



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Instituto Politécnico
de Castelo Branco

PROMOÇÃO DO SONO/REPOUSO DA CRIANÇA DURANTE O PRIMEIRO ANO DE VIDA: A IMPORTÂNCIA DO CONTROLO DO RUÍDO AMBIENTE

Olivia Macarro García

Orientação: Professor António Casa Nova

Professora Doutora Ana Lúcia Ramos

Mestrado em Associação em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem de saúde infantil e pediátrica

Relatório de Estágio

Évora, 2018



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

**PROMOÇÃO DO SONO/REPOUSO DA CRIANÇA,
DURANTE O PRIMEIRO ANO DE VIDA: A
IMPORTÂNCIA DO CONTROLO DO RUÍDO
AMBIENTE**

Olivia Macarro García

Orientação: Professor António Casa Nova

Professora Doutora Ana Lúcia Ramos

Mestrado em Associação em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Relatório de Estágio

Évora, 2018

*“El ruido hará al paciente mayor daño que el bien que puedan hacerle
todas las medicinas del mundo”*

(Florence Nightingale)

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer em primeiro lugar ao meu pai, pelo apoio incondicional e ao meu marido, pelas palavras de alento e as grandes doses de paciência e compreensão que mostrou sempre.

Tenho também um pensamento reconhecido para os Professores António Casa Nova e Ana Lúcia Ramos, que me ajudaram a vencer os desafios deste percurso.

Obrigada, igualmente às Enfermeiras orientadoras dos estágios e às colegas e amigas do trabalho por me acompanharem e guiarem durante este trajeto.

A todos, muito obrigada!

RESUMO

Promoção do sono/repouso da criança , durante o primeiro ano de vida: a importância do controlo do ruído ambiente.

Este relatório é o resultado do trabalho desenvolvido ao longo de todo o percurso académico do Mestrado em Enfermagem em Associação na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem na referida área científica.

Com a elaboração do presente relatório de estágio, onde está integrado o projeto desenvolvido, pretendemos fazer uma análise e reflexão sobre as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista assim como as competências de mestre em enfermagem na área de enfermagem de saúde infantil e pediátrica, desenvolvidas ao longo do Estágio I e do Estágio Final.

Ao longo da realização dos estágios I e final, tivemos a oportunidade de desenvolver um projeto, que integrou a linha de investigação “segurança e qualidade de vida”, e seguiu as etapas da metodologia de projeto. O problema por nós identificado, através da observação e mediante a utilização de um questionário, como instrumento de colheita de dados, incidiu na promoção do sono/repouso do lactente, destacando a importância do controlo do ruído ambiente na promoção do mesmo.

Deste modo, propusemo-nos a: sensibilizar os enfermeiros que prestam cuidados em pediatria e os pais/pessoas significativas dos lactentes relativamente a esta problemática, de modo a minimizar as consequências negativas que o ruído ambiente tem sobre o sono/repouso das crianças, elaborar uma norma de procedimento de enfermagem de modo a uniformizar os cuidados prestados às crianças/adolescentes no Serviço de Pediatria e na Unidade de Urgência Pediátrica de forma a controlar/reduzir os níveis de ruído ambiental, contribuindo deste modo para a promoção do sono/conforto das crianças no primeiro ano de vida.

A consecução dos objetivos delineados, permitiu-nos contribuir para a qualidade dos cuidados e a excelência no exercício da profissão, tendo por base uma prática baseada na evidência científica, integrando os conhecimentos teóricos e práticos adquiridos enquanto Mestres em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Palavras-chaves: sono/repouso; ruído ambiente; enfermagem de saúde infantil e pediátrica.

ABSTRACT

Promotion of sleep/rest of the child during the first year of life: the importation of environmental noise

This report is the result of the work done throughout the academic career of the Master's degree in nursing in association in the area of Childs Health and Pediatrics Specialization's to obtaining the Master's degree in nursing in that specific scientific area.

With the preparation of this report, where's integrated the intervention project developed, we want to do an analysis and reflection on the common and specific skills of the specialist nurse as well as the master skills in nursing in the area of nursing Childs Health and Pediatrics, developed along the internship I and final internship.

Throughout the implementation of the internship I and final, we had the opportunity to develop an intervention project, which integrated the research line "safety and quality of life", and followed the steps of design methodology. The problem we identified, through observation and through the use of a questionnaire, as a tool for data collection, focused on sleep/rest promotion of the infant, highlighting the importance of the control of environmental noise in the promotion of it.

Thus, we proposed to: raise awareness of nurses who provide care in Pediatrics, and parents/significant people of infants in relation to this issue, in order to minimize the negative consequences that the ambient noise has on sleep/rest of children; develop a

standard of nursing procedure in order to standardize the care provided to children/adolescents in the service of Pediatrics and Pediatric Emergency Unit to control/reduce environmental noise levels, contributing in this way to the promotion of sleep/comfort of the children in the first year of life.

The objectives outlined allowed us to contribute to the equality of care and excellence in the practice of the profession, on the basis of a praxis based on scientific evidence, integrating theoretical and practical knowledge acquired while Nursing Master Degree – Childs Health and Pediatrics.

Key-words: sleep/rest; environment noise; Childs Health and Pediatrics Nursing.

SIGLAS E ABREVIATURAS

AEP – Associação Espanhola de Pediatria

CE – Consultas Externas

C.H.S.– Centro Hospitalar de Setúbal

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Enf^{o/a} – Enfermeiro/a

E.P.E. – Entidade Pública Empresarial

ESIP – Enfermagem de saúde infantil e pediátrica

dB – decibéis

DGS – Direção Geral da Saúde

No-REM – Non Rapid Eye Movement

OMS – Organização Mundial da Saúde

Pág. – Página

PNSIJ – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

REM – Rapid Eye Movement

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

RN – recém-nascido

SPI – Serviço de Pediatria Internamento

SPP – Sociedade Portuguesa de Pediatria

SPSS – Statistical Package for Social Sciencies

UCEN – Unidade de Cuidados Especiais Neonatais

UICD – Unidade de Internamento de Curta Duração

UPP – Unidade de Urgência Pediátrica

ÍNDICE GENERAL

	Pág.
Introdução	14
1. Enquadramento Teórico	17
1.1 Sono: mais que um processo corporal	17
1.2 Conforto: cuidado promotor do sono	24
1.3 Ruído e saúde	26
2. Desenvolvimento do Projeto	29
2.1 Contextualização do Estágio I e Estágio Final	30
<i>2.1.1 Caracterização do Serviço de Consultas Externas de Pediatria</i>	31
<i>2.1.2 Caracterização do Serviço de Pediatria Internamento</i>	34
<i>2.1.3 Caracterização da Unidade de Urgência Pediátrica</i>	36
2.2 Diagnóstico da situação e identificação do problema	38
<i>2.2.1 Justificação do problema</i>	41
2.3 Objetivos do projeto	42
2.4 Planeamento do projeto	43
2.5 Execução e avaliação do Projeto	46
3. Reflexão crítica acerca das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de saúde infantil e pediátrica	51

3.1 Competências Comúns do Enfermeiro Especialista	52
3.2 Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de saúde infantil e pediátrica	63
4. Reflexão crítica acerca das competências do Mestre em Enfermagem - Enfermagem de saúde infantil e pediátrica	70
5. Conclusão	76
6. Referências Bibliográficas e Eletrónicas	79
7. Anexos	87
Anexo 1: Gráfica de percentiles referente à duração do sono em crianças/adolescentes	88
Anexo 2: Aprovação do PI – Universidade de Évora	90
Anexo 3: Aprovação do Gabinete de Investigação e Desenvolvimento do Hospital para realização do estudo	92
8. Apêndices	94
Apêndice 1: Questionário	95
Apêndice 2: Pedido de autorização ao Sr.º Enfermeiro Chefe do SIP e UUP	101
Apêndice 3: Pedido de autorização à Sr.ª Enfermeira Diretora	103
Apêndice 4: Análise dos dados obtidos nos questionários	105
Apêndice 5: Análises SWOT	112
Apêndice 6: Planeamento e cronograma	114

Apêndice 7: Plano de ação da formação e formação realizada no SIP	121
Apêndice 8: Plano de ação da formação e formação realizada na UUP	131
Apêndice 9: Assistência e avaliação da ação de formação no SIP e na UUP	138
Apêndice 10: Norma de procedimento	142
Apêndice 11: Folheto informativo sono do lactente	149
Apêndice 12: Folheto informativo cólicas no lactente	151
Apêndice 13: Folheto informativo hábitos de sono saudável na criança e no adolescente	153
Apêndice 14: Póster a importância do sono no lactente	155
Apêndice 15: Estudo de caso	157
Apêndice 16: Artigo “ Risco de desconforto acústico nos profissionais de enfermagem”	192

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico nº 1: Percentis referente à duração do sono em crianças/adolescentes	89
Gráfico nº 2: Tempo de experiência profissional	107
Gráfico nº 3: Resposta em relação à questão: realiza alguma medida para favorecer o sono/repouso das crianças menores de um ano de idade, internadas no hospital? .	107
Gráfico nº 4: Resposta em relação à questão: Pensa que o seu comportamento no serviço/unidade causa ruído?	108
Gráfico nº 5: Resposta em relação à questão: Pensa que o ruído causa efeitos negativos nas crianças, menores de um ano de idade, que estão internadas no serviço/unidade?	108
Gráfico nº 6: Descrição do ambiente no local de trabalho e execução de medidas para minimizar o ruído identificado	109
Gráfico nº 7: Identifique as principais causas de ruído	110
Gráfico nº 8: Resposta em relação à questão: Conhece a regulamentação existente em relação ao ruído ambiente hospitalar e quais pensa que são os níveis de ruído considerados seguros, delimitados pela OMS para as salas/quartos do hospital?	110
Gráfico nº 9: Assistência à ação de formação em serviço	140
Gráfico nº 10: Importância da temática abordada para a prestação de cuidados de qualidade	141
Gráfico nº 11: Impacto positivo na qualidade dos cuidados de enfermagem	141

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura nº 1: Análise SWOT	113
--	-----

INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio insere-se no âmbito da Unidade Curricular Relatório, pertencente ao Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, no ano letivo 2017/2018, sob a orientação da Professora Doutora Ana Lúcia Ramos e o Professor António Casa Nova.

O relatório tem como principal objetivo adquirir e desenvolver conhecimentos, aptidões e competências comuns e específicas de enfermagem especializada e de mestre em enfermagem que permitam transferir as aprendizagens, bem como o desenvolvimento e as conclusões do projeto no âmbito da enfermagem de saúde infantil e pediátrica para os contextos de cuidados e melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Buscando a excelência na prestação dos cuidados de saúde, procurámos dar resposta aos problemas de saúde da criança/jovem relacionados com a segurança e a qualidade de vida. Assim, delineámos o marco teórico que guiou o percurso de estágio, que tem como tema principal, a promoção do sono/repouso na criança durante o primeiro ano de vida: a importância do controlo do ruído ambiente.

A evidência científica e a literatura atual destacam a relevância que o sono de qualidade e os hábitos de sono saudáveis tem para a saúde e a qualidade de vida das crianças. A Ordem dos Enfermeiros, no ano 2010, publicou o volume I da Guia Orientadora de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (Ordem dos Enfermeiros, 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 (DGS, 2013), destinado a conseguir a igualdade de oportunidades de desenvolvimento para todas as crianças e jovens, independentemente dos contextos socioeconómicos e culturais das famílias/comunidades, 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.

Existem estudos e evidências científicas desde há mais de duas décadas que alertam sobre as repercussões negativas que o ruído tem sobre o sono/conforto das crianças. A magnitude do problema relativamente aos níveis elevados de ruído no ambiente hospitalar é tal, que a Organização Mundial da Saúde e a Academia Americana de Pediatria intervêm na matéria, estabelecendo e recomendando quais os níveis de ruído considerados seguros nos hospitais.

Deste modo, os objetivos delineados para este trabalho são:

- Descrever os conhecimentos e competências para a intervenção especializada no domínio da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica;
- Analisar, reflexivamente, os conhecimentos e competências para a intervenção especializada no domínio da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, evidenciando níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde;
- Promover a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, com recurso à investigação, a uma prática baseada na evidencia e aos referenciais éticos e deontológicos;

Estruturalmente o relatório encontra-se dividido em seis capítulos. Após a presente introdução, onde são contextualizados o trabalho o tema e os objetivos são definidos, segue-se o enquadramento teórico, onde são abordadas temáticas relacionadas com o sono/repouso e a sua importância na fase inicial da vida das crianças. A seguir, expomos 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, e por sua vez permite delinear estratégias de enfermagem diferenciadas a serem implementadas pelo Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediatria [EEESIP] como precursoras da segurança e da qualidade de vida. Para finalizar, abordamos o ruído e a repercussão que este tem na saúde das crianças, mais especificamente na promoção do sono e do conforto nos lactentes.

No segundo capítulo, expomos detalhadamente a metodologia utilizada para a realização deste trabalho, que corresponde à metodologia do projeto. Assim, este capítulo

encontra-se dividido em cinco partes ou secções que nos permitem clarificar de forma pormenorizada o conjunto de etapas, técnicas e procedimentos utilizados ao longo da realização do projeto. No subcapítulo correspondente ao diagnóstico da situação, explicamos e clarificamos como foi aferido o problema, objeto de estudo, e os instrumentos diagnósticos e de gestão utilizados. Seguidamente, após justificação da problemática detetada, passamos a traçar os objetivos. Definimos quatro objetivos específicos que, após a sua concretização nos permitirão alcançar o nosso objetivo geral: contribuir para a promoção do sono/repouso da criança no primeiro ano de idade. O quarto subcapítulo, corresponde ao planeamento, onde são abordadas as estratégias, atividades e intervenções propostas que nos permitiram atingir os objetivos marcados. O quinto subcapítulo corresponde à execução e avaliação do projeto.

O terceiro capítulo contempla a avaliação e reflexão pormenorizada acerca da aquisição e desenvolvimento das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediatria. Seguidamente, no capítulo quatro, analisamos as competências de Mestre em Enfermagem, na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica desenvolvidas ao longo de todo o percurso formativo.

Por fim, apresentamos o último capítulo, que corresponde às considerações finais, onde para além das conclusões e síntese dos aspetos significativos e os constrangimentos encontrados durante a realização do projeto, fazemos uma avaliação dos objetivos traçados, salientando o contributo profissional do relatório e trabalhos desenvolvidos, dando ênfase aos aspetos facilitadores da aprendizagem e delineando projetos futuros.

A elaboração deste trabalho cumpre as diretrizes do novo acordo ortográfico português e obedece à norma de referência American Psychological Association sexta edição [APA].

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A seguir, encontra-se exposta a contextualização deste trabalho, que indaga e aprofunda conhecimentos em vários âmbitos temáticos, e que devido à sua extensão será dividida em secções. Assim, ao longo deste capítulo, serão abordadas temáticas relacionadas com o sono/repouso e a sua importância na fase inicial da vida das crianças. É ainda apresentado o referencial teórico em que suportámos o trabalho, a Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba. Para finalizar, abordamos o ruído e as repercussões que este tem na saúde das crianças, mais especificamente na promoção do sono/descanso nos lactentes.

1.1 O sono: mais que um processo corporal

A palavra sono deriva do latim *somnu* que tem como significado “estado normal de repouso, caracterizado pela supressão de atividade perceptiva e da motricidade voluntária, com diversos graus de profundidade (...)” (Dicionário infopédia da Língua Portuguesa, 2018).

O International Council of Nurses, na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem [CIPE] (2016, p.85) define o sono como um processo corporal com “diminuição recorrente da atividade corporal evidenciada pela diminuição de consciência; não acordado acompanhado de; não consciente; diminuição do metabolismo; postura imóvel; atividade corporal diminuída; sensibilidade a estímulos externos”.

Para Watson, Ceriana, & Fanfulla (2012) o sono é uma função biológica primordial para o bem-estar físico e emocional da pessoa. Nesta linha de pensamento, a Ordem dos Enfermeiros (2010), no volume I da Guia Orientadora de Boa Prática em Enfermagem de saúde infantil e pediátrica, afirma que o sono é tão necessário e importante para o desenvolvimento cerebral, físico e emocional das crianças como a alimentação/nutrição, destacando a importância que tem o número de horas reais e efetivas de sono para o crescimento adequado da criança.

A Sociedade Portuguesa de Pediatria [SPP] (2017), reconhece que a vida não é possível na ausência de sono, pois considera o sono uma necessidade humana fundamental semelhante à necessidade de respirar. Defende que o sono vai mais além da ausência de vigília, considerando-o como um estado complexo que intervém em todas as funções corporais e que assegura e possibilita a recuperação física e psíquica do organismo. A SPP (2017) junto com Hockenberry & Wilson (2014) defendem que o sono é um estado de consciência multifacetado que ajuda a organizar todas as funções corporais. Além de garantir uma adequada recuperação física e psíquica, tem implicações diretas nos mecanismos reguladores do corpo humano, assim como no sistema imunitário, pelo que um sono adequado irá interferir e contribuir de forma direta no desenvolvimento físico e psicomotor da criança.

De igual modo, a Associação Espanhola de Pediatria [AEP] (2015), destaca que o ser humano investe, em média, um terço da sua vida a dormir. Reconhece ainda que o sono é uma atividade importante para o homem porque ajuda a recuperar o equilíbrio físico e psicológico para além de favorecer os processos de atenção, memória e aprendizagem, frisando o papel que desempenha o sono no desenvolvimento e bem-estar das crianças.

O sono também é entendido como uma necessidade humana básica que tem repercussão na recuperação da doença. Deste modo, as pessoas hospitalizadas tornam-se mais vulneráveis a sofrer alterações no padrão do sono, como resultado da doença em particular e devido ao ambiente hospitalar. Os cuidados de saúde prestados durante o internamento deverão ter em conta esta premissa, facilitando períodos de sono/repouso (Oliveira & Ferreira, 2013).

O corpo humano possui um relógio biológico responsável pelos ritmos circadianos, regulando de forma contínua os processos fisiológicos e psicológicos do organismo, pelo que podem ser sujeitos a fatores externos, tanto ecológicos e ambientais como sociológicos, facilitando deste modo a adaptação do indivíduo às alterações do meio que o rodeia (Mendes, 2008).

Para Hunter (2008), o sono não só é responsável pela regulação dos processos imunológicos, reparadores e funcionais do corpo humano, como também é essencial a nível psicológico, pois intervém na regulação da função cognitiva, da memória e da esperança de vida.

De acordo com Soares (2010, p.13), “o sono resulta da ação conjugada de muitos neurotransmissores e é acertada pelo relógio biológico central, que ajusta tudo ao ritmo circadiano, controlado por núcleos supraquiasmáticos do hipotálamo”.

Segundo Paiva (2015) o sono é um processo partilhado por distintas espécies do reino animal e é fundamental, dinâmico e imprescindível para a sobrevivência. É considerado uma atividade cerebral cíclica, caracterizada por uma alteração do estado de consciência e alterações das funções autónomas, com diminuição das respostas corporais perante estímulos ambientais (Gomes, Quinhones & Engelhardt, 2010).

Como podemos perceber, existem diversas definições sobre o sono. O conceito do mesmo tem vindo a evoluir no tempo, conforme a cultura e o desenvolvimento da sociedade. Existe também uma preocupação, cada vez maior, sobre a importância que tem para a saúde um sono de qualidade. Não obstante, para compreender as repercussões que este tem na qualidade de vida e no bem-estar das pessoas, estejam estas doentes ou não, temos de estudar e conhecer as características do sono.

Concordamos com Mendes, (2008) quando diz que é fulcral conhecer as características do sono da criança e a sua maturidade, pois são fatores importantes para evitar que os fenómenos fisiológicos, relacionados com o sono/conforto que têm lugar na infância, sejam percebidos como acontecimentos patológicos.

O sono é um processo vital que acompanha o ser humano durante todas as etapas da vida, sofrendo alterações no seu padrão, ao longo da mesma. A duração/tempo do sono para ser considerado eficiente é individual, isto é, diferente de pessoa para pessoa, dependendo do ritmo interno ou relógio biológico de cada um. As horas de sono diárias necessárias para um adequado desenvolvimento variam de pessoa para pessoa. A duração diária de sono diminui progressivamente ao longo do crescimento (SPP, 2017)

Uma boa qualidade de sono repercutir-se-á positivamente na capacidade de adaptação da pessoa às circunstâncias adversas. Considera-se assim, que o sono é primordial para o correto crescimento e desenvolvimento das funções do corpo humano, principalmente as relacionadas com o equilíbrio interno (Paiva, 2015).

Para Brazelton & Sparrow (2009), o sono não só tem uma função protetora e reparadora do corpo humano, como também interfere na qualidade de vida da família que, por vezes, pode ser afetada pelos problemas de sono das crianças, aumentando deste modo, os riscos de saúde nessa família.

A etapa do indivíduo onde o sono sofre as alterações mais importantes é a infância, principalmente durante o primeiro ano de vida da criança, 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 & Sparrow (2009), o padrão de sono da criança torna-se semelhante ao padrão de sono do adulto, por volta dos três anos de idade.

O grupo de peritos da National Sleep Foundation, publicou em 2015, um artigo com as recomendações mais recentes sobre a duração do sono segundo as distintas fases etárias. De acordo com as recomendações emergidas deste grupo de trabalho, os lactentes entre os 0 e os 3 meses de vida, deverão dormir entre 14 a 17 horas diárias, salientando que durante os primeiros dias de vida também pode considerar-se adequado quando a duração ultrapassa as 18 horas. Para as crianças com idades compreendidas entre os 4 meses e o ano de idade, as horas de sono variam entre 12 e 15 horas diárias (Hirshkowitz, et al., 2015).

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, propondo que as horas de sono diárias, para as crianças com idades compreendidas entre os 4 e os 12 meses devem ser entre 12 e 16 horas. O número total de horas de sono diárias, nos primeiros três/quatro meses de vida da criança, não foi analisado no documento elaborado pela SPP (2017) pois, segundo os

seus autores, nesta faixa etária existe uma grande variação dos padrões normais de sono e o número de horas de sono diárias é muito dispar, para além de não existir suficiente evidência científica sobre as consequências na saúde.

De modo geral, podemos dizer que o sono diminui de 16-17 horas diárias nos recém-nascidos [RN] até 8 ou 9 horas por dia nos adolescentes, conforme se mostra no gráfico em anexo (ANEXO 1) extraído do «Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos del Sueño en la Infancia y Adolescencia en Atención Primaria» do Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011, p.41), que relaciona o desenvolvimento e a maturação cerebral das crianças nas distintas etapas da vida, sem esquecer que existe uma ampla variabilidade entre crianças (Hockenberry & Wilson, 2014).

Comparativamente à relação entre o sono e a saúde, a evidência científica atual mostra uma associação entre a obesidade e as alterações do crescimento nos lactentes, com a curta duração do sono. Estes dados vão ao encontro dos resultados obtidos em estudos semelhantes numa população adulta, onde se relaciona a curta duração do sono com um aumento significativo da mortalidade, diabetes mellitus, doença cardiovascular e obesidade (Jike, Itani, Watanabe, Buysse, & Kaneita, 2017). Embora não existam estudos que relacionem os riscos que tem para a saúde dos lactentes, as horas de sono prolongadas, acredita-se que dormir mais horas do que o recomendado poderia limitar a interação da criança com o ambiente e, deste modo, diminuir o desenvolvimento cognitivo e emocional do bebé (Hirshkowitz, et al., 2015).

Entre as alterações que podem surgir relativamente ao sono, destacam-se aquelas relacionadas com a quantidade e/ou duração do mesmo (hipo ou hiperisomnias), a qualidade e organização das fases (disonias), as alterações relacionadas com os ciclos respeitante ao estado de alerta (alterações no padrão sono/vigília) e por fim, os acontecimentos de fenómenos anómalos durante o sono (parasonias) (Hockenberry & Wilson, 2014; Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011). Na criança, estas alterações no sono podem ter consequências ao nível do comportamento, das aprendizagens e do desenvolvimento, ocasionando hiperatividade, depressão, défice da atenção e déficit cognitivo (Mendes, Fernandes e Garcia, 2004).

A descoberta do eletroencefalograma em 1929 permitiu que, no ano 1937, Loomis identificasse e determinasse a primeira classificação das fases do sono em estádios A, B, C, D e E. Atualmente, para identificar corretamente as fases do sono, realiza-se o registo standardizado e simultâneo de distintos sinais biológicos durante os estados de sono e vigília. Este exame, designado de polissonografia, consiste num registo simultâneo das ondas cerebrais mediante um eletroencefalograma, a avaliação do tónus muscular com o eletromiograma e a identificação de movimentos oculares com o eletro-oculograma (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011).

Sabemos que existem dois tipos ou fases de sono. Por um lado, existe o sono conhecido como Rapid Eye Movement [REM] ou sono paradoxal. Por outro lado, existe o Non Rapid Eye Movement [No-REM] conhecido também como sono de ondas lentas. Estas fases ou ciclos do sono repetem-se várias vezes ao longo da noite (Soares, 2010). Por sua vez, Brazelton (2004), identificou nas crianças seis etapas do sono ou estádios de consciência, que se expõe a seguir: sono profundo, sono leve, estado de sonolência ou estado intermédio (os estímulos externos tendem a acordar mais facilmente o bebé), acordado/alerta (em estado de alerta), acordado com atividade (em estado de alerta com atividade) e choro. Os quatro primeiros estádios de consciência encontram-se relacionados com a fase N-REM e os dois últimos com a fase REM.

O sono N-REM está relacionado com a recuperação dos tecidos e é essencial para a aprendizagem e a criação da memória a longo prazo. É neste período que a hormona do crescimento é libertada. A fase REM é imprescindível para o desenvolvimento sensorial, a organização e a maturação cerebral (Soares, 2010).

Como foi descrito anteriormente, as alterações mais importantes no sono acontecem durante o primeiro ano de vida. Neste período, os sistemas endógenos de regulação do sono ainda são imaturos. Nas crianças até aos 3 meses de idade, o sono começa na fase REM, sendo que o RN não segue um padrão de sono concreto. Durante este sono, o RN apresenta uma frequência e um ritmo cardíaco irregular, movimentos oculares rápidos, atonia axial, contrações musculares que podem estar acompanhadas de caretas faciais e/ou movimentos de sucção (Jurado & Segarra, 2016; Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011). O lactente tem períodos de atividade alternados

com períodos de sono, distribuídos de modo aleatório, em intervalos de duas ou três horas de duração. O fator externo mais importante encarregue de modular o sono nesta fase é o padrão da alimentação. É importante salientar que os lactentes, alimentados com aleitamento natural exclusivo, habitualmente dormem por períodos mais curtos e acordam com mais frequência durante a noite. Contudo, ao longo do primeiro ano de vida, a duração do sono noturno aumenta em detrimento do sono diurno (Jurado & Segarra, 2016).

A evidência científica mostra o ambiente sonoro como um dos fatores mais perturbadores para a manutenção do ritmo do sono, tendo repercussões ao nível do sistema nervoso central e da saúde mental (Als et al., 2004; Peixoto, Kakehashi & Pinheiro, 2011). A OMS (2011) reconhece que as perturbações do sono provocadas pelo ruído excessivo no ambiente são a problemática que mais se tem verificado na população a nível mundial nos últimos tempos.

A Direção Geral da Saúde [DGS] (2013, p.7), no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil [PNSIJ], salienta a importância da “(...) valorização dos cuidados antecipatórios como fator de promoção da saúde e de prevenção da doença” empoderando os pais/pessoa significativa para o exercício adequado do seu papel parental. Dentro dos cuidados antecipatórios, encontramos a promoção de hábitos de sono saudáveis conforme a fase etária da criança.

Assim, para a promoção de hábitos de sono saudáveis no lactente, a DGS (2013) recomenda que os pais ou cuidadores principais ajudem a criança a estabelecer os ciclos dia/noite, criem um ritual à hora de dormir que favoreça a autorregulação da criança e, ao mesmo tempo, permitam que a criança utilize um objeto de segurança/apego. Alerta também, para a prevenção das intercorrências/problemas relacionadas com o sono que podem surgir nesta idade, como as cólicas¹ e a síndrome de morte súbita do lactente².

¹ Entendida como dor abdominal paroxística, caracterizam-se por dor ou câibra abdominal manifestada por irritabilidade e/ou choro excessivo e súbito, acompanhada pela flexão das pernas sob o abdómen. Manifestam-se normalmente entre as duas semanas e os quatro meses de vida do lactente, no entanto podem surgir mais precocemente e/ou perdurarem muito mais tempo para além deste período (Clínica Universitaria de Navarra, 2015).

² É a morte repentina e inesperada de uma criança aparentemente saudável durante o primeiro ano de vida (American Academy of Pediatrics, 2016).

1.2 Conforto: cuidado promotor do sono

A palavra conforto, deriva do latim *confortare* e significa “bem-estar, ato ou efeito de confortar, comodidade, auxílio e consolo na aflição”. (Dicionário infopédia da Língua Portuguesa, 2018a). O conforto é definido na CIPE (2016, p.47) como “sensação de tranquilidade física e bem-estar corporal”.

A palavra conforto é um termo que pode ter muitos significados, consoante o contexto social e cultural em que a pessoa se insere (Ponte & Silva, 2015). O conforto, é um conceito que se relaciona com os cuidados de enfermagem. Inexoravelmente, falar de conforto em enfermagem é falar de Katherine Kolcaba e da sua teoria do conforto e vice-versa. Em enfermagem, as teorias orientam para a tomada de decisões e são o pilar dos pensamentos crítico e científico, do ensino e da prática dentro da profissão (Allgood & Tomey, 2014).

A Teoria do Conforto, que surgiu na década dos anos noventa, descreve e aborda o conforto como o resultado holístico dos cuidados de saúde (Kolcaba, 1994). Segundo esta teoria as medidas de conforto a efetuar serão todas as intervenções de enfermagem realizadas para que a pessoa alcance o conforto mediante a satisfação das necessidades de alívio (necessidade específica da pessoa), de tranquilidade (sensação de calma e bem-estar sentido pela pessoa) e de transcendência (estado no qual a pessoa sente que superou os problemas e que tem capacidade para superar as dificuldades). Estes três tipos de conforto (alívio, tranquilidade e transcendência) são satisfeitos tendo em atenção os quatro contextos de experiência: física, psicoespiritual, sociocultural e ambiental (Allgood & Tomey, 2014).

Para Kolcaba (1991;1992), o conforto é o resultado da assistência de enfermagem prestada à pessoa onde as necessidades básicas de conforto estão satisfeitas, de modo a alcançar o estado de alívio, tranquilidade e transcendência.

Assim, a Teoria do Conforto da Kolcaba proporciona-nos o referencial teórico que dá suporte à nossa temática e nos permitirá, como EEESIP, traçar e implementar

atividades de enfermagem promotoras da segurança e da qualidade de vida nas crianças mediante a promoção do sono/conforto no lactente.

A DGS (2013a), através da orientação nº 021/2013, aborda o conforto nas unidades hospitalares. Por meio desta orientação, elabora um conjunto de propostas e recomendações para as unidades de saúde com a finalidade de melhorar a qualidade dos serviços públicos e da prestação dos cuidados de qualidade e eficiência. Assim, a DGS propõe que para avaliar o conforto deverá ter-se em conta as seguintes dimensões: ambiental, conforto e qualidade, funcional e atenção aos doentes. Mais especificamente, salienta que, para que as pessoas se sintam confortáveis, estas deverão perceber o conforto através de todos os sentidos destacando, por exemplo, dentro do sentido da audição, o som ambiente e o nível de ruído hospitalar.

Tendo em conta tudo o que foi referido anteriormente, entendemos que o conforto é um fator promotor de um sono tranquilo e reparador. Deste modo, a criança, principalmente quando se encontra em situação de doença, necessita sentir conforto, pois durante o período de internamento vê-se submetida a uma diversidade de estímulos que poderão constituir-se como prejudiciais ao seu desenvolvimento. Da diversidade desses estímulos prejudiciais podemos destacar: procedimentos invasivos e dolorosos, níveis de ruído ambiental elevados, luminosidade excessiva, temperatura da sala/quarto inadequada, frequente número de manipulações, entre outros, que poderão interferir direta e negativamente com os ciclos do sono da criança e, provavelmente, com a sua saúde.

Acrescentando ao que já foi mencionado, pensamos que o sono adequado e o conforto são importantes tanto para as crianças saudáveis como para as que se encontram em situação de doença, seja esta aguda ou crónica. Isto acontece quer pelos mecanismos fisiológicos inerentes ao sono e ao conforto, quer pelo papel que o sono desempenha para o correto funcionamento do sistema imunológico, e que o tornam uma atividade essencial para desenvolvimento saudável da criança.

Consideramos ainda que o EEESIP, no exercício das suas competências, desempenha um papel fulcral para a manutenção do sono e conforto dos lactentes, tanto

no ambiente hospitalar, como na promoção de hábitos de sono/conforto saudáveis na comunidade.

1.3 Ruído e saúde

A palavra ruído provém do latim *rugitu* e tem por significado “rugido; ruído; som inarmónico produzido por corpo que cai ou estala; estrondo; bulício” (Dicionário infopédia da Língua Portuguesa, 2018b).

O ruído é definido pela Agência Portuguesa do Ambiente (2017) como um som desagradável ou indesejável, considerando-o um dos fatores mais perturbadores para a manutenção do ritmo do sono, tendo repercussões negativas ao nível do sistema nervoso central e da saúde mental.

Chambel, no ano 2006, referenciado por Oliveira, Figueiredo & Batista, (2013) define o ruído como um conjunto de sons desagradáveis, nocivos e/ou indesejáveis que perturbam o ambiente.

Não é uma novidade que o ruído é um dos principais fatores causadores da degradação da qualidade de vida dos seres humanos. Desde meados do século XIX, Florence Nightingale, com a sua teoria ambientalista, destacou o meio ambiente como fator principal que afeta a vida e o desenvolvimento de um ser vivo. Florence Nightingale abordou esta questão alertando os enfermeiros sobre a importância do controlo meticuloso do ambiente que envolve o doente, no que diz respeito ao: controlo da luz, do ruído, da temperatura e da ventilação, para favorecer o processo de saúde do doente, pois considerava que, expor o doente a ruído desnecessário constituía uma forma de desumanização dos cuidados de enfermagem (Medeiros, Enders & Lira, 2015).

Por outro lado, há mais de duas décadas que a Organização Mundial da Saúde [OMS] (1990), reconhece que o ruído é uma ameaça para a saúde das pessoas e que, em ambientes específicos como os hospitais, tem repercussões negativas em distintas esferas, ocasionando transtornos do sono, desconforto e interferências na comunicação oral.

Posteriormente, no ano 2009, esta mesma organização recomenda que os decibéis [dB] atingidos no quarto/sala do doente nunca devam ultrapassar os 40 dB.

O ruído é contemplado como um som desagradável que pode ser prejudicial para o ser humano. Pode ser medido em amplitude, sendo o dB a unidade de medida utilizada, caracterizada por uma razão logarítmica entre a pressão sonora verificada e o valor de referência. (Martínez, Hernández & González, 2011).

É importante salientar que o feto, no útero materno, é capaz de perceber sons atenuados entre os 20 e os 50 dB. A partir das 20 semanas de idade gestacional, o feto tem totalmente formado o sentido da audição. Na semana 24 de gestação, os ruídos podem afetar a conduta do mesmo e, a partir da semana 35, o feto tem capacidade para responder seletivamente a sons e reconhecer a voz materna (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2010).

É igualmente importante ter em conta que as crianças, principalmente os RN pré-termo, têm a capacidade de adaptação/tolerância diminuída para enfrentar o stresse que ocasiona o ruído excessivo existente nos hospitais, pelo que os níveis médios recomendados de ruído nas unidades de cuidados neonatais, não deveriam ultrapassar 45dB durante o período diurno e 35dB no período noturno, com um máximo de 65 a 70dB de forma transitória (OMS, 2009; American Academy of Pediatrics [AAP], 1997).

Como foi anteriormente mencionado, o ambiente sonoro é considerado um dos fatores mais perturbadores para a manutenção do ritmo do sono nos RN, tendo repercussões tanto ao nível do sistema nervoso central como da saúde mental (Als et al., 2004). A exposição do RN/lactente a altos níveis de ruído pode desencadear irritabilidade, agitação, choro e distúrbios no padrão de sono. Quanto menor for a idade gestacional maior é o comprometimento do RN devido à sua imaturidade (Peixoto et al., 2011). Entre os efeitos fisiológicos do ruído no RN destacam-se as alterações na frequência cardíaca, a diminuição do nível de saturação de oxigénio, a apneia, o aumento da tensão arterial, os possíveis efeitos neuro-endócrinos e alterações no sistema imunitário (Als et al., 2004).

