

**Estratégias para minimizar alterações do padrão de sono nas
crianças dos 0 aos 3 anos**

**Relatório de Estágio apresentado para a obtenção do grau de
Mestre em Enfermagem de Saúde da Criança e Jovem**

Sandra Luisa Santos Lopes

Orientadora:
Professora Doutora
Teresa Serrano
Coorientador:
Professor Mestre
Joaquim Duarte

2016
Janeiro

Estratégias para minimizar alterações do padrão de sono nas crianças dos 0 aos 3 anos

PENSAMENTO

“Um verdadeiro guerreiro de luz compartilha com os outros o que sabe do caminho.

Quem ajuda, é sempre ajudado e deve ensinar o que aprendeu.”

Paulo Coelho

Estratégias para minimizar alterações do padrão de sono nas crianças dos 0 aos 3 anos

DEDICATÓRIA

A todas as crianças...

Porque sem elas este projeto não seria exequível.

Ao meu Pai Francisco ...

Estratégias para minimizar alterações do padrão de sono nas crianças dos 0 aos 3 anos

AGRADECIMENTOS

Ao meu marido, por toda a dedicação, carinho e paciência sempre presente, pois sem ele este sonho não teria sido possível,

Aos meus filhos Filipa e João pela alegria transmitida através dos seus sorrisos e compreensão nos momentos de ausência, por não ter tido tempo para brincar ou ajudá-los na realização dos trabalhos escolares,

Aos Professores Teresa Serrano e Joaquim Duarte, pela ajuda, apoio e orientação,

A todos os que cooperaram na realização desta etapa, pelos desabaços e palavras de incentivo,

A todos o meu sincero Obrigado!

Estratégias para minimizar alterações do padrão de sono nas crianças dos 0 aos 3 anos

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACES	Agrupamento de Centros de Saúde
Artº-	Artigo
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CMESCJ	Curso de Mestrado de Enfermagem da Saúde da Criança e do Jovem
CPCJ	Comissão de Proteção de Crianças e Jovens
db	Decibel
Ed.	Edição
Enfº	Enfermeiro
et al.	entre outros
HCE	História Clínica de Enfermagem
h	Horas
nº	Número
OE	Ordem dos Enfermeiros
Pág.	Página
Profº/a	Professor (a)
P I (C)O	Participantes, Intervenções, Comparações e Outcomes
PBE	Prática Baseada na Evidência
1º	Primeiro
%	Percentagem/porcento
4 º/ 4ª	quarto/a
REM	Rapid Eye Movements
RN	Recém-nascido
SO PED	Sala de Observação de Pediatria
SAPE	Sistema de Apoio á Prática de Enfermagem
2 º	Segundo
3º	Terceiro
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
UCERN	Unidade de Cuidados Especiais a Recém Nascidos
UCIN	Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais
USF	Unidade de Saúde Familiar
Vol.	Volume

Estratégias para minimizar alterações do padrão de sono nas crianças dos 0 aos 3 anos

RESUMO

Atualmente existem cada vez mais crianças com hábitos de sono desajustados, que levam à exaustão dos pais, a um ambiente de tensão /stress nas relações familiares, afetando o equilíbrio cognitivo, emocional e afetivo. Sendo o sono um dos contributos mais importantes para a saúde física e mental da criança é fundamental que os enfermeiros estejam despertos para este problema e ajudem os pais a desenvolver estratégias de forma a reduzir as suas consequências.

Informar, capacitar e encaminhar constituem o principal mote da intervenção do enfermeiro.

Metodologia: Revisão sistemática da literatura.

Objetivo: Mobilizar a PBE nos cuidados de enfermagem à criança/família com alteração de comportamento – o sono.

Conclusões: O enfermeiro é o principal elo de ligação para minimizar o contexto ambiental, físico e psicossocial, tendo em conta as necessidades da criança/ família promovendo hábitos de sono saudáveis estabelecendo estratégias em parceria com os pais.

Palavras-chave: criança, bebe, pré-escolar, estratégias, sono, comportamento, idade.

Estratégias para minimizar alterações do padrão de sono nas crianças dos 0 aos 3 anos

ABSTRACT

Currently there are more and more children with dysfunctional sleep habits, which lead to the exhaustion of the parents and to a stress full environment/stress in the family relation ship, which affects cognitive emotional and affective balance. As sleep is one of the most important contributions to the physical and mental health of the child, it is critical that the nurses are alert to this problem and help the parents to develop strategies so as to reduce their consequences.

Inform, train and guide are the main themes of nursing intervention.

Methodology: Systematic review of literature.

Objective: To mobilize PBE in nursing care for children /family with change in sleep – behavior.

Conclusions: The nurse is the main link to minimize the environmental, physical and psycho social context, taking in to account the needs of the child/family promoting healthy sleep habits establishing strategies in partner ship with parents.

Keywords: child, infant, preschool, strategies, sleep, behavior, age.

Estratégias para minimizar alterações do padrão de sono nas crianças dos 0 aos 3 anos

INDICE

	Pág.
INTRODUÇÃO	23
1 -ENQUADRAMENTO TEÓRICO	25
1.1 - A IMPORTÂNCIA DO SONO.....	25
1.2 - O SONO COMO ALTERAÇÃO DE COMPORTAMENTO.....	30
1.3 - A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO.....	31
1.4 – TEORIA DE KOLCABA.....	33
2- REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA	37
2.1 - EVIDÊNCIAS OBSERVADAS DURANTE O PERCURSO DE PESQUISA.....	40
3. ANÁLISE REFLEXIVA DA PRÁTICA DESENVOLVIDA COM BASE NA EVIDÊNCIA	43
4 – CONCLUSÃO	65
5 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69
ANEXOS	75
ANEXO I –Artigo 1 - Trends in Popular Parenting Books and the Need for Parental Critical Thinking.....	77
ANEXO II – Artigo 2 - A qualitative study of parents’ perceptions of a behavioral sleep intervention.....	89
ANEXO III -Artigo 3 - In survival mode: mothers and fathers’ experiences of fatigue Inthe early parenting period.....	97
ANEXO IV - Escala de evidência científica de Guyatt e Rennie.....	107
ANEXO V – Análise do artigo 1.....	111
ANEXO VI – Análise do artigo 2.....	117
ANEXO VII – Análise do artigo 3.....	123
ANEXO VIII - Projeto de Estágio.....	129
ANEXO IX - Guião orientador.....	171
ANEXO X - Plano da sessão aos enfermeiros do serviço de pediatria.....	177
ANEXO XI- Plano da sessão de formação aos pais no serviço de pediatria.....	195
ANEXO XII – Poster para o serviço	211
ANEXO XIII - Projeto de intervenção no ruído no Serviço de Neonatologia	215
ANEXO XIV - Plano da sessão aos Enfermeiros no Serviço de Neonatologia.....	233

Estratégias para minimizar alterações do padrão de sono nas crianças dos 0 aos 3 anos

INDICE DE QUADROS

	Pág.
Quadro nº 1 – Horas de sono de acordo com a idade.....	28
Quadro nº 2 – Critérios utilizados para a formulação da questão de investigação	37
Quadro n.º 3- Limitadores de pesquisa nas bases de dados	38
Quadro n.º 4- Critérios de inclusão/exclusão para a seleção dos artigos a estudar ...	39
Quadro n.º 5- Cruzamento das palavras-chave nas bases de dados científicas	39
Quadro nº 6 – Escala de evidência científica de Guyatt e Rennie.....	107
Quadro nº 7 – Análise do artigo 1.....	111
Quadro nº 8 – Análise do artigo 2	117
Quadro nº 9 – Análise do artigo 3	125

Estratégias para minimizar alterações do padrão de sono nas crianças dos 0 aos 3 anos

INDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico nº 1 - Caracterização da população de acordo com o género e idade.....	52
Gráfico nº 2 - Hora de deitar.....	53
Gráfico nº 3 – Hora de acordar.....	53
Gráfico nº 4 - Acorda durante a noite e as estratégias para voltar a adormecer.....	54
Gráfico nº 5 – Local onde dormem.....	54
Gráfico nº 6 - Hábitos antes de adormecer.....	55

Estratégias para minimizar alterações do padrão de sono nas crianças dos 0 aos 3 anos

INDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura nº 1 –Ciclo do sono.....	26
Figura nº 2 - Fases do sono.....	27
Figura nº 3- Ondas de um traçado de eletroencefalograma.....	28
Figura nº 4 – Teoria de Conforto de Kolcaba.....	35

Estratégias para minimizar alterações do padrão de sono nas crianças dos 0 aos 3 anos

INTRODUÇÃO

O presente relatório encontra-se inserido no 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (CMESCJ) ministrado pela Escola Superior de Enfermagem de Santarém do Instituto Politécnico de Santarém.

“O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem utiliza um modelo conceptual centrado na criança e família encarando sempre este binómio como beneficiário dos seus cuidados”. (Regulamento nº123/2011, Diário da República).

Trabalha em parceria com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre (em hospitais, cuidados continuados, centros de saúde, escola, comunidade, casa, ...), para promover o mais elevado estado de saúde possível, presta cuidados à criança saudável ou doente e proporciona educação para a saúde assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa. (Regulamento nº 123/2011, Diário da República).

Para a realização dos estágios foi selecionado um tema de interesse pessoal e/ ou profissional e que ao mesmo tempo fosse um tema transversal a todos os estágios. Assim optou-se pelo tema sono, porque foi abordado anteriormente devido á dificuldade que os pais têm em deitar os filhos cedo, à insuficiência do número (nº) de horas que as crianças dormem por dia, por ser um tema pertinente, atual e que de alguma forma se encaixa nos interesses da mestranda.

Neste contexto de aprendizagem selecionou-se o tema **“A Criança / Família com Alteração de Comportamento – O Sono**, baseando a realidade na experiencia profissional, verifica-se a existência de erros praticados pelos pais na hora de deitar, existindo assim uma situação passível de intervenção do enfermeiro, capacitando os pais com a realização de estratégias promovendo práticas de sono saudáveis.

O sono é considerado uma atividade de vida importante para a sanidade física e mental da criança. Bons hábitos de sono, “higiene do sono” ou “saúde de sono” são termos alternativos usados para descrever as experiências de um sono saudável. (World Association of Sleep Medicine, 2011).

