mãe já não teve tanta sorte, ela não se queixou, mas não deve ser fácil dormir neste cadeirão.</i>
U3	Mãe de criança de 11 meses com a filha a dormir ao colo a quem se sugeriu colocar a menina no berço para que ambas pudessem descansar melhor, ao que respondeu: <i>Eu sei que a culpa é minha mas ela está habituada a dormir comigo e eu é que não estou confortável neste cadeirão, se pudesse inclinar-se um pouco.</i> Ao tentar, o cadeirão, além de fazer barulho, não manteve a inclinação (provável avaria do mesmo). Quando soube que iria ficar internada, a primeira pergunta que colocou foi saber se <i>na pediatria, também temos cadeirões destes, para nos sentarmos?</i> Quando confirmei ela respondeu <i>há várias noites que não durmo nada, mais umas noites.</i>
U4	Mãe de jovem de 15 anos , com vômitos, que passou a noite no cadeirão ao lado da cama do filho refere acerca do sono/conforto no cadeirão: <i>Sim, até consegui descansar.</i>
U5	Jovem de 16 anos que se encontrava a dormir no início do turno da tarde, ao acordar foi questionado sobre o seu descanso, se tinha sido feito muito barulho. Ele respondeu simplesmente: <i>Não tudo bem, dormi bem.</i>
U6	Criança de 11 anos que passou a noite numa maca, num quarto da urgência, acompanhada pela mãe referindo que: <i>Dormi bem, não tive frio.</i>
U7	Mãe de criança de 11 anos que passou a noite num cadeirão, num quarto da urgência, referiu: <i>Até consegui descansar, parece que estes cadeirões são melhores que os do Serviço de Pediatria. Antes não ligava a isto, mas agora que ando com a minha filha nos hospitais infelizmente já começo a ver que vai ser uma realidade na minha vida. Podiam pelo menos oferecer um cobertor e uma almofada, sempre ajudava um pouco.</i>
U8	Jovem de 16 anos que teve de dormir na urgência referiu, depois de ter sido questionada em relação ao sono/conforto: <i>Dormi bem, consegui dormir, apenas acordei três vezes.</i> Acrescentando em relação à equipa <i>não fizeram barulho e não tive frio.</i>

APÊNDICE IX

Respostas dos pais/crianças

Questões	Respostas dos pais/Filhos
<i>Conseguiram descansar?</i>	<p>Pais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Pouco... (P₁)</i> - <i>Não consigo dormir... A ver se o meu marido me pode substituir (P₂)</i> - <i>Tenho de aguentar pelo meu filho (P₃)</i> - <i>Nos 3 primeiros dias o meu filho não conseguiu descansar depois até dormiu bem. Eu, foi horrível... (P₅)</i> - <i>..., mas pelos nossos filhos aguenta-se o que se tem de aguentar (P₆)</i> - <i>O menino esse sim descansou bem... (P₆)</i> - <i>Não descansei nada durante a noite. Só dormi das 4 às 6 horas (P₇)</i> - <i>Há várias noites que não durmo nada, mais umas noites (U₃)</i> - <i>Sim, até consegui descansar (U₄)</i> - <i>Não tudo bem, dormi bem (U₅)</i> - <i>Até consegui descansar (U₇)</i> <p>Filhos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>..., mas entraram dois bebés e não consegui dormir mais (U₂)</i> - <i>Dormi bem, não tive frio (U₆)</i> - <i>Dormi bem, consegui dormir, apenas acordei três vezes (U₈)</i>
<i>Como considera as condições do serviço para o seu descanso/sono e do(a) seu(a) filho(a)?</i>	<p>Pais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>...cada vez que me mexo o cadeirão faz tanto barulho que tenho medo de acordar a minha bebé, ainda bem que estou sozinha” (P₁)</i> - <i>Fui operada à coluna, há pouco tempo, não consigo dormir, nem mais uma noite naquele cadeirão (P₂)</i> - <i>Aqueles cadeirões são horríveis e fazem tanto barulho (P₄)</i> - <i>O ambiente à noite até é tranquilo... os cadeirões não são confortáveis fazem tanto barulho. Só quando ele estava profundamente a dormir é que eu me sentava para não o acordar (P₅)</i> - <i>As condições para os pais são péssimas;(cadeirões) Chiam e já estão muito usados e (a criança) estava confortável (P₆)</i> - <i>(a criança) ele levantava-se muito depressa e podia dar com a cabeça nas grades e magoar-se (P₇)</i>

	<p>- (cadeirões) é o que se tem. Vou tentar pelo menos pedir uma almofada e um lençol (U₁)</p> <p>- Eu é que não estou confortável neste cadeirão, se pudesse inclinar-se um pouco (U₃)</p> <p>- Não tudo bem (U₅)</p> <p>- ... parece que estes cadeirões são melhores que os do Serviço de Pediatria. Antes não ligava a isto, mas agora que ando com a minha filha nos hospitais infelizmente já começo a ver que vai ser uma realidade na minha vida. Podiam pelo menos oferecer um cobertor e uma almofada sempre ajudava um pouco (U₇)</p> <p>- Durante a noite a equipa até não fez barulho... (U₂) e (U₈)</p> <p>Filhos</p> <p>- ...ela (a mãe) não se queixou, mas não deve ser fácil dormir neste cadeirão (U₂)</p> <p>- A minha cama até é confortável (U₂)</p> <p>- Não tive frio (U₂) (U₆) e (U₈)</p>
<p><i>O que gostaria de poder mudar para melhorar o seu conforto e o do seu</i></p>	<p>- O que os pais precisavam mesmo era de uma casa de banho em cada quarto... (P₆)</p> <p>- Podiam pelo menos oferecer um cobertor e uma almofada... (U₁) e (U₇)</p>