Para além dos efeitos nocivos do ruído excessivo no RN, este também tem efeitos negativos nos profissionais de saúde, dificultando a atividade profissional e aumentando o risco de erro (Oliveira et al., 2013), que poderá interferir de forma direta e negativa com a segurança do doente.

As manifestações nos profissionais podem passar pela diminuição da audição, cefaleias, stresse, irritabilidade, fadiga, distração e impacto no rendimento de trabalho (Andrade, Oliveira & Matos, 2016; Costa, Lacerda, & Marques, 2013).; Watson et al., 2015). Estes sinais e sintomas podem manifestar-se durante as horas de trabalho e podem mesmo perdurar após a saída do local de trabalho. Um exemplo comum desta situação é o fato dos profissionais da saúde conseguirem ouvir um determinado som inclusive depois de terminar a exposição ao mesmo (Silva et al., 2012). Nesta âmbito, a DGS publicou em 2010, o Manual de Gestão do Risco Profissional Orientação Técnica Nº 1, onde destaca os enfermeiros, de entre os profissionais da saúde, como sendo o principal grupo de profissionais que se encontram potencialmente expostos a sofrer doenças e/ou sintomas físicos tais como desconforto, dificuldades na comunicação e alterações na atenção, devido à exposição ao ruído.

Relativamente ao ruído ambiental nos hospitais, mais especificamente nas Unidades/Serviços de Pediatria, cada vez mais, é uma questão que requer atenção e empenho por parte de todas as instituições e os profissionais de saúde. Desta forma, pretende-se que o ruído seja controlado e assim seja possível reduzir o impacto negativo que o ruído excessivo tem sobre a saúde e a qualidade de vida dos lactentes. É importante mencionar que muitas fontes de ruído podem ser apaziguadas, ou mesmo aniquiladas, com a colaboração de toda a equipa multidisciplinar e respetivos pais/pessoa significativa do lactente internado. Outras fontes de ruído estão inerentes às condições físicas e arquitetónicas das Unidades/Serviços, necessitando de propostas especiais de melhoria (Oliveira et al., 2013).

Tendo em conta as conclusões obtidas em vários estudos nacionais e internacionais (Oliveira, L. & Ferreira, R., 2014; Chora, M.A. & Azougado, C, 2015; Orsi et al., 2015; Santos et al., 2015), e as recomendações de organizações/instituições oficiais acima mencionadas, que evidenciam/destacam o ruído como um dos principais fatores

perturbadores do sono e conforto das crianças, podemos afirmar que o ruído excessivo e prolongado existente no ambiente hospitalar constitui um problema, devido às repercussões negativas que poderá apresentar para o desenvolvimento adequado das crianças/família.

2. DESENVOLVIMENTO DO PROJETO

Etimologicamente a palavra projeto deriva do latim: *projectum*, que significa lançado, plano para a realização de um ato, esboço, representação gráfica e escrita acompanhada de um orçamento que torne viável a realização de uma obra (Dicionário infopédia da Língua Portuguesa, 2018c).

Ferrito, Ruivo & Nunes (2010, p.4) definem projeto como “(...) um plano de trabalho que se organiza fundamentalmente para resolver/estudar um problema e que preocupa os intervenientes que o irão realizar”. O trabalho de projeto entende-se como um processo dinâmico baseado na investigação e tentativa de intervenção com vista à resolução do problema. Existe assim uma relação entre a investigação e a ação (Leite, Malpique & Santos, 2001).

Se temos em conta que a metodologia nos ajuda a analisar e descrever o conjunto de técnicas utilizadas por um determinado ramo do saber para produzir conhecimento científico, (Coutinho, 2014), podemos dizer que a metodologia de projeto é um conjunto de técnicas e procedimentos que permite ver, orientar e preparar o caminho dos intervenientes ao longo da realização do projeto (Leite et al., 2001). A metodologia de projeto encontra-se dividida em cinco fases: diagnóstico de situação (identificação do problema); definição de objetivos; planeamento (estratégias, actividades e intervenções a realizar) execução e avaliação (levar à prática e avaliar o que foi planeado) e divulgação dos resultados obtidos (elaboração dos resultados). (Ferrito, et al., 2010).

O objetivo fundamental da metodologia de projeto é resolver os problemas detetados que nos conduzem à aquisição de capacidades e competências através da

elaboração e concretização de projetos num ambiente real (Ferrito, et al., 2010). Por conseguinte, o projeto permite o desenvolvimento de boas práticas no contexto do trabalho, através da aquisição/mobilização de aprendizagem e da aquisição de competências específicas do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediatria, tal como: “Assistir a criança/ jovem com a família, na maximização da sua saúde” e “Prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem” (Ordem dos Enfermeiros, 2010a).

A metodologia por nós utilizada na elaboração deste trabalho tem por base a metodologia de projeto. Para uma análise exaustiva da situação, com o intuito de perceber melhor o contexto onde foi diagnosticado e levantado o problema, considerámos pertinente fazer a caracterização dos distintos serviços/unidades onde decorreram os Estágios I e Estágio Final.

2.1 Contextualização do Estágio I e Estágio Final

O Estágio I, decorreu no serviço de Consultas Externas [CE] de Pediatria de um Centro Hospitalar da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. O contacto com este local teve lugar entre os dias 1 de maio de 2017 a 16 de junho do mesmo ano. O facto de trabalharmos na Unidade de Cuidados Especiais Neonatais [UCEN] do mesmo hospital, propiciou a escolha deste local de estágio, pois possibilitava-nos o reencontro com os RN/crianças/famílias que tinham sido referenciadas da UCEN para as Consultas de Neonatologia na CE de Pediatria e assim dar continuidade aos cuidados de enfermagem, desta vez, cuidados de enfermagem especializados.

O Estágio Final, decorreu desde o dia 18 de setembro de 2017 até o dia 29 de outubro do mesmo ano, no Serviço de Pediatria - Internamento, e desde o dia 30 de outubro de 2017 até o 27 de janeiro de 2018, na Unidade de Urgência Pediátrica, sendo a carga horária semanal, em ambos locais de estágio, de 21 horas. Uma vez mais, a escolha destes dois locais de estágio deveu-se ao facto dos mesmos se articularem com a UCEN (local onde exercemos funções) e com as Consultas Externas de Pediatria, dando continuidade ao percurso iniciado no estágio I.

Pensamos que, desta forma, tivemos a oportunidade de compreender a articulação entre os distintos serviços onde se assiste a criança/jovem/família, facilitando a continuidade dos cuidados de enfermagem especializados à criança, e ao mesmo tempo, permitiu-nos prestar cuidados específicos ao longo do ciclo de vida e de desenvolvimento destas crianças e jovens junto das suas famílias.

2.1.1 Caracterização do Serviço de Consultas Externas de Pediatria

O Serviço de CE do hospital tem como missão garantir a melhor organização e qualidade na prestação de cuidados de saúde diferenciados ambulatoriais, correspondentes à diferenciação técnica das especialidades médicas que trabalham neste sector.

É um serviço com funcionamento autónomo, isto é, não está integrado em Departamentos. Localiza-se no 1º piso do edifício novo do hospital. É constituído por diversas áreas distribuídas pelas especialidades cirúrgicas e médicas, entre as quais se encontram as Consultas de Pediatria. A equipa multidisciplinar que integra as CE de Pediatria é constituída por: assistentes operacionais, uma enfermeira de cuidados gerais e uma enfermeira especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica EEESIP e um quadro médico formado por pediatras, neonatologistas e cirurgiões pediátricos, de forma a garantir a prestação de cuidados integrados, diferenciados e de qualidade a todas as crianças/jovens e família referenciadas às CE.

Os enfermeiros intervêm nas seguintes consultas programadas, realizadas dentro das CE de Pediatria: consulta de enfermagem de saúde infantil, de desenvolvimento, de neonatologia, de nefrologia pediátrica, de cirurgia pediátrica, de doenças respiratórias e consulta de diabetes. Sendo que, durante o horário de trabalho e sempre que a criança/família assim o solicite, o EEESIP encontra-se disponível para esclarecer e resolver as dúvidas e problemas que possam ter os pais e as próprias crianças com diabetes.

Os objetivos delineados para este local de estágio foram:

- Desenvolver conhecimento e competências científicas, técnicas e humanas na abordagem da criança/jovem e família ao longo do seu ciclo de vida, numa perspetiva de prestação de cuidados em resposta ao processo de crescimento e desenvolvimento e à maximização da sua saúde;
- Desenvolver conhecimento, capacidade e habilidade relacionados com a temática da segurança e qualidade de vida da criança/ jovem e família, promoção do sono e repouso e controlo ambiental;
- Capacitar os pais/prestadores de cuidados para os benefícios do sono e repouso no desenvolvimento das crianças durante o primeiro ano de vida.

Dentro do Estágio I, no serviço das CE de Pediatria, realizámos as seguintes atividades/intervenções que nos ajudaram a atingir os objetivos por nós traçados:

- Assegurámos padrões de elevada qualidade na prestação de cuidados, tendo em conta a qualidade, o rigor, os princípios éticos e deontológicos da profissão e a humanização dos cuidados de saúde;
- Colaborámos na orientação e coordenação da equipa de enfermagem na prestação de cuidados gerais e prestámos cuidados de maior complexidade no âmbito das nossas competências;
- Realizámos o acolhimento à criança/família, através da avaliação inicial e do seguimento/continuação da colheita de dados, identificando fatores de riscos e hábitos/estilos de vida nocivos, que possam interferir negativamente no desenvolvimento e bem-estar da criança/jovem, permitindo a intervenção sobre estes de modo a modificá-los;
- Realizámos sessões de educação para a saúde, nomeadamente na promoção de hábitos de sono saudáveis nas crianças e adolescentes. Assim foi possível detetar e corrigir possíveis hábitos prejudiciais, esclarecendo dúvidas, promovendo a prevenção da doença, a manutenção da saúde, a defesa e promoção do bem-estar e qualidade de vida;
- Reavaliação de situações específicas, tais como: peso, glicemia capilar, pressão arterial, entre outras, registando as avaliações/intervenções realizadas no boletim individual de saúde infantil e juvenil.

Como futuros EEESIP tivemos a oportunidade de contactar com a criança/jovem e família, assistindo-os durante todo o processo de saúde, para conseguir a independência e o bem-estar do binómio criança/família. Prestámos, em parceria com a família, cuidados diferenciados conforme o desenvolvimento e as necessidades identificadas, mobilizando os recursos materiais e humanos disponíveis na Instituição e na comunidade. Sensibilizámos aos pais/pessoas significativas e as crianças/jovens, sempre que pertinente, para comportamentos promotores de saúde, nomeadamente na promoção do sono/repouso do lactente, de forma a potenciar o bem-estar, a saúde e o desenvolvimento da criança/jovem e adolescente.

Durante este estágio, vivenciámos várias situações que nos impressionaram. Uma delas foi uma criança, referenciada desde a UUP para a CE - Consulta de doenças respiratórias. Depois da avaliação inicial realizada à criança/família, descobrimos que a adesão ao tratamento estava comprometida devido à falta de recursos económicos (para adquirir a câmara expansora necessária para administrar a medicação de forma adequada) e à falta de conhecimento para a administração da medicação (a criança ficava a maior parte do tempo ao cuidado da avó materna enquanto a mãe estava a trabalhar). Estas situações repetem-se com alguma frequência nas CE. É por isso que dispomos de um stock de material e alguns medicamentos, que podemos ceder às famílias que estão em circunstâncias desfavorecidas. Assim, fornecemos a câmara expansora à mãe, explicámos pormenorizadamente como e quando devia administrar a medicação (conforme prescrição) e como funcionava a câmara expansora. Também explicámos à mãe, a importância de a avó aprender a manusear a câmara expansora e a administrar a medicação de forma correta e segura. Assim, marcámos uma consulta de enfermagem para o dia seguinte, para reavaliar a situação e explicar, desta vez à avó, como administrar a medicação inalatória pela câmara expansora. Depois de ter realizado estas sessões de educação para a saúde, tanto a mãe como a avó, ambas conseguiram administrar a medicação de forma correta, melhorando assim a saúde e a qualidade de vida desta criança e da sua família.

2.1.2 Caracterização do Serviço de Pediatria Internamento

O SPI tem como missão a promoção da saúde de todas as crianças, prestando cuidados especializados com respeito pelas suas particularidades ao mesmo tempo que procura estimular o desenvolvimento de todos os seus profissionais. Os recursos humanos do SPI, são formados por uma equipa multidisciplinar constituída por: assistentes operacionais, assistente social, educadoras de infância, dezassete enfermeiros (dos quais cinco são EEESIP), pediatras, psicóloga e secretária de piso.

O serviço, que admite crianças entre os 28 dias de vida até os 18 anos de idade, engloba três áreas bem diferenciadas: pediatria médica, pediatria cirúrgica e o hospital de dia. Este último, localiza-se no primeiro quarto do SPI e é constituído por uma sala de tratamentos e uma sala de arrumos. O hospital de dia dispõe de um regulamento interno próprio dentro do SPI. Nele prestam-se cuidados de forma personalizada à criança/jovem/família desde o momento da admissão até o dia da alta, com vista a minimizar o recurso ao internamento prolongado, permitindo que as crianças estejam integradas no seu meio socio-familiar durante o seu processo de restabelecimento da saúde e bem-estar.

O regulamento interno do SPI, de acordo com a Lei n.º 15/2014 de 21 de março³ e conforme os Direitos da Criança⁴ (UNICEF, 1989), defende uma política de acompanhamento e visitas que permite à criança/jovem estar permanentemente acompanhada por um progenitor ou pessoa significativa. Permite também a visita de outros familiares e amigos, em determinados momentos do dia.

Os objetivos marcados para este estágio foram:

³ O número 1 artigo 19.º contempla que “a criança com idade até aos 18 anos internada em estabelecimento de saúde tem direito ao acompanhamento permanente do pai e da mãe ou de pessoa que os substitua”. O Artigo 21.º desta lei prevê mesmo no seu número 1 que “o acompanhamento familiar permanente é exercido no período do dia ou da noite, com respeito pelas instruções e regras técnicas relativas aos cuidados de saúde aplicáveis e pelas demais normas estabelecidas no respetivo regulamento hospitalar”.

⁴ O artigo 9º, menciona que a criança não pode ser separada dos pais se não for essa a sua vontade.

- Desenvolver, mobilizar e integrar as competências científicas, técnicas e humanas para o planeamento, execução e gestão de cuidados de enfermagem especializados à criança/jovem e família em situações de especial complexidade;
- Desenvolver conhecimento, capacidade e habilidade relacionados com a temática da segurança e qualidade de vida da criança/jovem e família, promoção do sono e repouso e controlo ambiental;
- Elaborar uma norma de procedimento que permita desenvolver boas práticas de cuidados de enfermagem que promovam o sono/repouso das crianças internadas, dos 0 até os 12 meses de idade;
- Sensibilizar a equipa de enfermagem da Unidade de Urgência Pediátrica e do Serviço de Pediatria Internamento de um Centro Hospitalar da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, para a aplicação de medidas que permitam minimizar o ruído ambiente para favorecer o sono/repouso adequado.

Durante o Estágio Final, enquanto estivemos no SPI realizámos, entre outras, as seguintes atividades/intervenções:

- Assegurámos padrões de elevada qualidade na prestação de cuidados, respeitando os direitos humanos na relação com a criança/jovem e sua família, tendo sempre presente os princípios éticos e deontológicos da profissão;
- Garantimos a excelência do exercício na profissão em geral e na relação com outros profissionais em particular;
- Prestámos cuidados específicos de acordo com as necessidades do ciclo de vida e desenvolvimento das crianças/jovens e sua família, promovendo sempre a parceria dos cuidados e o autocuidado, de forma a restabelecer a saúde, prevenir a doença e promover o bem-estar e a qualidade de vida dos clientes do SPI.

No capítulo seguinte as actividades descritas serão devolvidas de uma forma mais pormenorizada.

Um dos desafios que enfrentámos neste estágio foi o de prestar assistência a jovens/adolescentes, pois toda a nossa experiência em pediatria é na área da neonatologia. O facto de prestar cuidados de enfermagem especializados a adolescentes, permitiu-nos aprofundar, treinar e desenvolver, principalmente, competências de comunicação.

Esta competência foi fundamental para prestar cuidados de qualidade, prevenir riscos e melhorar o estado de saúde de um adolescente internado no serviço de pediatria, o qual foi submetido a uma vitrectomia para corrigir o descolamento de retina. Trabalhar em parceria com ele, negociando os cuidados a realizar e incluí-lo na tomada de decisão, tal como preconiza o PNSIJ (DGS, 2013), foi fulcral para conseguir responsabilizá-lo pelo seu processo de restabelecimento de saúde e autocuidado.

2.1.3 Caracterização da Unidade de Urgência Pediátrica

A Unidade de Urgência Pediátrica [UUP], está situada no piso 0 do edifício novo do hospital, contígua ao Serviço de Urgência Geral. Tem uma área total de 551 m², distribuídos por áreas clínicas (uma sala de triagem, uma sala de reanimação, uma sala de tratamentos, uma sala de espera, uma sala de sub-espera, uma sala de pequena cirurgia, uma sala de aerossóis, três gabinetes de observação médica, uma área destinada a Unidade de Internamento de Curta Duração [UICD]) e áreas de apoio, (recepção/secretariado, armazém de consumo clínico/ farmácia, armazém de consumo/papelaria e hotelaria, uma copa, uma sala de sujos, uma sala de limpos, um gabinete médico, um gabinete de enfermagem, uma sala de pessoal que é simultaneamente sala de reuniões, dois vestiários e nove casas de banho).

A UUP tem por objetivo garantir a prestação de cuidados imediatos em situações de emergência/urgência durante as 24 horas do dia, todos os dias do ano e a todos os utentes desde o nascimento até os 18 anos de idade. Os recursos humanos que a integram

fazem parte de uma equipa multidisciplinar de vinte e um enfermeiros, dos quais cinco são EEESIP, assistentes operacionais, pediatras e médicos. Esta equipa, tem o apoio de outras especialidades tanto a nível intra como interhospitalar.

A premissa máxima na prestação dos cuidados de enfermagem à criança/família na UUP é a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados, através de normas de atuação e protocolos baseados na evidência científica atual. Em seguida, mencionamos algumas das competências desenvolvidas ao longo do estágio realizado na UPP, as quais serão amplamente relatadas no capítulo seguinte:

- Assegurámos padrões de elevada qualidade na prestação de cuidados à criança/jovem/família tendo como orientação os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2001) e a Política de Enfermagem do Hospital;
- Promovemos a articulação entre serviços/instituições de saúde, de forma a zelar pela continuidade dos cuidados;
- Assegurámos uma prestação de cuidados necessários para prevenir a doença, restabelecer a saúde, defender/promover o bem-estar e qualidade de vida da criança/jovem/família.

A forma de assistir e desempenhar as competências comuns e específicas de EEESIP em situações de especial complexidade, como tivemos a oportunidade de observar e de partilhar durante a realização do Estágio Final na UUP, fez-nos refletir acerca da nossa prática diária como futuros EEESIP e permitiu-nos mobilizar os conhecimentos diferenciados e as habilidades específicas adquiridas ao longo deste processo de formação e aprendizagem, na procura de cuidados de enfermagem especializados de excelência.

Uma vez descrito o ambiente físico e organizacional onde desenvolvemos e implementámos o projeto, passaremos a descrever detalhadamente cada uma das fases que o constituíram.

2.2 Diagnóstico da situação e identificação do problema

O diagnóstico da situação tem como finalidade a identificação do problema e evolução do mesmo, o estabelecimento das causas e fatores de risco inerentes ao problema identificado e a determinação das necessidades para se atingir o objetivo de resolução deste (Tavares, 1990).

Existem vários instrumentos de diagnóstico (observação, questionários e entrevistas) e de gestão (análise SWOT, a Failure Mode and Effect Analysis e a Stream Analysis) que nos permitem identificar e explorar todas as causas possíveis de um problema ou todos os fatores que influenciam um processo (Ruivo, 2016).

Durante a realização do Estágio I, no serviço de CE de Pediatria, através da avaliação e recolha de dados realizada nas distintas consultas de enfermagem e, durante a execução das intervenções para a promoção da parentalidade mediante a transmissão de orientações/cuidados antecipatórios, constatamos que são cada vez mais os pais que se preocupam com a qualidade do sono dos filhos, nomeadamente durante o primeiro ano de vida.

Relativamente à prática do controlo do ruído ambiental para a promoção do sono/repouso do lactente, verificámos, através da observação direta da realização/execução de algumas práticas de enfermagem, da observação do meio físico e estrutural nos locais de estágio, da realização de uma entrevista não estruturada com o Enfermeiro Chefe do SPI e da UUP e mediante a aplicação de um questionário à equipa de enfermagem, que o ambiente em ambos os serviços é considerado prejudicial para a preservação do sono/repouso dos lactentes internados. Esta nocividade encontra-se não só relacionada com os fatores inerentes à hospitalização da criança (realização de intervenções que implicam, por vezes, excessiva manipulação dos utentes, procedimentos invasivos e dolorosos, ansiedade, entre outras), mas também com o ambiente ruidoso existente no próprio serviço/unidade (equipamentos, afluência de pessoas, características estruturais/físicas do próprio serviço/unidade).

Tal como já foi falado, para efetuar o diagnóstico de situação escolhemos como instrumento de colheita de dados o questionário (anónimo, autoadministrado, de resposta fechada, tipo likert) (Apêndice 1), pois este permite abranger um maior número de pessoas ao mesmo tempo e oferece maior anonimato nas respostas dadas pelos participantes, além de permitir o seu preenchimento na ausência do investigador (Alcaraz, Espín & Martínez, 2006).

Para a elaboração deste questionário, tivemos em conta os resultados obtidos no estudo realizado na UCEN de um Centro Hospitalar da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, (Alho, Macarro & Varela, 2017) e as recomendações para a elaboração/desenho de questionários de Alcaraz, et. al. (2006).

A população alvo do nosso estudo foram todos os enfermeiros que exercem funções tanto no SPI como na UUP e que, após terem sido informados da natureza do projeto, aceitaram preencher o questionário e participar no estudo.

É importante salientar que em todo o momento respeitámos os princípios éticos e legais que todo o trabalho de investigação acarreta. Assim, foi sempre mantida a confidencialidade nos registos; os questionários utilizados para a obtenção dos registos foram anónimos e confidenciais. Em nenhum momento do estudo apareceu o nome, morada ou semelhante que pudesse identificar a identidade dos participantes. Os dados recolhidos foram exclusivamente para fins académicos/investigação e a sua análise foi sempre agrupada e não individualizada.

De acordo com o regulamento da Universidade de Évora para a avaliação de projetos, solicitámos o parecer à Comissão de Ética: área da Saúde e do Bem-Estar, obtendo um parecer positivo a dia doze de dezembro de 2017 (Anexo 2).

Também realizámos o pedido formal e por escrito, ao Enf^o Chefe do SPI e UUP, para a realização do projeto nos serviços e unidade supracitados (Apêndice 2). A resposta do Enf^o Chefe de ambos os serviços foi positiva.

De seguida, procedemos à solicitação de autorização para aplicação do projeto e realização do estágio à Sra. Enf^a Diretora do Centro Hospitalar (Apêndice 3), a qual nos reencaminhou para o Gabinete de Investigação e Desenvolvimento⁵, ao qual efetuámos o pedido, havendo autorização à realização do mesmo nos serviços supracitados (Anexo 3).

Uma vez obtida a autorização, no local onde íamos desenvolver o projeto, e de forma a avaliar a pertinência do questionário antes de ser aplicado, realizámos um pré-teste a 4 elementos das equipas dos distintos locais onde seria desenvolvido o trabalho. Depois de comprovar, durante a fase de pré-teste, que não existiu dificuldade na interpretação da linguagem e em relação ao preenchimento dos questionários, iniciámos a recolha da informação, que aconteceu entre o dia 25 de setembro de 2017 e 2 de outubro do mesmo ano, no SPI. Na UUP, essa recolha decorreu entre o dia 6 e 14 de novembro também do ano 2017. Os dados obtidos, foram trabalhados no programa informático Statistical Package for Social Sciences [SPSS] versão 22, expressando os valores das variáveis qualitativas como percentagens. (Apêndice 4)

A **amostra**, não probabilística ou acidental, foi formada por todos os enfermeiros do SPI e da UUP que aceitaram responder ao questionário, estando excluídos do estudo os enfermeiros dos serviços supracitados que estivessem em período de integração/estágio e/ou ausentes por atestado médico. O número total de questionários obtidos foi de 17, o que corresponde a **51,5 %** do total dos enfermeiros que trabalham nos serviços incluídos no estudo.

Dos dados obtidos, que se observam no Apêndice 6, apurámos que a *equipa de enfermagem*, na sua maioria, é uma equipa experiente, pois **23,5%** tem entre *5 e 10 anos de experiência* e **41,2%** da amostra tem de *11 a 15 anos de experiência* profissional.

Embora **94,1%** dos enfermeiros reconheçam que *na maior parte do tempo o ambiente no serviço/unidade é ruidoso*, a mesma percentagem (**94,1%**) *desconhece quais*

⁵ Unidade funcional de assessoria e apoio técnico do Conselho de Administração do Centro Hospitalar., com competência para estabelecer os requisitos a satisfazer no que respeita à elaboração de projetos de investigação

os níveis delimitados pela Organização Mundial da Saúde considerados seguros para as salas/quartos do hospital.

Relativamente à questão se o ruído tem ou não, efeitos negativos nas crianças menores de um ano de idade, **58,8%** da amostra *pensa que o ruído tem efeitos negativos nos lactentes que estão internados no serviço/unidade.*

Apesar de reconhecer que o ruído excessivo é prejudicial para a saúde dos lactentes, só **5,9%** da amostra, afirma que *sempre realiza medidas para atenuar/minimizar o ruído*, e unicamente **23,5%** assegura que *sempre realiza medidas para favorecer o sono/repouso das crianças internadas.*

Por outro lado, as *três principais causas de ruído* identificadas foram: *conversas dos pais/acompanhantes das crianças, conversas dos profissionais de saúde e alarmes dos equipamentos/monitores* com uma percentagem de: **35,3%**, **29,4%** e **11,8%** respetivamente.

Para estudar melhor o problema detetado efetuámos a análise conhecida como *análise SWOT* (Apêndice 5) que nos proporcionou a síntese e avaliação dos aspetos positivos e negativos, assim como as oportunidades e ameaças que podem interferir para a resolução do problema detetado.

Por conseguinte, e em síntese, o problema definido foi a inexistência de estratégias que promovam o sono/repouso das crianças durante o primeiro ano de idade mediante o controlo do ruído ambiente.

2.2.1 Justificação do problema

Conscientes de que para o lactente o sono/repouso representa um papel primordial para o adequado desenvolvimento físico e psíquico, que a exposição a períodos prolongados de ruído excessivo repercute-se na quantidade e qualidade de sono, dando como resultado uma diminuição da qualidade de vida do lactente/família e cientes que o

EEESIP é o enfermeiro que detém competências para prestar cuidados específicos em resposta às necessidades e desenvolvimento do lactente, mediante a promoção do crescimento infantil através de orientações antecipatórias, considerámos pertinente formular a seguinte questão: quais as estratégias a adotar pelo EEESIP para promover o sono/conforto dos lactentes mediante o controlo do ruído ambiente?

Pensamos que os níveis de ruído excessivo e prolongado no ambiente hospitalar, mais concretamente nas CE de Pediatria, no SPI e na UUP do Centro Hospitalar da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, referidos pelos profissionais de enfermagem que trabalham nos serviços supracitados, poderão constituir uma ameaça para a segurança e a qualidade de vida das crianças/famílias que recorrem a estes serviços, devido às repercussões negativas que tem sobre o sono/repouso das crianças, como referido nos resultados dos estudos anteriormente mencionados.

Além dos resultados obtidos, com a utilização dos instrumentos diagnósticos mencionados no subcapítulo anterior, justificámos o levantamento deste problema ao detetar que esta é uma área pouco estudada/explorada no Departamento de Pediatria do Centro Hospitalar da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, mais especificamente no SIP e na UUP, o que suscitou o interesse do Enf^o Chefe do Serviço, uma vez que não existe nenhuma norma de procedimento de enfermagem referente à temática em questão.

Deste modo, optámos por desenvolver o projeto na linha de investigação da segurança e qualidade de vida, mais especificamente, na área relacionada com a criança/jovem e família, e o tema proposto foi: *“promoção do sono/repouso da criança, no primeiro ano de vida: a importância do controlo do ruído ambiente”*.

2.3 Objetivos do projeto

Segundo o Dicionário infopédia da Língua Portuguesa (2018d) a palavra objetivo deriva do latim *objectivu*, que significa *“aquilo que se pretende alcançar; fim; propósito; alvo”*.

Os objetivos indicam os resultados que se pretendem alcançar, dentro dos quais podem existir distintos graus, desde o geral até ao mais específico. (Ferrito et al., 2010). Os objetivos formulados, que constituem a meta da investigação, devem ser: concisos, medíveis, precisos e alcançáveis (Castro, 2013). Estes devem ser enunciados tendo em conta os conhecimentos e as capacidades a adquirir. Desta forma, os objetivos gerais emitem as finalidades que descrevem os resultados esperados e os específicos atuam como indicadores de conhecimentos e aptidões que os formandos devem adquirir ao longo do seu processo formativo (Mão de Ferro, 1999).

Face ao exposto no levantamento do problema, tendo em conta a experiência e trajetória profissional que possuímos e conforme as Competências Específicas definidas pela Ordem dos Enfermeiros (2010a) para os EEESIP, propoemo-nos a atingir ao longo deste percurso o seguinte objetivo geral: contribuir para a promoção do sono/repouso da criança no primeiro ano de idade.

Como objetivos específicos foram delineados os seguintes:

- 1) Desenvolver conhecimento, capacidade e habilidade relacionados com a temática da segurança e qualidade de vida da criança/ jovem e família, promoção do sono e repouso e controlo ambiental;
- 2) Elaborar uma norma de procedimento que permita desenvolver boas práticas nos cuidados de enfermagem que promovam o sono/repouso das crianças internadas, dos 0 até os 12 meses de idade;
- 3) Sensibilizar a equipa de enfermagem da Unidade de Urgência Pediátrica e do Serviço de Pediatria Internamento de um Centro Hospitalar da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, para a aplicação de medidas que permitam minimizar o ruído ambiente para favorecer o sono/repouso adequado;
- 4) Capacitar os pais/prestadores de cuidados para os benefícios do sono e repouso no desenvolvimento das crianças durante o primeiro ano de vida.

Uma vez estabelecidos os objetivos, passaremos a descrever de forma clara e concisa as estratégias e atividades a desenvolver, correspondente à terceira etapa do projeto.

2.4 Planeamento do projeto

Esta fase do trabalho de projeto para além de constituir uma das fases mais importantes é também considerada a fase mais complicada de realizar. É nesta etapa do projeto que se devem detalhar, de forma pormenorizada, quais as estratégias e atividades a pôr em prática e como aplicá-las de forma a atingir os objetivos delineados (Medina, Martínez & Gómez, 2015). Entende-se, assim, que o planeamento do projeto é um processo flexível e dinâmico que nos obriga a rever e reconsiderar durante o seu percurso, o cronograma inicialmente elaborado.

De modo a dar resposta aos objetivos traçados, passamos a analisar as atividades e estratégias desenvolvidas para a realização/aplicação deste projeto e os indicadores de avaliação, assim como os recursos materiais e humanos necessários para as executar, tendo em conta o tempo para a realização das mesmas (Apêndice 6).

O primeiro objetivo proposto foi: desenvolver conhecimento, capacidade e habilidade relacionados com a temática da segurança e qualidade de vida da criança/jovem e família, promoção do sono e repouso e controlo ambiental.

As intervenções traçadas para conseguir este objetivo foram:

- Revisão e consulta da bibliografia, nas bases de dados que integram a: B-on, EBSCO e Clinical key, referente à temática do sono/repouso no lactente e a repercussão que o ruído tem no sono da criança, e por conseguinte, no desenvolvimento e qualidade de vida.

Indicador de avaliação: Elaboração do Relatório de Estágio intitulado: “promoção do sono/repouso da criança, no primeiro ano de vida: a importância do controlo do ruído ambiente”.

O segundo objetivo foi: capacitar os pais/prestadores de cuidados para os benefícios do sono e repouso no desenvolvimento das crianças durante o primeiro ano de vida.

As atividades delineadas para alcançar este objetivo foram:

- Pesquisa bibliográfica nas bases de dados que integram a: B-on, EBSCO e Clinical key;
- Elaboração de folhetos informativos sobre a promoção do sono;
- Elaboração de um poster alusivo à promoção do sono e hábitos de sono saudáveis no lactente.

Indicador de avaliação: Folheto informativo

O terceiro objetivo: sensibilizar a equipa de enfermagem da Unidade de Urgência Pediátrica e do Serviço de Pediatria Internamento do Centro Hospitalar da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, para a aplicação de medidas que permitam minimizar o ruído ambiente para favorecer o sono/repouso adequado.

As estratégias contempladas para conseguir o nosso objetivo foram:

- Pesquisa bibliográfica nas bases de dados que integram a: B-on, EBSCO e Clinical key sobre a temática em estudo;
- Elaboração do plano da ação de formação;
- Calendarização e divulgação da ação de formação;
- Apresentação da formação;
- Avaliação da ação formativa.

Indicador de avaliação: Registo de presença de assistência à formação superior a 50%.

O quarto e último objetivo foi: elaborar uma norma de procedimento que permita desenvolver boas práticas de cuidados de enfermagem que promovam o sono/repouso das crianças internadas dos 0 até os 12 meses de idade.

Para conseguir este objetivo, realizámos:

- Pesquisa bibliográfica nas bases de dados que integram a: B-on, EBSCO e Clinical key sobre a temática em estudo;
- Elaboração do esboço da norma de procedimento;
- Apresentação ao Enf^o. Chefe e à restante equipa do esboço da norma para receber a aprovação ou feedback do mesmo;
- Alteração/modificação de acordo com sugestões;
- Elaboração da norma de procedimento.

Indicador de avaliação: Norma de procedimento de enfermagem

2.5 Execução e avaliação do Projeto

É nesta etapa que efetivamos todas as atividades e estratégias delineadas durante a planificação (Ruivo et al., 2010).

Durante toda a fase de execução do projeto, existiu uma atividade que foi transversal durante todo o processo: a pesquisa bibliográfica nas bases de dados científicas sobre a temática em estudo. Após a análise e reflexão dos artigos científicos, revistas, livros e outros documentos consultados, foi-nos possível adquirir e desenvolver novos conhecimentos relacionados com a segurança e qualidade de vida, mais especificamente com a promoção do sono/repouso no lactente e sobre as repercussões do ruído na saúde.

Existiu ainda a necessidade de fazer algumas alterações no cronograma inicialmente previsto, no que se refere ao tempo e cronologia atribuídos a algumas das atividades programadas, devido aos constrangimentos encontrados durante o percurso, dos quais falamos mais adiante.

Antes de abordarmos como foram realizadas as intervenções que nos conduziram a atingir o segundo objetivo proposto, explicaremos primeiro como conseguimos ultrapassar um dos aspetos negativos identificados como ameaças na análise SWOT durante a fase de diagnóstico, que foi a desmotivação por parte dos enfermeiros que se

dedicam à enfermagem assistencial, para colaborar e participar em novos estudos/trabalhos de investigação.

De modo a não sobrecarregar o trabalho dos enfermeiros do serviço no qual realizámos o projeto, e após reunir com a enfermeira orientadora do SPI, aceitámos a proposta que nos fez de incluirmos a formação de sensibilização à equipa de enfermagem dentro de plano de formação em serviço já existente no SPI. O En^o Chefe do SPI foi informado e concordou com a proposta.

Seguidamente, elaborámos o plano de ação de formação (Apêndice 7), fazendo coincidir a data de realização com a data da formação em serviço programada para o mês de outubro no SIP. Uma semana antes da data prevista foi colocada uma nota informativa na sala de trabalho de enfermagem, de modo a informar atempadamente o dia e os conteúdos da formação, assim como o lugar onde esta iria decorrer. A ação de formação apresentada no SPI também se encontra no apêndice 7.

Na UUP, no mês de novembro, procedemos de forma semelhante, após a aprovação por parte do En^o Chefe. Deste modo, a ação de formação para sensibilizar a equipa de enfermagem sobre a importância do sono/repouso nas crianças e para a aplicação de medidas que permitam minimizar o ruído ambiente, de forma a favorecer o sono das crianças hospitalizadas, ficou incluída no plano de formação em serviço já existente na UUP, encontrando-se o plano de ação da formação e a formação realizada na Unidade inseridos no Apêndice 8.