A diminuição das horas de sono ou a sua ausência podem originar um mal-estar ou descompensação levando a alterações de comportamentos graves que influenciam o crescimento e desenvolvimento do ser humano.

Para Mendes, Fernandes e Garcia (2004) as perturbações do sono existem e resultam de uma interação entre fatores fisiológicos da criança e do seu relacionamento com os pais. Têm impacto no sono dos pais, que se sentem cansados e apresentam perturbações do humor,

afetando o seu desempenho parental no dia-a-dia, mas também podem provocar alterações ao nível do comportamento, da aquisição de conhecimentos e até pode estar relacionada com défice de atenção e hiperatividade, défice cognitivo e outras.

Monteiro (2006) refere que os distúrbios do sono constituem uma das principais perturbações do comportamento das crianças de todas as idades, ainda que muitas vezes transitórias, são umas das perturbações comportamentais mais observadas na prática clínica e assumem uma enorme importância no desequilíbrio emocional da criança e família.

Após conceptualização do tema emergiu a questão P I [C] O: **“Quais as estratégias a adotar pelo enfermeiro para minimizar alterações do padrão de sono nas crianças na faixa etária 0 aos 3 anos”**.

No decorrer da realização deste trabalho optou-se por utilizar a Teoria do Conforto de Katherine Kolcaba (2001), que estuda o conforto e está relacionada com situações específicas e concretas como a faixa etária, o local ou instituição, problema de saúde previamente identificado e o seu objetivo principal baseia-se principalmente em responder a uma questão específica da enfermagem. Tem um papel fulcral na realização da HCE, Planificação, execução e avaliação do processo de enfermagem.

Para a elaboração deste trabalho, foram definidos os seguintes objetivos:

- Analisar e refletir a prática desenvolvida nos diferentes contextos e aprendizagens realizadas, promovendo o desenvolvimento pessoal e profissional, com recurso à revisão sistemática da literatura.

- Definir estratégias que promovam o sono saudável na criança na faixa etária dos 0 aos 3 anos

- Fundamentar as competências adquiridas ao longo do estágio tendo por base as atividades desenvolvidas em estágio

Este trabalho é composto inicialmente por uma parte de enquadramento conceptual, pela descrição da metodologia utilizada e finalmente por uma reflexão baseada na vivência fundamentada com citações dos trabalhos científicos pesquisados. Em anexo encontram-se os trabalhos elaborados que fundamentam as atividades desenvolvidas.

1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O enquadramento teórico caracteriza-se pela definição de um tema ou um domínio de investigação, em que este deverá ser delimitado para que o estudo seja realizável. Para FORTIN (1999) ele refere-se, a “um processo, a uma forma ordenada de formular ideias, de as documentar em torno de um assunto preciso, com vista a chegar a uma conceção clara e organizada do objeto em estudo”.

1.1 - A IMPORTÂNCIA DO SONO

Logan, Roper e Tierney (1990) no seu modelo de enfermagem referem que o sono é uma atividade de vida em que é necessário compreender que os processos corporais não param no período de atividade nem a dormir, todos os seres vivos tem um período de alternância entre atividade e sono. Esta atividade de vida é fundamental para o desenvolvimento, crescimento e a reparação das células que ocorre durante o sono.

A OE (2010) refere que o sono é tão necessário para o desenvolvimento físico, cerebral e emocional das crianças como a nutrição. As consequências dos problemas do sono na criança são fortalecidas pelo seu efeito negativo no sono dos pais, decorrendo em fadiga diária e perturbações de humor, alterando desta forma a sua práxis parental.

Para a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) – versão 2 (International Council of Nurses, 2011) o termo Sono indica “Repouso: Redução recorrente da atividade corporal, marcada por uma diminuição da consciência, não se manter acordado, em que a pessoa não está alerta, metabolismo diminuído, postura imóvel, atividade corporal diminuída e sensibilidade diminuída mas prontamente reversível a estímulos externos”.

De acordo com Mendes *et al.* (2004) o sono é considerado um procedimento fisiológico difícil, afetado por atributos biológicos internos, vocações, expetativas, padrão cultural e disposições ambientais.

Para Soares (2010) “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”.

A partir do 3º trimestre da gravidez, a grávida já identifica se o feto está a dormir ou acordado.

Para Brunshwing (2008), é a partir da vigésima semana, que o feto manifesta alternância de períodos de inatividade com atividade. Após o nascimento, os ciclos do sono são curtos e não apresentam correlação entre o dia e a noite. O Recém-Nascido (RN) começa a reagir e a interagir com o meio circundante desde o parto. Ele possui aptidões e capacidades para adquirir informação do meio exterior, que lhe facilitam a expressão de sentimentos através do choro ou sorriso.

Brazelton (2003) refere que a criança adquire o padrão do sono do adulto entre os 2 - 3 anos de idade, mas até lá o seu padrão de sono pode manifestar instabilidade em se adaptar aos ritmos circadianos.

O mesmo autor (2003) considera a existência de seis estádios de consciência: Sono Profundo; Sono Ativo ou Sono REM (Rapid eye movements); Estado de Sonolência ou Intermédio (os estímulos externos tendem a acordar mais facilmente o bebé); Acordado (em Estado de Alerta); Alerta (mas Irritado) e Choro. Refere que o ciclo de sono de um RN dura cerca de 60 minutos, durante os primeiros 2 anos de vida, aumentam para 90 minutos cada, após os 3 anos atingem cerca de 70 a 110 minutos cada, com 6 a 8 ciclos completos num período de 10 horas de sono. Conforme se pode verificar na Figura 1, disponível em:

<http://www.criasaude.com.br/N2733/doencas/insomnia/definicao-insomnia.html>

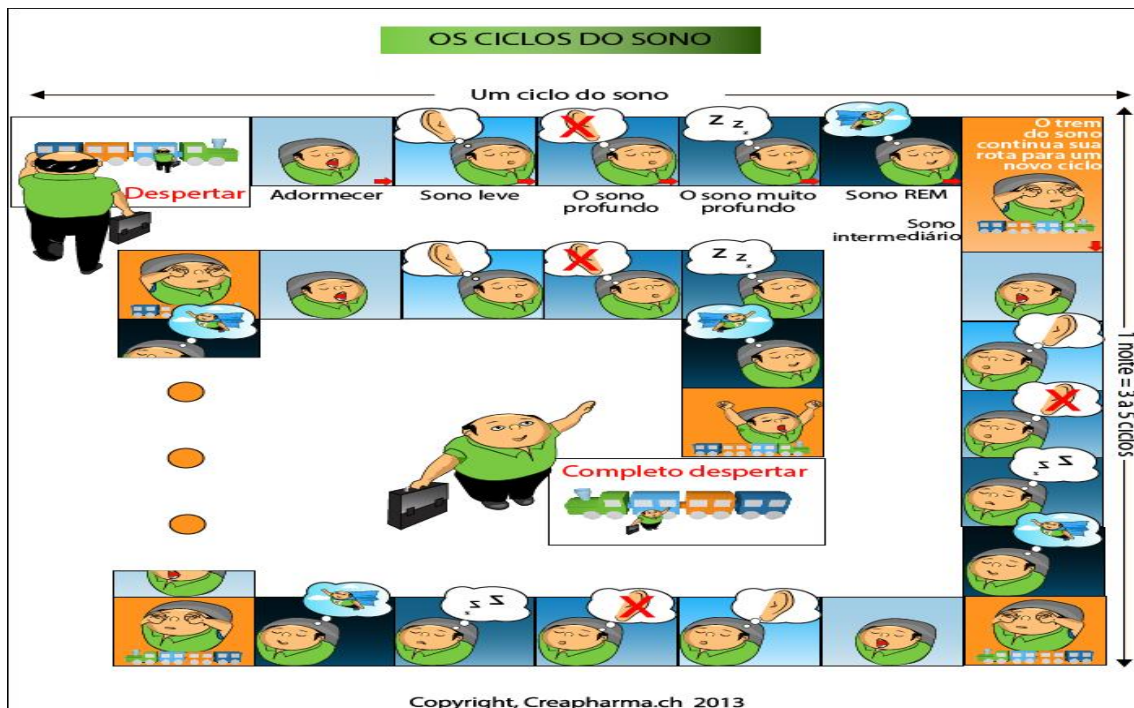


Figura nº 1 – Ciclo do sono

Para Soares (2010) o sono é formado por ciclos Não REM (4 fases) e sono REM.

- **1ª Fase** -É a fase do adormecimento. Essa fase pode durar de alguns instantes até 15 minutos e ocupa de 3% a 5% da noite de sono. Funciona como uma espécie de zona de transição entre estar acordado e a dormir. O cérebro produz ondas irregulares e rápidas e a tensão muscular diminui. A respiração fica suave e os pensamentos do mundo desperto flutuam pela mente. Se for acordada nesta fase, a pessoa reage rapidamente, negando que estava dormir.

- **2ª Fase** – Corresponde á fase do sono mais leve e ocupa metade do tempo total do sono (cerca de 20 minutos). A temperatura corporal e os ritmos cardíaco e respiratório diminuem. As ondas cerebrais ficam mais lentas, alongam-se e regularizam-se. Nesta fase, a pessoa cruza definitivamente o limite entre estar acordada e a dormir.

- **3ª Fase** - O corpo começa a entrar no sono profundo. As ondas cerebrais tornam-se amplas e lentas. É uma fase rápida. Corresponde a uma média de 5% do tempo de sono.

- **4ª Fase** - Refere-se ao sono profundo, onde o corpo recupera do cansaço diário. Esta fase é fundamental para a liberação de hormonas ligadas ao crescimento e para a recuperação de células e órgãos. Dura cerca de 55 minutos (cerca de 20% da noite). A pessoa fica totalmente inconsciente. Está tão fora do mundo que nem uma tempestade poderá acordá-la.