Ter efetuado estas formações, para além de sensibilizar a equipa de enfermagem sobre a importância do sono adequado para o correto desenvolvimento bio-psico-social das crianças, permitiu-nos conhecer em primeira mão a realidade do serviço/unidade. Graças à discussão e troca de opiniões aberta no final de cada formação, conhecemos quais as intervenções passíveis de serem implementadas em cada serviço/unidade, a fim de promover o sono adequado dos lactentes internados/hospitalizados. Também foram partilhadas ideias sobre quais os comportamentos que podem ser modificados para conseguir reduzir, ou eliminar, os níveis de ruído dentro de cada serviço/unidade.

Esta partilha de saberes e opiniões constituiu-se como um momento muito enriquecedor, pois não só conseguimos avaliar a ação de formação propriamente dita, como também nos proporcionou informação necessária, adequada à realidade existente nos locais de trabalho que, juntamente com a evidência científica atual pesquisada, permitiu-nos a elaboração de uma norma de procedimento de enfermagem adaptada à realidade deste contexto.

Desta forma, tendo em conta as sugestões e opiniões referidas pelos enfermeiros que assistiram à formação, que constam no apêndice 9, as propostas dadas pelos enfermeiros orientadores nos distintos campos de estágio, junto com as verbalizações feitas por alguns dos enfermeiros com que trabalhamos durante a realização dos estágios, procedemos à elaboração da norma de procedimento que tem por título: *Promoção do sono/repouso da criança internada: medidas para controlar e reduzir o ruído ambiente* (Apêndice 10).

Com a elaboração desta norma, pretendemos uniformizar os cuidados de enfermagem prestados à criança/família durante o internamento, nomeadamente aqueles que visam a promoção do sono/repouso no lactente mediante o controlo do ruído ambiente, reforçando a importância dos cuidados de enfermagem especializados. O EEESIP encontra-se numa posição privilegiada para uma melhor avaliação do lactente/família devido às competências e conhecimentos específicos que este possui.

Porque cuidar em pediatria é sinónimo de cuidar em parceria, e porque nós como EEESIP temos o dever de trabalhar em parceria com a criança e família/pessoa significativa para promover o mais elevado estado de saúde possível, outro dos nossos objetivos fixados foi: capacitar os pais/prestadores de cuidados para os benefícios do sono e repouso no desenvolvimento das crianças durante o primeiro ano de vida. As atividades traçadas para dar resposta a este objetivo foram desenvolvidas principalmente durante a realização do estágio I.

Durante a prestação direta de cuidados às crianças nas CE de Pediatria, aproveitámos o momento da avaliação inicial e/ou colheita de dados com a intenção de

conhecer quais os hábitos de sono das crianças e descartar a existência de perturbações ou problemas relacionados com o sono.

Embora o projeto fosse dirigido à promoção do sono no lactente, detetámos que cada vez são mais os jovens e adolescentes que manifestam alterações no padrão do sono. Identificámos assim, que as perturbações no sono são uma realidade em todas as faixas etárias. Deste modo, abordámos os hábitos de sono saudáveis nas distintas etapas de desenvolvimento em todas as crianças/adolescentes que passaram pela consulta de enfermagem nas CE de Pediatria.

Elaborámos três folhetos informativos que abordaram as principais questões relacionadas com os hábitos de sono saudável. Um folheto estava dirigido à promoção de hábitos de sono saudáveis nos lactentes, com recomendações para prevenir a síndrome de morte súbita (Apêndice 11). Noutro abordámos a problemática das cólicas do lactente (Apêndice 12) e o terceiro estava dirigido à promoção de hábitos de sono saudáveis nas crianças em idade pré-escolar, escolar e adolescente (Apêndice 13) e um póster sobre a temática, para ser afixado na sala de espera das CE de Pediatria (Apêndice 14).

Realizámos educação para a saúde individualmente, conforme as necessidades detetadas em cada criança/família, tendo sempre presente os cuidados antecipatórios, conforme o PNSIJ recomenda, como pode ver-se, por exemplo, na elaboração do estudo de caso (Apêndice 15) realizado no âmbito da Unidade Curricular Estágio I.

Durante a realização do Estágio Final no SPI, sempre que necessário, realizámos educação para a saúde às crianças/famílias a quem foi levantado o diagnóstico de enfermagem de risco/alteração no padrão do sono, assim como às famílias que solicitavam informação sobre a temática.

Tendo em conta que os locais onde realizámos os estágios pertencem à mesma Instituição, os folhetos elaborados, uma vez aprovados pelo Conselho de Administração, passaram a poder vir a ser utilizados em qualquer serviço do Departamento de Pediatria do Centro Hospitalar, o que considerámos uma mais-valia.

Um dos constrangimentos com que nos confrontámos durante a realização do projeto, foi a autorização para a monitorização contínua dos dB atingidos no serviço/unidade onde ia ser desenvolvido o trabalho. Embora tenhamos sido informados do parecer favorável do GID para a realização do PI no Centro Hospitalar da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, não foi possível realizar a monitorização/avaliação dos níveis de ruído. Por um lado, devido ao curto intervalo de tempo que dispunhamos desde a data de autorização até à finalização do estágio. Por outro, devido a fatores relacionados com a gestão do serviço/unidade e o elevado custo que se colocava relativamente à aquisição/compra de dois sonómetros luminosos (um para o SPI e outro para a UUP). Seria através deste aparelho que conseguiríamos monitorizar de forma constante os níveis de ruído no SPI e na UUP, mediante a identificação, por meio de um alarme luminoso, dos dB atingidos, identificando deste modo quando estes estavam dentro dos valores considerados seguros ou ultrapassavam estes valores para dB considerados de risco ou perigosos para a saúde humana (poderiam ser modificados comportamentos). Assim, caso tivesse sido autorizado, ficaríamos com um indicador que nos permitiria avaliar a eficácia das medidas implementadas para favorecer o sono/repouso das crianças e desta forma controlar o ruído ambiente.

Ainda assim, o balanço final do PI é positivo pois, apesar das dificuldades encontradas durante o percurso, conseguimos atingir todos os objetivos por nós propostos. Como já mencionámos anteriormente, o PI não é um processo estanque e o facto de trabalharmos na mesma Instituição onde realizámos o Estágio I e o Estágio Final vai facilitar a continuidade do projeto. Assim, permitirá continuar a desenvolvê-lo de forma a assegurar a sua implementação na Instituição e melhorar os cuidados de enfermagem prestados às crianças/jovens e famílias.

3. ANÁLISE DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

Este capítulo salienta e analisa as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, onde a aquisição e o desenvolvimento das mesmas advém da suma de conhecimentos, competências e capacidades, baseadas na evidência científica mais atual, junto com a reflexão crítica e constante sobre a prática.

O REPE, (Ordem dos Enfermeiros, 2015a) 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 (...) de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível”.

O mesmo artigo, no número 3, refere que:

“O Enfermeiro especialista é o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade”.

Por outro lado, a Ordem dos Enfermeiros no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (2010, p2) define o Enfermeiro Especialista como aquele que detém

“ (...) um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção”.

Por conseguinte, podemos deduzir que as escolhas e decisões do enfermeiro na sua prática diária têm consequências diretas na vida das pessoas. (Nunes, L., Amaral, M., & Gonçalves, R., 2005).

3.1 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

A palavra competência deriva do latim *competentia* que tem como significado “idoneidade”; “aptidão” (Dicionário infopédia da Língua Portuguesa, 2015e).

No ano 2010, a Ordem dos Enfermeiros, regula e define, na página 3 do Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, as competências comuns dos enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialização em enfermagem, englobando nesta definição os domínios que moldam as competências do enfermeiro de Cuidados Gerais. Assim, as competências comuns do enfermeiro especialista são definidas como “as competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas (...)” demonstradas através da elevada capacidade de concepção, gestão e supervisão de cuidados” (Ordem dos Enfermeiros, 2010b, p3).

De modo a dar resposta ao grau de complexidade implícito tanto no conhecimento como na prática, são definidos quatro domínios que descrevem as competências comuns dos enfermeiros especialistas, sendo estes domínios: *responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais*.

No decorrer desta trajetória, foi-nos permitido consolidar e desenvolver um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades específicas que mobilizámos nos contextos de cuidados, de modo a contribuir e promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Este domínio contempla duas competências: *desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção e promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.*

A Enfermagem, como profissão autónoma que se autorregula e que se dirige a pessoas, detém o seu próprio conjunto de deveres ético e legais relativos ao exercício profissional, estando estes claramente expostos, por um lado, no Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro, (Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro), no seu artigo n.º 8, onde se reconhece que os enfermeiros, no exercício das suas funções, deverão adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos, e por outro lado, no capítulo VI da Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro, com o nome de «Deontologia profissional».

A deontologia fundamenta a prática profissional do enfermeiro (Deodato, 2015), salientando a importância da qualidade humana e humanizadora, já que as qualidades científicas e técnicas por si só são insuficientes (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Assim, a deontologia profissional na Enfermagem revela-se como um dever diariamente presente na prestação de cuidados, pois não só vincula o enfermeiro ao seu compromisso para com a sociedade, como também engloba a sua ação no domínio jurídico (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Deste modo, promove a regulamentação e disciplina da prática dos enfermeiros e orienta a profissão através do cumprimento das suas normas deontológicas (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Nos contextos clínicos, o enfermeiro especialista, durante a prestação de cuidados complexos e especializados, depara-se com diferentes dilemas éticos aos quais deve dar resposta. Deste modo, o respeito pela autonomia, beneficência e não maleficência

assumem uma particular relevância na nossa prática diária. O respeito pela justiça, englobando a equidade, a priorização e a eficiência (Pueyo & Navarro, 2014) também esteve presente em todas as nossas intervenções de cuidado. Assim, todas as crianças juntamente com as suas famílias foram tratadas de igual forma, tendo em conta as suas diferenças, peculiaridades e necessidades.

Durante as práticas clínicas, referentes às Unidades Curriculares: Estágio I e Estágio Final, tivemos a oportunidade de aplicar elementos do enquadramento jurídico na nossa prática clínica diária, assim como promover, entre os restantes membros da equipa, a execução do exercício profissional em base ao Código Deontológico existente. Tivemos sempre presente a preocupação pela defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro.

Cuidar em Pediatria é sinónimo de cuidar em parceria. Quando falamos em parceria de cuidados, inevitavelmente temos de falar de Anne Casey e o seu Modelo Teórico, criado em 1988, no qual considera que os pais são os melhores prestadores de cuidados aos seus filhos e que os enfermeiros devem planear e implementar os seus cuidados promovendo o envolvimento e negociando com os pais (Casey, 1995). Por conseguinte, os nossos cuidados estiveram sempre dirigidos ao binómio Criança/família, tendo em conta o respeito pelos seus desejos e necessidades, promovendo os conhecimentos e as capacidades dos pais para o desenvolvimento do seu papel parental, favorecendo assim um adequado desenvolvimento de todas as potencialidades das crianças. De igual modo, não só foram promovidos comportamentos de predisposição para a parceria dos cuidados com a família, como também a mesma filosofia de cuidados foi incentivada entre os restantes membros da equipa de saúde.

Durante o Estágio Final, na triagem da Unidade de Urgência Pediátrica, deparamo-nos com um processo de maior complexidade onde a aplicação do Código Deontológico e do enquadramento jurídico desempenharam um papel fulcral na prestação de cuidados de enfermagem especializados. Esta situação envolveu uma criança suspeita de ser vítima de abuso. De seguida foi ativado o protocolo existente na Unidade para estas situações e foram mobilizados todos os recursos humanos e materiais necessários, de modo a salvaguardar os direitos e a segurança da criança.

De igual modo, com a execução deste projeto, onde se destaca a importância do controlo do ruído ambiente no meio hospitalar para a promoção do sono/repouso no lactente, conseguimos desenvolver capacidades e habilidades específicas que permitiram a tomada de decisões conforme o marco ético e legal vigente ^{6,7} em relação aos trabalhos científicos e de investigação. Como é suposto, ao longo de todo o projeto, foram garantidos e respeitados os direitos dos participantes, através do consentimento informado, específico e voluntário, tal como a proteção, anonimato e confidencialidade do tratamento e posterior eliminação dos dados obtidos através dos questionários utilizados.

Domínio da Melhoria da Qualidade

As competências que integram este domínio são: *desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade e por último, mas não menos importante, cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.*

Embora o interesse pela qualidade na saúde não seja novo, pois já no século XIX Florence Nightingale fez eco desta preocupação, avaliando os cuidados prestados e deixando por escrito todas as observações efetuadas (Sale, 1998), é inegável que existe uma preocupação cada vez maior, quer na sociedade em geral, quer dos profissionais de enfermagem em particular, com a qualidade na saúde.

Esta preocupação encontra reflexo na Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2010, aprovada pelo Despacho n.º 5613/2015, de 27 de maio, a qual tem como finalidade “(...) potenciar e reconhecer a qualidade e a segurança da prestação de cuidados de saúde, para garantir os direitos dos cidadãos na sua relação com o sistema de saúde”.

⁶ Lei n.º 67/98 de 26 de outubro

⁷ Nunes, L. (2013). *Considerações éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem*. Disponível em <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4547/1/consid%20eticas%20na%20investig%20academica%20em%20enfermagem.pdf%3B>

Como já foi referido, este interesse também acarretou uma série de repercussões sobre o exercício profissional dos enfermeiros. Assim, no ano 2001 o Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros definiu os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem que guiaram os enfermeiros em Portugal na busca da melhoria contínua da qualidade dos cuidados. Por conseguinte, compete ao Conselho de Enfermagem definir os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem e aos Conselhos de Enfermagem Regionais e Colegios de Especialidades zelar pelo seu cumprimento. De igual modo, compete às Instituições de Saúde proporcionar os recursos necessários e criar ambientes que contribuam ao desenvolvimento dos cuidados de enfermagem em prol da qualidade dos cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2001). Neste documento são ainda contemplados seis itens ou categorias de indicadores: satisfação dos clientes, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e o autocuidado, readaptação funcional e a organização dos cuidados de enfermagem.

Nesta preocupação pela melhoria contínua da qualidade, o enfermeiro especialista assume e desempenha um papel crucial. É através da avaliação crítica e reflexiva permanente das suas práticas diárias e da comparação das mesmas com os resultados obtidos que o enfermeiro especialista identifica, estabelece e seleciona estratégias que lhe permitirão instaurar soluções de melhoria e desenvolvimento da qualidade.

Durante o nosso percurso nas práticas clínicas, nos Estágio I e Estágio Final, ao longo do desempenho das nossas funções, integrámos as regras estatutárias e os regulamentos inerentes à profissão de enfermagem: Código Deontológico, REPE, Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem e Políticas de Enfermagem do Centro Hospitalar, assim como as normas e procedimentos setoriais existentes em cada Serviço e/ou Unidade, como também todas as normas transversais preconizadas e instituídas pelo Gabinete da Qualidade do Centro Hospitalar da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo.

Durante o desenvolvimento do Projeto analisámos e revimos as práticas realizadas em todos e em cada um dos Serviço/Unidade onde estagiámos, de modo a identificar comportamentos e atitudes que implicassem risco, não só para a segurança dos clientes, como também para a segurança dos profissionais da saúde, e sobretudo, estivemos atentas

a atuações consideradas boas práticas pela equipa de enfermagem. Deste modo, envolvemos a equipa na gestão do risco, colaborámos na definição de recursos adequados para a prestação de cuidados seguros e na elaboração dos planos de manutenção preventiva dos equipamentos e materiais, e ainda das instalações.

Conforme o protocolo da UUP, no início de cada turno de manhã, verificamos o adequado/correto funcionamento do equipamento do carro de urgência, nomeadamente o monitor cardiorrespiratório, o aspirador e o desfibrilhador. Ficando tudo devidamente registado na pasta própria.

O facto de integrarmos o Grupo de Risco Hospitalar no nosso local de trabalho, foi um fator facilitador para conseguir integrar-nos na equipa, tanto do SPI como do UUP, no levantamento dos possíveis riscos e na participação dos relatos de incidentes clínicos e não clínicos ocorridos nos locais de trabalho. Por exemplo, no SPI, depois de sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância do sono/repouso nos lactentes através do controlo do ruído ambiente, foi pedido o arranjo de dois suportes de soro, que não rodavam adequadamente e faziam “*muito barulho*” sempre que eram utilizados.

De igual modo, na UUP, devido ao número (frequente) de agressões verbais a que se vê submetida a equipa de enfermagem, foi recomendada a criação de um “*modelo padrão*” de relato, que agilize e facilite o preenchimento do relato de incidente.

Detetámos que a enfermeira que realiza a triagem é submetida a frequentes e desnecessárias interrupções por parte das pessoas que se encontram a acompanhar as crianças na sala de espera. Muitas das vezes essas interrupções ocorrem apenas para perguntar quanto tempo de espera lhes falta para serem atendidos pelo médico. Para evitar estas contínuas interrupções na sala de triagem (que podem conduzir-nos a cometer erros) foi proposta a criação de um quadro, atualizado no final de cada turno, para ser colocado na sala de espera da UUP, contendo informação referente aos tempos de espera. De igual modo, pensamos que é importante informar a população sobre quando se deve dirigir ao serviço de urgência pediátrica e sobre as normas básicas que deve seguir. Assim,

proposémos a elaboração de uma nota informativa com esta temática no Guia da Saúde⁸. O Enf^o Chefe da UUP e a Enf^a EESIP orientadora do estágio concordaram com a sugestão e marcaram uma reunião com o Gabinete de Comunicação do hospital para falar sobre a colocação do quadro na sala de espera da UUP e a possibilidade de publicar a nota informativa na revista. O Gabinete de Comunicação mostrou-se interessado com a proposta embora, devido a fatores organizacionais, esta só poderá ser realizada a partir do segundo semestre do presente ano.

A transformação de comportamentos e atitudes é fulcral para a consecução de um ambiente terapêutico efetivo e seguro. No nosso “*fazer diário*” tivemos sempre presente esta premissa. Com a execução e implementação do Projeto conseguimos despertar consciências, salientando a importância do controle do ruído ambiente nos hospitais, não só para a promoção do sono da criança no primeiro ano de vida, mas também na prevenção/redução da probabilidade de ocorrência de erro humano.

A evidência científica atual, à qual fizemos referência no enquadramento teórico, assim o demonstra. São vários os estudos que falam das consequências negativas dos níveis elevados e contínuos de ruído, demonstrando que aumenta a probabilidade de ocorrência de erro humano.

Neste domínio a elaboração de uma norma de serviço (que se mostra no apêndice 12) para a promoção do sono/repouso no lactente, mediante o controle do ruído ambiente, bem como a uniformização de procedimentos, juntamente com a realização/implementação de intervenções que favoreçam o controle do ruído, tornam-se ações importantes para reduzir e controlar o risco na prática clínica e promover um ambiente seguro.

De igual modo colaborámos ativamente nos projetos institucionais existentes tanto nas CE de Pediatria, como no SPI e na UUP. Mais especificamente, nas CE trabalhamos no levantamento dos juízos, focos e intervenções mais relevantes para enfermagem a serem utilizados durante a realização das consultas de enfermagem pela

⁸ Revista elaborada por uma Câmara Municipal, em parceria com um conjunto de entidades na área da saúde, com o intuito de ajudar a criar hábitos saudáveis e esclarecer sobre diversas questões que preocupam os munícipes.

EEESIP, para a posterior implementação dos registos de enfermagem no programa informático SClínico. Até a data todos os registos de enfermagem eram realizados em formato papel, o que tornava mais difícil o acesso à história clínica da criança/ jovem e à continuidade dos cuidados de enfermagem.

Como já foi referido, as CE são constituídas por distintas especialidades entre elas a Consulta de Neonatologia, especialidade essa onde possuímos mais de dez anos de experiência. Foi por isso que, em colaboração com a EEESIP das CE de Pediatria, elaborámos uma lista com os focos mais frequentemente utilizados nas Consultas de Neonatologia. Embora a EEESIP olhe para a criança/adolescente no seu todo, existem, no entanto, focos de atenção com especial interesse pois permitem, para além das intervenções gerais e interdependentes de enfermagem, enquadrar as intervenções diferenciadas e autónomas relativas à área pediátrica. Entre os focos de enfermagem levantados/escolhidos para esta consulta encontram-se os seguintes: papel parental, vinculação, crescimento, sono, conforto, atitude face à gestão da medicação, desenvolvimento infantil, cólicas, stresse do prestador de cuidados.

Nos restantes locais, demos continuidade aos projetos, programas e atividades já existentes. Deste modo, colaborámos no Programa de Educação para a Saúde do SPI no qual foi sugerida a introdução de uma nova sessão de educação aos pais para promover a importância do sono/repouso na criança no primeiro ano de vida. Na UUP colaborámos no procedimento sobre a monitorização do tempo de espera entre o pedido de transporte de uma criança/jovem para outro hospital e a execução do mesmo. Este procedimento, que está relacionado com a Política da Melhoria da Qualidade do hospital, visa reduzir os tempos de espera nos transportes inter-hospitalares e consta de uma lista que deve incluir informações sobre: o nome do doente, hora em que foi realizado o pedido de transporte, hora em que foi efetuado o transporte, empresa que realiza o transporte e hospital de destino. Assim, sempre que é necessário realizar a transferência de uma criança/adolescente para outro hospital, a enfermeira responsável de turno, habitualmente a EEESIP, deverá preencher todos e cada um dos itens que constam da a lista.

Domínio da Gestão dos Cuidados

Duas são as competências que fazem parte deste domínio: *gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multidisciplinar e realiza a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas.*

Na área da enfermagem pediátrica, mais concretamente no contexto da urgência pediátrica, a tomada de decisão é um processo complexo que requer um conhecimento aprofundado e específico de cada contexto devido às características particulares, específicas e de intervenção imediata de cada situação.

Relacionado com este domínio, pensamos ter desenvolvido de forma positiva todas as competências que o integram, através da prática desenvolvida ao longo deste percurso. Isto foi possível graças ao desenvolvimento e concretização do PI e à elaboração da respetiva norma de procedimento para o controlo do ruído ambiente no SPI e na UUP. A forma como os diagnósticos de enfermagem, assistência e cuidados foram organizados e prestados esteve sempre de acordo com a legislação vigente e as orientações profissionais tanto a nível nacional como internacional.

Durante a realização dos estágios foi preciso adaptar e adequar as estratégias para a implementação do PI conforme os recursos humanos e materiais existentes em cada Serviço/Unidade, de modo a conseguir a participação e integração por parte do maior número dos elementos da equipa, garantindo em todo momento a segurança e qualidade dos cuidados prestados.

Na nossa preocupação por otimizar o trabalho da equipa, adequando os recursos às necessidades de cuidados, negociámos junto da equipa quais os recursos mais apropriados à prestação de cuidados para a promoção do sono/repouso dos lactentes internados, utilizando os recursos existentes em cada serviço ou unidade de forma eficiente para promover a qualidade. Deste modo, motivámos a equipa, de maneira a

introduzir pequenas mudanças na sua prática clínica diária e incorporar novas formas de cuidar na prática clínica especializada, entre as que destacam:

- Realizar (sempre que possível) a avaliação dos parâmetros vitais, nomeadamente a efetuada no turno da manhã, quando a criança/jovem estiver acordada;
- Agrupar os procedimentos de enfermagem sempre que possível;
- Atender atempadamente aos alarmes dos monitores/campainhas dos quartos;
- Desligar os alarmes dos monitores (se possível) quando realizamos alguma intervenção junto da criança;
- Informar aos pais da importância de manter um ambiente calmo e livre de ruído no serviço/unidade;
- Ajustar o volume dos telefones/TV e outros aparelhos;
- Reduzir os estímulos luminosos, nomeadamente durante o período noturno;
- Levantamento dos focos: sono e conforto no processo de enfermagem de todas as crianças entre os 0 e os 12 meses de vida internadas no SPI.

No contexto do Estágio Final, cooperámos na verificação e reposição do stock de material, tanto clínico como não clínico, assim como o stock de farmácia, conforme o protocolo existente em cada Serviço ou Unidade. O desenvolvimento desta competência foi facilitado pelo horário praticado durante a realização do estágio I e do estágio final, pois o horário exercido pelas enfermeiras orientadoras dos mesmos correspondia ao turno fixo: das 8:00 horas até as 16:30 horas, das 9:00 horas até as 17:00 horas ou das 12:00 horas até as 20:00 horas.

A falta de alguns materiais ou medicamentos no serviço implica pôr em risco a segurança e os cuidados prestados ao doente. A nível pessoal, esta gestão do material mostrou-se ser para nós uma conquista na esfera da gestão em enfermagem e da tomada de decisão, pois até à data, não tivemos a oportunidade de fazer investimentos nesta área.

Na UPP, foi-nos permitido também participar/colaborar na gestão dos recursos humanos, mobilizando os elementos integrantes da equipa por turnos e áreas de trabalho. Esta mobilização realizou-se segundo as competências e atitudes de cada um, tendo em atenção o número de crianças/jovens e as necessidades de cuidados dos mesmos, de modo

a garantir e assegurar a eficiência e qualidade dos cuidados prestados em cada turno. A gestão de recursos humano também supôs uma nova competência para nós, pois foi a primeira vez que sentimos que tínhamos um papel ativo na gestão do processo de trabalho de forma a contribuir para os ganhos em saúde.

Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

Segundo o Regulamento das Competências Comuns dos enfermeiros especialistas, este domínio integra as seguintes unidades de competência: *desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade e baseia a sua prática clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.*

De acordo com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, a Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2015a, p14)

“(…) é 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, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma a que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível”

Torna-se evidente que, nos últimos anos, a profissão de enfermagem tem sofrido múltiplos avanços a nível científico e humano, a qual acarretou a necessidade de diferenciação dos cuidados de enfermagem visando a excelência.

Entende-se assim que a enfermagem é uma disciplina e uma profissão que se baseia na relação com os outros onde o auto-conhecimento, entendido como um processo contínuo e dinâmico, nos ajuda a reconhecer as nossas fraquezas e forças, não só enquanto pessoas, mas também enquanto profissionais, tendo um papel fulcral. Esta consciencialização de nós próprios permite-nos interagir na nossa relação com a organização, com a equipa multidisciplinar e com o processo de relação de ajuda ao utente, alvo da nossa assistência.

O nosso desempenho como enfermeiros especialistas tem por base a formação que servirá como veículo para a aquisição e atualização de conhecimentos, assim como o desenvolvimento profissional pois, é do conhecimento geral dos enfermeiros, que o desenvolvimento pessoal e profissional promove a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados. Torna-se assim evidente o relevo da formação como elemento chave para a excelência dos cuidados de enfermagem.

Acrescentando ao que já foi mencionado, no Serviço de Consultas Externas de Pediatria, após o levantamento das necessidades sentidas, centrámos a nossa atenção na Educação para a Saúde de modo a promover o sono/conforto nos lactentes. Deste modo, a nossa população alvo foram os pais cujos filhos tinham menos de um ano de idade e que recorriam às consultas externas. Durante a realização do estágio final participámos ativamente na formação em serviço, tanto no SPI como na UUP.

Fizemos um levantamento das necessidades de formação em ambos serviços mediante uma entrevista com o Enf^o Chefe do SPI e da UUP e com as Enf^{as} responsáveis pela formação em serviço do SPI e da UUP, que são EEESIP. Tanto o Enf^o Chefe como as Enf^{as} responsáveis da formação nos serviços supracitados, referiram que existe uma lacuna na equipa de enfermagem em relação à promoção de hábitos de sono saudável em pediatria, sendo a lacuna ainda maior quando essa promoção do sono está relacionada com o controlo do ruído ambiente. Esta necessidade sentida e manifestada pelo Enf^o Chefe e as Enf^{as} responsáveis da formação ia ao encontro das necessidades diagnosticadas no nosso PI: a importância do controlo do ruído ambiente na promoção do sono/conforto dos lactentes.

3.2 Competências Específicas do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

O REPE, no artigo 4 linha 3, reconhece ao EEESIP “competência científica, técnica e humana para prestar além de cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade” e a Ordem dos Enfermeiros define e determina no Regulamento das competências Específicas do Enfermeiro Especialista de

Saúde da Criança e do Jovem, aprovado por maioria em Assembleia Geral Extraordinária em novembro de 2010, quais as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Por conseguinte, reconhece-se que compete ao EEESIP o aprofundamento do conhecimento científico e a aquisição de competências no domínio específico como é a área de enfermagem da saúde infantil e pediátrica.

Entendemos assim que o EEESIP é o enfermeiro detentor de uma profunda compreensão sobre a criança/jovem e sobre os seus processos de desenvolvimento, saúde e doença, que trabalha em parceria com a família e que demonstra grande capacidade de resposta perante situações específicas, levando-o a adequar de forma competente as intervenções às necessidades de cada criança/jovem/família.

O EEESIP utiliza um modelo conceptual centrado na criança e na família, onde o alvo dos cuidados é o binómio formado pela criança/família. Segundo o Regulamento n.º 123/2011 (2011, p8653),

“são áreas de actuação particular a avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem, com orientação antecipatória às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil; a gestão do bem-estar da criança; a detecção precoce e encaminhamento de situações que possam afectar negativamente a vida ou qualidade de vida, nomeadamente comportamentos de risco, suicídio, violência e gravidez; a promoção da auto-estima do adolescente e a sua progressiva responsabilização pelas escolhas relativas à saúde.”

Ligado à nossa trajetória de desenvolvimento profissional, surgem as seguintes competências específicas: *assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde, cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade e presta*

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

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

Ao longo do nosso percurso formativo, durante a realização dos Estágios I e Final, tivemos a oportunidade de assistir a criança/jovem e adolescente durante o internamento no SPI, nas consultas de enfermagem em diversas áreas, tais como: neonatologia, pediatria, diabetes, nefrologia e doenças respiratórias, assim como nos episódios de admissão ao serviço de urgência.

Em todos os contextos, procurámos incluir a família na prestação dos cuidados, adequando a realização dos mesmos às necessidades e competências do binómio criança/família. Segundo Casey (1995), os pais são os melhores prestadores de cuidados dos seus filhos. Tendo em conta esta premissa, planeámos e implementámos os cuidados de enfermagem promovendo o envolvimento e negociando os cuidados com os pais.

Nos últimos dias de estágio no SPI, deparámo-nos com uma criança de pouco mais de três anos de idade, internada com o diagnóstico de doença de kawasaki e em tratamento com farmacoterapia endovenosa e oral. A criança ficava muito ansiosa e a chorar sempre que uma enfermeira entrava no seu quarto, por isso, sempre que era necessário administrar a medicação endovenosa, pedíamos a colaboração da mãe para “pegar ao colo a criança” enquanto a medicação se encontrava a perfundir, sendo esta a forma mais segura de administrar a medicação sem correr o risco de extração acidental do cateter venoso periférico.

Este trabalho de parceria também foi desenvolvido junto a profissionais da equipa multidisciplinar. Assim, sempre que detetámos situações que poderiam comprometer a qualidade de vida das crianças/jovens e que beneficiavam da atuação de outros profissionais da equipa multidisciplinar, encaminhámos a criança/família para o profissional adequado de forma a garantir a saúde e bem-estar destes.

O facto dos estágios terem sido realizados em diferentes contextos, permitiu-nos assistir a esta díade em distintos períodos de desenvolvimento e, ao mesmo tempo, facilitou-nos a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança e família. Deste modo, promovemos e assegurámos boas práticas de enfermagem de saúde infantil e pediátrica, especialmente na aquisição de conhecimentos e competências relacionadas com hábitos de sono saudável nos lactentes, de forma a contribuir para o normal e adequado desenvolvimento infantil.

Em todos os locais de estágio, procurámos o momento adequado para ensinar e instruir os pais/crianças de forma a facilitar a aquisição de competências que lhes permitissem gerir os processos específicos de saúde e doença. Deste modo, os pais/pessoa significativa foram sempre participantes e parceiros no processo de saúde/doença da criança/jovem.

Todas as nossas ações procuraram adequar-se às necessidades da criança/jovem, tendo sempre presente as suas necessidades individuais, familiares e socioculturais.

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

Durante a assistência à criança/família nos distintos locais de estágio não nos deparámos com nenhuma situação que implicasse a prestação de cuidados no final de vida. Embora não tenhamos tido a oportunidade (felizmente) de cuidar da criança/família no final de vida, tivemos a oportunidade de prestar cuidados humanizados, “*dignificando a vida*”, tanto à criança em situação de doença, bem como à sua família, aplicando os conhecimentos adquiridos ao longo do nosso percurso formativo e da nossa experiência diária, proporcionando conforto e bem-estar a estas crianças/jovens e garantir adequada avaliação e controlo da dor em cada um dos procedimentos e intervenções realizadas, privilegiando os princípios do modelo de cuidados atraumáticos.

Também nos deparámos com crianças/famílias em situação de doença crónica, de doença oncológica e em situação de incapacidade, o que nos permitiu mobilizar os conhecimentos adquiridos e pôr em prática intervenções promotoras da esperança,

adequando os cuidados de enfermagem prestados e utilizando os recursos necessários, conforme cada situação em particular.

Durante o nosso estágio na triagem da UUP, tivemos a oportunidade de agir com rapidez e de forma eficaz, mobilizando os conhecimentos adquiridos, para identificar e responder atempadamente perante as situações que punham em risco a vida dos utentes. Deste modo, os cuidados prestados foram sempre adequados à situação clínica do utente, com estabelecimento do tempo alvo até à primeira observação médica, assim como o encaminhamento para outras especialidades, sempre que necessário. Portanto, atribuímos a prioridade vermelha⁹, cujo tempo de atendimento estimado é até 10 minutos, sempre que detetámos situações de: insuficiência respiratória severa, engasgamento, queimaduras graves e agravamento de patologias crónicas. Exemplo disso foi a situação de uma criança com taquicardia supraventricular, encaminhando-a de imediato para a sala de reanimação e ativando a equipa multidisciplinar mediante o sinal sonoro, conforme protocolado no regulamento interno da UUP.

Todas as decisões tomadas na nossa prática diária assim como durante a realização dos estágios, estiveram sempre baseadas na evidência científica atual. Deste modo, em todos os campos de estágio tivemos a oportunidade de intervir e controlar o macroambiente, nomeadamente o ruído ambiental, tanto nos quartos onde as crianças estavam internadas, como na sala onde eram realizadas as consultas de enfermagem. Estas ações tiveram em consideração a bibliografia científica consultada demonstra os benefícios que o ambiente calmo, tranquilo e livre de ruído excessivo tem no sono/repouso das crianças, na recuperação da doença assim como no bem-estar e qualidade de vida.

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

Ao longo de todo o período de estágio tivemos a necessidade de pesquisar acerca do crescimento e desenvolvimento bio-psico-social das crianças/jovens/adolescentes, de

⁹ As prioridades do utente pediátrico, segundo a Triagem de Manchester modificada utilizada na UUP, estão associadas a três cores: vermelha (muito urgente ou emergente), amarela (urgente), azul (não urgente). Existe uma quarta cor, cinzenta, que é atribuída às crianças que são encaminhadas para outras especialidades como: cirurgia, ortopedia, oftalmologia, otorrinolaringologia, entre outras.

forma a garantir uma prestação de cuidados adequada as características desenvolvimentais do utente/família. Com base nos cuidados antecipatórios contemplados no PNSIJ (DGS,2013) e tendo em atenção a idade dos nossos utentes, promovemos o desenvolvimento destes, promovendo sempre o empoderamento dos pais.

Deste modo, em todas as consultas de enfermagem, avaliações e procedimentos nos quais participámos, mediante a transmissão de informação baseada na evidência científica tanto aos pais como às crianças/jovem e mediante o estabelecimento de uma relação de ajuda, conseguimos reduzir a ansiedade e medo destes. Procuramos sempre adequar a nossa linguagem ao estadio de desenvolvimento da criança e ao nível socio-cultural da família/pessoa significativa, de forma a construir uma relação enfermeira/utente de confiança e conseguir o estabelecimento de uma comunicação eficaz.

O facto de ter escolhido os locais para a realização dos estágios no mesmo hospital onde exercemos funções permitiu-nos avaliar o desenvolvimento do papel parental nos RN/pais que durante semanas ou meses estiveram internados na UCEN, que deram entrada na UUP, e que ficaram internados no SPI ou foram encaminhados para as CE de Pediatria. Essas consultas foram pedidas não só para o seguimento de um determinado problema de saúde (como por exemplo as crianças com diagnóstico de dilatação pielocalicial, detetadas *in útero*, referenciadas às CE - Consulta de Nefrologia) bem como, para as crianças referenciadas às CE de Neonatologia ou Pediatria onde também se faz o seguimento do desenvolvimento da criança saudável (como podemos observar no estudo de caso do apêndice 17 deste relatório). Deste modo, tivemos a oportunidade de dar continuidade à promoção do papel parental que anteriormente iniciámos na UCEN, o nosso local de trabalho.