- **5ª Fase (REM)** -A atividade cerebral está a pleno vapor e desencadeia o processo de formação dos sonhos. Os músculos ficam paralisados, as frequências cardíaca e respiratória voltam a aumentar e a pressão arterial sobe. É o momento em que o cérebro faz uma espécie de limpeza geral na memória, fixando as informações importantes captadas durante o dia e descartando os dados inúteis. Se alguém levantar suavemente a pálpebra de uma pessoa nessa fase do sono, ela não acordará. Os olhos já não respondem a estímulos. Disponível em:

<http://www.saudemelhor.com/quais-sao-fases-sono-que-acontece-cada-uma/>

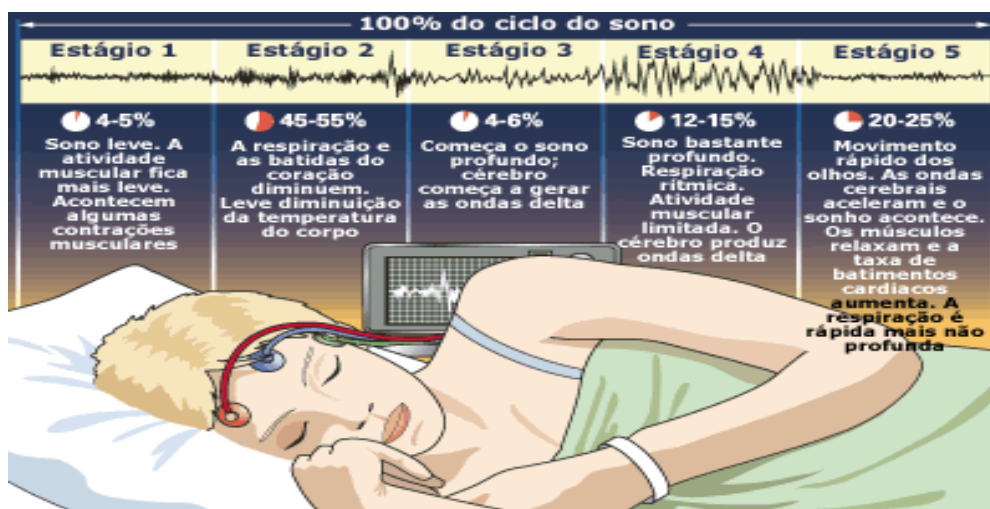


Figura nº2 - Fases do sono

Através das ondas de um traçado de eletroencefalograma consegue-se definir estas diferentes fases, como se pode verificar na figura nº 2. Disponível em:

<http://www.orthoapnea.com/it/architettura-sonno.php>

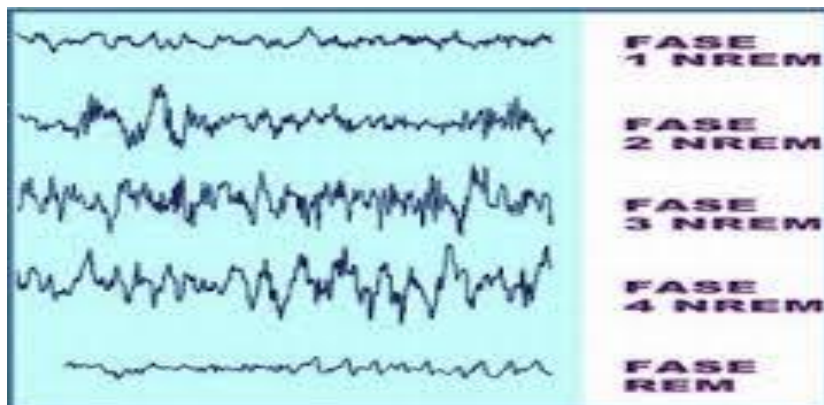


Figura nº 3 -Ondas de um traçado de eletroencefalograma

Tanto Brazelton e Sparrow (2009) como Cordeiro (2010) têm o mesmo parecer de que a medida que a criança se vai desenvolvendo os estados de sono-vigília sofre alterações graduais. A criança evolui positivamente e tende a ser autónoma e aprende a adormecer sozinha quando acorda.

Brazelton e Sparrow, (2009) referem que as necessidades médias diárias de sono variam de acordo com a idade e os que mais sentem com a privação de sono são as crianças. Na infância é quando mais precisamos dormir. Depois, na adolescência a necessidade diminui para cerca de 9 horas. Como se pode verificar no quadro nº 1.

Quadro nº 1 - Horas de sono de acordo com a idade

Grupo etário	Horas de sono preconizadas
RN - 3 meses (noite + dia)	20 Horas
3 - 11 Meses (noite + dia)	14-15 Horas
12 – 35 Meses (noite + dia)	12- 14 Horas
Pré-escolar (3 – 6 anos)	11- 13 Horas
Escolar (6 – 12 anos)	10 – 11 Horas
Adolescentes > 12 anos	9 Horas
Adultos e Idosos	6 – 8 Horas

Os referidos autores têm também a noção de que aos 18 meses, as crianças começam a dormir somente uma sesta, se possível antes do almoço ou logo após o mesmo de maneira a que á noite a hora de deitar não seja protelada. Verificaram também que por vezes, nesta faixa etária é difícil colocar a criança na cama, que se pode recorrer ao uso do objeto de transição (brinquedo, boneco, chupeta, fralda ou outro), que estes devem ser selecionados pela criança, proporcionando-lhes momentos de confiança e serenidade.

Brazelton e Sparrow, (2009) afirmam que é frequente existirem problemas de sono, como o ir para a cama e adormecer, constituindo-se como reações a medos e à tomada de consciência da separação. Todavia, pode demorar algum tempo, mas a criança aprende a confortar-se sozinha. Tem um crescimento intrínseco ao longo da vida e a qualidade e disposição do sono da criança evoluem com a idade, tal como as diferentes etapas de desenvolvimento infantil.

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

Brazelton e Sparrow, (2009) são da opinião de que o sono tem inúmeras funções importantes no restabelecimento e regulação do organismo. A particularidade do estilo de vida de uma família pode ser afetada ou dificultada pelo sono dos filhos, podendo conduzir à extenuação parental e posteriormente desenvolver risco para a saúde dessa família.

Soares (2010) cita o ditado popular “*dormir faz crescer*”, pois é durante o sono que são segregadas hormonas, como acetilcolina, adenosina, dopamina, serotonina, prolactina e cortisol. Refere ainda que o sono tem uma função reparadora da fadiga corporal e psíquica e contribui para a recuperação de lesões através da elaboração de processos metabólicos regenerativos, contando com a participação ativa do sistema imunitário.

A promoção de hábitos de sono saudáveis encontra-se facilitada devido á conjugação de fatores que contribuem para um sono saudável. Estes devem ser presenciados por profissionais de saúde ou até mesmo pelos pais, onde a principal função das instituições de saúde e dos seus profissionais é salvaguardar que a população recebe informação sobre a importância que o sono tem no bem-estar da criança. Para Brazelton (2003) o padrão de sono ajustado á idade é essencial tanto nas crianças saudáveis, como nas crianças com doença aguda ou crónica, quer pelos mecanismos fundamentais inerentes ao sono, quer ao nível do restabelecimento físico e do sistema imunitário, que são indispensáveis ao correto desenvolvimento da criança.

1.2 - O SONO COMO ALTERAÇÃO DE COMPORTAMENTO

Segundo Mendes *et al.* (2004) “Os problemas do sono na criança resultam duma interação complexa entre fatores fisiológicos da criança e do seu relacionamento com os pais, sendo mesmo uma das alterações comportamentais mais frequentes nas populações pediátricas”. Pode-se identificar como exemplo: permitir que a criança adormeça com a noção de que os pais se encontram zangados com ela, não gostam dela porque a castigaram ou ralharam.

Brazelton e Sparrow (2009) referem que os problemas do sono mais frequentes são:

- Sono pouco reparador, pouco tranquilo e superficial,
- Sono curto,
- Terores noturnos,
- Pesadelos,
- Sonambulismo,
- Enurese noturna,
- Ressonar,
- Apneia do sono,
- Síndrome de morte súbita no latente,
- Ranger os dentes,
- Falar durante o sono.

Cordeiro (2010) realça que

(...) não dormir o suficiente conduz mais cedo ou mais tarde, a uma diminuição da concentração e a irritabilidade, com aumento da ansiedade e risco de depressão. Estes sintomas podem aparecer tanto nas crianças como nos pais, apenas com uma diferença: as crianças, quanto menos dormem, mais excitadas ficam, como se a falta de dormir fosse uma verdadeira anfetamina.

A diminuição das horas de sono ou a sua ausência podem originar um mal-estar ou descompensação levando a alterações de comportamentos graves que influenciam o crescimento e desenvolvimento do ser humano.

Os distúrbios do sono constituem uma das principais perturbações do comportamento das crianças de todas as idades, ainda que muitas vezes transitórias, são umas das perturbações comportamentais mais observadas na prática clínica e assumem uma enorme importância no desequilíbrio emocional da criança e família (Monteiro, 2006).

Mendes *et al.* (2004) referem que as perturbações do sono se encontram distribuídas em dissónias (quando se observa alteração do nº de horas de sono, como exemplo rejeição em dormir ou acordar frequentemente durante a noite) e parassónias (descritas como a ocorrência de alterações comportamentais ou fisiológicas insólitas). As dissónias repartem-se em insónias

(sono irregular em qualidade ou quantidade), hiperssónias (aspeto de sonolência diurna exagerada) e distúrbios do ritmo circadiano do sono. As parassónias encontram-se descritas pelos autores como terrores noturnos, pesadelos, somniloquia (falar a dormir), sonambulismo, bruxismo (ranger dos dentes) e enurese noturna.

Assim e de acordo com as evidências científicas pesquisadas pode-se concluir que as alterações de comportamento da Criança/Adolescente podem ser desencadeadas por eventos ou pontos críticos, e requerem que o indivíduo seja capaz de incorporar as mudanças na sua vida, alterando o seu comportamento e redefinindo a sua identidade.

Da prática clínica observa-se que as alterações aos hábitos e rotinas a que a criança / família está sujeita diariamente também influenciam o comportamento das crianças e dos próprios pais, tornando-se na maioria das situações em ciclos viciosos, onde são as crianças a manipular os pais para obterem o que pretendem, contrastando com o desgaste dos pais que são permissivos e cedem com facilidade aos filhos.

Verifica-se também que a má qualidade do sono interfere na memória, na capacidade de aprender e no comportamento. Gera irritação, falta de concentração, limita a capacidade de escutar e resolver problemas, leva a comportamentos agressivos, dificulta as relações com colegas, familiares e professores, provoca ansiedade e confunde as tarefas diárias.

Logo a qualidade e quantidade correta de sono são determinantes para o bom desenvolvimento cognitivo, emocional e comportamental de crianças e adolescentes. Assim conclui-se que é primordial que os pais tenham conhecimentos sobre a importância do sono no desenvolvimento dos filhos para poderem atuar em conformidade com os mesmos .

1.3 - A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO

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

De acordo com o Regulamento nº 123/2011 do Diário da República, é ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem que compete auxiliar a criança /jovem e família na maximização da sua saúde, executar e dirigir um plano de saúde, impulsionador da parentalidade visando a adoção de comportamentos potenciadores de saúde. Impulsionando assim, o crescimento e desenvolvimento infantil, notificando atempadamente a criança/adolescente /família com a finalidade de capacitar os pais e criança /adolescente com

conhecimentos onde se pode incluir a promoção de hábitos de sono saudáveis. Regulamento nº 123/2011, Diário da República).

Ao nível da promoção de condutas de sono saudáveis, existem diversos autores que defendem missivas ou opiniões diferentes entre eles. Barros (2003) salienta a importância de aprofundar e desenvolver a aplicação das práticas de saúde que autentiquem e enalteçam a subjetividade e a abundância das experiências da criança enquanto sujeito ativo do seu crescimento. Cada vez mais se recomenda que as crianças/ famílias devem ser encorajadas a tornarem-se parceiras nos cuidados e para se fazer isto de uma forma completa, deve-se promover o ensino e o suporte adequado. Este ensino e suporte são proporcionados pelos profissionais de saúde incluindo o enfermeiro, deve ser baseado no respeito pelo conhecimento que a família possui sobre a criança obtido através da sua atenção (escuta) às esperanças e expectativas que a criança expressa.

A intervenção do enfermeiro passa pelo conhecimento daquela criança/ família para poder formular estratégias em parceria com as mesmas.

Para tal é relevante entender que estratégia pode ter vários significados, é um conceito que está presente em vários contextos, sendo por isso difícil a sua definição. É uma palavra com origem no termo grego *strategia*, que significa plano, método, manobras ou estratégias usados para alcançar um objetivo ou resultado específico. Disponível em:

<http://www.dicio.com.br/analise/>.

Nicolau (2001) descreve estratégia *como um “plano unificado, englobante e integrado relacionando as vantagens estratégicas com os desafios do meio envolvente. É elaborado para assegurar que os objetivos básicos da empresa são atingidos”,* mas também pode ser considerada como *“(...) um conjunto de decisões e ações relativas à escolha dos meios e à articulação de recursos com vista a atingir um objetivo”,* (Nicolau, 2001).

Em sentido figurado, uma estratégia normalmente é estipulada para ultrapassar algum problema, e nestes casos pode ser sinónimo de habilidade, astúcia ou esperteza. O pensamento estratégico é essencial para o ser humano, e pode ser aplicado em várias situações, tanto a nível laboral, como a nível pessoal.

Para Brazelton e Sparrow (2009) as estratégias dependem da idade da criança e da postura dos familiares, no entanto existem algumas que são universais como:

- Criar um ritual para marcar o momento de dormir. Como: banho, pijama, jantar, lavar os dentes, ler uma história, chupeta
- Proporcionar um ambiente calmo e confortável
- Manter uma luz de presença no quarto
- Deixar a porta do quarto aberto

- Permitir o uso do objeto preferido da criança
- Manter a calma, não gritar mesmo perante a teimosia da criança
- Não ceder ao protelar da hora de dormir
- Deitar a criança sempre à mesma hora e de preferência acordada
- Alargar os períodos de vigília
- Não ceder á primeira birra ou choro
- Ensinar o filho a voltar a adormecer sozinho

Tendo em conta os autores referenciados anteriormente denota-se algum consenso relativamente ao facto de que a criança deve conseguir ser independente durante a noite, por ajudar a desenvolver a autoimagem positiva e lhe dar uma sensação de poder.

Assim pode-se concluir que o enfermeiro tem um papel importante e primordial nas consultas de saúde infantil e pediatria pois estabelece uma relação de proximidade entre o enfermeiro, os pais e a criança nos primeiros meses de vida, bem como a sua capacidade de interligação com os diferentes profissionais de saúde, colocando assim o enfermeiro numa posição privilegiada no seio da equipa multidisciplinar, razão pela qual parece fundamental fomentar uma intervenção efetiva alicerçada nos princípios de uma relação terapêutica.

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

Ferreira e Costa (2004) alertam-nos para a necessidade de se estabelecer uma relação de parceria entre pais e enfermeiros não existindo fronteiras ou barreiras de comunicação que impeçam o cuidar, de salientar que os pais nunca substituem os enfermeiros e vice-versa. Assim devem ser desenvolvidas atividades adicionais que têm como fim o máximo bem-estar da criança.

1.4 – TEORIA DE KOLCABA

Katherine Kolcaba é uma enfermeira com um vasto currículo profissional e desde cedo que se preocupa com o conforto do seus doentes. Foi durante a realização do seu mestrado e posterior doutoramento que realizou pesquisa, mas também depois, como professora que aprofundou a teoria do conforto, permitindo que esta fosse um instrumento de trabalho de fácil interpretação e utilização.

Esta teoria é considerada uma teoria de médio alcance em enfermagem sendo das mais recentes teorias, finais dos anos 90 início de 2000. Ela vai beber informação às outras disciplinas de enfermagem como filosofias, modelos conceptuais de enfermagem já existentes e grandes teorias.

De acordo com Kolcaba (2001) o seu foco de interesse é considerado mais reduzido em relação á teoria e está relacionada com situações específicas e concretas como a faixa etária, o local ou instituição, problema de saúde previamente identificado e o seu objetivo principal baseia-se principalmente em responder a uma questão específica da enfermagem. Tem um papel fulcral na realização da HCE, Planificação, execução e avaliação do processo de enfermagem.

Para uma exata interpretação da Teoria de Conforto é importante a descrição de pressupostos, determinados conceitos e diferentes tipos de conforto, que a autora considera fundamentais.

Kolcaba citada por Tomey e Aligood (2004) define vários Pressupostos que são identificados pela autora como declarações autênticas em que os indivíduos têm atitudes holísticas para impulsos complicados, numa batalha constante para a satisfação das necessidades de conforto.

Os principais pressupostos são:

- **Enfermagem** como uma análise planeada das necessidades de conforto, tendo por base a conceção das medidas de conforto para dar resposta a essas necessidades bem como a sua implementação e posterior avaliação.

- **Doente** é aquele que aceita cuidados de saúde sejam individuo /família ou comunidade.

-**Ambiente** encontra-se relacionado com o meio exterior e que pode ser manuseado por profissionais de saúde ou outros.

-**Saúde** é entendida como um estado pleno decretado pelo doente família ou comunidade.

Kolcaba citada por Tomey e Alligod (2004) mencionam que os conceitos são considerados como o componente mais importante e ao mesmo tempo fazem parte integrante da teoria. Podem ser conceitos abstratos ou concretos. Esses conceitos são:

-**Comportamento procura saúde** é designado como algo ou alguém que recorre aos serviços de saúde (consultas médicas ou de enfermagem) e que procura a saúde como um bem essencial. Este tipo comportamento pode ser interno, externo, ou morte pacífica.

-**Necessidade de cuidados de saúde** é definida como a carência de conforto decorrente de situações que originam tensão e que não podem ser satisfeitas pelos métodos tradicionais. São praticadas por profissionais de saúde. Podem ser físicas, psico espirituais, ambientais ou sociais.

-**Medidas de conforto** também designadas como intervenções de enfermagem criadas para satisfazer as necessidades de conforto específicas dos doentes.

Para Kolcaba (2001) o conforto é referenciado como uma circunstância experienciada pelos indivíduos que usufruem do conforto, é uma condição holística e imediata fortificada através da satisfação de 3 tipos de conforto:

- Alívio – situação em que o indivíduo presencia a satisfação de uma necessidade específica
- Tranquilidade – refere-se a um estado pleno de calma ou jubilação
- Transcendência – situação na qual o indivíduo supera os seus dilemas ou dores

Fazem parte integrante da teoria os diferentes contextos que possibilitam a experiência de conforto como:

Conforto Físico – referente às emoções físicas, ou seja, são as manifestações físicas que o doente pode manifestar através de comunicação verbal, gestual ou pela observação do profissional de saúde aquando da realização de um procedimento invasivo doloroso ou não ou perante uma situação de doença. (Kolcaba e DiMarco, 2005). É importante estabelecer estratégias que permitam o conforto físico, porque se uma criança não se sentir confortável fisicamente não vai conseguir dormir.

Conforto psico – espiritual – referente à consciência própria do indivíduo/ família como a auto estima, crenças, cultura, religião e outras, promovendo confiança e motivação no restabelecimento da mesma. Deve-se proporcionar momentos de partilha de emoções de acordo com a idealização da criança / família como a permissão de visitas (pai ou outro), o toque e/ou palavras de conforto e incentivo (Kolcaba e DiMarco, 2005). Verifica-se na prática que este fator é muito importante principalmente para os pais.

Conforto ambiental – diz respeito ao meio ambiente e condições exteriores que podem influenciar a satisfação desta necessidade, como o ruído, a temperatura, a luz e outros (Kolcaba e DiMarco, 2005). Para a criança dormir é primordial que se proporcione um ambiente adequado de acordo com a idade da criança, as suas necessidades e preferências.

Conforto Social – depende do relacionamento do indivíduo com a família / comunidade onde se encontra inserido, bem como com os profissionais de saúde que devem respeitar as decisões e opiniões dos mesmos sem realizar juízos de valor. Neste item também é importante a estrutura socio económica da família, a cultura e as crenças ou valores (Kolcaba e DiMarco, 2005). Por vezes verifica-se que se existirem problemas sociais naquela família como o desemprego, maus tratos e outros, e isso pode influenciar o comportamento e relacionamento quer da criança quer da família entre eles e até com os profissionais de saúde repercutindo-se em alterações do padrão de sono dos mesmos.