Para conseguir o mais elevado estado de saúde possível para os RN/lactente, tivemos sempre em conta e apoiámos a participação e o envolvimento dos pais na prestação dos cuidados ao RN/criança durante a sua estadia no hospital. Proporcionámos ainda educação para a saúde sempre que identificámos um diagnóstico de risco, de forma a facultar conhecimentos baseados na evidência científica atual e na prática profissional, desmistificar mitos, resolver problemas em parceria com os pais/cuidadores/família,

identificar e propôr alternativas que dessem resposta às dificuldades sentidas e diagnósticos levantados.

Desta forma, realizámos intervenções e atividades de enfermagem dirigidas principalmente à promoção do sono/repouso do lactente, por ser este o objeto da nossa intervenção, mas também aos cuidados a ter com o lactente com cólicas, à promoção da amamentação exclusiva, promoção da interação mãe/filho, entre outras, conforme as necessidades sentidas e identificadas nas crianças/famílias alvos de nossa assistência.

4. REFLEXÃO CRÍTICA ACERCA DAS COMPETÊNCIAS DO MESTRE EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA

O artigo nº15 do Decreto-lei 74/2006 de 24 de março do Ministério de Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, alterado pelo Decreto-lei 63/2016 de 13 de setembro, que regulamenta o regime jurídico dos graus académicos e dos diplomas de ensino superior, estabelece que o grau de mestre pode ser conferido numa área de especialidade a quem possuir conhecimentos e competências e as souber aplicar num domínio especializado de enfermagem, demonstrar capacidade para integrar conhecimentos, comunicar as conclusões, os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, assim como possuir competências que lhe permitam uma aprendizagem ao longo da vida de forma autónoma.

Especificamente na área de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, o enfermeiro especialista deverá ver acrescentadas às suas competências comuns e específicas de EESIP as competências de Mestre em Enfermagem, que são: *demonstra competências clínicas na concepção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada; inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação, para promover a prática de enfermagem baseada na evidência; tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais; realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida; participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais; realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular e evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.*

De seguida, passamos a descrever as competências de Mestre em Enfermagem adquiridas ao longo deste percurso.

Demonstra competências clínicas específicas na concepção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem de saúde infantil e pediátrica

O processo de cuidar em enfermagem tem implícito a concepção, a prestação, a gestão e a supervisão clínica dos cuidados. Concordamos com Benner (2005) quando diz 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.

O EESIP no exercício das suas funções, faz uma avaliação pormenorizada e holística do binómio criança/família. Esta avaliação é fulcral, pois nos permite-nos definir as atividades e estratégias a realizar durante todo o processo de enfermagem.

Atendendo às demandas atuais da sociedade e ao processo evolutivo que tem sofrido a família nos últimos anos, torna-se crucial conhecer o funcionamento e o modelo familiar, alvo da nossa atenção. Só assim conseguiremos responder de forma eficaz e individualizada às necessidades da criança/família, tanto nas situações de especial complexidade como naquelas que exigem uma resposta específica para atender às necessidades da criança/jovem, segundo o ciclo de vida e o desenvolvimento desta.

Em todo este processo de prestação de cuidados especializados de enfermagem, tivemos sempre presente os princípios éticos e deontológicos que regem a profissão. O direito à autonomia, à intimidade, o sigilo profissional, à beneficência e à não maleficência, justiça, vulnerabilidade (a criança doente é duplamente vulnerável) e à prestação de cuidados especializados de enfermagem baseados na evidência científica atual, estiveram presentes em cada uma das intervenções realizadas.

Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação, para promover a prática de enfermagem baseada na evidência

Para Fortin (2000) a investigação é um fenómeno que permite adquirir conhecimentos de forma sistemática, identificando, analisando e descrevendo os acontecimentos, que posteriormente ajudarão a resolver os problemas surgidos.

Devido aos crescentes avanços científicos e técnicos na área de enfermagem e à persecução da melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados, torna-se necessário estar em constante formação, de forma a garantir a atualização dos conhecimentos com base na melhor evidência científica.

A Unidade Curricular intitulada: Investigação em Enfermagem, deste Curso de Mestrado, permitiu-nos adquirir as ferramentas necessárias tanto a nível teórico como prático, permitindo a realização de pesquisa com base em evidência científica e a utilização de metodologias de projeto eficazes para dar resposta aos problemas identificados. Permitiu ainda o desenvolvimento de competências na divulgação dos resultados da investigação em enfermagem.

Durante a aplicação do Projeto elaborámos uma norma de procedimento baseada na evidência científica atual, que permitirá uniformizar os cuidados de enfermagem prestados à criança durante o internamento no SPI e na UUP, na procura da excelência dos cuidados de enfermagem especializados.

Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais

A tomada de decisão é um fator determinante na qualidade dos cuidados de enfermagem nas suas diferentes áreas de atuação. Todo o percurso do enfermeiro deve sustentar-se no enquadramento ético e legal que regula a profissão, isto é, no REPE e o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2015), o Código Deontológico do Enfermeiro (Lei n.º 156/2015), as Competências do EESIP (Ordem dos Enfermeiros, 2010a), os Padrões de Qualidade dos Cuidados Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

Como referido no capítulo anterior, durante as práticas clínicas dos estágios I e final, tivémos a oportunidade de aplicar elementos do enquadramento jurídico na nossa prática clínica diária assim como promover, entre os restantes membros da equipa, a execução do exercício profissional com base ao Código Deontológico existente.

Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida

Esta é uma competência que foi tomada em consideração desde o início do nosso exercício profissional enquanto enfermeiros de cuidados gerais, procurando sempre o desenvolvimento do conhecimento, de competências e aptidões que promovem cuidados de excelência. Não obstante, reconhecemos que a realização do Mestrado em Enfermagem tem contribuído para o desenvolvimento pleno desta competência.

O percurso realizado ao longo deste período de formação foi de enriquecimento profissional e pessoal, durante o qual sentimos necessidade de desenvolver e aprofundar conhecimentos e competências, baseados na evidência científica atual, e os quais nos permitiram ir ao encontro da resolução de novos problemas e situações complexas.

Sentimos que a nossa responsabilidade profissional tem vindo a aumentar durante este período de formação. De igual modo, a procura pela excelência nos cuidados de enfermagem tem sido um objetivo presente em todas e cada uma das atividades e intervenções realizadas.

Participa de forma proativa em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais

Para que o enfermeiro especialista seja proativo, não só deve deter grande conhecimento sobre si, também deve conhecer os conceitos, as teorias e os fundamentos que regem a disciplina na sua área de especialização. Os modelos que servem de guia na área da formação e da investigação, reforçam os cuidados prestados e as intervenções realizadas dentro de uma equipa multidisciplinar (Kerouvac, S., Pepin, J. & Ducharme, F,1996).

O Código Deontológico dos Enfermeiros, (Lei 156/2015) contempla os deveres dos enfermeiros para com outras profissões da saúde, assim define na linha b) do artigo 112º que o enfermeiro como membro da equipa de saúde, assume o dever de “trabalhar em articulação com os restantes profissionais de saúde” e a linha c) deste mesmo artigo

contempla que o enfermeiro assume o dever de “integrar a equipa de saúde colaborando nas decisões (...)”

Em todos os atos que realizámos, procurámos a excelência do exercício profissional, mantendo a atualização contínua dos conhecimentos, conforme descrito no artigo 109º do Código Deontológico (Lei 156/2015)

Para realizar este projeto foi necessário pedir a colaboração de várias entidades nomeadamente o GID, o Gabinete de Comunicação do hospital e a colaboração dos elementos da equipa responsáveis pela formação em serviço. Desta forma trabalhámos e desenvolvemos competências sociais de comunicação e de trabalho em equipa.

O facto de ter realizado sessões de formação em serviço, sobre a temática da promoção do sono no lactente, permitiu-nos aplicar os conhecimentos adquiridos durante este percurso e transmiti-los à equipa de enfermagem do SPI e da UUP.

Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular

Esta competência tem sido desenvolvida ao longo de todo este trabalho de projeto, com a realização da formação em serviço, assim como com o levantamento do diagnóstico de situação, planeamento, execução e avaliação do projeto realizado, como se pretende demonstrar neste trabalho estabelecendo uma ponte entre a teoria e a prática.

Segundo Hesbeen (2000), os conhecimentos, aptidões e qualidades humanas desenvolvidas ao longo de todo o processo de formação vão determinar o perfil do enfermeiro. Para Ferreira (2015), o desenvolvimento pessoal e profissional do enfermeiro promove a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados. Esta melhoria contínua da qualidade está relacionada com a atualização de conhecimentos, e com o grau de formação dos profissionais no desempenho das suas funções.

Deste modo, durante os estágios efetuados no SPI e na UUP, procurámos realizar formação aos enfermeiros, com base nas necessidades de formação identificadas, com o

intuito de promover o espírito reflexivo sobre as práticas de cuidados realizadas e mobilizar/reforçar os conhecimentos na área de Enfermagem de saúde infantil e pediátrica, mais especificamente na promoção do sono/repouso do lactente, de forma a promover a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.

As competências comuns de enfermeiros especialista obtidas neste percurso, junto com as competências específicas adquiridas na área de enfermagem de saúde infantil e pediatria, anteriormente descritas na secção 3 deste relatório, contribuíram para a consecução desta competência de mestre.

5. CONCLUSÃO

A Enfermagem enquanto ciência exige um nível crescente de conhecimentos, de forma a responder de forma eficaz e eficiente à evolução constante das sociedades e do desenvolvimento em saúde.

A preocupação, cada vez maior, pela prestação de cuidados humanizados, de qualidade e excelência nas instituições onde são prestados cuidados de saúde, nomeadamente no Departamento de Pediatria, requerem uma constante evolução e atualização dos conhecimentos teóricos, científicos e práticos por parte dos enfermeiros. O EEESIP tem, uma vez mais, um papel fulcral na implementação e aplicação destes cuidados.

Olhando para o percurso concretizado até aqui, devemos salientar os principais contributos que nos ajudaram a dar resposta aos objetivos traçados, assim como ao problema levantado na fase de diagnóstico. Ao mesmo tempo permitiu-nos adquirir, mobilizar e desenvolver competências de enfermagem especializadas, tanto comuns como específicas na área de Enfermagem de saúde infantil e pediátrica.

Considerámos ter atingido os objetivos a que nos propusemos, adquirindo competências ao nível da elaboração/realização de um projeto. Fomos, desta forma, capazes de desenvolver competências de Mestre em Enfermagem, mais especificamente as competências comuns e específicas do EEESIP, procurando a promoção da melhoria da qualidade dos cuidados de saúde recorrendo à investigação e à prática baseada na evidência científica.

Com a realização deste relatório pretendemos salientar, através duma análise reflexiva, as atividades/intervenções mais relevantes e desenvolvidas que nos permitiram promover a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, através da investigação e da prática baseada na evidência. Pretendemos também refletir sobre as atividades que nos permitiram desenvolver conhecimentos e competências no domínio da Enfermagem de saúde infantil e pediátrica, bem como na gestão clínica, na liderança de equipas e de

projetos, na supervisão e na gestão dos cuidados nos diferentes contextos da prática e contribuir para o desenvolvimento da profissão.

O nosso interesse pela excelência nos cuidados levou-nos à necessidade constante de atualização dos conhecimentos. A pesquisa efetuada em bases de dados científicas e a consulta de bibliografia relacionada com a nossa área de intervenção, foram ações que contribuíram para atingir este objetivo, através da aquisição, expansão e desenvolvimento de conhecimentos e competências relativamente à promoção do sono/repouso da criança no primeiro ano de vida, destacando a importância do controlo do ruído ambiente. Esta aquisição de conhecimentos permitiu-nos basear a nossa prática clínica na evidência científica atual, tendo em conta a promoção da segurança e a qualidade de vida da criança e da sua respetiva família.

As atividades e estratégias que nos ajudaram a promover e evidenciar a importância de um sono adequado nas crianças durante o primeiro ano de vida, destacando a relevância que o sono adequado tem para o desenvolvimento e a qualidade de vida nesta fase etária, assim como para o bem-estar das crianças/famílias foram:

- trabalhar em parceria com os pais/pessoa significativa, sensibilizando-os através de atividades de educação para a saúde e através da transmissão das orientações antecipatórias do PNSIJ (DGS, 2013);
- realizar ações de formação em serviço dirigidas à equipa de enfermagem do SPI e da UUP, para sensibilizá-la sobre as medidas/intervenções a implementar no serviço/unidade, de forma a contribuir para a promoção do sono/repouso dos lactentes hospitalizados e uniformizar os cuidados prestados.

Cada vez mais, os profissionais de saúde estão mais atentos à humanização dos cuidados que prestam e os enfermeiros não são uma exceção. A grande maioria dos enfermeiros que trabalha no SPI e na UUP reconhece que o sono é uma necessidade humana básica com impacto significativo na recuperação da criança. Não obstante, também admitem não estarem atentos aos fatores disruptores do sono durante a prestação de cuidados.

Posto isto, delineámos várias atividades/estratégias promotoras do sono e conforto nos lactentes que podem ser introduzidas no serviço e na unidade onde decorreu o projeto. Estas ficaram descritas numa norma de procedimento¹⁰ elaborada com a finalidade de uniformizar as intervenções e os cuidados de enfermagem prestados à criança, a qual tem o intuito de promover condições propícias à manutenção de períodos de sono/repouso adequados e sem interrupções, num ambiente tranquilo e com os níveis de ruído dentro dos parâmetros recomendados.

Estudando profundamente tudo aquilo que foi realizado durante a elaboração deste relatório de estágio e, apesar de ter atingido o objetivo a que nos propusemos no projeto, (*contribuir para a promoção do sono/repouso da criança no primeiro ano de idade*) devemos mencionar que, existiu uma dificuldade durante a execução do mesmo que não conseguimos ultrapassar. Este constrangimento foi a impossibilidade da aquisição do sonómetro para a monitorização contínua dos níveis de ruído no serviço/unidade, de forma a saber se as estratégias traçadas são eficazes e se conseguimos manter os níveis de ruído dentro dos valores considerados seguros ou, se pelo contrario, é necessário implementar novas ações.

Naturalmente, muitas coisas poderão ser ainda melhoradas, mas o caminho a percorrer acaba de começar. Pensamos que o facto de trabalharmos na mesma instituição onde desenvolvemos este projeto tornou-se um aspeto facilitador, o que poderá ser uma oportunidade para, futuramente, conseguir a implementação do mesmo a nível institucional.

O facto de termos atingido os objetivos propostos, tanto a nível académico como a nível pessoal, juntamente com as competências adquiridas neste percurso, será um ponto de partida para dar continuidade às aprendizagens iniciadas neste Mestrado de Enfermagem, permitindo contribuir ativamente para a promoção e a excelência da qualidade dos cuidados de enfermagem em saúde infantil e pediátrica.

¹⁰ Aguarda aprovação por parte do Conselho de Administração do hospital.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS E ELETRÓNICAS

- Agência Portuguesa do Ambiente. (2017). Som, ruído e incomodidade. Disponível em <https://www.apambiente.pt/index.php?ref=16&subref=86&sub2ref=529>;
- Alcaraz, F., Espín, A., Martínez, A. & Alarcón, M. (2006). Diseño de cuestionarios para la recogida de información: metodología e limitaciones. *Revista Clínica de Medicina Familiar*, 1 (5), 232-236. Disponível em <http://www.redalyc.org/pdf/1696/169617616006>;
- Alho, S., Macarro, O. & Varela, V. (2017, Janeiro). Avaliação do ruído ambiente na UCEN – efeitos adversos no neurodesenvolvimento do recém-nascido. Comunicação Oral em Conferência, Centro Hospitalar de Setúbal;
- Als, H., Duffy, F.H., McAnulty, G.B., Rivkin, M.J., Vajapeyam, S., Mulkern, R.V., ... Eichenwald, E.C. (2004). Early experience alters brain function and structure. *American Academy of Pediatrics*, 113(4), 846-857. doi: 10.1542/peds.113.4.846;
- Alligood, M. & Tomey, A. (2014). *Modelos y Teorías en Enfermería*. 8ª Ed. Elsevier. Mosby. ISBN: 9788490227275;
- American Academy of Pediatrics. (2016). SIDS and Other Sleep-Related Infant Deaths: Updated 2016 Recommendations for a Safe Infant Sleeping Environment. 138 (5). DOI: 10.1542/peds.2016-2938
- American Academy of Pediatrics. (1997). Noise: a hazard for the fetus and newborn. In *Pediatrics*. Disponível em <http://pediatrics.aappublications.org/content/100/4/724>.;
- Associação Espanhola de Pediatria. (2015) Sueño normal. Disponível em <http://enfamilia.aeped.es/vida-sana/sueno-normal>;
- Andrade, K.; Oliveira, LL.; Souza, R. & Matos, IM. (2016). Noise level measurement and its effects on hospital employees based on complaint reports. *Rev. CEFAC*, 18(6), 1379-1388. doi:10.1590/1982-0216201618619815;
- Benner, P. (2005). De iniciado a perito. Coimbra: Quarteto Editora. ISBN: 9789728535971
- Brazelton, T. B. (2004). O Grande Livro da Criança: O Desenvolvimento Emocional e do Comportamento Durante os Primeiros Anos, (7ª ed.). Lisboa: Editorial Presença. ISBN 972-23-1930-2;
- Brazelton, T.B. & Sparrow, J. (2009). A Criança e o Sono: Método Brazelton.(5ª ed.). Lisboa; Editorial Presença. ISBN: 9789722331876;

- Casey, A. (1995). Partnership nursing: influences on involvement of informal carers. *Journal of Advanced Nursing*, 22(6), 1058-1062; Disponível em <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1995.tb03105.x>;
- Castro, A.B. (2013). *El aeiou de la investigaci3n en enfermeria*. Madrid: Editor FUDEN. ISBN: 97884153445732;
- Chora, M.A. & Azougado, C. (2015). Influência da promoção do sono no desenvolvimento do recém-nascido pré-termo: uma revisão narrativa. *RIASE online*, 1(3), 357-371. Disponível em http://www.revistas.uevora.pt/index.php/saude_envelhecimento/article/view/77/117;
- Clínica Universitaria de Navarra (2015). Cólico del lactante. Disponível em <http://www.cun.es/chequeos-salud/infancia/colico-lactante>;
- Costa, G; Lacerda, A & Marques, J. (2013). Noise on the hospital setting: impact on nursing professional´ health. *Rev. CEFAC*, 15(3), 642-652. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-18462013005000012>;
- Coutinho, C. (2014). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas. Teoria e Prática*. (2 ed.). Coimbra: Edições Almedina S.A. ISBN 9789724056104;
- Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro. Diário da República, 1ª série - A, n.º 205, 2959-2962. Disponível em <https://dre.pt/application/file/a/241564>;
- Decreto-lei nº 74/2006, de 24 de março. Diário da República, série I-A , 2242 – 2257. Disponível em https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada-/lc/75316582/201705101508/exportPdf/normal/1/cacheLevelPage?_LegislacaoConsolidada_WAR_drefrontofficeportlet_rp=indice;
- Decreto-lei nº 63/2016, de 13 de setembro. Diário da República 1ª série,N.º 176, 3159-3191. Disponível em <https://dre.pt/application/file/a/75319373>
- Deodato, S. (2015). Prefácio I. In Ordem dos Enfermeiros (org.), *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/LivroCJ_Deontologia_2015_Web.pdf;
- Despacho n.º 5613/2015, de 27 de maio. Diário da República, 2ª série, N.º 102, 13550-13553. Disponível em <http://direitodamedicina.sanchoeassociados.com/arquivo/despacho-n-o-56132015-ministerio-da-saude-aprova-a-estrategia-nacional-para-a-qualidade-na-saude-2015-2020-que-consta-do-anexo-ao-presente-despacho/>

Dicionário infopédia da Língua Portuguesa. (2018). Dicionário Porto Editora da Língua Portuguesa - Acordo Ortográfico. Disponível em <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/sono>

Dicionário infopédia da Língua Portuguesa. (2018a). Dicionário Porto Editora da Língua Portuguesa - Acordo Ortográfico. Disponível em <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/conforto>

Dicionário infopédia da Língua Portuguesa. (2018b). Dicionário Porto Editora da Língua Portuguesa - Acordo Ortográfico. Disponível em <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/ruído;>

Dicionário infopédia da Língua Portuguesa. (2018c). Dicionário Porto Editora da Língua Portuguesa - Acordo Ortográfico. Disponível em <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/projet;>

Dicionário infopédia da Língua Portuguesa (2018d). Dicionário Porto Editora da Língua Portuguesa - Acordo Ortográfico. Disponível em <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/objetivo;>

Dicionário infopédia da Língua Portuguesa. (2018e). Dicionário Editora da Língua Portuguesa - Acordo Ortográfico. Disponível em <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/compet%C3%A2ncia;>

Direção Geral da Saúde. (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Disponível em <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102013-de-31052013-jpg.aspx>;

Direção Geral da Saúde. (2013a). Orientação nº 021/2013. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0212013-de-31122013.aspx>;

Direção Geral da Saúde. (2010). Manual de Gestão do Risco Profissional. Orientação Técnica Nº 1.-DPS;

Ferreira, C. (2015). *Gestão em enfermagem e a formação em serviço: tecnologias de informação e padrões de qualidade*. (Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto) . Disponível em https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9756/1/tese_finalCarla%20Rego_fev2015.pdf;

Ferrito, C., Ruivo, A. & Nunes, L. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Revista Percursos*. (15). Disponível em http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf;

Fortin, M. (2000). O processo de investigação: da concepção à realização. Loures: Lusociência;

- Gomes, M., Quinhones, M., & Engelhardt, E. (2010). Neurofisiologia do sono e aspectos farmacoterapêuticos dos seus transtornos. *Revista Brasileira de Neurologia*, 46 (1), 5-15. Disponível em <http://files.bvs.br/upload/S/0101-8469/2010/v46n1/a003.pdf>;
- Hesbeen, W. (2000) .Cuidar no Hospital.Enquadrar os Cuidados de enfermagem numa Perspectiva de Cuidar. Loures: Lusodidacta;
- Hunter, P. (2008). To sleep, perchance to live. Sleeping is vital for health, cognitive function, memory and long life. *EMBO Reports*, 9(11), 1070–1073. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2581860/>;
- International Council of Nurses. (2016). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE: Versão 2015 - Versão Oficial em Português. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em <https://www.flipsnack.com/ordemenfermeiros/catalogo-ciper-2015.html>;
- Hirshkowitz, M., Whiton, K., Albert, S.M., Alessi, C., Bruni, O., DonCarlos, L.,...Ware, J. (2015). National Sleep Foundation's updated sleep duration recommendations: Final report. *Sleep Health*, 1(4), 233-243. Disponível em https://www.clinicalkey.com/service/content/pdf/watermarked/1-s2.0-S2352721815001606.pdf?locale=pt_BR;
- Hockenberry, M. J. & Wilson, D. (2014). Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente. (9ª ed.). Loures: Lusociência Edições Técnicas e Científicas; ISBN:978-989-748-004-1;
- Jike, M., Itani, O., Watanabe, N. & Buysse, D.J. (2017) Long sleep duration and health outcomes: A systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Sleep Medicine Reviews*. Disponível em https://www.clinicalkey.com/service/content/pdf/watermarked/1-s2.0-S1087079217300278.pdf?locale=pt_BR;
- Jurado, M.J & Segarra, F.J. (2016). El sueño en los niños y adolescentes. *Rev Neurol*, 63 (2), 14-16. Disponível em <http://s525459985.mialojamiento.es/wp-content/uploads/2016/12/rev-neurologia2016.pdf>;
- Kerouvac, S., Pepin, J., Ducharme, F, Duquette, A. & Major, F. (1996). El pensamiento enfermero. Barcelona: Masson;
- Kolcaba, K. (1994). A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 19(6), 1178-1184. Disponível em <https://pdfs.semanticscholar.org/d7fe/5a5c6370a78094b5db2757e7d5ab9467106f.pdf>;

- Kolcaba, K. (1992). Holistic comfort: operationalizing the construct as a nurse-sensitive outcome. *Advances in Nursing Science*, 15 (1), 1-10. Disponível em <http://www.thecomfortline.com/files/pdfs/1992%20%20Holistic%20comfort%20Operationalizing.pdf>;
- Kolcaba, K. (1991). A Taxonomic Structure for the Concept Comfort. *Journal of Nursing Scholarship*, 23 (4), 237-240. Disponível em <https://pdfs.semanticscholar.org/7480/24e067dfcfcf28aef4e238834876b8ac6d9c.pdf>;
- Lei n.º 15/2014 de 21 de março. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 57, 2127-2131;
- Lei n.º 156/2015 de 16 de Setembro. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 181, 8101-8105;
- Leite, E., Malpique, M. & Santos, M. R. (2001). Trabalho de Projecto 1. Aprender por Projectos Centrados em Problemas. (4 ed.). Porto: Edições Afrontamento, ISBN: 9789723602166;
- Mão de Ferro, A. (1999). Na rota da Pedagogia. Lisboa: Edições Colibri;
- Martínez, J., Hernández, J., Hernández, V.A. & González, L.O. (2011). Índice de ruido en la unidad neonatal. Su impacto en recién nacidos. *Acta Pediatr Mex*, 32 (1), 5-14. Disponível em <http://www.medigraphic.com/pdfs/actpedmex/apm-2011/apm111b.pdf>;
- Medeiros, A.B, Enders, B. & Lira, A.L. (2015). Teoria Ambientalista de Florence Nightingale: Uma Análise Crítica. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem* 19(3). doi: 10.5935/1414-8145.20150069;
- Medina, J., Martínez, J.M. & Gómez, J.L. (2015). Diseño y elaboración del proyecto de investigación clínica para profesionales de ciencias de la salud. *Sección de Metodología. Enfermería Basada en la Evidencia: Investigación Clínica Aplicada a las Ciencias de la Salud*, (64); 73-79. Disponível em https://www.enfermeriaencardiologia.com/wp-content/uploads/64_01.pdf;
- Mendes, R.M.N. (2008). A criança, o sono e as escolas. *Rev. Referência*. Série 2. (7), 7-19. Disponível em https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2101&id_revista=4&id_edicao=23;
- Mendes, L. R., Fernandes, A. & Garcia, F. T. (2004). Hábitos e perturbações do sono em crianças em idade escolar. *Acta Pediátrica Portuguesa*, (35), 4. 341-347. Disponível em <http://actapediatrica.spp.pt/article/view/4983/3771>;
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2010). Cuidados desde el nacimiento. Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas. Disponível em

<http://msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/cuidadosDesdeNacimiento.pdf>);

- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2011). Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos del Sueño en la Infancia y Adolescencia en Atención Primaria. Disponível em http://s525459985.mialojamiento.es/wp-content/uploads/2016/12/guia_sueno_ninos.pdf;
- Nunes, L., Amaral, M., & Gonçalves, R. (2005). Código Deontológico do Enfermeiro: Dos Comentários à Análise de Casos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros;
- Oliveira, L. & Ferreira, R. (2014) . O ambiente das enfermarias pediátricas favorece o sono das crianças?. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 45(2), 82-89. Disponível em <http://actapediatria.spp.pt/article/view/2706/3024>;
- Oliveira, D., Figueiredo, M. & Batista, V. (2013). Ubiquidade do ruído em Neonatologia: efeitos e efectividade de medidas de controlo. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 44 (5), 234-241. Disponível em <http://actapediatria.spp.pt/article/view/3424/2739>;
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Concetual. Enunciados descritivos. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>;
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). Guia Orientadora de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. Cadernos OE. Seria I. 3(I) ISBN: 978-989-84444-004;
- Ordem dos Enfermeiros. (2010a). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciaCrian%3%A7aJov_aprovadoAG_20Nov2010.pdf;
- Ordem dos Enfermeiros. (2010b). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_122_2011_CompetenciasComunsEnfEspecialista.pdf;
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_291020_15_VF_site.pdf;
- Ordem dos Enfermeiros. (2015a). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Disponível em

http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/LivroCJ_Deontologia_2015_Web.pdf;

Organização Mundial da Saúde. (1990). Guías para el ruido urbano. Disponível em http://www.juristas-ruidos.org/Documentacion/guia_oms_ruido_1.pdf;

Organização Mundial da Saúde. (2009). Night noise guidelines for europe. Disponível em http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/43316/E92845.pdf?ua=1;

Organização Mundial da Saúde. (2011). Burden of disease from environmental noise-quantification of healthy life years lost in Europe. Disponível em http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/136466/e94888.pdf

Orsi, K., Llaguno, N., Avelar, A., & Tsumeni, M. (2015). Efeito da resução de estímulos sensoriais e ambientais no sono de recém-nascidos pré-termo hospitalizados. *Rev Esc Enferm USP*, 49(4), 550-555. doi: 10.1590/S0080-623420150000400003;

Paiva, T. (2015). Bom sono, boa vida. (7ªed.). Alfragide: Oficina do Livro. ISBN:9789897412608;

Peixoto, P.; Kakehashi, T. & Pinheiro, E. (2011). Nível de pressão sonora em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Rev Esc Enferm USP*, 45(6), 1309-1314. Disponível em <http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/download/40838/44243>;

Ponte, K.M. & Silva, L.F. (2015). Conforto como resultado do cuidado de enfermagem: revisão integrativa. *Rev. pesqui. cuid. fundam. (Online)*, 7(2), 2603- 2614. doi: 10.9789/2175-5361.2015.v7i2.2603-2614;

Pueyo, G & Navarro, S. (2014). Manual CTO de Enfermería. (6ª ed.). Madr: Editorial CTO S.L. ISBN:978-84-15865-01-8;

Regulamento n.º 123/2011. (2011). Diário da República, 2.ª série n.º 35 18, 8653- 8655;

Ruivo, A. (2016). Mestrado em Enfermagem em Associação - UEVORA . Ano letivo 2016/17;

Tavares, A. (1990). Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde. Caderno Formação, nº2. Lisboa: Ministério da Saúde. Departamento de Recursos Humanos da Saúde. Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional;

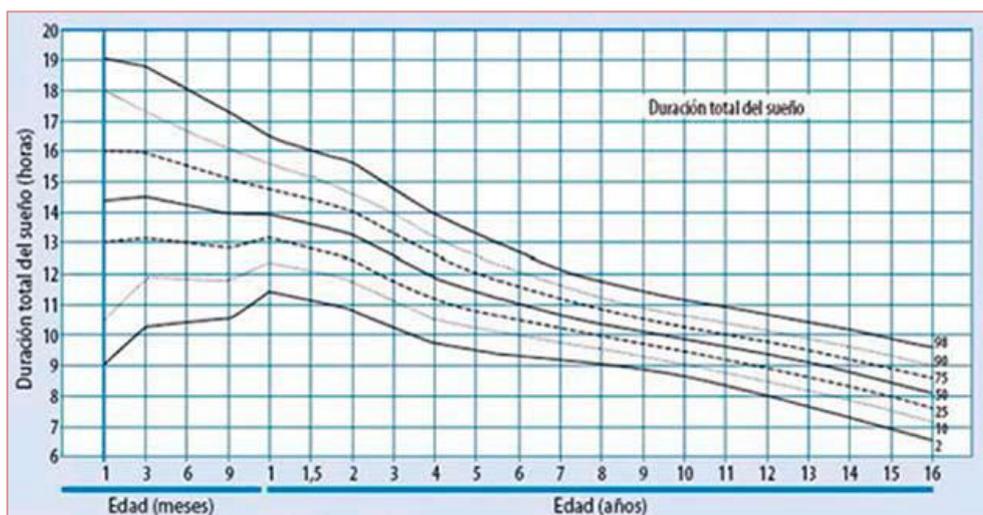
Sale, D. (1998). Garantia da Qualidade nos Cuidados de Saúde: Para Profissionais da Equipa de Saúde (1ªed.). Lisboa: Principia;

- Santos, B. Orsi, K., Balieiro, M.M. & Sato, M. (2015). Efeito do “horário do soninho” para redução de ruído na unidade de terapia intensiva neonatal. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 19(1), 102-106. doi:10.5935/14148145.20150014;
- Silva, A., Amorim, N., Fonseca, L. & Fujinaga, C. (2012). Perception of the multidisciplinary team about noise in neonatal intermediate care units. *Acta Paul Enferm*, 25(1), 74-79. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010321002012000100013&script=sci_arttext;
- Soares, Â. (2010). O Sono: Efeitos da sua privação sobre as defesas orgânicas. Lisboa: Edições Técnicas, Lda. ISBN: 978-972-757-663-0;
- Sociedade Portuguesa de Pediatria. (2017). Recomendações SPS-SPP. Prática da sesta da criança. Disponível em http://www.spp.pt/UserFiles/file/Noticias_2017/VERSAO%20PROFISSIONAIS%20DE%20SAUDE_RECOMENDACOES%20SPSSPP%20SESTA%20NA%20CRIANCA.pdf;
- UNICEF (1989). Convenção sobre os Direitos da Criança. NY: Disponível em: https://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf;
- Watson, J., Kinstler, A., Vidonish, WP., Wagner, M., Lin, L., Davis, KG., ... Daraiseh, NM. (2015). Impact of noise on nurses in Pediatric Intensive Care Units. *American Journal of Critical Care*, 24(5), 377-384. doi: 10.4037/ajcc2015260;
- Watson, L., Ceriana, P. & Fanfulla, F. (2012). Delirium: Is sleep important?. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol*, 26 (3), 355-366. Disponível em https://www.clinicalkey.com/service/content/pdf/watermarked/1-s2.0-S1521689612000559.pdf?locale=pt_BR.

ANEXOS

ANEXO 1: Gráfica de percentis referente à duração do sono em crianças/adolescentes

Gráfico 1: Percentis referente à duração do sono em crianças/adolescentes ¹¹



¹¹ Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2011). Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos del Sueño en la Infancia y Adolescencia en Atención Primaria. Acedido em http://s525459985.mialojamiento.es/wpcontent/uploads/2016/12/guia_sueno_ninos.pdf

ANEXO 2 | Aprovação do Projeto - Universidade de Évora



Dissertação

Nome: **Olívia Macarro García**
Número: **36921**
Curso: **Mestrado em Enfermagem (cód. 524) coddges: 6734**
Especialidade em **Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica**
Tipo de aluno: **Normal**

Dados da dissertação

Número: 11146
Título: Promoção do sono/repouso da criança, durante o primeiro ano de vida: a importância do controlo do ruído ambiente
Título em inglês: Promotion of sleep/rest of the child during the first year of life: the importance of environmental noise
Tipo: Relatório de Estágio
Data de aprovação: 21/11/2017

Orientador

Nome: António Casa Nova
Email: casanova@essp.pt
Instituição: Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde
Categoria profissional:

Co-orientadore(s)

Nome: Ana Lúcia Caeiro Ramos
Email: ana.ramos@ess.ips.pt
Instituição: Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde
Categoria profissional: Professora Adjunta

ANEXO 3 | Aprovação do Gabinete de Investigação e Desenvolvimento do Hospital para realização do estudo

De: Gabinete de Investigação Desenvolvimento

Enviado: 3 de janeiro de 2018 10:52

Para: omgdnc@hotmail.com

Cc: [REDACTED]

Assunto: Autorização à realização do estudo 'Promoção do sono/repouso durante o primeiro ano de vida: a importância do controlo do ruído ambiente.'

Exma. Sra. Enf^a. Olivia Macarro Garcia,

Venho por este meio, informar que, em relação ao estudo em epigrafe, foi autorizado, pelo Conselho de Administração, em [21.12.2017](#), Acta 51/17,

Informação documentada em 2020

APÊNDICES

APÊNDICE 1 | Questionário

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Questionário

Este questionário forma parte do trabalho de Projeto intitulado: “*Promoção do sono/repouso da criança durante o primeiro ano de vida: a importância do controlo do ruído ambiente*”, realizado no âmbito do Mestrado em Enfermagem em Associação, ramo de especialização em Enfermagem de saúde infantil e pediátrica.

Através do questionário, pretendo conhecer a opinião tanto da equipa de enfermagem do Serviço de Pediatria como da Unidade de Urgência Pediátrica, relativamente à perceção do ruído ambiente existente no Serviço e Unidade de Urgência Pediátrica respectivamente, e a sua repercussão no sono/repouso das crianças internadas.

É totalmente anónimo e confidencial. Para responder as perguntas, só tem que pôr uma “X” no item que ache conveniente. O tempo de preenchimento estimado é inferior a cinco minutos.

Peço que leiam com atenção todas as perguntas e que respondam às mesmas com sinceridade.

Não há respostas certas ou erradas; todas são válidas, sempre que reflitam a sua opinião.

Muito obrigada pela sua colaboração !

Aluna ESIP: Olivia Macarro

Professor Orientador: António Casa Nova

Professora Orientadora: Ana Lúcia Ramos

Questionário: Percepção do ruído ambiente no âmbito hospitalar

A - Dados sociodemográficos / caracterização da Equipa de Enfermagem

1 | Idade

- | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> < 30 anos | <input type="checkbox"/> 50 a 59 anos |
| <input type="checkbox"/> 30 a 39 anos | <input type="checkbox"/> > 60 anos |
| <input type="checkbox"/> 40 a 49 anos | |

2 | Habilitações académicas

- | | |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bacharelato em Enfermagem | <input type="checkbox"/> Mestrado |
| <input type="checkbox"/> Licenciatura em Enfermagem | <input type="checkbox"/> Doutoramento |
| <input type="checkbox"/> Pós-Graduação | <input type="checkbox"/> Outra _____ |

3 | Tempo de experiência profissional

- | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> < 5 anos | <input type="checkbox"/> 16 – 20 anos |
| <input type="checkbox"/> 5 – 10 anos | <input type="checkbox"/> 21 – 25 anos |
| <input type="checkbox"/> 11 – 15 anos | <input type="checkbox"/> > 25 anos |

4 | Atualmente exerce funções no/na:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Serviço de Pediatria | <input type="checkbox"/> Unidade de Urgência Pediátrica |
|---|---|

B – Avaliação do ruído

5 | A maior parte do tempo, como descreve o ambiente no Serviço/Unidade?

- Ruidoso
- Pouco ruidoso
- Silencioso

6 | Realiza alguma medida para minimizar o ruído?

- Nunca
- Algumas vezes
- Raramente
- Sempre

7 | Identifique a principal causa de ruído

- Conversas dos profissionais
- Alarmes dos monitores/equipamentos
- Conversas dos pais/acompanhantes das crianças
- Sons de telemóveis/televisão
- Outra: _____

8 | Pensa que o seu comportamento no Serviço/Unidade causa ruído?

- Nunca
- Algumas vezes
- Raramente
- Sempre

9 | Realiza alguma medida para favorecer o sono/repouso das crianças menores de um ano de idade, internadas no hospital?

- Nunca
- Algumas vezes
- Raramente
- Sempre

10 | Pensa que o ruído tem efeitos negativos nas crianças menores de um ano de idade, que estão internadas no seu Serviço/Unidade?

- Nunca
- Algumas vezes
- Raramente
- Sempre

11 | Conhece a regulamentação existente em relação ao ruído no ambiente hospitalar?

Sim

Não

Se a resposta à pergunta número 12 foi NÃO, já terminou o questionário.
Se a resposta à pergunta número 12 foi SIM, responda a pergunta número 13.

12 | Quais pensa que são os níveis de ruído considerados seguros, delimitados pela Organização Mundial da Saúde, para as salas/cuartos do hospital?

< 40 dB durante o dia com uma diminuição de 5-10 dB durante a noite

< 55 dB durante o dia e menos de 50 dB durante a noite

< 75 dB durante o dia com uma diminuição de 5 -10 dB durante a noite

APÊNDICE 2 | Pedido de autorização ao Srº Enfermeiro Chefe do SIP e da UUP

Exma. Sr^o Enf.^o Chefe do SIP e da UUP

Olivia Macarro García, enfermeira do Centro Hospitalar Hospital, a exercer funções na Unidade de Cuidados Especiais Neonatais e, atualmente, a frequentar o Mestrado em Enfermagem em Associação, na Universidade de Évora, no ramo de especialização em Enfermagem de saúde infantil e pediátrica, encontra-se a efetuar Estágio no Serviço de Pediatria deste Hospital, no período de 18 de setembro a 29 de outubro do presente ano, e posteriormente na Unidade de Urgência Pediátrica, no mesmo Hospital, no período de 30 de outubro de 2017 a 27 de janeiro de 2018. Vem por este meio solicitar autorização para realizar nos serviços supra citado um projeto em que o tema principal é a promoção do sono/repouso durante internamento da criança no primeiro ano de idade. Este trabalho é orientado pelo Professor Doutor António Casa Nova, docente da Escola de Enfermagem de Portalegre e pela Professora Doutora Ana Lúcia Ramos, docente da Escola de Enfermagem do Instituto Politécnico de Setúbal.

O objetivo geral deste projeto tem em vista a melhoria da qualidade dos cuidados prestados mediante a promoção de intervenções que contribuam para promover o sono/repouso das crianças internadas, dos 0 até os 12 meses de idade, através do controlo/minimização dos níveis de ruído ambiente e, neste sentido, solicita autorização para aplicar um questionário sobre a temática à equipa de enfermagem no Serviço de Pediatria assim como na Unidade de Urgência Pediátrica.

Durante o projeto serão garantidas todos os aspetos éticos e deontológicos inerentes a um estudo de investigação. Os dados obtidos são meramente para fins académicos e está garantida a confidencialidade dos mesmo.

Disponibiliza-se, desde já, a divulgar os resultados do projeto, estando disponível para os esclarecimentos.

Atenciosamente

Setúbal, 10 de outubro de 2017

APÊNDICE 3 | Pedido de autorização à Sr^a Enfermeira Diretora do Hospital

Exma. Sr^a Enf.^a Diretora

Olivia Macarro García, enfermeira neste Centro Hospitalar, a exercer funções na Unidade de Cuidados Especiais Neonatais e, atualmente, a frequentar o Mestrado em Enfermagem em Associação, na Universidade de Évora, no ramo de especialização em Enfermagem de saúde infantil e pediátrica, encontra-se a efetuar Estágio no Serviço de Pediatria deste Centro Hospitalar, no período de 18 de setembro a 29 de outubro do presente ano, e posteriormente na Unidade de Urgência Pediátrica, no mesmo Hospital, no período de 30 de outubro de 2017 a 27 de janeiro de 2018. Vem por este meio solicitar a vossa Ex.^a autorização para realizar nos serviços supra citado um projeto em que o tema principal é a promoção do sono/repouso durante internamento da criança no primeiro ano de idade. Este trabalho é orientado pelo Professor Doutor António Casa Nova, docente da Escola de Enfermagem de Portalegre e pela Professora Doutora Ana Lúcia Ramos, docente da Escola de Enfermagem do Instituto Politécnico de Setúbal.

O objetivo geral deste projeto tem em vista a melhoria da qualidade dos cuidados prestados mediante a promoção de intervenções que contribuam para promover o sono/repouso das crianças internadas, dos 0 até os 12 meses de idade, através do controlo/minimização dos níveis de ruído ambiente e, neste sentido, solicita autorização para aplicar um questionário sobre a temática à equipa de enfermagem no Serviço de Pediatria assim como na Unidade de Urgência Pediátrica.

Durante o projeto serão garantidas todos os aspetos éticos e deontológicos inerentes a um estudo de investigação. Os dados obtidos são meramente para fins académicos e está garantida a confidencialidade dos mesmo.

Disponibiliza-se, desde já, a divulgar os resultados do projeto, estando disponível para os esclarecimentos.

Atenciosamente

Setúbal, 12 de outubro de 2017.

APÊNDICE 4 | Análise dos dados obtidos nos questionários

ANÁLISE DOS DADOS OBTIDOS NOS QUESTIONÁRIOS

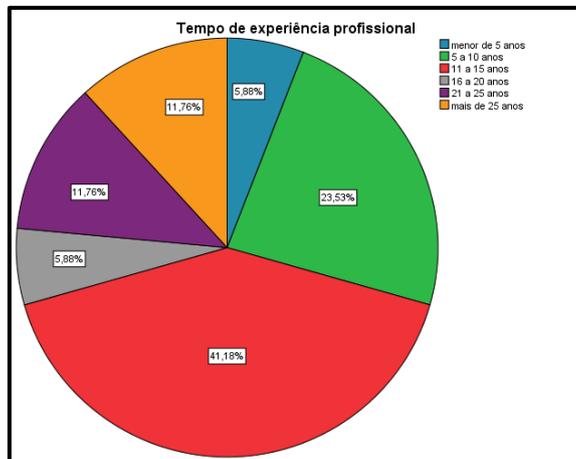
A continuação, analisamos os resultados referentes ao questionário que se mostra no Apêndice I deste mesmo trabalho, e que forma parte do trabalho elaborado no âmbito do Mestrado em Enfermagem em Associação no ramo da Especialização em Enfermagem de saúde infantil e pediátrica.

Como já foi referido, para o levantamento do problema e o diagnóstico da situação, além da observação direta, também utilizamos o questionário (formado por itens de resposta fechada e de tipo Likert) como instrumento de colheita de dados, pois este permite abranger um maior número de pessoas ao mesmo tempo e oferece maior anonimato nas respostas dadas pelos participante, além de permitir o preenchimento na ausência do investigador (Alcaraz et al., 2006).

A **amostra**, não probabilística ou acidental, esteve formada por todos os enfermeiros do SPI e da UUP que aceitaram responder ao questionário, estando excluídos do estudo aqueles enfermeiros do serviço/unidade supracitados que estivessem em período de integração/estágio e/ou de baixa médica. O número total de questionários obtidos foi de 17, o que corresponde ao **51,5 %** do total dos enfermeiros incluídos no estudo:

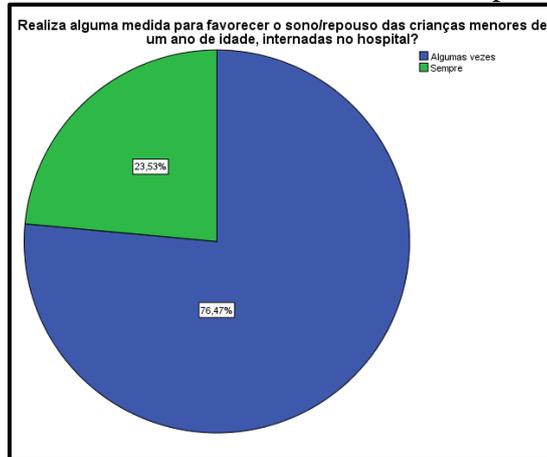
Depois da análise e tratamento dos dados, mediante o programa informático SPSS versão 22, os resultados obtidos mostram, no **Gráfico 2**, relativamente aos anos de experiência da equipa de enfermagem do SIP e UUP, em adiante, equipa de enfermagem de pediatria, que um **29,4%** dos enfermeiros tem **menos de 10 anos de experiência profissional**, sendo que a maioria dos participante, o **70,7%**, tem **mais de 11 anos de experiência profissional**.

Gráfico 2: Tempo de experiência profissional



Quando, esta mesma equipa é questionada em relação à se realizam alguma medidas que favoreça o sono/repouso das crianças menores de um ano de idade (Ver Gráfico 3), o **76,5%** dos enfermeiros responderam que **algumas vezes realizam medidas** que **favorezem o sono/repouso** das crianças e só o **23,5 %** responderam que **sempre realizam medidas para favorecer o sono** os lactentes internados.

Gráfico 3: Realiza alguma medida para favorecer o sono/repouso das crianças menores de um ano de idade, internadas no hospital?



Por um lado, como se observa no Gráfico 4, o **70,59%** dos profissionais que responderam ao questionário, reconhecem que **algumas vezes o seu comportamento causa ruído** e, o **29,41%** afirma que **raramente o seu comportamento causa ruído**. E no Gráfico 5, um **58,8%** dos enfermeiros **pensam que o ruído sempre causa efeitos negativos nos lactentes** que estão internados no serviço/unidade.

Gráfico 4: Pensa que o seu comportamento no serviço/unidade causa ruído?

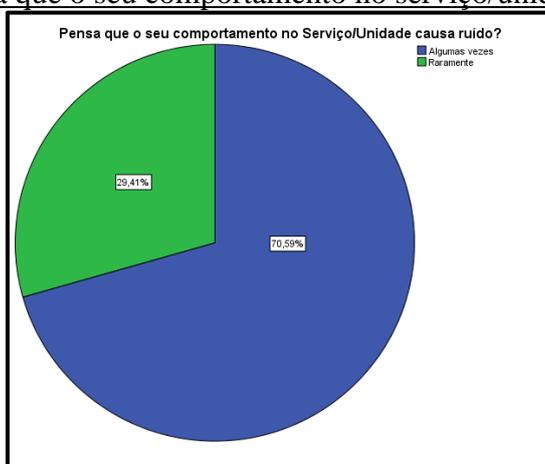
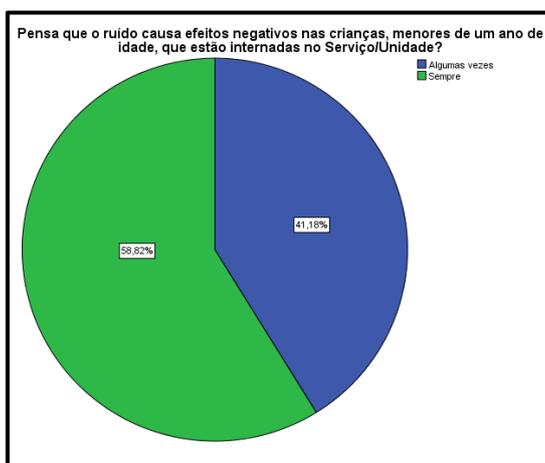
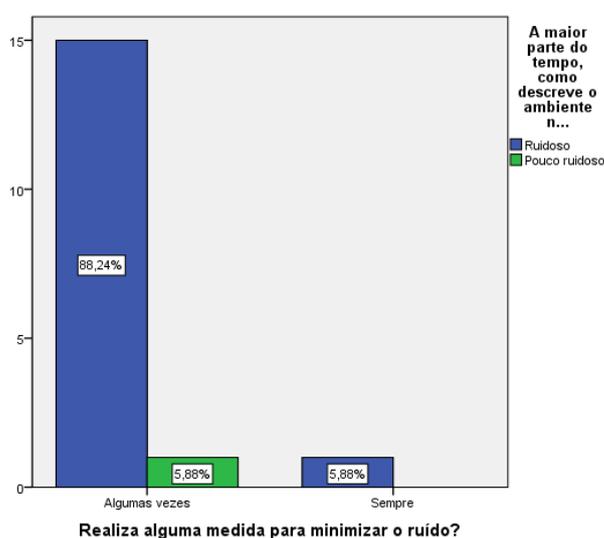


Gráfico 5: Pensa que o ruído causa efeitos negativos nas crianças, menores de um ano de idade, que estão internadas no serviço/unidade?



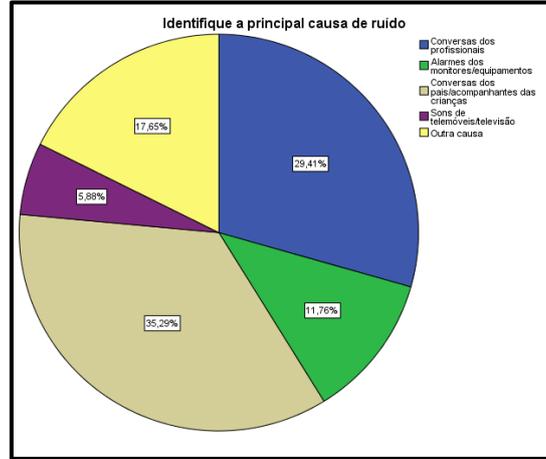
Por outro lado, como se observa no Gráfico 6, quando perguntamos cómo descrevem o ambiente no seu local de trabalho, um **94,1%** descreve o **local de trabalho** como **ruidoso** e um 5,9% como pouco ruidoso. Apesar de que mais do 94 % dos enfermeiros identificam o seu local de trabalho como ruidoso, só um **5,9%** destes, afirma **realizar sempre medidas** que ajudem a **minimizar o ruído**, o que significa que o 88,24% dos enfermeiros que descrevem o ambiente de trabalho como sendo um ambiente ruidoso, não sempre executam medidas que ajudem a minimizar esse ruído.

Gráfico 6: Descrição do ambiente no local de trabalho e execução de mediadas para minimizar o ruído identificado



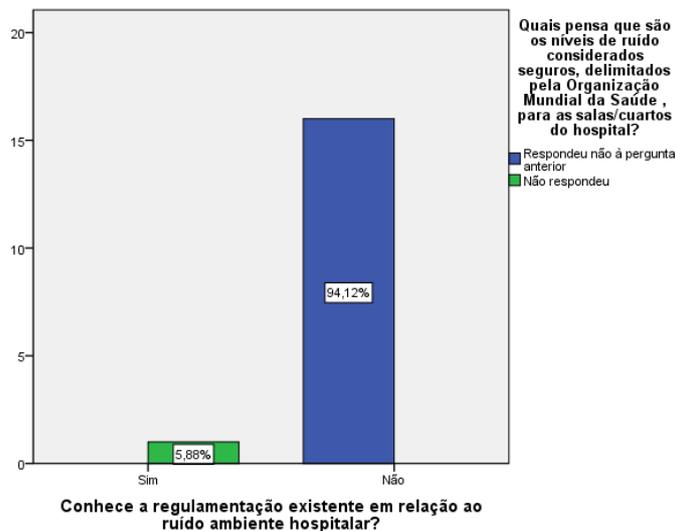
De entre as **principais causas de ruído**, o **35,3%** dos enfermeiros de pediatria identificam as **conversas dos pais/acompanhantes** das crianças como a principal causa geradora de ruído, seguida das **conversas dos profissionais** com um **29,4%** e com um **11,8%** os **alarmes** dos monitores e equipamentos. Em quarto lugar, com um **5,9%**, são identificados os **sons dos telemóveis/televisão** e em quinta posição, com um **17,6%**, outras causas geradoras de ruído. (Ver Gráfico 7)

Gráfico 7: Identifique as principais causas de ruído



Quando confrontados com a pergunta: **conhece a regulamentação existente em relação ao ruído ambiente hospitalar?**, o **94,1%** dos enfermeiros de pediatria afirma **não** conhecer a existência de qualquer regulamentação. (Ver Gráfico 8)

Gráfico 8: Conhece a regulamentação existente em relação ao ruído ambiente hospitalar e quais pensa que são os níveis de ruído considerados seguros, delimitados pela OMS para as salas/quartos do hospital?



Os resultados obtidos no nosso estudo, vão ao encontro dos resultados obtidos em outros estudos semelhantes, a pesar de que a maioria destes, tenham sido desenvolvidos em Unidades de Neonatologia.

Assim, no ano 2005, o estudo realizado nas Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais de Lisboa e Vale do Tejo¹² revelou que mais do 91% dos inquiridos identificou níveis de ruído na Unidade como intensos ou muito intenso. Os mesmos resultados, mantiveram-se durante o ano 2012, onde 44,9% dos trabalhadores de um hospital de São Paulo reconhece que o ambiente na Unidade de Neonatologia é muito ruidoso¹³.

No ano 2017, na UCEN¹⁴ foi efetuado um estudo semelhante, onde o 43,5% dos participantes identificou o ambiente como: um ambiente ruidoso.

Como também refere o estudo realizado no ano 2014 no Hospital de Santa Maria em Lisboa¹⁵, os resultados obtidos nos mostram que, embora grande parte da equipa está preocupada com a existência de níveis elevados de ruído e reconhece a importância do sono/repouso para o adequado desenvolvimento na criança, não existem normas de procedimento que unifiquem as práticas de cuidados, pelo que não há uniformização dos cuidados prestados.

Deste modo, torna-se fulcral sensibilizar à equipa de enfermagem, que presta cuidados na área de pediatria, sobre esta temática, de modo a promover o sono/repouso dos lactentes e uniformizar os cuidados prestados ao paciente pediátrico.

¹² Nicolau, A.S., Bogalhão do Casal, D., Martins, P. & Kronenberg, P.O. (2005). Ruído nas Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais de Lisboa e Vale do Tejo. *Acta Pediatr. Port.*, 1(36), 12-21. Disponível em <http://actapediatrica.spp.pt/article/view/4842>

¹³ De Araújo, A.C., Zamberlan-Amorim, N.E., Monti, L.M., Fujinaga, C., Petean, D. & Silvan CG. (2012). Perception of the multidisciplinary team about noise in neonatal intermediate care units. *Acta Paul Enferm*, 25(1), 74-79. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n1/en_v25n1a13.pdf.

¹⁴ Alho, S., Macarro, O. & Varela, V. (2017). Avaliação do ruído ambiente na UCEN – efeitos adversos no neurodesenvolvimento do recém-nascido. Apresentado na Conferência intitulada: Cuidados de Enfermagem em Neonatologia. A realidade da UCEN.

¹⁵ Oliveira, L & Ferreira, R. (2014). O ambiente das enfermarias pediátricas favorece o sono das crianças?. *Acta Pediátrica Portuguesa.*, 82-89. Disponível em <http://actapediatrica.spp.pt/article/view/2706>

APÊNDICE 5 | Análise SWOT

Figura nº 1 : Análise SWOT

Na conquista do objetivo

Origem do fator	+	-
	+	-
Interna (organização)	<p style="text-align: center;"><u>Forças – Strengths</u></p> <ul style="list-style-type: none">✓ Necessidade sentida pelos enfermeiros do serviço;✓ Interesse das chefias;✓ Importância do tema ;✓ Qualidade dos cuidados enfermeiros.	<p style="text-align: center;"><u>Fraquezas – Weaknesses</u></p> <ul style="list-style-type: none">✓ Dificuldade no cumprimento do cronograma de atividades;✓ Dificuldade na medição dos dB atingidos no serviço/unidade, devido à inexistência de sonómetro.
Externa (ambiente)	<p style="text-align: center;"><u>Oportunidades – Opportunities</u></p> <ul style="list-style-type: none">✓ Pertinência do tema;✓ Inexistência de uma norma o procedimento de enfermagem no SIP/UUP que favoreça a promoção do sono/repouso dos lactentes, mediante o controle do ruído ambiente.	<p style="text-align: center;"><u>Ameaças – Threats</u></p> <ul style="list-style-type: none">✓ Desmotivação dos profissionais de enfermagem;✓ Resistência à mudança de comportamentos/rotinas enraizadas.

APÊNDICE 6 | Planejamento e Cronograma

Planeamento do Projecto

Estudante: Olivia Macarro García	Cordinadores: Professor António Casa Nova Professora Doutora Ana Lúcia Ramos
Instituição: Centro Hospitalar de Lisboa e Vale do Tejo	Serviço de Pediatria Internamento Unidade de Urgência Pediátrica
Título do Projeto: Promoção do sono/repouso da criança, durante o primeiro ano de vida: a importância do controlo do ruído ambiente.	
Objetivos (geral específicos, centrados na resolução do problema.)	
<u>OBJETIVO GERAL</u>	
✓ Contribuir para a promoção do sono/repouso da criança no primeiro ano de idade.	
<u>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</u>	
<ul style="list-style-type: none">- Desenvolver conhecimento, capacidade e habilidade relacionados com a temática da segurança e qualidade de vida da criança/ jovem e família, promoção do sono e repouso e controlo ambiental;- Capacitar os pais/prestadores de cuidados para os benefícios do sono e repouso no desenvolvimento das crianças durante o primeiro ano de vida;- Sensibilizar a equipa de enfermagem da Unidade de Urgência Pediátrica e do Serviço de Pediatria Internamento para a aplicação de medidas para favorecer o sono/repouso adequado;- Elaborar norma de procedimento que permita desenvolver boas práticas de cuidados de enfermagem que promovam o sono/repouso das crianças internadas, dos 0 até os 12 meses de idade.	
Identificação dos profissionais do serviço com quem vai articular a intervenção (chefia directa, orientador, outros elementos da equipa, outros profissionais, outros serviços)	
<ul style="list-style-type: none">- Enfº Chefe do Serviço de Pediatria Internamento e da Unidade de Urgência Pediátrica- Equipa de Enfermagem do SIP e da UUP- Professor orientador: António Casa Nova- Professora Doutora orientadora: Ana Lúcia Ramos- Enfermeiras EESIP orientadoras nos locais de estágios I e final	

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES/ESTRATÉGIAS A DESENVOLVER	RECURSOS			INDICADORES DE AVALIAÇÃO
		Humanos	Materiais	Tempo	
<p>Desenvolver conhecimento, capacidade e habilidade relacionados com a temática da segurança e qualidade de vida da criança/ jovem e família, promoção do sono e repouso e controlo do ruído ambiental</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Pesquisa bibliográfica nas bases de dados: B-on, EBSCO e Clinical key; 	<p>Equipa de enfermagem do SIP e da UUP</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Material informático –Material de papelaria 		<p>Relatório de Estágio</p>
<p>Capacitar os pais/prestadores de cuidados para os benefícios do sono e repouso no desenvolvimento das crianças durante o primeiro ano de vida.</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Pesquisa bibliográfica nas bases de dados: B-on, EBSCO e Clinical key; – Elaboração dos folhetos informativos sobre a promoção do sono no lactente; – Elaboração do poster alusivo à promoção do sono e hábitos de sono saudáveis no lactente. 	<p>Equipa de enfermagem da UUP e do SIP</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Material informático – Material de papelaria 		<p>Folheto informativo</p>

<p>Sensibilizar a equipa de enfermagem da Unidade de Urgência Pediátrica e do Serviço de Pediatria Internamento do Centro Hospitalar de Setúbal EPE, para a aplicação de medidas que permitam minimizar o ruído ambiente para favorecer o sono/repouso adequado</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Pesquisa bibliográfica nas bases de dados: B-on, EBSCO e Clinical key; – Elaboração do plano da ação de formação; – Calendarização e divulgação da ação de formação; – Elaboração da apresentação em power-point; – Realização e posterior avaliação da ação formativa. 	<p>Enfermeiros Chefe da UUP e do SIP</p> <p>Equipa de Enfermagem da UUP e do SIP</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Video-projetor – Material informático – Material de papelaria 		<p>Assistência à formação superior a 50%</p>
<p>Elaborar norma de procedimento que permita desenvolver boas práticas de cuidados de enfermagem que promovam o sono/repouso das crianças internadas, dos 0 até os 12 meses de idade</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Pesquisa bibliográfica nas bases de dados: B-on, EBSCO eClinical key; – Elaboração do esboço da norma de procedimento; – Apresentação, ao Enf. Chefe e à restante equipa, do esboço da norma para receber a aprovação ou feedback do mesmo; – Alteração/modificação de acordo com sugestões; – Elaboração da norma de procedimento propriamente dita. 		<ul style="list-style-type: none"> – Material informático – Material de papelaria 		<p>Norma de Procedimento de enfermagem</p>

Orçamento:

Recursos Humanos: os contemplados no plano acima mencionado

Recursos Materiais: os contemplados no plano acima mencionado

Previsão dos constrangimentos e forma de os ultrapassar:

Constrangimentos

- Pouca motivação por parte da equipa para participar em novos projetos

- Cumprimento do tempo estipulado para a realização/implementação do projeto

Forma de os ultrapassar

- Fazer que o Projeto seja um projeto de toda a equipa partilhando a informação com todos os elementos

- Realizar atempadamente: pedidos de autorização para a realização do projeto

ESTÁGIO I

ESTÁGIO FINAL

	Atividade 1	Atividade 2	Atividade 3	Atividade 4	Atividade 5	Atividade 6	Atividade 7	Atividade 8	Atividade 9	Atividade 10	Atividade 11
1ª 2-7 maio '17	█										
2ª 8-14 maio '17	█										
3ª 15-21 maio '17	█	█									
4ª 22-28 maio '17	█		█								
5ª 5-11 junho '17	█										
6ª 12-16 junho '17	█										
1ª 18-24 set. '17	█			█							
2ª 25 set/1 out '17	█			█							
3ª 2-8 out '17	█			█							
4ª 9-15 out '17	█				█						
5ª 16-22 out '17	█				█						
6ª 23-29 out '17	█					█					
1ª 30 out/5 nov '17	█			█							
2ª 6-12 nov '17	█			█							
3ª 13-19 nov '17	█				█						
4ª 20 - 26 nov '17	█					█					
5ª 27 nov/ 3 dic '17	█						█				
6ª 4 -10 dic '17	█							█			
7ª 11 - 17 dic '17	█								█		
8ª 18 -21 dic '17	█									█	
9ª 2 - 7 enero '18	█										█
10ª 8 - 14 enero '18	█										█

LEGENDA CRONOGRAMA

Atividade 1: Revisão e consulta da bibliografia, nas bases de dados que integram a: B-on, EBSCO e Clinical key, referente à temática do sono/repouso no lactente e a repercussão que tem o ruído no sono da criança e por conseguinte no desenvolvimento e qualidade de vida

Atividade 2: Elaboração dos folhetos informativos sobre a promoção do sono no lactente

Atividade 3: Elaboração do poster alusivo à promoção do sono e hábitos de sono saudáveis no lactente

Atividade 4: Elaboração do plano da ação de formação

Atividade 5: Calendarização e divulgação da ação de formação

Atividade 6: Apresentação da formação

Atividade 7: Avaliação da ação formativa

Atividade 8: Elaboração do esboço da norma de procedimento

Atividade 9: Apresentação, ao Enf. Chefe e à restante equipa, do esboço da norma para receber a aprovação ou feedback do mesmo

Atividade 10: Alteração/modificação de acordo com sugestões

Atividade 11: Elaboração da norma de procedimento

APÊNDICE 7 | Plano de ação de formação e formação apresentada no SPI

PLANO DE SESSÃO

TEMA: PROMOÇÃO DO SONO/REPOUSSO DA CRIANÇA DURANTE O PRIMEIRO ANO DE VIDA: A IMPORTÂNCIA DO CONTROLO DO RUÍDO AMBIENTE.

FORMADORA: Olivia Macarro | aluna do Mestrado em Enfermagem em Associação – Especialidade de Saúde Infantil e Pediatria

LOCAL: Área técnica do Serviço de Pediatria

DATA: 25/10/2017

TEMPO: 60 minutos

DESTINATÁRIOS: Equipa de enfermagem do SPI

OBJETIVOS	CONTEUDO	METODOLOGIA	RECURSOS	AVALIAÇÃO DA SESSÃO
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Apresentar à equipa de enfermagem o Projeto; ✓ Conhecer a importância do sono/repouso para a criança; ✓ Alertar para a existência de ruído excessivo no ambiente hospitalar, nomeadamente no SPI; ✓ Definir boas práticas de enfermagem. 	<ul style="list-style-type: none"> - Fundamentação e pertinência do estudo; - Definição e fisiopatologia do sono; - Cuidados antecipatórios para a promoção do sono, nas distintas fases etáreas, segundo o PNSIJ; - Intervenções promotoras do sono/repouso no SPI; - Conforto como cuidado promotor do sono; - Intervenções promotoras do conforto no SPI; - Ruído e saúde; - Momento reflexivo e partilha de ideias/opiniões. 	<p>Expositiva / participativa</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Material de papelaria; - Video projetor. 	<ul style="list-style-type: none"> - Questões e sugestões formuladas ao longo da sessão e durante o tempo de debate; - Folhas de avaliação da sessão de formação.

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO | ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA

ESTÁGIO II | SERVIÇO DE PEDIATRIA | C.H. SETÚBAL E.P.E.

PROMOÇÃO DO SONO/ REPOUSO NO INTERNAMENTO DO SERVIÇO DE PEDIATRIA



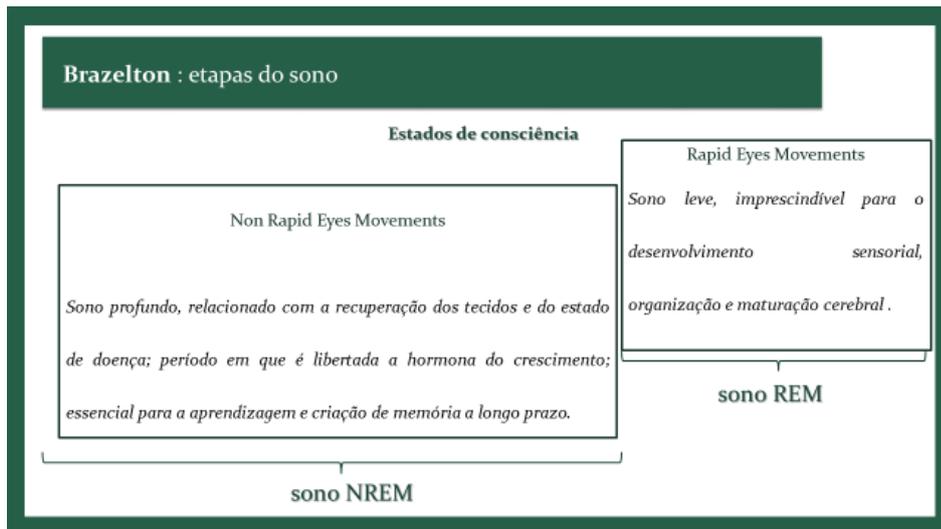
DESCRIÇÃO DE FUNÇÕES DO ENFERMEIRO NO SERVIÇO DE PEDIATRIA - CHS

Funções Gerais

- ❖ Assegurar padrões de elevada qualidade na prestação de cuidados, tendo como orientação os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros;
- ❖ Garantir a oportunidade, a qualidade, rigor e a humanização dos cuidados de saúde;
- ❖ Desenvolver as atividades necessárias à prevenção da doença, à manutenção da saúde, à defesa e a promoção do bem-estar e qualidade de vida do cliente, família e comunidade.

(DF.PEDI.01)






Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

Valorização dos cuidados antecipatórios como fator de promoção da saúde e de prevenção da doença, nomeadamente facultando aos pais e outros cuidadores, os conhecimentos necessários ao melhor desempenho, no que respeita à promoção e proteção dos direitos da criança e ao exercício da parentalidade, em particular no domínio dos novos desafios da saúde

	Número de horas de sono diário	
	1º ano de vida	2º ano de vida
PRIMEIRO ANO DE VIDA	11h	11h
	12h	12h
	13h	13h
	14h	14h
	15h	15h

* Ritmo circadiano (dia/noite)
 ** O nível de estimulação deve ser proporcionado pelo cuidador e não deve depender de elementos externos, como ruído ou luzes
 *** A frequência de alimentação deve proporcionar a satiação da criança, podendo variar progressivamente, e não do ciclo e substituí-lo por outros estimulantes sensoriais como o toque e a voz
 **** Estimulação: orelhas e olhos

PRIMEIRO ANO DE VIDA

- RN: sono/atividade; dorme quase constantemente e não segue necessariamente um padrão de sono;
- 3 - 4 meses: tempo **total diário** de sono é de aprox. **15h**; padrão **noturno** de sono dura entre **9 a 11 horas**;
- Lactentes **amamentados**: dormem períodos mais curtos (acordam com mais frequência durante à noite);
- Nos primeiros 12 meses ↓ o sono **diurno** e ↑ o sono **noturno**.

 **Cólicas/Obstipação**



SONO processo corporal: diminuição recorrente da atividade corporal evidenciada pela diminuição de consciencia, não acordando acompanhado de; não consciente, diminuição do metabolismo; postura imóvel; atividade corporal diminuída; sensibilidade a estímulos externos

DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES
Sono adequado	✓ avaliar sono
Risco de sono comprometido	✓ encorajar o sono/repouso
Sono comprometido	✓ ensinar sobre padrão do sono

(CIPE, 2015)

SONO processo corporal: diminuição recorrente da atividade corporal evidenciada pela diminuição de consciencia, não acordando acompanhado de; não consciente, diminuição do metabolismo; postura imóvel; atividade corporal diminuída; sensibilidade a estímulos externos

DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES
Sono adequado	✓ avaliar sono
Risco de sono comprometido	✓ encorajar o sono/repouso
Sono comprometido	✓ ensinar sobre padrão do sono

(CIPE, 2015)

Intervenções promotoras do sono/repouso

- ✓ Estabelecer uma rotina à hora de deitar/dormir;
- ✓ Manter um ambiente calmo e confortável;
- ✓ Incentivar o uso de objeto/brinquedo de apego;
- ✓ Incentivar atividades calmas antes de dormir;
- ✓ Se terrores noturnos/pesadelos: manter a calma e tranquilizar à criança;
- ✓ Incentivar a realização de actividade física;
- ✓ Não utilizar PC/telemóveis antes de dormir;
- ✓ Respeitar os ciclos sono/vigília.



CONFORTO: Teoria de Kolcaba- conforto como cuidado promotor do sono

- ❖ Conforto é definido como o nível imediato de bem-estar fortalecido através das necessidades humanas de alívio, tranquilidade e transcendência tratadas nos quatro contextos de experiência (físico, psico-espiritual, sociocultural e ambiental);
- ❖ As crianças durante um internamento hospitalar são expostas a diversos estímulos, nomeadamente o manuseio frequente, ruídos externos, luminosidade, procedimentos invasivos, entre outros, que contribuem para a interrupção dos ciclos de sono e conseqüente aumento dos níveis de stress.