Para que se realize uma interpretação/visualização da Teoria de Conforto foi construído um esquema que ajuda a perceber melhor esta teoria. De acordo com Tomey e Alligood (2004) no seu esquema original esta teoria encontra-se descrita em quatro níveis mas optou-se por apresentar apenas ao 4.º nível pois é o que se encontra diretamente relacionado com a enfermagem, conforme se pode verificar na figura nº 4.

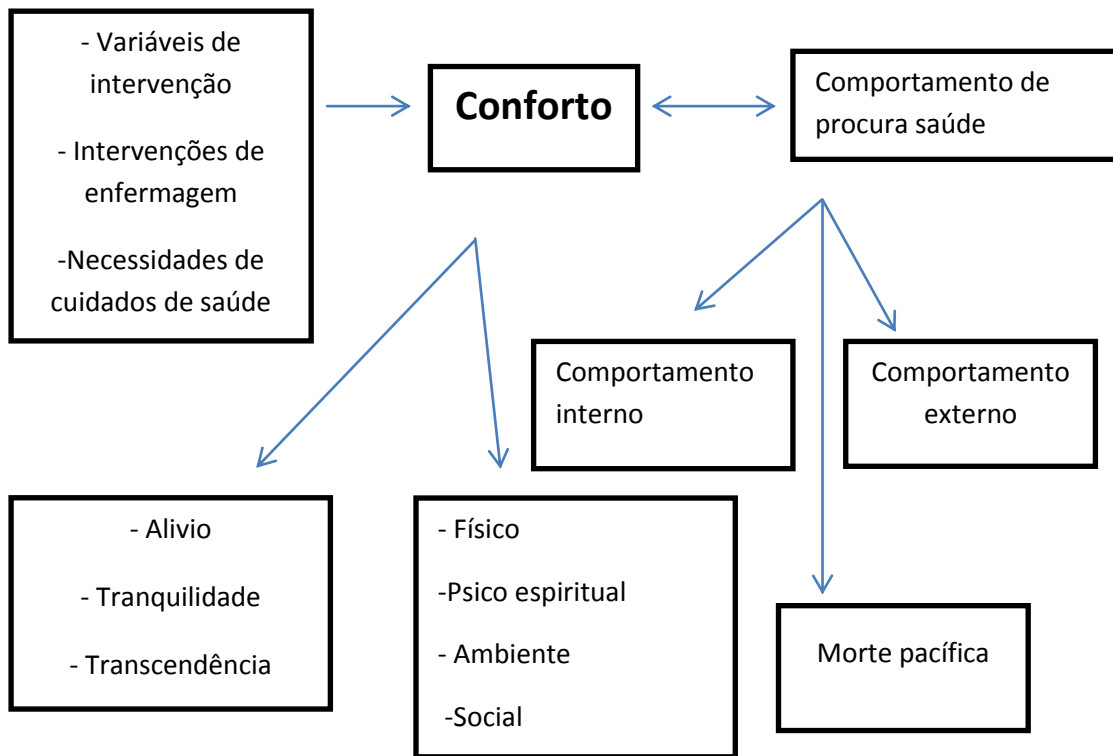


Fig. nº 4 - Teoria de Conforto de Kolcaba

A opção de escolha desta teoria e não de outra deve-se ao fato de esta ter uma importância muito grande na manutenção do conforto. Abrange pontos fundamentais para a prestação de cuidados e como se pode imaginar o conforto numa criança é metade do tratamento independentemente da sua idade.

Na prestação direta de cuidados o enfermeiro tem sempre em atenção as atividades de vida da criança e a sua satisfação, e sendo o sono uma atividade de vida ela faz todo o sentido em ser utilizada, porque todos os itens descritos fazem parte integrante do processo de enfermagem (HCE, Planificação, execução e avaliação dos cuidados).

2- REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

A conceptualização teórica relacionada com a temática em estudo permitiu um percurso, desde conceitos transversais à prática de Enfermagem até conceitos específicos, que permitiram chegar à resposta da questão inicial.

Amendoeira (2012) refere que a Prática Baseada na Evidência (PBE) “Define cuidados de enfermagem que integrem melhor a evidência científica, como sendo o conhecimento da fisiopatologia, o conhecimento das questões psicossociais, as preferências e os valores dos clientes em relação à tomada de decisão dos seus processos terapêuticos.”.

Para dar início à revisão sistemática de literatura foi formulada a seguinte questão, no formato PI [C] O: “**Quais as estratégias (I) a adotar pelo enfermeiro para minimizar alterações do padrão de sono (O) nas crianças na faixa etária 0 aos 3 anos (P) “.**

Quadro nº 2 – Critérios utilizados para a formulação da questão de investigação

P	<u>Participantes</u>	Quem foi estudado?	Crianças (idade entre os 0 e os 3 anos)	PALAVRAS-CHAVE: Child (criança)/ Infant (bebe)/ Preschool Pré escolar Strategy (estratégias) Sleep (sono) Behavior (comportamento) Aged (idade dos 0 aos 3 anos)
I	<u>Intervenções</u>	O que foi feito?	Estratégias utilizadas pelo enfermeiro	
[C]	<u>Comparações</u>	Podem existir ou não.		
O	<u>Outcomes</u>	Resultados	Minimizar alterações do padrão de sono	

As palavras-chave foram posteriormente validadas na plataforma MeSH (Medical Subjects Headings) Browser (2014, <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>), onde se verificou que Child, Infant, Preschool, Sleep, Behavior e Aged são descritores, embora Aged se refira a idoso mas como é um limitador não foi considerado descritor. O termo **Nurs*** é qualificador mas também é um limitador pelo que não foi considerado e **Strategy** não é descritor nem qualificador mas foi considerado na pesquisa. Relativamente à hierarquização das palavras-chave assumiu-se a lógica a partir de conceitos transversais à Enfermagem como **Child** (criança) - uma pessoa 6 a 12 anos de idade, **Infant** – Uma criança entre 1 e 23 meses de idade e **Preschool** - uma criança

com idade entre os 2 e os 5 anos. Estes termos foram conjugados em simultâneo porque quando individualmente não se obtiveram resultados. Seguindo conceitos mais específicos relacionados com a temática e perspetiva conceptual **Strategy** (estratégias) que corresponde a “um conjunto de decisões e ações relativas com vista a atingir um objetivo, Nicolau, 2001), **Sleep** (sono) – a suspensão prontamente reversível da interação sensório-motora com o ambiente, geralmente associada a decúbito e imobilidade e **Behavior** (comportamento) - a resposta observável de um homem ou animal para uma situação maneira de se comportar, conduta, atitude ou um procedimento (Dicionário Informal, 2014). **Nurs*** inclui "cuidados de enfermagem" por enfermeira profissional ou programas de casa prescritos pelo médico.

Com o intuito de responder à pergunta PICO, a nossa pesquisa baseou-se em encontrar artigos científicos que abordassem estratégias utilizadas pelos enfermeiros em crianças que apresentassem alterações de comportamento no padrão de sono.

Assim procedeu-se à pesquisa nas bases de dados científicas CINAHL Plus *with Full Text*, MEDLINE *with Full Text Nursing & Allied Health Collection Basic*, utilizando um filtro cronológico de dez anos, que teve por base encontrar artigos com evidências científicas recentes que dessem resposta à questão PI [C] O. A pesquisa foi realizada no dia 27 de Agosto de 2014 às 10.30 horas.

Quadro n.º 3 - Limitadores de pesquisa nas bases de dados

BASE DE DADOS	LIMITADORES
CINAHL Plus <i>with Full Text</i>	<ul style="list-style-type: none"> -Texto Completo em PDF - Booleano/Frase - Data de Publicação de: Agosto 2004 a Agosto 2014 - Resumo disponível - Prática Baseada na evidência - Qualquer autor é enfermeiro - Humano - Faixa etária: 0 aos 3 anos
MEDLINE <i>with Full Text</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Texto Completo/ Booleano - Data de Publicação de: Agosto 2004 a Agosto 2014 - Resumo disponível - Humano - Faixa etária: 0 aos 3 anos
<i>Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Texto completo em PDF/ Booleano - Data de Publicação de: Agosto 2004 a Agosto 2014

Definiu-se um conjunto de critérios de inclusão e exclusão no sentido de obter os artigos adequados à resposta PICO.

Quadro n.º 4 - Critérios de inclusão/exclusão para a seleção dos artigos a estudar

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO
- Estudos de abordagem qualitativa, quantitativo e estudos de caso	- Artigos sem carácter científico - Artigos repetidos nas bases de dados
- Artigos com menção a crianças com idade entre os 0 e os 3 anos	- Crianças com idade superior a 3 anos
- Artigos que correlacionem estratégias e padrão de sono nas crianças	- Artigos que não interliguem estratégias e padrão de sono nas crianças

Realizou-se a pesquisa das palavras-chave e posteriormente o cruzamento das mesmas, tendo sido atribuído um número a cada palavra (Children – 1; Strategy - 2; Sleep – 3; Behavior- 4).

Quadro n.º 5 - Cruzamento das palavras-chave nas bases de dados científicas

Palavras - chave		Total
Children	1	42055
Strategy	2	17701
Sleep	3	2985
Behavior	4	28523
1+2		2675
1+3		532
1+4		7026
1+2+3		28
1+2+4		160
1+3+4		657
1+2+3+4		14
2+3		2791
2+4		2856
2+3+4		58
3+4		536

Para dar continuidade à revisão sistemática da literatura, tentando comparar a prática com as evidências científicas, emergiram 14 artigos da base de dados dos quais apenas três continham os requisitos necessários para a realização do trabalho.

Os três artigos analisados são: “Trends in Popular Parenting Books and the Need for Parental Critical Thinking” (ANEXO 1 – artigo 1), “A qualitative study of parents’ perceptions of a behavioural sleep intervention” (ANEXO 2 – artigo 2) e “In survival mode: mothers and fathers’ experiences of fatigue in the early parenting period” (ANEXO 3 -artigo 3).

Posteriormente, procedeu-se à análise dos artigos selecionados com recurso à escala de evidência científica de Guyatt e Rennie (2002) ANEXO 4 --para caracterizar o grau de evidência e realização da análise dos mesmos que se encontram descritas nos ANEXOS 5, 6 e 7 respetivamente.

2.1 - EVIDÊNCIAS OBSERVADAS DURANTE O PERCURSO DE PESQUISA

Durante a pesquisa para a realização deste trabalho foram encontrados estudos que ajudam a perceber a importância do sono, o seu impacto no sistema familiar e a função do enfermeiro.

Crispim (2011) realizou um estudo sobre o “Padrão de sono e fatores de risco para privação de sono numa população pediátrica portuguesa”. Após comparar o seu estudo com outros já efetuados concluiu que as crianças portuguesas dormem menos horas que as crianças de outros países, que as crianças provenientes de famílias pouco abastadas são as que sofrem mais intervenção e que a hora de ir para a cama é a mais passível de intervenção por parte do enfermeiro. Os resultados obtidos são importantes para definir estratégias que vão ao encontro das necessidades de cada criança / família, e que podem ser trabalhadas e desenvolvidas nas diferentes instituições de apoio á comunidade como Escolas, Infantários, Amas e Unidades de Saúde entre outras.

Outro estudo realizado numa unidade de cuidados intensivos por Paiva, Antunes e Soares (2006) intitulado “Fatores que interferem na preservação do sono e repouso de criança em terapia intensiva”, com o objetivo de descrever os agentes intervenientes no sono e repouso das crianças internadas em cuidados intensivos. Os resultados obtidos revelam que o sono e o repouso das crianças foram impedidos, em média a cada de 60 minutos no período noturno e a cada 25 minutos no período diurno. Verificou-se que após algumas horas de internamento as crianças entravam em esgotamento, manifestando sintomas relacionados com a necessidade de dormir (como choro, irritabilidade, ansiedade, ausência de colaboração na realização de procedimentos e outros).

Estes autores concluem ainda que as rotinas e práticas usadas para a prestação de cuidados, não dão importância aos momentos de sono e repouso das mesmas, colocando-os em segundo plano.

Apesar de este estudo não representar grandes conclusões em relação ao seu objeto de estudo, parece importante apresentá-lo, porque expõe conclusões muito próximas de algumas veridades ao nível da prestação de cuidados de enfermagem. Assim e perante as práticas observadas, verifica-se que estas podem ser superadas de maneira a acautelar o bem-estar da criança, prestando cuidados de enfermagem com qualidade.

Carrick (2006) no desenrolar da sua pesquisa conclui que os pais devem ser capacitados para analisar a grande quantidade de informação que recebem, ser capazes de tomar decisões sobre os seus filhos. Os profissionais têm um papel único, não só ensinando estratégias adequadas aos pais, mas também ensinando a teoria desenvolvimentista e crítica de habilidades de pensamento.

A maioria dos pais não faz uso da literatura científica sobre a paternidade. Por causa das mudanças de paradigmas de educação infantil e da quantidade de informação disponível, os profissionais e os pais precisam usar suas habilidades de pensamento crítico para conceber decisões parentais que se encaixam dentro de sua própria filosofia de paternidade.

Tse e Hall (2007) realizaram um estudo qualitativo quase experimental em 35 famílias e concluíram que os resultados deste estudo foram importantes para a saúde, pois facultaram informação preciosa para profissionais de saúde que trabalham com futuros grupos de pais. Enfermeiros especialistas de saúde materna e infantil que lecionam aulas pré-natais têm a oportunidade de discutir a parentalidade e realizar intervenções comportamentais que podem ajudar e evitar que as crianças desenvolvam problemas de sono. A informação sobre os ciclos de comportamento do sono infantil e sono normais podem ajudar os novos pais a reconhecer o comportamento do sono problemático e, possivelmente evitar problemas de desenvolvimento infantil.

Gialloa *et al.* (2013) no seu estudo qualitativo com 19 pais concluiu que os pais descrevem o cansaço como uma intensa e persistente sensação de esgotamento caracterizada por uma gama de sintomas físicos, emocionais e cognitivos. Ambos relataram os distúrbios do sono como um fator chave que contribui para o cansaço. Mães referiram, que a incapacidade de relaxar à noite, não ter tempo para si mesmo, as exigências e preocupações da vida quotidiana bem como as mudanças na rotina familiar foram também fatores importantes que conduziam ao cansaço. Este estudo fornece alguns aspetos sobre as experiências de cansaço e o seu impacto no período de paternidade precoce. É importante ressaltar que tem contribuído para o pequeno, mas crescente corpo de pesquisa sobre pais com experiências de cansaço e os desafios da paternidade.

Da bibliografia examinada para a realização deste trabalho pode-se concluir que os pais cedem com facilidade, são muito permissivos e não impõem regras aos seus filhos, permitindo comportamentos de birras, o que leva á exaustão dos mesmos. Conclui-se também que o enfermeiro especialista de Saúde Infantil e Pediatria desenvolve funções privilegiadas junto da comunidade infantil, proporcionando momentos de partilha de informação e experiencias quer individualmente quer em reuniões de grupo com vários pais, o que se verificou serem fulcrais para o bom desempenho parental.

As evidências encontradas foram alvo de análise e reflexão sobre as competências adquiridas e confrontadas com as atividades desenvolvidas nos contextos da prática, durante o Estágio de Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem II, permitindo assim dar resposta á pergunta PICO.

A experiencia profissional vai ao encontro das evidências observadas durante este percurso, sendo emergente a necessidade de se alterarem mentalidades e práticas no cuidar da enfermagem, proporcionando assim momentos de sono e repouso das crianças, planeando as intervenções de enfermagem para quando estas se encontram acordadas exceto em situações de emergência como é óbvio. Como nos é citado na obra de Tomey e Alligood (2004) por Pfettscher em que esta teórica refere que se devem respeitar os momentos de sono e repouso das crianças, evitando manuseamentos inesperados e bruscos.

3. ANÁLISE REFLEXIVA DA PRÁTICA DESENVOLVIDA COM BASE NA EVIDÊNCIA

Análise é um processo lógico que consiste na investigação das estruturas básicas de uma informação, ou ação ou efeito de analisar ou analisar-se: análise de um projeto. Exame detalhado de cada seção que compõe um todo, buscando compreender tudo aquilo que o caracteriza: análise da metodologia do projeto. Disponível em [:http://www.dicio.com.br/analise/](http://www.dicio.com.br/analise/). Reflexivo é o que reflete; ponderado, sereno. Que se refere ao fato de a consciência conhecer a si mesma: o método reflexivo remonta das condições do pensamento à unidade de pensamento. É uma crítica feita sobre um texto, um livro, uma obra literária, um contexto. É um comentário avaliativo ou crítico que busca entender ou descrever alguma coisa. Disponível em: <http://www.dicio.com.br/reflexivo/>.

Esta reflexão abrange o desenvolvimento de competências clínicas específicas (prestação de cuidados) adaptadas às carências da criança/jovem, família e comunidade, e de competências ao nível da gestão e supervisão dos cuidados, formação e investigação.

A Enfermagem é uma profissão caracterizada pela predominância, em suas atividades, do ato de cuidar. As alternativas para cuidar são muitas, e cabe ao enfermeiro, por meio de seus conhecimentos e habilidades, delimitar a mais adequada a cada situação apresentada.

A Ordem dos Enfermeiros preconiza e valoriza o cuidar da criança em parceria com a família ou cuidador principal.

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

Os estágios de Pediatria, de Neonatologia e de Urgência Pediátrica decorreram no período de 28/10/2013 a 6/12/2013, de 09/12/2013 a 24/01/2014 e de 27/01/2014 a 28/02/2014 respectivamente. Tiveram por base o Projeto de Estágio ANEXO 8, anteriormente elaborado e que serviu de base a todo o percurso desenvolvido, sendo validado e adequado à realidade de cada, contexto com atividades passíveis de serem desenvolvidas e que abordassem a

a problemática **A Criança / Família com Alteração de Comportamento – O Sono**, de forma a responder á pergunta P I [C]O: **“Quais as estratégias a adotar pelo enfermeiro para minimizar alterações do padrão de sono nas crianças na faixa etária 0 aos 3 anos “.**

Conhecer a estrutura física, orgânica e funcional do Serviço de Pediatria, Neonatologia e Serviço de Urgência Pediátrica

Compreender a disposição regulamentar e funcional dos campos de estágio é fundamental para a inclusão da mestranda na equipa de saúde multidisciplinar e adquirir as competências definidas pela OE nos Regulamentos nº 122 e 123/2011.

Vieira (2008) destaca que os enfermeiros necessitam de dominar as práticas desses contextos que são distintos e diferentes daqueles onde praticam funções, como de se manterem organizados para desenvolver um papel ativo nesses cuidados, ou seja, a amplificação e a complexidão dos cuidados de saúde fortalecerão as práticas na laboração em equipa.

A familiaridade com todos os sistemas que auxiliam a prática de enfermagem, no início de cada estágio, contribuiu para a integração e posterior autonomia nas diferentes equipas multidisciplinares, baseada no desenvolvimento de uma intervenção de acordo com os procedimentos, protocolos e rotinas instituídas em cada serviço.

A confiança, segurança e firmeza transmitida pelos enfermeiros cooperantes, foi considerada simplificadora para a aquisição da autonomia durante o percurso percorrido.

No início de cada estágio, foi trilhado um caminho de independência, facilitado pela motivação, interesse e disponibilidade da mestranda, adotando um saber, saber estar, saber ser e saber fazer confiante, seguro e assente em conhecimentos científicos sólidos, que permitiram o estabelecer uma intervenção especializada.

Assim nos primeiros dias de cada estágio foi promovido a:

- Apresentação à equipa multidisciplinar
- Visita às instalações dos respetivos serviços
- Integrar as diferentes equipas de enfermagem
- Consulta de documentação interna, programas de saúde em vigor
- Manuseamento dos materiais e equipamentos existentes disponíveis nos serviços
- Validação do plano de atividades/projeto de estágio com o enfermeiro cooperante
- Observação da prestação de cuidados do enfermeiro cooperante.
- Conhecer o circuito do RN /criança e jovem quando admitido no Hospital

Conclui-se que este objetivo foi alcançado, pois conseguiu integrar as equipas multidisciplinares nos vários contextos de prestação de cuidados de enfermagem criança/jovem, fator que se exprimiu numa prestação de cuidados firmes, confiantes e independentes, em conformidade com os procedimentos definidos por cada instituição.