(Kolcaba, 1994)

TODA CRIANÇA NECESSITA SENTIR CONFORTO !

CONFORTO: status: sensação de tranquilidade física e bem-estar corporal

DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES
Conforto	✓ Avaliar sinais de desconforto
Desconforto	✓ Implementar cuidados de conforto
	✓ Gerir o ambiente físico
	✓ Promover o conforto

(CIPE, 2015)

Intervenções promotoras do conforto

- Integração dos pais como membros ativos na colaboração/prestação dos cuidados à criança/jovem
- Controlo dos fatores ambientais tais como: a luz ambiente, o ruído excessivo e temperatura
- Garantir/respeitar a privacidade da crianças/pais





Ruído e Saúde



O **ruído excessivo** interfere, direta e negativamente, na prestação de cuidados;

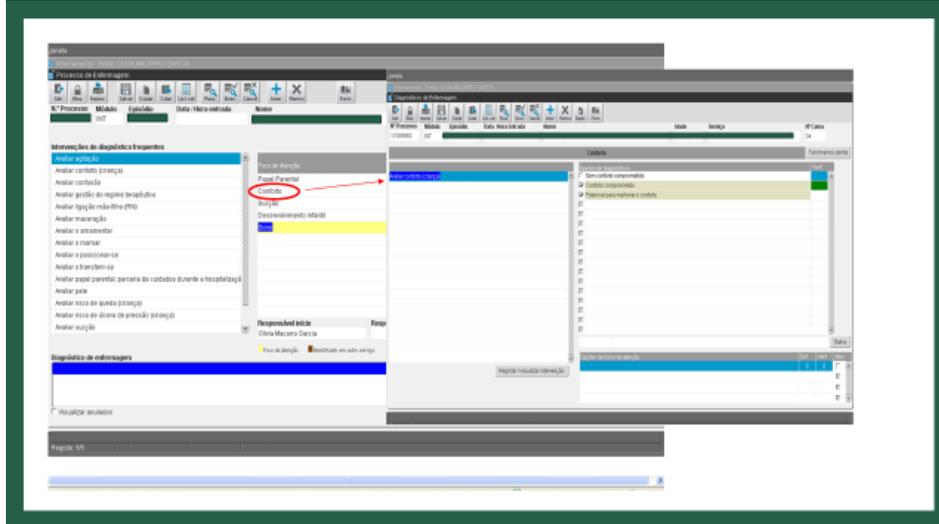
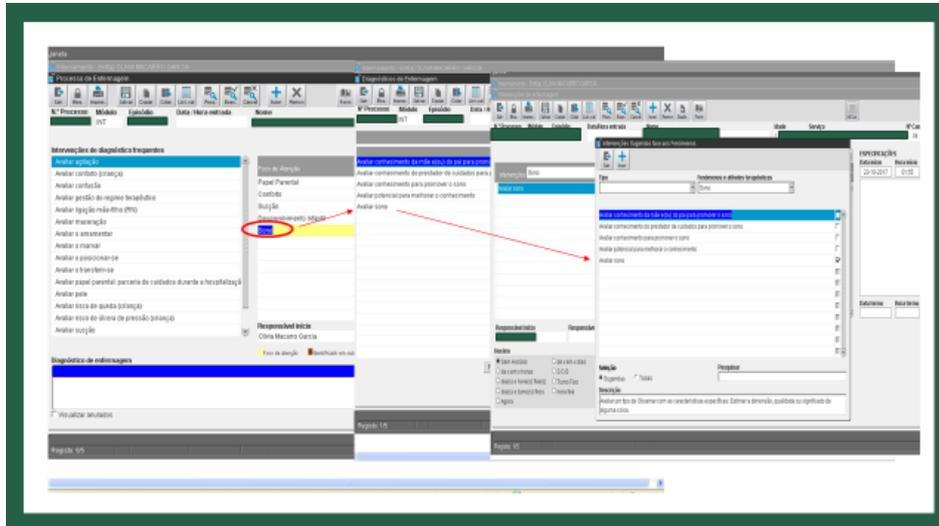
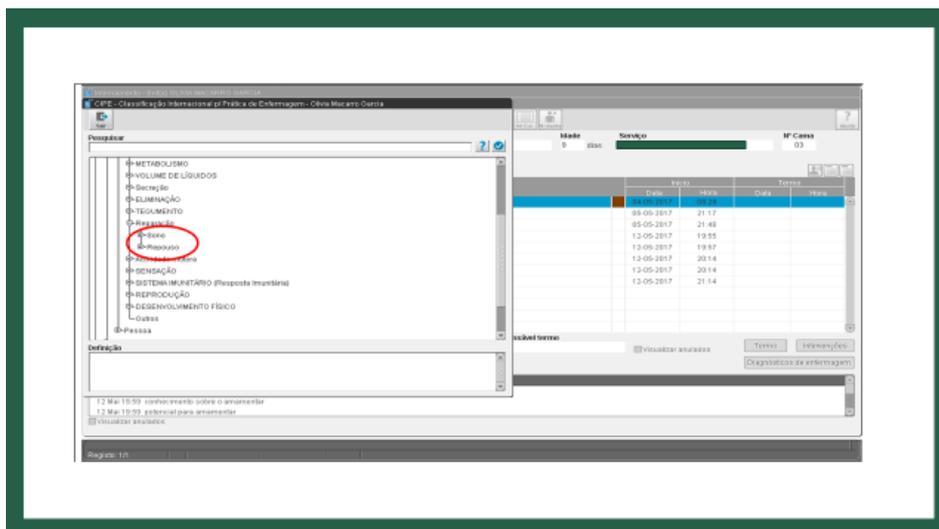
- efeitos sob a audição
- alteração do sono
- efeitos sob o sistema cardiovascular
- stress e alterações do sist. imunitário
- efeitos sob o rendimento académico/profissional
- efeitos sob os recém-nascidos

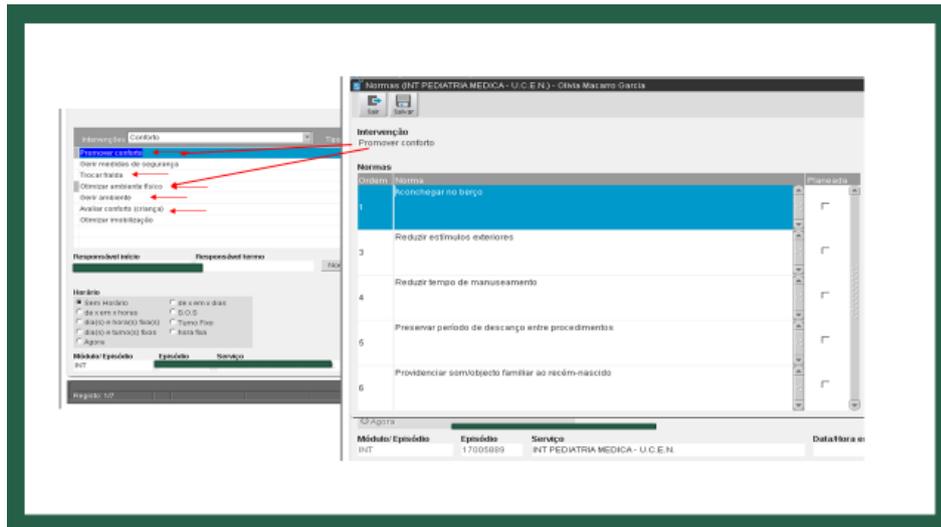
(Observatório de Salud y Medio Ambiente de Andalucía)

As crianças são o coletivo mais vulnerável perante os efeitos nocivos do ruído



Título | Promoção do sono/repouso da criança durante o primeiro ano de vida: a importância do controlo do ruído ambiente





BIBLIOGRAFIA

- DGS. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Acedido a 15 de Abril de 2017 em <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102013-de-31052013-jpg.aspx>;
- Hockenberry, M. & Wilson, D. (2014). *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda;
- Kolkaba, (1994). A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of Advanced Nursing*. Acedido a 30 de maio de 2017 em <http://www.thecomfortline.com/files/pdfs/1994%20-%20Holistic%20Comfort%20for%20Nursing.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). *CIPE versão 2015 – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lusodidacta;
- BRAZELTON, T. Berry; SPARROW, Joshua. (2006). *A criança e o sono: Método Brazelton*. 3ª ed. Lisboa : Editorial Presença.

Obrigada pela atenção



APÊNDICE 8 | Plano de ação de formação e formação apresentada na UUP

PLANO DE SESSÃO

TEMA: PROMOÇÃO DO SONO/REPOUSSO DA CRIANÇA DURANTE O PRIMEIRO ANO DE VIDA: A IMPORTÂNCIA DO CONTROLO DO RUÍDO AMBIENTE.

FORMADORA: Olivia Macarro | aluna do Mestrado em Enfermagem em Associação – Especialidade de Saúde Infantil e Pediatria

LOCAL: Área técnica Unidade de Urgência Pediátrica

DATA: 23/11/2017

TEMPO: 60 minutos

DESTINATÁRIOS: Equipa de enfermagem da UUP

OBJETIVOS	CONTEUDO	METODOLOGIA	RECURSOS	AVALIAÇÃO DA SESSÃO
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Apresentar à equipa de enfermagem o Projeto; ✓ Conhecer a importância do sono/repouso para a criança; ✓ Alertar para a existência de ruído excessivo no ambiente hospitalar, nomeadamente na UUP; ✓ Definir boas práticas de enfermagem. 	<ul style="list-style-type: none"> - Fundamentação e pertinência do estudo; - Definição e fisiopatologia do sono; - Cuidados antecipatórios para a promoção do sono, nas distintas fases etárias, segundo o PNSIJ; - Intervenções promotoras do sono/repouso na UUP; - Conforto como cuidado promotor do sono; - Intervenções promotoras do conforto na UUP; - Ruído na sala de espera da UUP; - Momento reflexivo e partilha de ideias/opiniões. 	<p>Expositiva / participativa</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Material de papelaria; - Video projetor. 	<ul style="list-style-type: none"> - Questões e sugestões formuladas ao longo da sessão e durante o tempo de debate; - Folhas de avaliação da sessão de formação.

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO | ENFERMAGEM DE SAUDE INFANTIL E PEDIATRIA

ESTÁGIO II | UNIDADE DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA | C.H. SETÚBAL E.P.E.

PROMOÇÃO DO SONO/REPOUSO NO LACTENTE: A IMPORTÂNCIA DO CONTROLO DO RUÍDO AMBIENTE



13 - dezembro - 2017

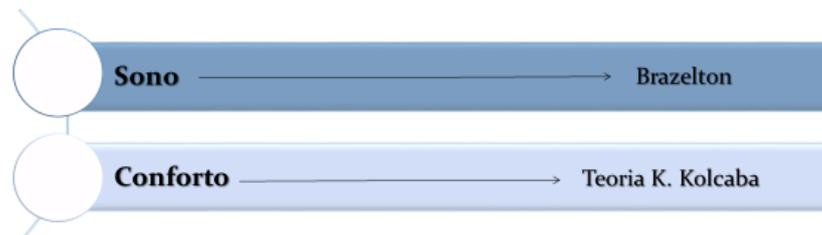


DESCRIÇÃO DE FUNÇÕES DO ENFERMEIRO NA UNIDADE DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA - CHS

Funções Gerais

- ❖ **Assegurar padrões de elevada qualidade** na prestação de cuidados à criança/jovem e família tendo como orientação os **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros**, as Políticas de Enfermagem da Instituição, entre outros;
- ❖ **Assegurar** a oportunidade, a qualidade, rigor e a **humanização** dos cuidados de saúde prestados na Unidade;
- ❖ **Assegurar** uma prestação de cuidados necessários à prevenção da doença, à manutenção da saúde, à **defesa** e à **promoção do bem-estar e qualidade de vida** da criança/jovem e família.

(DF.PED1.10)



SONO processo corporal: diminuição recorrente da atividade corporal evidenciada pela diminuição de consciencia, não acordando acompanhado de; não consciente, diminuição do metabolismo; postura imóvel; atividade corporal diminuída; sensibilidade a estímulos externos

DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES
Sono adequado	✓ avaliar sono
Risco de sono comprometido	✓ encorajar o sono/reposo
Sono comprometido	✓ ensinar sobre padrão do sono

CONFORTO: status: sensação de tranquilidade física e bem-estar corporal

DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES
Conforto	✓ Avaliar sinais de desconforto
Desconforto	✓ Implementar cuidados de conforto ✓ Gerir o ambiente físico ✓ Promover o conforto

(CIPE, 2015)



Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

Valorização dos cuidados antecipatórios como fator de **promoção da saúde** e de **prevenção da doença**, nomeadamente facultando aos pais e outros cuidadores, os conhecimentos necessários ao melhor desempenho, no que respeita à promoção e proteção dos direitos da criança e ao exercício da parentalidade, em particular no domínio dos novos desafios da saúde

PRIMEIRO ANO DE VIDA	Número de sono noturno de vida saudável	
	1º ano de vida	2º ano de vida
	15h	11h
	10h	8h
	8h	6h
	6h	4h

• Número diurno (sleeper)
• O nível de sono noturno deve ser proporcionado pelo cuidado e não deve depender de elementos externos, como ruído e temperatura
• No 1º ano de vida, o sono noturno deve proporcionar a autonomia da criança, podendo durar até 11 horas, e no 2º ano de vida, o sono noturno deve proporcionar a autonomia da criança, podendo durar até 9 horas e 11 minutos

• avaliação - observação e clínica

PRIMEIRO ANO DE VIDA

- **RN:** sono/atividade; dorme quase constantemente e não segue necessariamente um padrão de sono;
- **3 - 4 meses:** tempo **total diário** de sono é de aprox. **15h**; padrão **noturno** de sono dura entre **9 a 11 horas**;
- Lactentes **amamentados:** dormem períodos mais curtos (acordam com mais frequência durante à noite);
- Nos primeiros 12 meses ↓ o sono **diurno** e ↑ o sono **noturno**.



Intervenções promotoras do sono/conforto na UUP

- ✓ Integrar aos pais como membros ativos na colaboração/prestação dos cuidados á criança/jovem;
- ✓ Controlar os fatores ambientais tais como: a luz ambiente, o ruído excessivo e temperatura;
- ✓ Garantir/respeitar a privacidade da crianças/pais;
- ✓ Manter um ambiente calmo e confortável;
- ✓ Incentivar o uso de objeto/brinquedo de apego;
- ✓ Incentivar realização de jogos/atividades calmas;
- ✓ Não utilizar PC/telemóveis durante o período noturno;
- ✓ Respeitar os ciclos sono/vigília.



Ruído e Saúde



O **ruído excessivo** interfere, direta e negativamente, na prestação de cuidados;

- efeitos sob a audição
- alteração do sono
- efeitos sob o sistema cardiovascular
- stress e alterações do sist. imunitário
- efeitos sob o rendimento académico/profissional
- efeitos sob os recém-nascidos

(Observatório de Salud y Medio Ambiente de Andalucía)

As crianças são o coletivo mais vulnerável perante os efeitos nocivos do ruído



Ref. Bibliográficas

- DGS. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Acedido a 15 de Abril de 2017 em <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102013-de-31052013-jpg.aspx>;
- Hockenberry, M. & Wilson, D. (2014). *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda;
- Kolkaba. (1994). A theory of holistic comfort for nursing. . *Journal of Advanced Nursing*. Acedido a 30 de maio de 2017 em <http://www.thecomfortline.com/files/pdfs/1994%20-%20Holistic%20Comfort%20for%20Nursing.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). *CIPE versão 2015 – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lusodidacta;
- BRAZELTON, T. Berry; SPARROW, Joshua. (2006). *A criança e o sono: Método Brazelton*. 3ª ed. Lisboa: Editorial Presença;
- Junta de Andalucía. Observatório de Salud y Medio Ambiente de Andalucía. (2010). *Guía ruido y salud*. Acedido a 30 de maio de 2017 em <http://www.osman.es/project/ruido-y-salud-2/>

Ref. Bibliográficas

- DGS. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Acedido a 15 de Abril de 2017 em <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/inorma-n-0102013-de-31052013-jpg.aspx>;
- Hockenberry, M. & Wilson, D. (2014). *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda;
- Kolkaba. (1994). A theory of holistic comfort for nursing. . *Journal of Advanced Nursing*. Acedido a 30 de maio de 2017 em <http://www.thecomfortline.com/files/pdfs/1994%20-%20Holistic%20Comfort%20for%20Nursing.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). *CIPE versão 2015 – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lusodidacta;
- BRAZELTON, T. Berry; SPARROW, Joshua. (2006). *A criança e o sono: Método Brazelton*. 3ª ed. Lisboa: Editorial Presença;
- Junta de Andalucía. Observatório de Salud y Medio Ambiente de Andalucía. (2010). *Guía ruido y salud*. Acedido a 30 de maio de 2017 em <http://www.osman.es/project/ruido-y-salud-2/>



APÊNDICE 9 | Registo de presença/assistência e avaliação da formação

REGISTO DE PRESENÇA/ASSISTÊNCIA E AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO

O desenvolvimento pessoal e profissional constitui-se como elemento essencial para o sucesso das organizações, permitindo a sua adaptação às modificações decorrentes da sociedade e aos constantes progressos técnicos e científicos. A Enfermagem não se torna exceção nesta matéria, sendo que o desenvolvimento pessoal e profissional promove a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados. Esta melhoria contínua da qualidade está relacionada com a atualização de conhecimentos, e com o grau de formação dos profissionais no desempenho das suas funções (Ferreira, 2015)¹⁶

Aprender implica uma vontade do indivíduo em adquirir conhecimentos novos ou atualizar os já existentes, ou seja, o indivíduo voluntariamente dispõe-se a aprender, concedendo um significado real ao conhecimento que adquire (Novak, 1984)¹⁷

A formação em serviço é a área da formação que se desenvolve em simultâneo com a prática profissional, num ambiente informal e convidativo, focando-se na resolução de problemas específicos dos diferentes contextos profissionais (Ferreira, 2015). Torna-se assim evidente a importância da formação como elemento chave para a excelência dos cuidados de enfermagem.

A relação direta que existe entre a área de formação e a área de trabalho intensifica a necessidade, a vontade e a motivação do enfermeiro em aprender, transformando e ampliando os seus conhecimentos, as suas competências e as suas capacidades numa área específica dos cuidados, neste caso em concreto, na promoção do sono/repouso na criança durante o primeiro ano de vida, destacando a importância que tem o controlo do ruído ambiente.

Esta reflexão sobre a prática diária, em associação com as experiências pessoais de cada elemento no contexto de trabalho, origina um conceito de aprendizagem organizacional, permitindo uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados. (Costa, 2016)¹⁸

¹⁶ Ferreira, C. (2015). *Gestão em enfermagem e a formação em serviço: tecnologias de informação e padrões de qualidade*. Dissertação de mestrado. Acedido em https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9756/1/tese_finalCarla%20Rego_fev2015.pdf

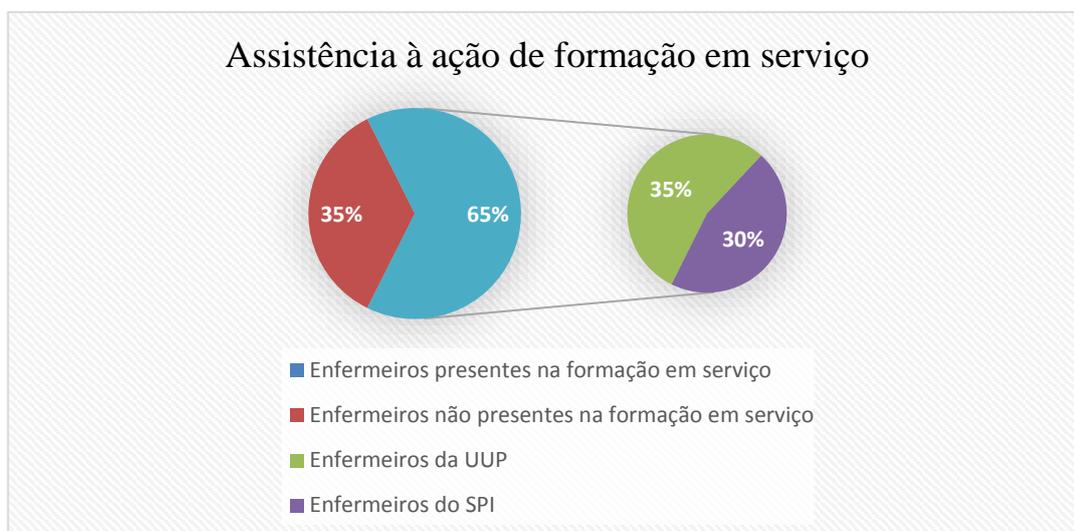
¹⁷ Novak, J. (1984). *Aprender a Aprender*. Plátano Edições Técnicas: Lisboa.

¹⁸ Costa, F. (2016). *Supervisão e Formação em Enfermagem – SFE*, Material de apoio distribuído na unidade curricular Formação e Supervisão em Enfermagem, Mestrado em Enfermagem em Associação, Ano letivo 2016/17.

Deste modo, a sensibilização dos profissionais de Enfermagem do SIP e da UUP mediante a formação em serviço torna-se fulcral para contribuir para a promoção do sono/repouso da criança no primeiro ano de idade.

Conseguimos impartir a ação de formação ao 65% dos enfermeiros do SIP e da UUP, como podemos ver no seguinte gráfico, superando assim o indicador de avaliação estabelecido.

Gráfico nº 9: Assistência à ação de formação em serviço



O total dos enfermeiros que assistiram a formação referiram que os conteúdos e a estrutura do plano de ação da formação era adequada as características e as necessidades do serviço/unidade.

Como se mostra a seguir, no gráfico nº 10, todos os enfermeiros presentes na formação destacaram a importância da temática abordada, e no gráfico nº 11 mencionam o impacto que irá ter esta formação, na qualidade dos cuidados de enfermagem prestados ao paciente pediátrico.

Gráfico nº 10: Importância da temática abordada para a prestação de cuidados de qualidade

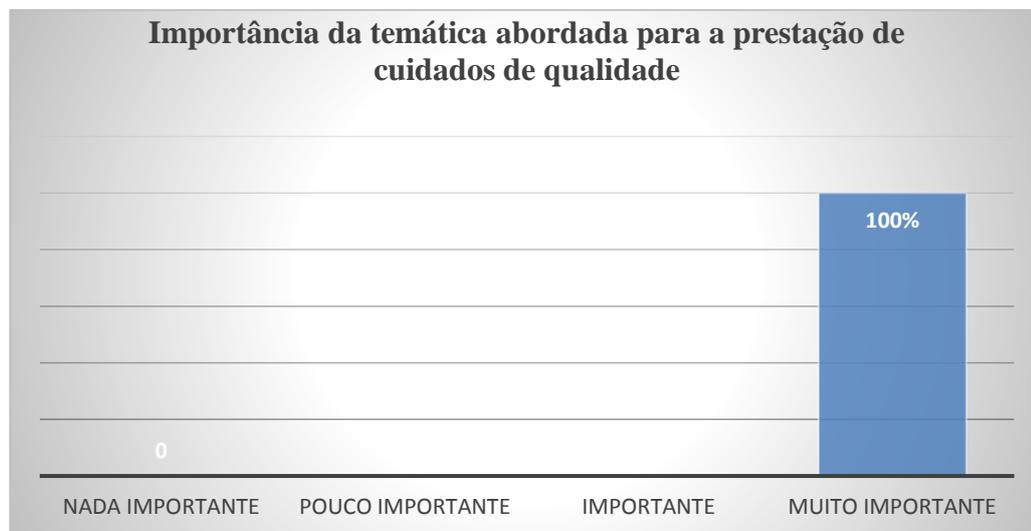
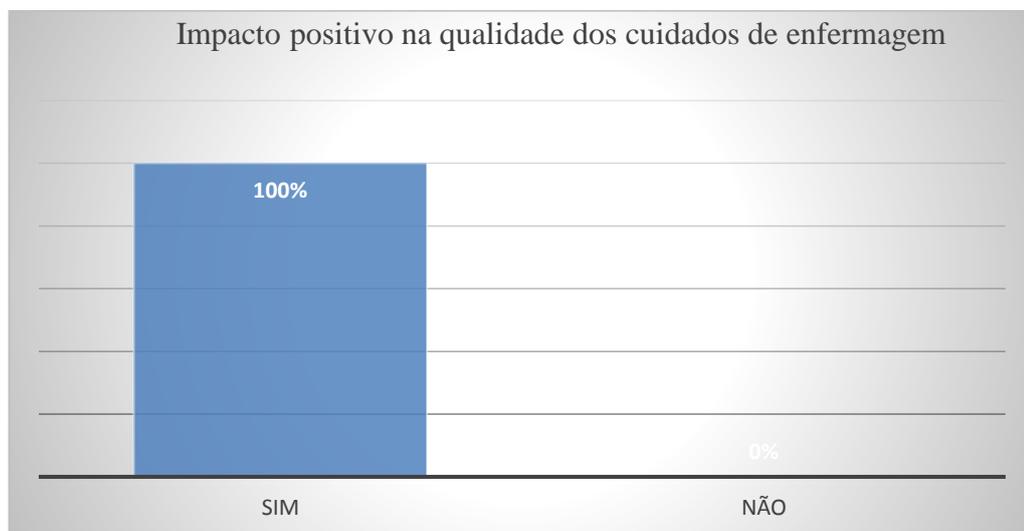


Gráfico nº 11: Impacto positivo na qualidade dos cuidados de enfermagem



O 100% dos profissionais pensa que, depois de ter assistido a esta formação e dos momentos de partilha/reflexão junto com os restantes participantes, modificarão o seu comportamento durante a prestação de cuidados, de forma a diminuir os níveis de ruído existentes no serviço/unidade e assim contribuir para o sono adequado nos lactentes internados

APÊNDICE 10 | Norma de Procedimento de Enfermagem

	PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM Promoção do sono/repouso do lactente internado: medidas para controlar e reduzir o ruído ambiente .	Data de entrada em vigor:	
		Versão #	
		Próxima revisão	
		Cód. Documento:	

1. Objetivo

- Uniformizar o Procedimento de Enfermagem no SPI e na UUP para favorecer o sono/descanso das crianças internadas mediante o controlo do ruído ambiente;
- Promover a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados às crianças internadas no SPI e na UUP;
- Facilitar a integração de novos elementos na equipa de enfermagem.

2. Campo de aplicação

O procedimento que consta neste documento aplica-se à equipa de enfermagem a exercer funções no SPI e na UUP.

3. Siglas, abreviaturas e definições

dB – Decibéis

ESIP – Enfermagem de saúde infantil e pediátrica

OE – Ordem dos Enfermeiros

PNSIJ – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

SPI – Serviço de Pediatria Internamento

UUP – Unidade de Urgência Pediátrica

4. Referências

- Agência Portuguesa do Ambiente. (2017). Som, ruído e incomodidade. Acedido em <https://www.apambiente.pt/index.php?ref=16&subref=86&sub2ref=529>;
- Hockenberry, J. & Wilson, D. (2014). Wong: Enfermagem da criança e adolescente. Lusociência: Loures;
- Lei N° 156/2015, de 16 de setembro. Diário da República, 1ª Série, N° 181, 8101 – 8104;

- OE. (2010). Guia Orientador de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. Cadernos OE. Serie I.(3)I. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/GuiasOrientadores_BoaPratica_SaudeInfantil_Pediatria_volume1.pdf;
- Organização Mundial da Saúde. (1990). Guías para el ruido urbano. Disponível em http://www.juristas-ruidos.org/Documentacion/guia_oms_ruido_1.pdf
- Organização Mundial da Saúde. (2009). Night noise guidelines for europe. Disponível em http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/43316/E92845.pdf?ua=1
- Sociedade Portuguesa de Pediatria. (2017). Recomendações SPS-SPP: Prática da sesta da criança. Disponível em http://www.spp.pt/UserFiles/file/Noticias_2017/VERSAO%20PROFISSIONAIS%20DE%20SAUDE_RECOMENDACOES%20SPSSPP%20SESTA%20NA%20CRIANCA.pdf
- Sociedade Portuguesa de Pediatria. (2014). Revista oficial da Sociedade Portuguesa de Pediatria. O ambiente das enfermarias pediátricas favorece o sono das crianças?, (45), 82-89. Disponível em <http://actapediatrica.spp.pt/article/view/2706/3024>.

5. Responsabilidades

- Compete ao Enfermeiro Chefe do SPI e da UUP do Centro Hospitalar divulgar o procedimento definido e assegurar a sua aplicação pelos profissionais de enfermagem;
- Compete a toda a equipa de enfermagem do SPI e da UUP, conhecer na íntegra o procedimento definido e aplicar as orientações apresentadas.

6. Procedimento

A evidência científica e a literatura atual destacam a importância de um sono adequado para o correto desenvolvimento da criança. O sono é um estado de consciência multifacetado que ajuda a organizar todas as funções corporais. Além de garantir uma adequada recuperação física e psíquica, tem implicações diretas nos mecanismos reguladores do corpo humano, assim como no sistema imunitário, pelo que um sono adequado irá interferir e contribuir de forma direta no desenvolvimento físico e psicomotor da criança, assim como na recuperação dos estados de doença.

Por outro lado, o ambiente sonoro é considerado um dos fatores mais perturbadores para o desenvolvimento adequado do ritmo sono/repouso das crianças no primeiro ano de idade. Deste modo, o ruído excessivo e prolongado existente no ambiente hospitalar constitui um problema,

devido às repercussões negativas que o mesmo apresenta para as crianças/famílias que recorrem ao hospital assim como para os profissionais de saúde que nelas exercem. Há mais de duas décadas que a Organização Mundial da Saúde reconhece que “*o ruído representa um problema para o ser humano*” e que, em ambientes específicos como os hospitais, tem repercussões negativas em distintas esferas, ocasionando transtornos do sono, desconforto e interferências na comunicação oral. É importante salientar que as crianças têm diminuída a capacidade de adaptação/tolerância para enfrentar o stress que ocasiona o ruído excessivo existente nos hospitais, pelo que os decibéis [dB] atingidos no quarto/sala do doente nunca deveriam ultrapassar os 35 dB.

Muitas fontes de ruído podem ser apaziguadas ou incluso eliminadas com a colaboração/cooperação de toda a equipa multidisciplinar. Não obstante, outras dependem da estrutura física dos Serviços/Unidades. O recomendado pela Academia Americana de Pediatria é que o nível de ruído não supere os 45 dB, com um máximo de 65 – 70 dB de forma transitória.

A Ordem dos Enfermeiros [OE], no ano 2010, publicou o volume I do Guia Orientador de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, onde salienta a importância que tem o sono para o desenvolvimento cerebral, físico e emocional das crianças, destacando a relevância que tem o número de horas reais e efetivas de sono para o crescimento adequado. Por sua vez, o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil [PNSIJ], destinado a conseguir a igualdade de oportunidades de desenvolvimento para todas as crianças e jovens, independentemente dos contextos socioeconómicos e culturais das famílias/comunidades, valoriza os cuidados antecipatórios como fator de promoção da saúde e de prevenção da doença, destacando entre estes cuidados, a promoção de hábitos de sono saudável.

Tendo em conta a evidência científica atual, o Guia Orientador de Boa Prática em ESIP da OE e da Direção Geral da Saúde no PNSIJ, propõem-se uma serie de medidas e intervenções que promovam e favoreçam o sono/repouso dos lactentes e crianças mediante o controle do ruído ambiente.

6.1. Intervenções promotoras do sono/conforto

- Sempre que possível, abrir o foco de atenção e levantar os diagnósticos de enfermagem, registando as intervenções de enfermagem promotoras do sono/conforto no programa informático SClínico:

FOCO DE ENFERMAGEM	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
SONO	<ul style="list-style-type: none">– Sono adequado– Risco de sono comprometido– Sono comprometido	<ul style="list-style-type: none">✓ Avaliar o sono✓ Ensinar sobre padrão de sono✓ Encorajar o sono/repouso
CONFORTO	<ul style="list-style-type: none">– Conforto– Desconforto	<ul style="list-style-type: none">✓ Avaliar sinais de desconforto✓ Avaliar o ambiente✓ Gerir o ambiente físico✓ Implementar cuidados de conforto✓ Promover o conforto

- Respeitar os ciclos sono/vigília;
- Estabelecer uma rotina à hora de deitar/dormir;
- Incentivar o uso de objeto/brinquedo de apego;
- Incentivar atividades calmas antes de dormir;
- Não utilizar PC/telemóveis e/ou semelhantes antes de dormir;
- Manter um ambiente calmo e confortável;

- Reduzir o tempo de manuseamento;
- Preservar período de descanso entre procedimentos;
- Providenciar son/objeto familiar ao lactente;
- Reduzir estímulos exteriores (luz e ruído);
- Integrar os pais como membros ativos na colaboração/prestação dos cuidados ao lactente/criança;
- Garantir/respeitar a privacidade da crianças/pais
- Controlar fatores ambientais tais como: a luz ambiente, o ruído excessivo e a temperatura ambiental.

6.2 Intervenções para controla e/ou minimizar o fator ambiental ruído

- Evitar ruído súbito e brusco;
- Desligar o son do telemóvel e ajustar o volume dos telefones;
- Falar com um tom de voz baixo, utilizando um tom de voz mais baixo junto do lactente;
- Realizar a manutenção periódica dos aparelhos, suportes metálicos para soros/seringas/bombas infusoras, mesas de apoio metálicas, entre outros;
- Alertar os profissionais de saúde para manipular os equipamentos de modo suave e silencioso;
- Diminuir o volumem dos alarmes dos monitores durante o turno da noite;
- Desligar os alarmes dos monitores sempre que estes não se encontrem ligados ao paciente ou quando realizemos alguma intervenção no paciente que posa acionar o alarme do monitor, voltando-o a ligá-lo quando terminemos o procedimento;
- Atender prontamente aos alarmes dos aparelhos;
- Desligar o “*bip*” dos monitores;
- Fechar as portas de armários, quartos, etc. de forma suave;
- Diminuir a luz ambiente sempre que possível, principalmente durante o horário noturno: a diminuição da luminosidade favorece a diminuição dos níveis de ruído;
- Colocar sinalética, tanto na entrada do Serviço/Unidade, como nos corredores e/ou salas comuns, de forma a alertar da importância de manter um ambiente calmo e silencioso;
- Reduzir o número de pessoas em redor do lactente/criança, controlando o número de visitas;

- Orientar os pais acerca da importância de reduzir a intensidade do ruído ambiente;

É importante salientar que a existência de um sonómetro luminoso na parede da sala de UUP e no SPI, permitirá identificar se as intervenções realizadas são eficazes ou pelo contrário precisam de ajustes/melhoras, até conseguir atingir uns níveis de ruído adequado e seguros.