Assistir a criança / jovem com a família na maximização da sua saúde;

No decorrer dos estágios foram prestados cuidados diferenciados às crianças / jovens / pais envolvidos na realização dos mesmos em parceria de cuidados de acordo com o modelo apresentado por Anne Casey (1988), este sustenta-se na noção de que ninguém melhor do que os pais pode consagrar cuidados à criança, no sentido de proporcionar o seu crescimento e desenvolvimento, preservando e estimulando-o com amor.

Casey (1993) e Cruz (2007) descrevem a enfermagem pediátrica como um procedimento de negociação repartida venerando a família nas suas competências, anseios e necessidades. Destacam a relevância da família no cuidar da criança evidenciando no entanto que a implementação do modelo não requer igual distribuição de tarefas. Em algumas circunstâncias, é inteiramente inapropriado pedir aos pais que executem cuidados técnicos que geralmente não fariam em casa.

Ferreira e Costa (2004) referem que este modelo implica uma relação de parceria entre pais e equipa não existindo fronteiras definidas nem compartimentadas de funções. Devem então, ser desenvolvidas ações complementares que têm como fim o máximo bem-estar da criança.

As mesmas autoras destacam ainda que trabalhar com a família, leva a que os enfermeiros desenvolvam competências de comunicação, de ensino e de trabalho de grupo assumindo os pais não como visitantes ou técnicos, mas como parceiros/companheiros.

Casey (1993) salienta ainda que as enfermeiras mais experientes aceitam melhor a participação dos pais nos cuidados. Neste contexto a experiência não se refere apenas à passagem do tempo mas à melhoria de teorias e noções pré concebidas no encontro de situações reais.

Benner (2005) relata que “qualquer enfermeira com experiência e conhecimento de tais teoria encontra diferenças que a teoria formal não consegue exprimir” sendo nesse “ diálogo clínico com a teoria que se torna os melhoramentos acessíveis ou possíveis à enfermeira experiente”.

Hertzman (1998) considera que cuidar do utente pediátrico é particularmente importante dado o impacto destas intervenções ao nível pessoal, na sua qualidade de vida mas também ao

nível social enquanto pessoa e membro ativo da sociedade. Para Edelman e Mandle (2002) os enfermeiros assumem uma posição única entre os profissionais de saúde para intervir nas atividades de promoção de saúde.

Durante os estágios foram realizadas atividades como:

- Acolhimento da criança e jovem com a família, na admissão no serviço, utilizando linguagem á idade e cultura da criança / família;
- Realização da avaliação inicial aprofundando questões relacionadas com os hábitos de sono de crianças internadas
- Realização de sessões de educação para a saúde individuais aos pais /criança sobre: adaptação ao internamento, doença crónica ou doença inaugural, posicionamento correto em crianças com dificuldade respiratória, realização de lavagem nasal, estimulação do reflexo da tosse, a importância da sua presença no serviço e de se manterem calmos;
- Realização de referência de enfermagem para outros prestadores de cuidados de saúde quer no internamento quer para o domicílio;

O serviço de Neonatologia pela sua especificidade mereceu-nos um destaque maior e relevante, recebe sobretudo crianças provenientes da Sala de Partos e transferidos de outras instituições para continuação de tratamento na área de residência. Como unidade polivalente, do ponto de vista da multiplicidade de situações que assiste e dos cuidados que presta, admite recém-nascidos com as mais variadas situações.

O método de trabalho é o individual e assenta no modelo teórico de Anne Casey – parceria de cuidados e de Calgary centrado na família. Os pais são os cuidadores de excelência, mas não se obrigam ou forçam a cuidar do filho, é-lhes dado tempo para se adaptarem á situação do seu bebe, sem se realizarem juízos de valor ou julgamentos perante a decisão da família apoiando-a na decisão tomada. A mãe tem a opção de ficar internada no serviço de obstetrícia para acompanhar o RN permanentemente, sendo o horário de acompanhamento negociado com a equipa e alargado para a família direta, pais e avós de acordo com o contexto familiar, as necessidades da família e o problema do RN que originou o internamento. As visitas são na maioria das situações negociadas entre a equipa e os pais, sendo permitida a entrada de irmãos no serviço, evitando manipulações e barulhos desnecessários promovendo sempre o sono e bem-estar do RN.

Cuidar da criança / jovem e família nas situações de especial complexidade.

O ambiente do SO PED pode comparar-se ao de uma unidade de cuidados intermédios, por receber crianças hemodinamicamente instáveis que necessitam de monitorização cárdio-respiratório e de intervenções de enfermagem permanentemente. No SO PED, pelas suas características, verifica-se uma mobilidade frequente de crianças/jovens quer pela sua transferência para outros serviços de pediatria como por alta para o domicílio. O SO PED consiste numa unidade de internamento de curta duração, com capacidade para três crianças, numa sala comum, dotada de cortinas que individualizam as unidades garantindo deste modo a privacidade, permitindo proporcionar um ambiente tranquilizador para garantir períodos de sono tranquilo às crianças/famílias, e que se verificou algumas vezes uma tarefa difícil de concretizar devido á lotação da sala, interrupção para realização de cuidados ou observação médica.

É o lugar onde a criança fica para estabilização da sua situação clínica ou esclarecimento de diagnóstico. Este facto não permite a alocação de camas por idades, assim como manter um ambiente controlado em termos de ruído, luminosidade e mobilidade de pessoas.

Tendo por base a teoria de conforto de Kolcaba e a sua respetiva estrutura taxonómica do conforto foram planeadas e desenvolvidas um conjunto de intervenções de enfermagem com o objetivo de melhorar a qualidade do sono da criança internada no SOPED. Com o intuito de focar os cuidados de enfermagem na promoção do conforto da criança, as respetivas intervenções foram baseadas em bibliografia consultada, na experiencia pessoal como enfermeira na área da pediatria e na reflexão conjunta com a equipa de enfermagem.

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

No Serviço de Pediatria destaca-se a realização de ensinios para capacitar crianças e pais sobre a diabetes inaugural nomeadamente sobre a fisiopatologia da diabetes, determinação da glicémia e cetonemia, administração de insulina de acordo com as porções de equivalentes ingeridos, a realização de exercício físico, sinais de hipo e hiperglicemia. Os pais e crianças no início do internamento apresentam dificuldade em manusear o equipamento, mas apresentam dificuldade na aprendizagem da contabilização de porções por equivalente. Todas as crianças com diagnóstico de diabetes inaugural são enviadas para o Hospital Pediátrico da área de Lisboa e Vale do Tejo após estabilização dos valores de glicemia.

No serviço de neonatologia também existiram situações problemáticas que careceram de apoio por parte da equipa multidisciplinar durante a prestação de cuidados ao RN com Encefalopatia Hipóxico-Hisquémica, com mioclonias frequentes e débeis reflexos de sucção e deglutição, devido á complexidade da situação, foi necessário mobilizar recursos de maneira a garantir os cuidados após a alta. Foi necessário o recorrer a estratégias como a perda ponderal para a mãe perceber a necessidade da sonda nasogástrica para alimentação do RN. Posteriormente foram realizados ensinios á mãe que era a cuidadora principal no sentido de ficar autónoma nos cuidados á filha RN, tendo alta após um mês de internamento.

A dor foi um aspeto muito importante durante a realização dos estágios pois uma criança com dor fica irritada, não dorme, não brinca, não colabora na realização dos cuidados e na maioria das situações leva a que a recuperação seja prejudicada aumentando o nº de dias de internamento.

Para a Direcção-Geral da Saúde (2003), dor é “ uma experiência multidimensional desagradável, que envolve não só a componente sensorial como uma componente emocional da pessoa que a sofre. Por outro lado a Dor associa-se, ou é descrita como associada, a uma lesão tecidual concreta ou potencial “.

Assim instituiu, a “Dor como o 5º sinal vital”, através da Circular Normativa nº 9 de 14/6/2003, onde refere que a dor e os efeitos da terapêutica administrada devem ser considerados e constantemente diagnosticados, avaliados e registados pelos profissionais de saúde, como princípio de boa prática e como rotina, dignamente humanizante, na abordagem dos clientes, de todas as idades, que sofram de Dor Aguda ou Dor Crónica, qualquer que seja a sua origem, elevando o registo da sua intensidade à categoria de sinal vital.

As escalas de monitorização dor em uso no Serviço de Pediatria são:

- ESCALA DE DOR MOPS (Modified Objective Pain Score) – Utilizada em crianças até 1- 2 anos de vida. A escala vai de 0 a 10 pontos e pode ser usada pelos profissionais e pelos cuidadores. Disponível em URL: <[http:// www.Blackbook.com.br](http://www.Blackbook.com.br)>

ITENS AVALIADOS

- Choro (sem choro – 0 pontos; Consolável –1 ponto ;Não consolável – 2 pontos)
- Movimento (nenhum -0 pontos; Inquieto – 1 ponto; Muito excessivo -2 pontos)
- Agitação (Dormindo ou em repouso – 0 pontos; Agitação moderada – 1 ponto; Histérico – 2 pontos)
- Postura (Normal – 0 pontos; Em flexão – 1 ponto; Segura e/ou protege a lesão – 2 pontos)
- Verbal (Dormir /sem queixa -0 ponto; Queixa sem localizar – 1 ponto; Queixa e localiza a dor – 2 pontos)

- ESCALA DE FACES / NUMÉRICA - utilizada desde 1- 2 anos de idade até aos 18 anos.

A Escala Numérica consiste numa régua dividida em onze partes iguais, numerada sucessivamente de 0 a 10. Esta régua pode apresentar-se ao doente na horizontal ou na vertical.

Pretende-se que o doente faça a equivalência entre a intensidade da sua Dor e uma classificação numérica, sendo que a 0 corresponde a classificação “Sem Dor” e a 10 a classificação “Dor Máxima” (Dor de intensidade máxima imaginável).