Versão, Revisão, Aprovação/Ratificação:

Versão:

Versão	Data	A rever em	Descrição das Modificações	Autor(es)
01			Versão original	

Revisão:

A rever por:	Cargo/Comissão com responsabilidade na revisão do documento no prazo máximo de 3 anos	Data da próxima revisão:
---------------------	---	---------------------------------

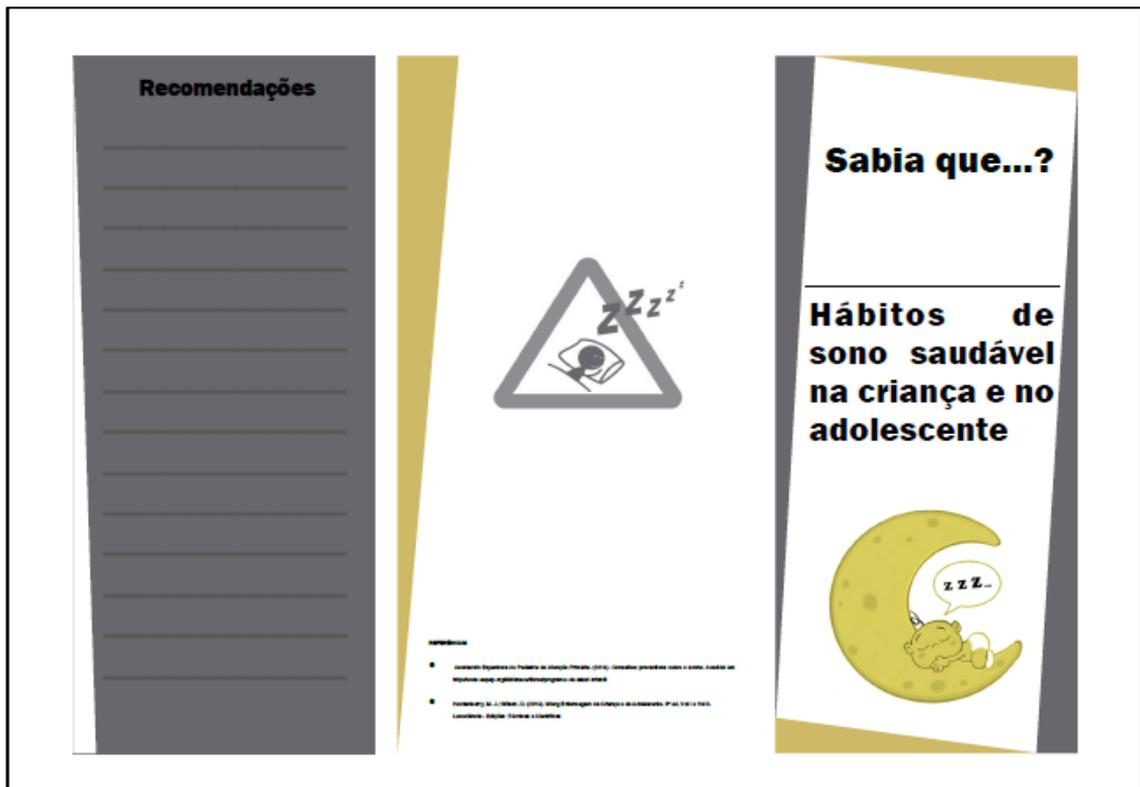
Aprovação/Ratificação:

Aprovado por:	- De acordo com a Estrutura hierárquica/organizacional do Serviço/Unidade Funcional Nas Descrições de Funções deve estar de acordo com o ponto 4. "Dependência Hierárquica e Funcional: - Órgão/Comissão da Área (quando aplicável)	Data: Data:
Ratificado por:	Conselho de Administração/Diretor do Serviço/Unidade Funcional Autónoma	Data:

APÊNDICE 11 | Folheto informativo: sono no lactente

APÊNDICE 12 | Folheto informativo: cólicas do lactente

APÊNDICE 13 | Folheto informativo: hábitos de sono saudável na criança e no adolescente



O **sono** desempenha um papel importante no desenvolvimento físico e emocional das crianças e dos adolescentes, pois estes encontram-se num período de intensa aprendizagem e crescimento.

PRÉ-ESCOLAR	ESCOLAR	ADOLESCENTE
<ul style="list-style-type: none"> • Tempo de sono diário: 11–12 horas. A maioria das crianças faz uma sesta por dia, abandonando este hábito no final do segundo/terceiro ano; • Pode aparecer resistência à hora de dormir e acordam com frequência durante a noite (medo da separação). 	<ul style="list-style-type: none"> • O sono noturno é contínuo e a duração do mesmo é individualizada: depende da idade da criança, nível de atividade, etc.; • Uma criança de 5 anos deverá dormir aproximadamente 11 horas diárias. • Pode aparecer “resistência à dormir” devido aos medos normais da idade (medo do escuro, barulhos estranhos...) e a que consideram o “dormir mais tarde” um privilégio/recompensa. 	<ul style="list-style-type: none"> • O adolescente deverá dormir cerca de 9 horas por noite; • Surgem problemas com a diminuição das horas de sono/descanso como as insónias.
<p><u>HÁBITOS DE SONO SAUDÁVEL</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Estabelecer uma rotina à hora de dormir; - Proporcionar um ambiente calmo e confortável; - Incentivar o uso de brinquedo/objeto de apanço. 	<p><u>HÁBITOS DE SONO SAUDÁVEL</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar um ambiente calmo e confortável; - Perante o “medo de dormir”, devemos manter a calma e tranquilizar à criança; - Manter a criança ativa (realizar atividades lúdicas, brincar...) 	<p><u>HÁBITOS DE SONO SAUDÁVEL</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ambiente calmo e confortável; - Reduzir o consumo de estimulantes (refrigerantes, café...) - Não utilizar computadores/telemóveis antes de dormir; - Realizar atividade física de forma regular (nunca antes de ir a dormir)

APÊNDICE 14 | Póster: a importância do sono no lactente

A importância do sono no lactente

O sono é um estado de repouso fisiológico e reversível, que se caracteriza pela suspensão temporária da consciência, com relativa diminuição das atividades corporais, tais como: ritmo cardíaco e respiratório, temperatura e relaxamento muscular entre outras. Uma criança entre os 0 e 6 meses de idade deve dormir entre 14 e 15 horas diárias. A partir dos seis meses de idade e até cumprir um ano de vida, deverá dormir entre 12 e 14 horas diárias.

HÁBITOS DE SONO SAUDÁVEIS

- Deitar a criança com roupas confortáveis e *de costas*
- Criar um ambiente calmo, confortável e tranquilo
- Deitar a criança acordada no berço e permanecer junto a ela, criando um ritual próprio para adormecer (música de embalar, contar histórias, etc.)
- Incentivar o uso de um objeto de apego, tal como: chupeta ou boneco apropriado
- Tentar estabelecer uma rotina diária ao nível do horário.
- Por volta dos 6 meses de idade: alargar os períodos de vigília, mantendo a criança acordada mais tempo durante o dia

APÊNDICE 15 | Estudo de Caso

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



ES
Escola Superior Saúde
IPortalegre



IPS
Instituto Politécnico de Setúbal
Escola Superior de Saúde



Instituto Politécnico de Castelo Branco
Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Unidade Curricular | Estágio I

Docentes

Prof. António Casa Nova

Prof. Doutora Ana Lúcia Ramos

Prof. Doutora Antónia Chora

Prof. Gabriela Calado

NASCER COM 29 SEMANAS: A PROPÓSITO DE UM CASO

Aluna | Olivia Macarro (m36921)

Junho 2017

Mestrado em Enfermagem em Associação

Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem São João de Deus

Instituto Politécnico de Beja – Escola Superior de Saúde

Instituto Politécnico de Portalegre – Escola Superior de Saúde

Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde

Instituto Politécnico de Castelo Branco – Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias

Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Unidade Curricular | Estágio I

Docentes

Prof. António Casa Nova

Prof. Doutora Ana Lúcia Ramos

Prof. Doutora Antónia Chora

Prof. Gabriela Calado

NASCER COM 29 SEMANAS: A PROPÓSITO DE UM CASO

Aluna | Olivia Macarro (m36921)

Junho 2017

Abreviaturas e Símbolos

- APA – American Psychological Association
- CE – Consultas Externas
- CHS – Centro Hospitalar de Setúbal E.P.E.
- CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
- cm – Centímetros
- CCD – Cuidados Centrados no Desenvolvimento
- DEP – Desenvolvimento estado-ponderal
- DGS – Direção Geral da Saúde
- EESIP – Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica
- g – Gramas
- HC – História clínica
- HGO – Hospital Garcia de Orta
- Hb – Hemoglobina
- Htc – Hematócrito
- IC – Idade corrigida
- IMC – Índice de Masa Corporal
- m² – metros cuadrados
- OMS – Organização Mundial da Saúde
- Pág. – Página
- RN – Recém-nascido
- RNPT – Recém-nascido pré-termo

SNC – Sistema Nervoso Central

UCEN – Unidade de Cuidados Especiais Neonatais

	Índice	Pág.
INTRODUÇÃO	5
1 - ESTUDO DE CASO	7
1.1 Colheita de dados	8
1.2 Fundamentação teórica	10
2 - COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA	13
3 - PLANO DE CUIDADOS	15
4 - CONCLUSÕES	20
5 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	21
6 - APÊNDICES	23
Apêndice I Consentimento Informado	24
Apêndice II Grelha de Observação: Estágio I	26
Apêndice III Teste de Graffard	30

INTRODUÇÃO

O presente trabalho de índole académica, proposto no âmbito da Unidade Curricular de Estágio I do Mestrado em Enfermagem em Associação do ano letivo 2016/17, que recorreu no Serviço de Consultas Externas I – Área de Pediatria do Centro Hospitalar de Setúbal E.P.E. [CHS], tem como tema a elaboração de um estudo de caso intitulado: “Nascer com 29 semanas: a propósito de um caso”.

A Área de Pediatria, das Consultas Externas [CE] do CHS tem as seguintes sub-especialidades: Pediatria Geral, Pediatria Neonatal, Nefrologia Pediátrica, Cirurgia Pediátrica e Doenças Respiratórias. Assim, optei por basear o estudo numa situação clínica de uma criança prematura, referenciada à Consulta de Neonatologia através da Unidade de Cuidados Especiais Neonatais do CHS-E.P.E. por ser esta a Unidade onde atualmente exerço a minha profissão.

A Enfermagem enquanto área do cuidar e de prestação de cuidados exige aos seus profissionais a atualização/aquisição constante de conhecimentos. Através dos estudos de casos, entendidos estes como uma estratégia de investigação empírica que permite estudar fenómenos em profundidade no seu contexto real, a enfermagem tem a oportunidade de aprofundar, de forma detalhada, os conhecimentos relativos a uma pessoa, um grupo ou uma comunidade.

De este modo foi definido como objetivo geral o desenvolvimento de competências que promovam a prestação de cuidados à criança/jovem e família na maximização da sua saúde ao longo do seu ciclo de crescimento e desenvolvimento. Formalizou-se como objetivos específicos a aquisição/mobilização de conhecimentos relativos à realização/elaboração de um estudo de caso assim como o reconhecimento de competências do Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediatria [EESIP] no acompanhamento da criança/jovem e família na consulta externa – área de pediatria.

Como futura EESIP, espero adquirir, aprofundar e desenvolver conhecimentos e competências que me permitam prestar cuidados específicos e dar resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem de modo a que possa intervir de forma atempada e adequada junto das crianças e suas famílias, baseando a minha prática clínica diária na evidência científica atual e tendo em vista a promoção da saúde.

Este trabalho encontra-se dividido em quatro capítulos. O primeiro aborda e desenvolve o estudo de caso expondo os antecedentes pessoais do paciente e a sua situação atual para além de uma breve fundamentação teórica sobre o tema abordado: a prematuridade. Seguidamente descrevem-se as competências do EESIP e as suas funções nas CE de pediatria. Em terceiro lugar, mostra-se o plano de cuidados trazado de acordo à linguagem para a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem [CIPE]. Por fim apresenta-se a conclusão, onde para além da síntese dos aspetos significativos, evidencia-se se os objetivos propostos foram ou não atingidos, assim como ganhos pessoais e profissionais obtidos e os aspetos facilitadores e limitadores.

A elaboração deste trabalho cumpre as diretrizes do novo acordo ortográfico português e obedece à norma de referência *American Psychological Association* [APA].

1 - ESTUDO DE CASO

O estudo de caso é um dos mais antigos métodos utilizados no ensino de enfermagem (Galdeano et al, 2003). Esta forma de metodologia de ensino baseada no estudo de caso encontra-se em expansão. Nos últimos anos tem-se produzido um incremento e uso crescente no ensino de enfermagem, como pode ver-se no crescimento do número de projetos que utilizam esta estratégia e no aumento do número das publicações em revistas da área de enfermagem. (Coutinho & Chaves, 2002).

De este modo, podemos dizer que, no contexto das ciências sociais, os pesquisadores usam, cada vez com maior frequência, os estudos de caso como método qualitativo de colheita de dados. (Polit & Beck, 2011) Com a evolução da profissão de enfermagem, o estudo, o ensino e a organização do cuidado de enfermagem tornaram-se focos de atenção do enfermeiro. Assim, surgem os 'estudos de caso', representando as primeiras tentativas de definição e sistematização da assistência de enfermagem (Galdeano et al, 2003).

Para Silva & Santos (2009) "o estudo de caso é considerado na área de enfermagem, como o precursor dos planos de cuidados, tidos como o primeiro passo para alcançar o que hoje é definido como processo de enfermagem, com foco na individualização do cuidado à pessoa, família e comunidade, com vistas à integralidade do ser e a autonomia profissional".

Enquanto estratégia de investigação empírica o estudo de caso permite estudar fenómenos em profundidade no seu contexto real. O 'caso' pode ser um indivíduo, um grupo, uma organização ou comunidade. (Mendes & Grilo, 2012).

Para Moon, SM & Trepper, TS, referenciado por Galdeano et al (2003), os estudos de casos podem ser classificados em: formais (utilizados por pesquisadores para descrever, analisar e entender determinados fenômenos) e informais (apropriados para a prática clínica, quando se deseja analisar ou descrever uma situação particular, identificar problemas em determinados campos, observar mudanças e explorar as causas. Galdeano et al (2003), também descreve quais são as fases que devem fazer parte do estudo da caso, sendo estas as seguintes: identificação do local/pessoa que faz parte do estudo, resumo dos problemas ou alterações identificadas, fundamentação teórica, alternativas/propostas, ações implementadas ou recomendadas e, em último lugar a discussão.

Tendo em conta que exerço a minha atividade profissional na UCEN do CHS e que ao mesmo tempo realizei o Estágio I, relativo ao Mestrado de Enfermagem em Associação – Enfermagem de saúde infantil e pediátrica nas Consultas Externas – Área de Pediatria, do mesmo centro hospitalar, optei por realizar o estudo de caso referente a uma criança prematura, a qual tivesse sido referenciada à CE - Consulta de Neonatologia (umas das especialidades que formam parte da CE - Área de Pediatria) através da UCEN.

1.1 - Colheita de dados

Os critérios de inclusão, para a colheita de dados para a elaboração do estudo de caso foram os seguintes:

- Criança referenciada à CE de Pediatira - Consulta de Neonatologia após a alta da UCEN do CHS;
- Ter o consentimento por escrito, da mãe, pai ou tutor legal da criança, para aceder aos dados clínicos e pessoais da história clínica [HC] do paciente, para a posterior elaboração do estudo de caso.

Após ter identificado o paciente que reunia o primeiro critério de inclusão, procedeu-se a informar ao pai/mãe ou tutor legal da possível participação da criança no estudo de caso. A seguir, e após aprovação/autorização da mãe/pai por escrito, através do consentimento informado (anexo I) foi preenchida uma *grelha de observação* (anexo II) com os dados pessoais da criança (nome, idade e antecedentes pessoais), o Índice de Graffard (anexo III), a avaliação antropométrica e dos parâmetros vitais no dia da consulta junto com a história atual, a descrição do ambiente físico no momento da consulta de enfermagem e a observação referente à vinculação mãe/filo.

De este modo, os dados pessoais da criança, obtidos á dia 30 de maio de 2017, foram:

Nome do paciente: CRIANÇA1

Data de Nascimento: 24-08-2015

Idade cronológica: 21 meses

Idade corrigida (IC)¹⁹: 18 meses

¹⁹ A idade corrigida é a idade que teria o bebé se tivesse nascido às 40 semanas de gestação. O desenvolvimento de um RNPT não pode comparar-se com o desenvolvimento de um recém-nascido de termo, pelo menos até atingir os dois anos de idade. (Asociación Española de Pediatría, 2015)

Sexo: Feminino

Antecedentes Pessoais: A CRIANÇA1 nasceu no Hospital Garcia de Orta [HGO], onde foi transferida in-útero às 27 semanas e 4 dias por rotura prematura de membranas e anidrámnios. A ecografia das 28 semanas mostrava líquido amniótico diminuído. A mãe fez indução maturativa dia 12 e 13 de agosto. Iniciou antibioterapia dia 13 de agosto, por apresentar uma PCR positiva. No dia 24 do mesmo mês, aparece perda de líquido amniótico meconial.

CRIANÇA1 nasceu de parto eutócico, às 29 semanas e 3 dias de idade gestacional, no dia 24 de agosto de 2015. O índice de apgar ao primeiro, quinto e décimo minuto foi de 9, 9 e 10 respetivamente. O peso ao nascimento foi de 1125 gramas [g], o perímetro cefálico de 24, 3 centímetros [cm] e o comprimento de 36 cm. Durante o internamento, fez alimentação parentérica de dia 1 a dia 4 e alimentação entérica exclusiva com leite materno desde o dia 4. Teve um catéter venoso umbilical desde o dia 1 até o dia 5.

No dia 31 de agosto de 2015, foi transferida do HGO para a UCEN do CHS, com 8 dias de vida, para continuação dos cuidados e com os seguintes diagnósticos: prematuridade e muito baixo peso. O internamento na UCEN foi sem intercorrências: esteve sempre hemodinamicamente estável, com respiração espontânea em ar ambiente e mições e dejeções mantidas e de características normais. Tolerou sempre a totalidade do leite administrado, que inicialmente era materno e posteriormente, no momento da alta, passou para leite artificial. Por apresentar uma comunicação inter-auricular foi avaliada na Consulta de Cardiologia Pediátrica à 18 de setembro de 2015, ficando com nova consulta marcada para dentro de um ano, para nova reavaliação. Por a mãe da CRIANÇA1 ser adolescente, foi referenciada à Assistente Social, tendo alta social após avaliação. Durante o internamento na UCEN também foi avaliado, entre outros, o papel parental encontrando-se este, no momento da alta, não comprometido.

No dia 14 de outubro de 2015 teve alta da UCEN para o domicílio, com 36 semanas e 5 dias de idade corrigida (50 dias de idade cronológica), 2420 gr de peso, um comprimento de 44 cm e um perímetro cefálico de 31 cm. No momento da alta fica referenciada para a Consulta de Neonatologia, na CE – Área de Pediatria do CHS.

Desde o momento da alta na UCEN (14/10/2015) e até o dia que teve lugar a colheita de dados para o estudo (30/05/2017), a CRIANÇA1 assistiu a cinco consultas de enfermagem e médicas nas CE do CHS: a primeira consulta teve lugar dia 1 de dezembro de 2015, a segunda dia 16 de fevereiro de 2016, a terceira foi dia 31 de maio de 2016, a quarta dia 25 de outubro do mesmo ano e a quinta consulta aconteceu dia 30 de maio de 2017.

História Atual: A apreciação inicial da CRIANÇA1 (a 30 de maio de 2017) é de uma criança aparentemente saudável e bem disposta, pois encontrava-se a correr e a brincar com a mãe, na sala de espera, enquanto aguardavam para entrar à consulta de enfermagem.

Seguidamente foi avaliado o desenvolvimento físico e psico-motor da criança, desde a última consulta até a data atual, através de uma entrevista à mãe (com perguntas dirigidas, abertas e fechadas) para conhecer os hábitos de alimentação, eliminação vesical/intestinal, sono e conforto e adaptação da criança ao infantário. Também foram observados os registos tanto do Boletim Individual de Saúde da criança como do Boletim de Vacinação, verificando, neste último, à existência de uma boa adesão à vacinação.

A avaliação antropométrica mostra que a CRIANÇA1 tem um bom desenvolvimento estatoponderal [DEP] e a observação física geral descarta qualquer sinal de alarme.

1. 2 - Fundamentação teórica

Etimologicamente a palavra prematuro deriva do latim *praematuru*, que tem como significado “*criança nascida com menos de 37 semanas de gestação*”. (Dicionário da Língua Portuguesa, 2015). A Organização Mundial da Saúde [OMS] (2016) considera prematuro um bebé nascido vivo antes das 37 semanas de gestação, classificando os bebés prematuros em: pré-termo moderado/tardio (os nascidos entre as 32 e 37 semanas de gestação), muito pré-termo (os nascidos entre as 28 e as 32 semanas de gestação) e pré-termo extremo (aqueles que nascem com menos de 28 semanas de idade gestacional).

Segundo a OMS (2016) , cada ano nascem 15 milhões de recém-nascidos pré-termos [RNPT] no mundo, o que é o mesmo, mais de um recém-nascido em cada dez nascimentos é pré-termo. Cerca de um 1 milhão destes prematuros morre cada ano, devido principalmente às complicações relacionadas com a prematuridade.

Em Portugal, no ano 2015, (ano que nasceu a CRIANÇA1) nasceram um total de 84.584 crianças, entre as quais 6.193 tinham menos de 37 semanas no momento do nascimento e de estas, 713 tinham entre 28 e 31 semanas de idade gestacional, no instante do parto. (INE, 2017).

Quanto menor é a idade gestacional menor será a hipótese de sobrevivência e de sobrevivência sem sequelas. (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2014). As crianças que nascem com menos de 32 semanas de idade gestacional ou com um peso inferior a 1500 grs. têm maior risco

de apresentar alterações no neurodesenvolvimento, destacando sequelas *major* como: paralisia cerebral, défice intelectual e alterações neurossensoriais graves e sequelas *minor*, tais como: perturbações específicas da linguagem, défice de atenção e hiperactividade, outras alterações do comportamento e labilidade emocional (Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2012).

Seguidamente, abordam-se as alterações/complicações que podem sofrer os distintos órgãos/sistemas dos RNPT, tanto a curto como ao longo prazo:

Patologia respiratória: a patologia respiratória é a principal causa de morbi-mortalidade no RNPT. A função pulmonar do RNPT está comprometida devido a fatores como a imaturidade do sistema nervoso central [SNC] e dos músculos respiratórios, além de uma diminuição do desenvolvimento alveolar e do surfactante pulmonar. (Rodríguez et al, 2008)

Patologia neurológica: o SNC tem uma cronologia maturativa relativamente fixa, pelo que no RNPT o desenvolvimento neurológico não há concluído o que não favorece uma boa adaptação a vida pós-natal. (Rodríguez et al, 2008)

Patologia cardiovascular: a persistência do ductus arteriosos é uma patologia prevalente nos RNPT. (Rodríguez et al, 2008). Durante a vida fetal o canal arterial permanece patente através da ação vasodilatadora da prostaglandina, produzida pela placenta. Uma das cardiopatias congénitas mais frequente é a comunicação interauricular [CIA] que é um defeito na parede que separa ambas aurículas, o qual permite o passo de sangue desde a aurícula esquerda à aurícula direita, provocando um aumento no fluxo de sangue pulmonar. (Hockenberry & Wilson, 2014).

Patologia oftalmológica: os RNPT são uma população de risco oftalmológico pelo potencial dano das áreas visuais centrais e pela prevalência de alterações da refração, motivo pelo que os RNPT devem realizar revisões periódicas. (Rodríguez et al, 2008). A retinopatia da prematuridade [ROP] é uma doença vascular proliferativa que ocorre na retina parcialmente desenvolvida do RNPT. É a doença ocular mais frequente em neonatologia, sendo uma das complicações no RN de muito baixo peso. A angiogénese da retina inicia-se às 16 semanas de gestação, terminando por volta das 36 - 40 semanas. Assim, o RNPT nasce com uma vascularização retiniana incompleta, sujeita às variações dos estados de tensão de oxigénio e necessidades metabólicas dos tecidos. (Secção de Neonatologia_SPP, 2014)

Patologia gastrointestinal: a prematuridade é o fator de risco individual mais importante para a aparição de enterocolite necrotizante. (Rodríguez et al, 2008)

Patologia hematológicas: os glóbulos/série vermelha no RNPT, tem valores promédios inferiores que os que tem o recém-nascido de termo. Produz-se uma diminuição progressiva dos hemáties como consequência da hemólise fisiológica do recém-nascido e as numerosas e frequentes extrações de sangue às que são sometidos. (Rodríguez et al, 2008). A anemia é a doença hematológica mais frequente no RN. É definida por uma concentração de hemoglobina [Hb] ou hematócrito [Htc] menor que 2 desvios padrões em relação á média numa população normal da mesma idade e género, vivendo na mesma altitude. (Secção de Neonatologia_SPP, 2013)

Devido à maior frequência de alterações do desenvolvimento nos RNPT, torna-se premente e necessário estabelecer um seguimento protocolizado, principalmente para os RNPT de baixo peso ao nascimento.

De este modo, a Sociedade Portuguesa de Pediatria (2012), tem elaborado o Consenso do Seguimento das crianças nascidas de muito baixo peso (peso inferior a 1500 g) e/ou menos de 32 semanas inseridas na Base do Registo Nacional do Muito Baixo Peso. O Objetivo geral é uniformizar a avaliação do neurodesenvolvimento das crianças incluídas na base do registo nacional do recém-nascido de muito baixo peso. Nesta base de dados serão incluídos e registados qualquer recém-nascido [RN] vivo, nascido ou transferido para o hospital responsável pelo registo nas 1^{as} 24 horas de vida, desde que o peso ao nascimento seja inferior a 1500 gr independentemente da idade gestacional e aqueles que a idade gestacional seja inferior a 32 semanas, independentemente do peso ao nascimento.

Inegavelmente, nas últimas décadas, surgiram novas perspetivas e tecnologias que permitiram a criação de unidades de cuidados neonatais, melhorando os cuidados prestados ao RNPT. No entanto, estas unidades e estes cuidados nem sempre têm em consideração as peculiaridades de cada RN e o seu desenvolvimento. Os neonatos, mais especificamente os RNPT requerem cuidados específicos e diferenciados, prestados por equipas multidisciplinares experientes, integradas num ambiente devidamente adaptado. É essencial que estas equipas adotem uma abordagem centrada no cuidar, de modo a promover a integridade do crescimento e do desenvolvimento do RN, promovendo a sua estabilização/adaptação e minimizando as alterações a nível do neurodesenvolvimento.

Para Fernández (2016), existem uma serie de intervenções de saúde dirigidas a diminuir o stress e o sofrimento dos RN internados nas Unidades de Neonatologia, favorecendo o desenvolvimento neurológico e emocional e, ao mesmo tempo, facilitando a integração da família nos cuidados ao RN. Estes cuidados, conhecidos como Cuidados Centrados no Desenvolvimento [CCD], são descritos como uma estratégia inovadora com a vantagem que para a sua aplicação não são necessários grandes recursos económicos. Para a sua execução, devem seguir-se diferentes abordagens, nomeadamente: controlo dos fatores ambientais, como a luz e o ruído (que estão muitas vezes na origem da desorganização do comportamento dos RN, principalmente no RN prematuro); planificar adequadamente os momentos de prestação de cuidados, de forma a evitar a estimulação excessiva e desnecessária; aplicar os princípios da contenção motora e da prevenção ativa da dor com medidas não farmacológicas; integração dos pais/conviventes significativos como membros ativos na prestação de cuidados ao RN (Als *et al.*, 2004).

2 - COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA

Segundo o documento que descreve as funções do enfermeiro no Serviço de CE I do CHS, compete ao Enfermeiro Especialista orientar e coordenar a equipa de enfermagem na prestação de cuidados gerais, prestar os cuidados de maior complexidade no âmbito da sua especialidade e realizar ou colaborar em trabalhos de investigação em enfermagem, visando a melhoria dos cuidados de enfermagem (Almeida, 2012)

A vigilância em saúde da criança em Portugal, não sendo a vigilância em saúde do RNPT uma exceção, assenta atualmente no Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil da Direção Geral da Saúde [DGS] (2013) e mais especificamente no Consenso do Seguimento das crianças nascidas de muito baixo peso e/ou menos de 32 semanas da Sociedade Portuguesa de Pediatria. Este Consenso do Seguimento tem estipulado um cronograma com as idades chaves e os testes para a avaliação das crianças prematuras de muito baixo peso, entre os 0 e os 8 anos de idade. Durante as primeiras consultas, e até a criança atingir os 30 meses, devemos ter em conta a idade corrigida e não só a idade cronológica.

Se realizará uma avaliação básica que contemple: uma avaliação antropométrica, um exame neurológico, uma avaliação do desenvolvimento psicomotor global e uma avaliação da audição/visão (entre as 40 semanas e os 3 meses, os 6 meses e os 12 meses de idade corrigida), avaliando especificamente a dificuldade da alimentação no RN até os 3 meses de idade corrigida.

Entre os 18 – 24 meses e aos 30 meses de idade corrigida continuaremos com uma avaliação básica, sem examinar a audição nem a visão. Analisando especificamente as alterações da comunicação e do comportamento simbólico entre os 12 e os 24 meses de idade corrigida.

O EESIP, deverá ter em conta na sua prática diária, as linhas-mestras do PNSIJ (DGS, 2013), destacando a valorização dos cuidados antecipatórios como fator de promoção da saúde e de prevenção da doença, nomeadamente facultando aos pais e outros cuidadores os conhecimentos necessários ao melhor desempenho no que respeita à promoção e proteção dos direitos da criança e ao exercício da parentalidade, em particular no domínio dos novos desafios da saúde, detetando precocemente, acompanhando e encaminhando aquelas situações que possam afetar negativamente a saúde da criança e que sejam passíveis de correção e trabalhando em equipa, como forma de responder à complexidade dos atuais problemas e das necessidades em saúde que requerem, de modo crescente, atuações multiprofissionais e interdisciplinares.

O EESIP em parceria com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre (centro de saúde, hospital, cuidados continuados, escola, comunidade, ...), não sendo as consultas externas hospitalares uma exceção, promove o mais elevado estado de saúde possível, presta cuidados à criança saudável ou doente e proporciona educação para a saúde assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa. (OE, 2010)

De igual modo, cuida da criança/jovem e família em situações de especial complexidade e particular exigência, mobilizando oportunamente os recursos, promovendo a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, deficiência ou incapacidade e providenciando cuidados de enfermagem apropriados e de qualidade. (OE, 2010)

Como já foi referido, o EESIP presta cuidados específicos em resposta as necessidades do ciclo de vida, mediante a promoção do crescimento e desenvolvimento infantil e através da vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do RN doente ou com necessidades especiais, como acontece com os RNPT. Também promove a autoestima e a autodeterminação da criança e do adolescente nas escolhas relativas à saúde.

3 - PLANO DE CUIDADOS

O plano de cuidados é um instrumento que auxilia no acompanhamento e avaliação da qualidade da assistência prestada. Isto é, deve ser visto como um instrumento de orientação para o trabalho, buscando adequar os cuidados de enfermagem prestado às necessidades reais dos pacientes. Deste modo, não deve ser considerado definitivo ou único, pois precisa ser revisado sempre que a condição do paciente assim o justifique. (Guimares et al, 2002)

Embora o EESIP olhe para a criança/adolescente no seu todo, existem no entanto, focos de atenção com especial interesse pois permitem, para além das intervenções gerais e interdependentes de enfermagem, enquadrar as intervenções diferenciadas e autónomas relativas à área pediátrica.

De este modo, o plano de cuidados trazado para a CRIANÇA1, segundo a apreciação/observação realizada na consulta de enfermagem (desde o mesmo momento que a criança entrou na consulta) e conforme a CIPE versão 2015 (OE, 2016) será:

Data	30-05-2017
Foco de enfermagem	Desenvolvimento infantil O termo “Desenvolvimento infantil” é descrito como desenvolvimento humano e este pela sua vez como processo corporal: processo progressivo de crescimento físico, mental e social e desenvolvimento ao longo de toda a vida.
Diagnóstico de enfermagem	Risco de desenvolvimento infantil comprometido
Resultados esperados	Desenvolvimento infantil efetivo
Intervenções de enfermagem	<ol style="list-style-type: none">1. Avaliar desenvolvimento da criança2. Avaliar capacidade para andar3. Avaliar capacidade para comunicar através da fala4. Promover o desenvolvimento da criança5. Ensinar sobre desenvolvimento infantil
Avaliação 30 de maio de 2017	<p>O acompanhamento das aquisições do desenvolvimento da CRIANÇA1 tem sido notório e pregressivo, desde o dia 25 de outubro de 2016 (data da anterior consulta) até a atualidade. (avaliado segundo a Escala de rastreio de Mary Sheridan modificada). Dito desenvolvimento é bom e adequado à idade cronológica da criança.</p> <p>Quando verificado o estado dentário, dos doce dentes existentes na cavidade bucal, não foi detectado nenhum dente com cárie dentária. A CRIANÇA1 anda e corre, faz pinça fina, fala/vocaliza espontaneamente, olha quando a chamam pelo nome, interessa-se pelo que a</p>

rodeia, acompanha com o olhar quando apontamos para um objeto, aponta com indicador e interessa-se por outras crianças. Não foram detetados qualquer sinais de alerta.

As ações destinadas a ensinar, estimular e promover o desenvolvimento da criança e os cuidados antecipatórios, foram as de informação e educação para a saúde à mãe, relativamente a:

- Realizar atividades com música, incentivando a criança a dançar e a cantar;
- Estimular a linguagem da criança a través de canções, conversas e livros.
- Reforçar a necessidade de impor regras e limites e não ceder à chantagem da criança.

Data	30-05-2017
Foco de enfermagem	Atividade Psicomotora Processo do sistema nervoso: ordenação de movimento em atividades mentais, conscientes, formas voluntárias de se mover e mobilizar o corpo exigindo um certo grau de coordenação neuromuscular.
Diagnóstico de enfermagem	Risco de atividade psicomotora comprometida
Resultados esperados	Atividade psicomotora mantida
Intervenções de enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliar atividade psicomotora 2. Ensinar sobre atividade psicomotora 	
Avaliação 30 de maio de 2017	
<p>A CRIANÇA1 tem tido um bom desenvolvimetro psicomotor. De acordo com a avaliação da Escala de Mary Sheridan, desempenha as atividades normais para a idade: anda bem e apanha brinquedos do chão. Olha um livro de bonecos e vira várias páginas cada vez. Também bebe por um copo sem entornar muito.</p> <p>As ações destinadas a ensinar, estimular e promover o desenvolvimento psicomotor da criança e os cuidados antecipatórios, foram as de informação e educação para a saúde à mãe, relativamente a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ensinar à criança a colocar o chapéu e os sapatos; • Ensinar à criança a correr com segurança evitando obstáculos; • Pode aparecer a “ansiedad da separação”. 	

Data	30-05-2017
Foco de enfermagem	Crescimento Processo corporal: desenvolvimento físico normal e progressivo com alterações físicas distintas desde a infância até a idade adulta, em consequência do processo gradual e normal de desenvolvimento orgânico

	e maturação de acordo com a idade aproximada e estádios de crescimento e desenvolvimento (...) com dois períodos de crescimento acelerado, sendo o primeiro nos primeiros 12 meses de vida e o segundo por volta da puberdade.
Diagnóstico de enfermagem	Crescimento dentro dos limites normais
Resultados esperados	Desenvolvimento da criança efetivo
Intervenções de enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitorizar peso 2. Monitorizar perímetro cefálico 3. Monitorizar comprimento 4. Avaliar o crescimento estatoponderal 	
Avaliação 30 de maio de 2017	
<p>A apreciação inicial da CRIANÇA1 é de uma criança aparentemente saudável. No dia da consulta, a CRIANÇA1 pesava 9,470 Kg, tinha 79,5 cm de altura e o índice de masa corporal [IMC] era de 14, 98 (Kg/m²). O percentil do IMC estava entre 15 e 50. Todos estes dados foram registados no Boletim Individual de Saúde Infantil e Juvenil.</p> <p>A CRIANÇA1 tem um adequado crescimento estatoponderal , segundo a idade, peso e altura; de acordo com as curvas de crescimento vigentes.</p>	

Data	30-05-2017
Foco de enfermagem	Atitude face a gestão da medicação Atitude:opinião sobre o regimen medicamentoso e tratamento
Diagnóstico de enfermagem	Risco de não adesão à medicação
Resultados esperados	Adesão à vacinação
Intervenções de enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliar vacinação 2. Ensinar sobre vacinas 	
Avaliação 30 de maio de 2017	
<p>Foi observado o registo do calendário de vacinação no boletim próprio, verificando que a CRIANÇA1 tem administradas todas as vacinas correspondentes, segundo o Plano Nacional de Vacinação vigente.</p> <p>Feita Educação para a Saúde relativamente à importância da vacinação, nas distintas etapas da vida, salientando os ganhos em saúde e o aumento da qualidade de vida.</p>	

Data	30-05-2017
Foco de enfermagem	Papel parental Papel de membro da família:interagir de acordo com as responsabilidades de ser mãe/pai: internalizar as expectativas dos membros da família, amigos e sociedade relativamente aos comportamentos

	apropriados ou inapropriados do papel da mãe/pai, expressar estas expectativas sob a forma de comportamentos, valores: sobretudo em relação à promoção do crescimento e desenvolvimento ótimos de um filho independente.
Diagnóstico de enfermagem	Risco de desempenho do papel parental comprometido
Resultados esperados	Capacidade parental adequada
Intervenções de enfermagem 1. Avaliar o papel parental 2. Promover o papel parental 3. Ensinar sobre papel parental 4. Ensinar sobre desenvolvimento infantil	
Avaliação 30 de maio de 2017 Sem papel parental comprometido. A mãe reconhece as necessidades da criança no domicílio e tem conhecimento das necessidades especiais da criança (assistir à Consulta de Neonatologia por ter nascido prematura) na consulta. Dispõe de rede de apoio adequado às necessidades e tem expectativas adequadas sobre o desempenho do papel parental, no domicílio.	

Data	30-05-2017
Foco de enfermagem	Conforto Sensação de tranquilidade física bem-estar corporal.
Diagnóstico de enfermagem	Risco de desconforto
Resultados esperados	Conforto
Intervenções de enfermagem 1. Avaliar sinais de conforto/desconforto 2. Avaliar o ambiente 3. Gerir o ambiente físico 4. Implementar cuidados de conforto 5. Promover o conforto	
Avaliação de enfermagem 30 de maio de 2017 A sala de enfermagem, no momento da consulta, encontrava-se com uma temperatura ambiente adequada (alrededor de 24 °C), bem iluminada, com luz natural. Embora havia música ambiente, apropriada a idade da criança, a contaminação acústica, proveniente da sala contigua à sala de enfermagem e da sala de espera, interferiu negativamente na prestação dos cuidados. Criança com sinais de conforto. A presença da mãe, durante a realização de todas as intervenções, contribuiu para que a CRIANÇA1 estivesse calma, tranquila e colaborante.	

Data	30-05-2017
Foco de enfermagem	Sono Processo corporal: diminuição recorrente da atividade corporal evidenciada pela diminuição de consciência; não acordando, acompanhado de; não consciente; diminuição do metabolismo; postura imóvel; atividade corporal diminuída; sensibilidade a estímulos externos.
Diagnóstico de enfermagem	Risco de sono comprometido
Resultados esperados	Sono adequado
Intervenções de enfermagem	<ol style="list-style-type: none">1. Avaliar sono2. Ensinar sobre padrão de sono
Avaliação de enfermagem 30 de maio de 2017	<p>A mãe refere que a criança dorme bem e que raramente acorda ao meio da noite. Também refere que a CRIANÇA1 faz uma sesta no meio da manhã.</p> <p>As ações destinadas a ensinar, estimular e promover estilos de vida saudáveis, relacionados com o sono da criança e os cuidados antecipatórios, foram as de informação e educação para a saúde à mãe, relativamente a:</p> <ul style="list-style-type: none">• Horas adequadas de sono, segundo a idade. Foi recomendado que a CRIANÇA1 durma entre 10 e 11 horas de sono noturno com uma sesta de 2-4 horas;• Estabelecimento de rituais para adormecer;

4 - CONCLUSÕES

A enfermagem enquanto ciência exige um nível crescente de conhecimentos, de modo a responder de forma eficaz e eficiente à evolução constante das sociedades e dos desenvolvimentos em saúde. A reformulação do PNSIJ, bem como a criação da Base de Dados do RN de muito baixo peso são exemplos do constante desenvolvimento dos cuidados de saúde em Portugal, que requerem uma constante evolução e atualização dos conhecimentos teóricos, práticos e científicos por parte dos enfermeiros. O EEESIP tem, uma vez mais, um papel fulcral na aplicabilidade destes programas.

Considero ter atingido o objetivo geral a que me propus com a elaboração deste trabalho, conseguindo adquirir competências ao nível da elaboração/realização de um estudo de caso. Deste modo consegui confluir com os conteúdos programáticos através da descrição e análise do estudo de caso de uma criança prematura, na consulta de enfermagem no serviço de CE englobados na unidade curricular de Estágio I.

Senti também alcançado o meu objetivo pessoal enquanto futura enfermeira especialistas em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, através da aquisição, expansão e desenvolvimento de conhecimentos e competências relativamente a esta temática, permitindo-me basear a minha prática clínica na evidência científica atual e tendo em vista a promoção da saúde da criança e sua respetiva família. Ficou claro para mim que o EEESIP encontra-se numa posição privilegiada para uma melhor avaliação do RN/família devido às suas competências e conhecimentos específicos direccionados à criança.

O facto da prematuridade ser um tema extenso, com muita evidência científica consolidada mas também em constante renovação e continuo crescimento, revelou-se um aspeto facilitador na elaboração deste trabalho. Como aspeto limitador referir apenas a dificuldade na recolha da informação/dados para a realização do estudo de caso, pois atualmente os enfermeiros das CE não dispõem de sistema informático – SClinico para consultar tanto a história clínica do paciente como para proceder a registar os focos, diagnósticos e intervenções de enfermagem no respectivo processo do paciente.

5 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, JM. (2012). Descrição de funções do Enfermeiro no Serviço de Consultas Externas I do CHS. Código do documentno:DF.CEXI.07
- Als et al. (2004). Early experience alters brain function and structure. Disponível em <http://pediatrics.aappublications.org/content/113/4/846>;
- Asociación Española de Pediatría. (2015). Edad corregida en niños prematuros. Disponível em <http://enfamilia.aeped.es/edades-etapas/edad-corregida-en-ninos-prematuros>;
- Coutinho, CP & Chaves JH. (2002). O estudo de caso na investigação em tecnologia educativa em Portugal. Rev port educ;
- Dicionário da Língua Portuguesa. (2015). Dicionário Editora da Língua Portuguesa - Acordo Ortográfico. Disponível em <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/desenvolvimento>;
- DGS. (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Disponível em <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102013-de-31052013-jpg.aspx>;
- Fernández, E. (2016). Cuidados centrados en el Neurodesarrollo del recién nacido prematuro hospitalizado. Disponível em <http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/view/177>;
- Galdeano et al. (2003). Roteiro instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico. Rev Latino-am Enfermagem. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n3/16548>;
- Guimares et al.(2002). Utilização do plano de cuidados como estratégia de sistematização da assistência de enfermagem. Disponível em <https://dx.doi.org/10.4067/s0717-95532002000200006>
- Hockenberry, M. & Wilson, D. (2014). *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda;
- Instituto Nacional de Estatística. (2017). *Partos (nº) por local de residência da mãe (NUTS, 2013), natureza do parto e duração da gravidez da mãe*. Disponível em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0006808&xlang=pt&contexto=bd&selTab=tab2;
- Mendes, F & Grilo, E. (2012). *O Estudo de Caso como estratégia de Investigação em Enfermagem*. III Congresso de Investigação em Enfermagem: Coimbra. Disponível em <http://repositorio.ipcb.pt/handle/10400.11/1744>;
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). *CIPE versão 2015 – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lusodidacta.

- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem*. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciaCrian%C3%A7aJov_aprovadoAG_20Nov2010.pdf;
- Organización Mundial de la Salud. (2016). *Centro de Prensa. Nacimientos prematuros*. Disponível em <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es/>;
- Polit, D & Beck, C. (2011). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação da evidência para à prática de enfermagem*. 7ª ed. Porto Alegre: Artme;
- Rodríguez et al. (2008). *Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neonatología. El recién nacido prematuro*. Disponível em https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/8_1.pdf;
- Silva, RS & Santos, MHER. (2009). *Sistematização da Assistência de Enfermagem como uma estratégia para a autonomia do enfermeiro*. Disponível em <http://ba.corens.portalcofen.gov.br/wp-content/uploads/2013/03/sistematiza%c3%87%c3%83o-da-assist%c3%8ancia-de-enfermagem-como-uma-estrat%c3%89gia-para-a-autonomia-do-enfermeiro.pdf>;
- Secção de Neonatologia_SPP. (2014). *Consenso Clínico_ Retinopatia da prematuridade*. Disponível em <http://www.lusoneonatologia.com/site/upload/consensos/2014-ROP.pdf>;
- Secção de Neonatologia-SPP. (2013). *Consenso Clínico_ Anemia da prematuridade*. Disponível em http://www.lusoneonatologia.com/site/upload/consensos/2013-Anemia_da_Prematuridade.pdf;
- Sociedade Portuguesa de Neonaotlogia. (2014). *Consenso Clínico: limite da viabilidade*. Disponível em <http://www.lusoneonatologia.com/pt/consenso/73/consensos-e-recomendacoes/>;
- Sociedade Portuguesa de Pediatria. (2012). *Consenso do Seguimento das Crianças nascidas de muito baixo peso e/ou menos de 32 semanas*. Acedido a 9 de maio de 2017 em http://www.lusoneonatologia.com/site/upload/consensos/2012-Seguimento_MBP.pdf

APÊNDICES

APÊNDICE I
CONSENTIMENTO INFORMADO: TRABALHO ACADÊMICO

APÊNDICE I

CONSENTIMENTO INFORMADO: TRABALHO ACADÉMICO

Tipo de estudo/trabalho: Estudo de caso

Enquadramento: Trabalho académico integrado no Mestrado em Enfermagem em Associação – Especialidade em Enfermagem de saúde infantil e pediátrica do ano académico 2016/2017. Universidade de Évora.

A participação neste trabalho não envolve qualquer tipo de ação da sua parte, apenas a autorização ao aluno do curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, Especialidade em Enfermagem de saúde infantil e pediátrica, para consultar alguma informação existente no processo clínico do seu filho/a, unicamente para o efeito da realização do trabalho académico acima mencionado. Os dados recolhidos são relativos à gestação/período neonatal, antecedentes pessoais (história clínica) e ao ambiente familiar/social. É-lhe garantido em todo o momento o direito de acesso, retificação e eliminação dos dados facultados.

Confidencialidade e anonimato: Ao dar autorização para serem recolhidos os dados clínicos e antecedentes pessoais do seu filho/a é garantido o anonimato e a confidencialidade dos mesmos. Em nenhum momento do estudo aparecerá o nome, morada ou semelhante que possa identificar a identidade do seu filho/a.

Agradeço desde já a sua colaboração
Aluna do Mestrado em Enfermagem em Associação
Olivia Macarro (m36921)

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar colaborar neste trabalho de índole académica, sem qualquer tipo de consequências e assegurando o direito de acesso, retificação e eliminação dos dados a facultar no âmbito do presente trabalho académico. De esta forma permito e aceito que os dados que voluntariamente forneço e os relativos à história clínica do meu filho/a sejam utilizados para o referido trabalho, confiando que apenas serão utilizados para este fim e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela autora do mesmo.

APÊNDICE II
GRELHA DE OBSERVAÇÃO | ESTAGIO I

GRELHA DE OBSERVAÇÃO | ESTAGIO I

Cons. Ext. Ped.

1 - DADOS PESSOAIS	
1.1- Nome paciente	1.2 – Data de nascimento/Idade
CRIANÇA1	24-08-2015 21 meses 18 meses (IC)
1.3 - Nº Processo	
XXXXXXXX	
1.4 - Antecedentes pessoais/Hª Clínica	
<p>A CRIANÇA1 nasceu no HGO, onde foi tranferida in-útero às 27 semanas e 4 dias por rotura prematura de membranas e anidrámnios. A ecografia das 28 semanas mostrava líquido amniótico diminuído. A mãe fez indução maturativa dia 12 e 13 de agosto e iniciou antibioterapia dia 13 de agosto, por apresentar uma PCR positiva. No dia 24 aparece perda de líquido amniótico meconial. Nasceu de parto eutócico, às 29 semanas e 3 dias de idade gestacional. O índice de apgar ao primeiro, quinto e décimo minuto foi de 9, 9 e 10 respetivamente. O peso ao nascimento foi de 1125 g, o perímetro cefálico de 24, 3 cm e o comprimento de 36 cm. Durante o internamento, fez alimentação parentérica de dia 1 a dia 4 e alimentação entérica exclusiva com leite materno desde o dia 4. Teve um catéter venoso umbilical desde o dia 1 até o dia 5.</p> <p>No dia 31 de agosto de 2015, foi tranferida do HGO para a UCEN do CHS, com 8 dias de vida, para continuação dos cuidados e com os seguintes diagnósticos: prematuridade e muito baixo peso. O internamento na UCEN foi sem intercorrências: esteve sempre hemodinamicamente estável, com respiração espontânea em ar ambiente e mições e dejeções mantidas. Tolerou sempre a totalidade do leite administrado, que inicialmente era materno e, posteriormente no momento da alta, artificial. Por apresentar uma comunicação inter-auricular foi avaliada na Consulta de Cardiologia Pediátrica à 18 de setembro de 2015, ficando com nova consulta marcada para dentro de um ano, para nova reavaliação. Por a mãe da CRIANÇA1 ser adolescente, foi referenciada à Assistente Social, tendo alta social após avaliação. Durante o internamento na UCEN também foi avaliado, entre outros, o papel parental encontrando-se este, no momento da alta, não comprometido.</p> <p>No dia 14 de outubro de 2017 teve alta da UCEN para o domicílio, com 36 semanas e 5 dias de idade corrigida (50 dias de idade cronológica), 2420 gr de peso, um comprimento de 44 cm e um perímetro cefálico de 31 cm. No momento da alta fica referenciada para a Consulta de Neonatologia, na CE – Área de Pediatria do CHS.</p>	
1.5 - Consulta	
Consulta de Enfermagem da CE- Área de Pediatria: Consulta de Neonatologia	
1.6 - Índice de Graffard (anexo III)	
sim <input checked="" type="checkbox"/>	não <input type="checkbox"/>
1.7 - Consentimento informado para o estudo de caso	
sim <input checked="" type="checkbox"/>	não <input type="checkbox"/>
1.8 - Internamento na UCEN	

sim x não

1.9 - Recebeu Educação para a Saúde (individual/grupal) relacionada com a promoção do sono e o repouso no recém-nascido durante o tempo que esteve internado/a na UCEN?

sim não x

Observações:(Se respondeu “sim”, saber quais foram os ganhos em saúde)

A mãe refere ter recebido Educação para à Saúde grupal referente à temática do 'Engasgamento' e dos 'Sinais de doeça'. Reconhece que o fato de ter aprendido a atuar caso a sua filha se engasgasse foi bom, pois a CRIANÇA1 tem sofrido vários episódios de engasgamento em casa, durante a alimentação por biberão, e a mãe tem conseguido resolvê-los em casa, de maneira rápida e eficaz.

2 - VINCULAÇÃO MÃE/PAI/FILHO/A(a mãe fala, olha, toca no bebé/criança, etc.)

Papel parental não comprometido. A mãe mostrou-se atenta e carinhosa com a criança. Fala e interage com a filha de maneira apropriada.

3 - DESCRIÇÃO DO AMBIENTE NO MOMENTO DA RECOLHA DE DADOS (luz e ruído ambiente, temperatura da sala, etc.)

Na consulta de enfermagem, no momento da recolha de dados, a temperatura ambiente da sala era agradável (aproximadamente 24 °C). A sala também se encontrava bem iluminada, com luz natural.

Por vezes, durante o tempo que durou a consulta, o ruído proveniente da sala de espera das consultas da área de pediatria, filtrava-se até a consulta de enfermagem, o que interferiu negativamente na prestação dos cuidados.

Não foi possível quantificar os decibéis atingidos dentro da consulta de enfermagem nem na sala de espera, por não dispor do equipamento apropriado para tal efeito.

4 - AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA | PARÂMETROS VITAIS

Ta _s /TA _D / MAP	FC _(bpm)	Sat de O ₂	Peso _(Kg)	Altura _(cm)	IMC	P _{IMC}
---- / ---	----	-----	9, 470	79,5	14, 98	P _{15 - 50}

História atual: A apreciação inicial da CRIANÇA1 é de uma criança aparentemente saudável e bem disposta, pois encontrava-se a correr e a brincar com a mãe, na sala de espera, enquanto aguardavam para entrar à consulta de enfermagem.

Seguidamente foi avaliado o desenvolvimento físico e psico-motor da criança, desde a última consulta até a data atual, através de uma entrevista à mãe (com perguntas dirigidas, abertas e

fechadas) para conhecer os hábitos de alimentação, eliminação vesical/intestinal, sono e conforto e adaptação da criança ao infantário, entre outros. Também foram observados os registos tanto do Boletim Individual de Saúde da criança como do Boletim de Vacinação, verificando a existência de uma boa adesão à mesma.

A avaliação antropométrica mostra que a CRIANÇA1 tem um bom desenvolvimento estatoponderal [DEP] e a observação física geral descarta qualquer sinal de alarme.

APÊNDICE III
TESTE DE GRAFFARD

TESTE DE GRAFFARD

A - Profissão

GRAU	CONDIÇÕES	OPÇÃO
1º grau	Diretores de bancos, diretores técnicos de empresas, licenciados, engenheiros, profissionais com títulos universitários ou de escolas especiais e militares de alta patente.	
2º grau	Chefes de secções administrativas ou de negócios de grandes empresas, subdirectores de bancos, peritos, técnicos e comerciantes.	
3º grau	Ajudantes técnicos, desenhadores, caixeiros, contra-mestres, oficiais de primeira, encarregados, capatazes e mestres-de-obra.	
4º grau	Operários especializados com ensino primário completo (ex. motoristas, polícias, cozinheiros, etc.).	4
5º grau	Trabalhadores manuais ou operários não especializados (ex: jornaleiros, mandaretos, ajudantes de cozinha, mulheres de limpeza, etc.).	

B - Nível de Instrução

GRAU	CONDIÇÕES	OPÇÃO
1º grau	Ensino universitário ou equivalente (12 ou mais anos de estudo). Por ex., catedráticos, doutores ou licenciados, economistas, notários, juizes, magistrados, agentes do Ministério Público, militares da Academia	
2º grau	Ensino médio ou técnico superior (10 a 11 anos de estudo). Por exemplo, técnicos e peritos.	
3º grau	Ensino médio ou técnico inferior (8 a 9 anos de estudo). Por exemplo, indivíduos com cursos de liceu, industrial ou comercial, militares de baixa-patente ou sem Academia	3
4º grau	Ensino primário completo (6 anos de estudo).	
5º grau	Ensino primário incompleto (com um ou dois anos de escola primária, que sabem ler) ou nulo (analfabetos).	

C - Fontes de rendimento familiar

GRAU	CONDIÇÕES	OPÇÃO
1º grau	A fonte principal é fortuna herdada ou adquirida (ex: pessoas que vivem de rendimentos, proprietários de grandes indústrias ou grandes estabelecimentos comerciais).	
2º grau	Os rendimentos consistem em lucros de empresas, altos honorários, lugares bem remunerados, etc. (ex: encarregados e gerentes, representantes de grandes firmas comerciais, profissões liberais com grandes vencimentos).	
3º grau	Os rendimentos correspondem a um vencimento mensal fixo, tipo funcionário (ex: empregados de Estado, Governos Cívicos ou Câmaras Municipais, cargos de responsabilidade em grandes empresas)	
4º grau	Os rendimentos resultam de salários, ou seja remuneração por semana, por jorna, por horas ou à tarefa.	4
5º grau	O indivíduo ou a família são sustentados pela beneficência pública ou privada (ex: indivíduos sem rendimentos). Não se incluem neste grupo as pensões de desemprego ou de incapacidade para o trabalho.	

Título | Promoção do sono/repouso da criança durante o primeiro ano de vida: a importância do controlo do ruído ambiente

D – Conforto do alojamento

GRAU	CONDIÇÕES	OPÇÃO
1º grau	Casas ou andares luxuosos e muito grandes, oferecendo aos seus moderadores o máximo conforto	
2º grau	Casas ou andares que, sem serem tão luxuosos como os da categoria precedente, são, não obstante, espaçosas e confortáveis	
3º grau	Casas ou andares modestos, bem construídos e em bom estado de conservação, bem iluminadas e arejadas, com cozinha e casa de banho.	3
4º grau	Categoria intermédia entre 3 e 5	
5º grau	Alojamentos impróprios para uma vida decente, choças, barracas ou andares desprovidos de todo o conforto, ventilação, iluminação ou também aqueles onde moram demasiadas pessoas em promiscuidade.	

E – Aspeto do bairro onde habita

GRAU	CONDIÇÕES	OPÇÃO
1º grau	Bairro residencial elegante, onde o valor do terreno ou os alugueres são elevados	
2º grau	Bairro residencial bom, de ruas largas com casas confortáveis e bem conservadas.	
3º grau	Bairro em ruas comerciais ou estreitas e antigas, com casas de aspecto geral menos confortável	3
4º grau	Bairro operário, populoso, mal arejado ou bairro em que o valor do terreno está diminuído como consequência da proximidade de oficinas, fábricas, estações de caminhos de ferro, etc	
5º grau	Bairros de lata	

Classificação Social A soma total dos pontos obtidos na classificação dos cinco critérios dá-nos uma pontuação final que corresponde à classe social, conforme a classificação que se segue:

Classe I	Famílias cuja soma de pontos vai de 5 a 9.	Alta
Classe II	Famílias cuja soma de pontos vai de 10 a 13.	Média Alta
Classe III	Famílias cuja soma de pontos vai de 14 a 17.	Média
Classe VI	Famílias cuja soma de pontos vai de 18 a 21.	Média Baixa
Classe V	Famílias cuja soma de pontos vai de 22 a 25.	Baixa (pobre)

APÊNDICE 16 | Artigo : “Risco de desconforto acústico nos profissionais de enfermagem”

RISCO DE DESCONFORTO ACÚSTICO NOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

Olivia Macarro
Enfermeira na UCEN do CHS, EPE - omgdue@hotmail.com

RESUMO:

Objetivo: Avaliar a importância da redução dos níveis de ruído no ambiente hospitalar na prevenção de efeitos adversos na saúde dos enfermeiros. **Método:** Revisão sistemática com pesquisa de artigos realizada na base de dados Clinical Key e B-on. **Resultados:** Os níveis de ruído avaliados excedem as recomendações da Organização Mundial da Saúde. Os profissionais, manifestam sintomatologias associadas à exposição ao ruído. **Conclusão:** Os níveis elevados de ruído no ambiente hospitalar tem repercussões negativas sob a saúde. Destaca-se a importância da implementação de intervenções que permitam eliminar/atenuar os níveis de ruído ambiente.

Palavras-chaves: Risco Ocupacional, Enfermeira, Nível de Ruído Ambiente

ABSTRACT :

Objective: Assess the importance of reducing noise levels in the hospital to prevention of adverse effects on nurses' health. **Method:** Systematic review with Clinical Key and B-on database article research support. **Results:** The noise levels evaluated exceed the World Health Organization` recommendations. Health professionals, show a diverse symptomatology associated with exposure to high levels of noise. **Conclusion:** The negative repercussions of the existence of noise levels on nurses' health. Emphasizing the importance of implementing interventions to eliminate / reduce environment noise levels.

Key-words: Occupational Risks, Nurse, Environmental Noise Level

Introdução

Ao longo das últimas décadas surgiram novas perspectivas e tecnologias que influíram direta e positivamente na prestação dos cuidados de enfermagem. Um exemplo de esta inovação tecnológica tem sido a criação de Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos, onde a tecnologia utilizada junto com os cuidados de enfermagem especializados, tem permitido grandes avanços na supervivência e qualidade de vida de estes pacientes. Não obstante, esta tecnologia também acarreta um excesso de estímulos ambientais, tais como luminosidade e ruído, que podem tornar-se nocivos e interferir negativamente na recuperação do paciente em idade pediátrica e na saúde dos profissionais que ali trabalham.

A palavra ruído deriva do latim *rugitu*, que significa “rugido”. Dicionário da Língua Portuguesa. (2015). Para a Agência Portuguesa do Ambiente (2004), o ruído é *“qualquer variação de pressão atmosférica que o ouvido humano pode detetar, seja no ar, na água ou em qualquer outro meio de propagação”*

Há mais de duas décadas que a Organização Mundial da Saúde (1990), alerta e reconhece que *“o ruído representa um problema para o ser humano”* e que, em ambientes específicos como os hospitais, tem repercussões negativas em distintas esferas, ocasionando alterações fisiológicas e psicológicas no indivíduo. Define e recomenda que, os decibéis [dB] atingidos no quarto/sala do doente nunca deveriam ultrapassar os 35 dB (OMS, 2009). Segundo Basner *et al*, (2014) a exposição prolongada no tempo, a níveis de ruído que superem os 75 – 85 decibéis, pode causar lesão/pérdida auditiva.

Para além dos efeitos nocivos que tem no paciente, o ruído excessivo também pode originar uma série de consequências negativas nos profissionais de saúde, dificultando a atividade profissional e aumentando o risco de erro (Oliveira, Figueireiro & Batista, 2013).

A Direção-Geral da Saúde (2010) , no Manual de Gestão do Risco Profissional, salienta que o risco de um profissional da saúde contrair doenças relacionadas com o trabalho é de aproximadamente 1,5 vezes maior que o risco de todos os outros trabalhadores. Identifica os riscos profissionais como: biológicos, físicos, químicos , psico-sociais e os relacionados com a atividade profissional. Assim, o ruído é contemplado com um fator de natureza física susceptível de causar perda auditiva, perturbações do sono e sonolência diurna, interferir na recuperação dos pacientes e no desempenho dos profissionais que trabalham no hospital (Direção-Geral da Saúde, 2010;

Basner et al, 2014). Destacando de entre as três principais fontes de ruído, no meio hospitalar: as conversas dos utentes/acompanhantes, as conversas e atividades dos profissionais da saúde e os alarmes dos monitores/aparelhos. (Costa, Lacerda & Marques, 2013; Watson, Kinstler, Vidonish, Wagner, Lin, Davis, Kotowski, & Daraiseh, 2015; Nicolau, Casal, Lopes, Kronenberg, 2005)

Como já foi referido, no meio hospitalar, são diversas as fontes que causam ruído. A equipa multidisciplinar junto com os pacientes e os acompanhantes dos mesmos, podem realizar uma serie de intervenções que permitiram apaziguar os níveis elevados de ruído, ou mesmo eliminá-los. Existem outras fontes de ruído que são inerentes às condições físicas e arquitetónicas dos próprios Serviços e Unidades, destacando-se assim a necessidade de propostas especiais de melhoria também a nível estrutural. (Oliveira *et al.*, 2013).

Método de Revisão

A presente revisão sistemática pretende responder à questão: Os níveis de ruído ambiente hospitalar tem repercussões negativas sob a saúde dos profissionais de enfermagem ?

Foram incluídos estudos que apresentassem resultados referentes ao impacto que tem o ruído ambiente elevado sob a saúde dos profissionais de enfermagem. Os demais critérios de inclusão foram: data da publicação do estudo entre 2013 e 2018, terem sido realizados em Serviços ou Unidades pertencentes ao Departamento de Pediatria e publicados nos idiomas português, espanhol e inglês.

A pesquisa dos artigos foi realizada na base de dados ClinicalKey e B-on, utilizando-se intersecção dos termos de busca bibliográfica: Risco ocupacional (occupational risks), Saúde dos enfermeiros (nurses health), Níveis de ruído ambiente (environmental noise level).

Realizou-se uma primeira avaliação, tendo por base o título e o resumo dos artigos e rejeitaram-se aqueles que não preencheram os critérios de inclusão e que não se apresentavam com texto completo.

Dos estudos encontrados, foram selecionados três estudos descritivos e transversais. Posteriormente procedeu-se à avaliação específica da qualidade metodológica dos estudos, através da utilização das grelhas de avaliação do Instituto Joanna Briggs (2017), com resultados positivos.

Resultados

Após a análise dos estudos selecionados, e tendo em conta a questão de investigação norteadora da presente revisão, prosseguiu-se à identificação dos resultados específicos de cada estudo.

O objetivo do estudo conduzido por Andrade, Oliveira, Souza & Matos (2016) foi avaliar o nível de ruído em diversos ambientes de um hospital público e analisar os efeitos do mesmo nos trabalhadores a partir dos relatos de queixas. Os instrumentos de análise utilizados foram dois: a mediação dos níveis de ruído e o preenchimento de um questionário. O nível de ruído aferido oscilou entre 52,5 e 85 decibéis nos diferentes setores avaliados (entre os que se encontrava o Serviço de Pediatria e a Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais), o que põe de manifesto que o ruído excede os valores aconselhados pela Organização Mundial da Saúde. A amostra estava composta por 235 profissionais, sendo que o 11,1% eram profissionais de enfermagem. O 75,7%, dos profissionais que participaram no estudo, referiram sentir desconforto e o 20,6% tinnitus, quando expostos ao ambiente ruidoso.

Um estudo muito semelhante foi realizado por Costa et al., (2013) onde analisaram os níveis de ruído no ambiente hospitalar e o seu impacto na saúde dos profissionais de enfermagem. O total da amostra estava formada por 138 profissionais, dos quais 31 eram enfermeiros, de distintos setores do hospital público do Município de Curitiba, entre os que se encontra o Serviço de Pediatria. Cerca de 40% dos profissionais que participaram no estudo consideraram o ambiente hospitalar muito ruidoso e, mais do 60% sentiram-se incomodados com o ruído, sendo o tinnitus, a irritação, a alteração do sono, a dor de cabeça e a perda de concentração os principais sintomas referidos pelos enfermeiros.

Watson et al., (2015), também têm como objetivo medir a duração e os níveis de ruído de uma Unidade de Cuidados Intensivos Pediátrico, identificar as fontes de ruído e estudar os efeitos

do ruído sobre a saúde dos profissionais de enfermagem que trabalham nessa Unidade. O total da amostra está composta por 15 profissionais de Enfermagem da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais do *Children's Hospital Medical Care* em Ohio. Os resultados da medição do ruído revelaram que os valores obtidos eram superiores aos recomendados pela Organização Mundial da Saúde. Salientar que encontraram uma relação significativa entre a frequência cardíaca avaliada nos participantes do estudo e o nível de pressão sonora.

Discussão

Estes estudos vêm constatar que os níveis de ruído elevado, no ambiente hospitalar, têm repercussões negativas para a saúde dos trabalhadores do hospital, mais especificamente sob a saúde dos enfermeiros.

É importante salientar, que todos os estudos analisados (Costa et al., 2013; Andrade et al, 2016 & Watson et al., 2015) revelaram nos seus resultados que os níveis de ruído nos hospitais está acima dos valores recomendados pela Organização Mundial da Saúde (2009). Deve-se alertar para o facto de algumas Unidades de Neonaotlogia (Andrade et al, 2016) terem atingido os 85 decibéis, pois há literatura que identifica um incremento no risco de sofrer lesões auditivas quando a exposição é contínua, e os valores alcançados superam os 75–85 decibéis (Basner et al, 2014; Diaz, 2014).

Aurélio & Tochetto (2010), Peixoto, Kakehashi & Pinheiro, (2011) e Silva, Zamberlan-Amorim, Fonseca, Fujinaga, Benutti, & Scochi, (2012) falaram de estes riscos ocupacionais nos seus estudos. Estes autores identificaram sintomas como: diminuição da audição, cefaleias, stresse, irritabilidade, fadiga e distração em aqueles profissionais da saúde que estavam expostos o ruído excessivo e continuado durante a jornada laboral. Os mesmos, também mencionam o impacto negativo, que a exposição ao ruído tem, no rendimento do trabalho dos profissionais da saúde.

Os resultados do estudo conduzido por Costa et al., (2013) vão ao encontro dos resultados obtidos nos estudos anteriormente mencionados, identificando: a irritabilidade (45,63%) , a cefaleia (44,2%) e a perda de concentração (34,78%) como as principais queixas extra auditivas manifestadas pelos profissionais de saúde. De igual modo, Andrade et al, (2016) identificam a mesma sintomatologia extra auditiva nos participantes do seu estudo. Para Silva et al. (2012) que

estes sinais e sintomas podem manifestar-se não só durante as horas de trabalho, também podem perdurar após a saída do mesmo, como por exemplo acontece com a “memória do ruído”, que consiste em conseguir ouvir o som mesmo depois de terminar a exposição ao mesmo.

Desde o ano 2010, a Direção Geral da Saúde destaca aos enfermeiros, juntamente com os assistentes operativos e os trabalhadores de oficinas e armazéns, como os profissionais potencialmente expostos ao risco físico do ruído. E destaca o desconforto, a dificuldade na comunicação, a irritabilidade, a diminuição da atenção e a surdez profissional como os principais sintomas físicos que podem derivar da exposição a ambientes ruidosos.

Conclusão

A presente revisão evidencia as repercussões negativas que os níveis elevados de ruído ambiente, em contexto hospitalar, tem sob a saúde dos enfermeiros.

Embora o ruído ocupacional e o tipo de exposição ao ruído mais frequentemente estudado, são poucos os estudos que investigam os efeitos que tem a exposição a estes níveis de ruído elevados, relativamente à saúde dos enfermeiros. Em Portugal, não foram encontrados estudos referentes a esta temática. Não obstante, os resultados dos estudos internacionais já realizados, demonstram que o ruído excessivo e prolongado no tempo, tem efeitos prejudiciais não só no paciente, também repercute negativamente na saúde dos enfermeiros que prestam cuidados nestes ambientes ruidosos.

A aplicação prática desta revisão põe de manifesto a importância de conseguir que os hospitais sejam lugares livres de contaminação acústica interna. Assim, torna-se fulcral a sensibilização de todos os membros da equipa multidisciplinar mediante a formação dos mesmos. De igual modo, cabe resaltar à importância da realização de campanhas informativas, mediante folhetos e cartazes, para alertar os usuários dos serviços de saúde sob os riscos dos ambientes ruidosos e a importância do silêncio. Salientar também a relevância da realização de pequenas alterações na estrutura física dos hospitais, junto com a implementação de intervenções (controlo/monitorização do ruído a través de sonómetros luminosos, manutenção dos equipamentos, ajuste das alarmas sonoras, entre outras) que permitam minimizar/eliminar os níveis elevados de ruído ambiente.

Existem outras lacunas importantes de serem colmatadas, nomeadamente a falta de estudos atuais relativamente a esta temática no contexto pediátrico na busca de ambientes hospitalares seguros, que promovam a segurança e a qualidade de vida do paciente pediátrico, assim como a segurança no trabalho dos profissionais de enfermagem.

Referências

- Agência Portuguesa do Ambiente. (2004). O ruído e a Cidade. Edição: Instituto do Ambiente. ISBN - 972-8419-91-0;
- Andrade, K.; Oliveira, LL.; Souza, R. & Matos, IM (2016). Noise level measurement and its effects on hospital employees based on complaint reports. . *Rev. CEFAC*. 18(6), 1379-1388. doi:10.1590/1982-0216201618619815;
- Aurélio, F. & Tochetto, T. (2010). Ruído em uma unidade de terapia intensiva neonatal: mensuração e percepção de profissionais e pais. *Rev Paul Pediatr*, 28(2), 162-169. Disponível em http://www.spsp.org.br/spsp_2008/revista/RPPv28_n2_p162-9.pdf;
- Basner et al. (2014). Auditory and non-auditory effects of noise on health. *Lancet*, 383(9925), 1325–1332. DOI: 10.1016/S0140-6736(13)61613-X
- Costa, G; Lacerda, A & Marques, J. (2013). Noise on the hospital setting: impact on nursing professional´ health. *Rev. CEFAC*, 15(3), 642-652. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-18462013005000012>;
- Diaz, J. (2014). Resultados de la aplicación del protocolo de ruido en trabajadores expuestos a un nivel de ruido continuo diario equivalente igual o superior a 85 decibelios (a). *Med Segur Trab (Internet)*, 60 (234) 9-23. Disponível em <http://gesdoc.isciii.es/gesdoccontroller?action=download&id=21/05/2014-e7053fe25f> ;
- Dicionário da Língua Portuguesa. (2015). Dicionário Porto Editora da Língua Portuguesa - Acordo Ortográfico. Disponível em <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/ruído>;
- Direção Geral da Saúde. (2010). Manual de Gestão do Risco Profissional. Orientação Técnica Nº 1. DSP.;
- Instituto Joanna Briggs. (2017). Critical Appraisal Tools. Disponível em <http://joannabriggs.org/research/critical-appraisal-tools.html>;

- Nicolau, S.; Casal, D.; Lospes, P. & Kronenberg, P. (2005). O ruído nas Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais de Lisboa e Vale do Tejo. *Acta Pediatric*, 1(36),15-21. Disponível em <http://actapediatrica.spp.pt/article/viewFile/4842/3642>;

- Oliveira, et. al. (2013). Ubiquidade do ruído em Neonatologia: efeitos e efectividade de medidas de controlo. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 44 (5), 234-241. Disponível em <http://actapediatrica.spp.pt/article/view/3424/2739>;

- Organização Mundial da Saúde. (1990). Guías para el ruido urbano. Disponível em http://www.juristas-ruidos.org/Documentacion/guia_oms_ruido_1.pdf;

- Organização Mundial da Saúde. (2009). Night noise guidelines for europe. Disponível em http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/43316/E92845.pdf?ua=1;

- Peixoto, P.; Kakehashi, T. & Pinheiro, E. (2011). Nível de pressão sonora em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Rev Esc Enferm USP* ,45(6), 1309-1314. Disponível em <http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/download/40838/44243>;

- Silva, A., Zamberlan-Amorim, N., Fonseca, L., Fujinaga, C., Benutti, D. & Scochi, C. (2012). Perception of the multidisciplinary team about noise in neonatal intermediate care units. *Acta Paul Enferm*, 25 (1), 74-79. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002012000100013&script=sci_arttext;

- Watson, J., Kinstler, A., Vidonish, W.P., Wagner, M., Lin, L., Davis, K.G., Kotowski, S.E. & Daraiseh, N.M. (2015). Impact of noise on nurses in Pediatric Intensive Care Units. *America Journal of Critical Care*, 24(5), 377-384. Disponível em <http://dx.doi.org/10.4037/ajcc201526>.