Na Escala de Faces é solicitado á criança que classifique a intensidade da sua Dor de acordo com a mímica representada em cada face desenhada, sendo que à expressão de felicidade corresponde a classificação “Sem Dor” e à expressão de máxima tristeza corresponde à classificação “Dor Máxima”. Regista-se o número equivalente à face seleccionada pelo doente.

A classificação numérica indicada pelo doente será assinalada no processo de enfermagem e avaliada a cada 2 horas se existir dor, depois de 4/4 horas após a 1ª avaliação sem dor durante 24 horas e posteriormente de 8/8 horas como sinal vital, de acordo com o protocolo de serviço que se encontra em construção.

No serviço de neonatologia utiliza-se a escala de observação física e comportamental/neurológica do RN utilizando a escala de registo de CLNBAS.

No serviço de Urgência Pediátrica utiliza-se a escala de Triagem de Manchester em que a criança é avaliada de acordo com o fluxograma da dor (Sem dor -0 e dor ligeira 1-3 Cor Verde, Dor Moderada 4-6 cor amarela, Dor Intensa 7-10 cor laranja).

Sempre que existiu necessidade de prestar cuidados invasivos ao RN/ criança era utilizado a sacarose ou o Emla para diminuir a dor durante o procedimento.

Batalha (2010) realizou um estudo de investigação sobre “Intervenções não farmacológicas no controlo da dor em cuidados intensivos neonatais”, e chegou á conclusão de que os RN são submetidos a cerca de 12 procedimentos dolorosos não farmacológicos por dia e 84 ao fim de uma semana de internamento na Unidade. Identifica e aconselha também que devem ser adotadas medidas de alívio da dor diretamente relacionadas com o conforto, especialmente posicionamentos, padrões especiais de conforto (acolar, embalar, dar a chupeta, acarinhar, conversar), massagens, realizando assim um esclarecimento aos pais com o intuito de promover uma assistência constante durante o procedimento doloroso (Batalha, 2010).

Prestar cuidados de enfermagem complexos e especializados em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem

Apóstolo (2009) citando Kolcaba (1995) refere que o RN ladeado de conforto adquire um sono tranquilo, que o conforto é uma situação onde se encontram saciadas as necessidades primordiais relativamente aos estados de alívio, tranquilidade e transcendência, que necessita de um conjunto de intervenções de enfermagem e também dos seus resultados.

Pinto *et al.* (2008) consignam que a hospitalização de um RN/ criança é observada como uma fonte de imenso stress para a família, provocando insegurança e instabilidade nas relações inter familiares.

Para Jorge (2004) o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem tem que se organizar para atuar de maneira a minorar os efeitos colaterais relacionados com a hospitalização prematura do RN. Apoiar e incentivar os pais a participar na prestação direta de cuidados, estimular o toque e promover uma ligação com o filho simplificando assim o processo de vinculação mãe/ filho. Sempre que possível colocando – se á disposição dos mesmos para dar esclarecimentos particularizadas sobre os equipamentos usados, rotinas do serviço, e a prestação de cuidados sempre que possível, encorajando sempre a sua permanência junto do RN simplificando o processo de vinculação mãe/ filho.

A OE (2010) afirma que de acordo com as particularidades de cada criança e família, o compromisso físico e psicológico provocado por um internamento, depende da experiencia, de saberes e competências de um enfermeiro promovendo assim um crescimento infantil regular.

Soares (2010) refere que a conjugação entre o sono com o sistema imunitário existe e é mútua, contudo as transformações provenientes do sistema imunitário originam perturbações do sono e por outro lado o sono tem uma função relevante na reparação do sistema imunitário.

O conforto e o sono são enumerações fundamentais para o progresso integral da criança, logo necessitam de ser esclarecidas intervenções de enfermagem que promovam estes aspetos durante o internamento, de maneira a reduzir as consequências do mesmo.

Jorge (2004) identifica que a díade criança / família possui carências próprias relacionadas com a hospitalização da criança, pelo que deverá sofrer uma intervenção individualizada e contextualizada perante a situação individual experienciada. Em resumo, achamos que as necessidades específicas manifestadas pela criança / família, relacionadas com a hospitalização são importantes e é função da equipa de enfermagem de permanecer atenta e dar resposta.

Das atividades desenvolvidas nos Serviços de Pediatria e de Neonatologia salientam-se as seguintes:

- Minimização dos estímulos que podem influenciar o equilíbrio dos recém-nascidos prematuros
- Promoção da formação de vínculo entre os pais e o RN;
- Estabelecimento de uma relação de parceria com os pais, assente numa planificação de cuidados a prestar ao recém-nascido;
- Minimização do stress dos pais relacionado com situações de especial complexidade, através da participação dos pais nos cuidados, como parte integrante da equipa;
- Acolhimento ao RN /Criança /Jovem com a família, na admissão no serviço;
- Realizada a observação física e comportamental/neurológica do RN / Criança/ Jovem
- Prestados cuidados de enfermagem ao RN/ Criança /Jovem, tendo em conta maximização da sua saúde e o seu desenvolvimento/crescimento: Colheita de dados, planificação de cuidados, Identificação dos problemas/elaboração de diagnósticos de enfermagem Planeamento de cuidados de enfermagem, Integrar a educação para a saúde na prestação de cuidados, Avaliação dos cuidados prestados.
- Promovido sigilo profissional na abordagem aos Pais / Criança / Jovem;
- Realizado diálogo com os Pais / Criança / Jovem antes, durante e após a prestação de cuidados;
- Incentivadas as mães para a amamentação
- Ensino aos pais do RN Sobre: Higiene e vigilância de saúde do RN, Preparação, lavagem e esterilização de biberões, Técnica de administração de biberões, Cuidados a ter com o coto umbilical, Realização de massagem abdominal, Estimulação retal e Manipulação do RN dentro da incubadora.

Das atividades desenvolvidas no Serviço de Urgência Pediátrica destacam-se as seguintes: Realização de Triagem de Manchester; Identificação dos problemas/situações de risco clínico; Prestação de cuidados de enfermagem globais; Integração da educação para a saúde na prestação de cuidados; Avaliação dos cuidados prestados/resposta; Realizada referência de enfermagem para rede de apoio.

Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional

Assumi competências ao nível da coordenação do trabalho da equipa de enfermagem e das assistentes operacionais de acordo com os princípios orientadores e protocolados na instituição, delegando funções, supervisionando-as.

Desenvolveu funções de acordo com as prioridades observadas e previamente estabelecidas, contribuindo para a melhoria dos cuidados prestados às crianças/ família.

A tomada de decisão na resolução dos incidentes é básica para uma correta gestão da unidade, colaborando nas decisões da equipa multidisciplinar.

Promoveu um correto funcionamento da unidade otimizando o trabalho da equipa de enfermagem, contribuindo para uma gestão eficaz dos recursos proporcionando a aquisição desta competência com êxito.

Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados

Participou na verificação do stock de medicamentos, material clínico e não clínico, bem como a realização do pedido semanal de acordo com as faltas e os gastos previstos.

Colaborou na gestão de recursos humanos no serviço perante a falta imprevista de um funcionário, na articulação com os serviços de dietética perante a não conformidade de dietas prescritas.

Verificou que a gestão de recursos humanos e materiais é uma função de extrema importância, que por vezes não é valorizada mas que é a única que possibilita o normal funcionamento dos serviços, o que permitiu a aquisição de competências comuns do enfermeiro especialista no que diz respeito á gestão da qualidade dos cuidados.

Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento

No âmbito do projeto individual foram inicialmente planeadas e posteriormente realizadas atividades que fossem ao encontro do tema escolhido, dando resposta á pergunta PICO.

Para Cordeiro (2010) uma pessoa passa aproximadamente um terço da vida a dormir, já Soares (2010) refere que o sono tem um papel fundamental na qualidade de vida da criança /família, pois todas as estruturas são fundamentais para a recuperação física e mental.

Para tal foram realizadas sessões de formação quer aos pais quer aos profissionais de saúde.

Para a OE (2010) o sono é tão fundamental para o desenvolvimento físico, cerebral e emocional das crianças como a nutrição. A colisão dos dilemas do sono na criança é

potencializada pelo seu resultado no sono dos pais, resultando em fadiga diária, alterações de humor, influenciando desta maneira o desempenho parental.

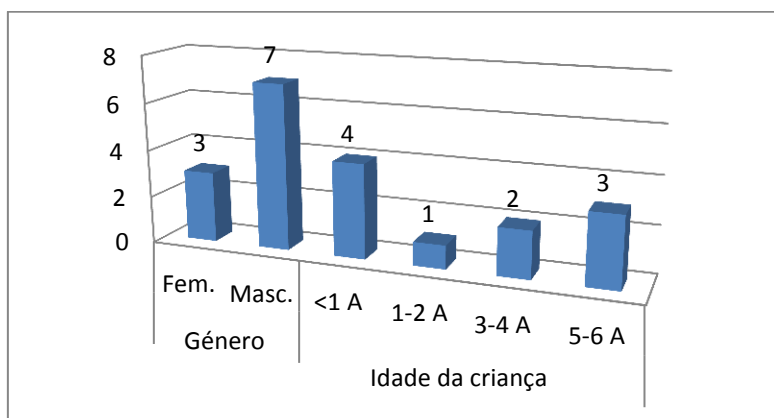
Da prática observada durante os primeiros dias de estágio verificou-se que os pais cediam com facilidade á chantagem dos filhos, que permitiam o uso de telemóvel, computador e televisão até tarde e que de manhã as crianças apresentavam - se sonolentas não se conseguindo realizar atividades com elas. Assim é pertinente que os pais percebam a importância que o sono tem no desenvolvimento e bem-estar da criança.

Foi realizado um guião orientador adaptado de um instrumento realizado por Mendes *et al.* (2004) ANEXO IX com algumas questões sobre os hábitos de sono das crianças internadas para se conseguir obter dados sobre os hábitos de sono no domicílio.

Este guião foi aplicado no momento da admissão de crianças no serviço, ou durante as primeiras 24 horas de internamento a um total de 10 utentes como complemento á HCE pois esta era muito breve sobre os hábitos de sono da criança (nº de horas e objeto preferido).

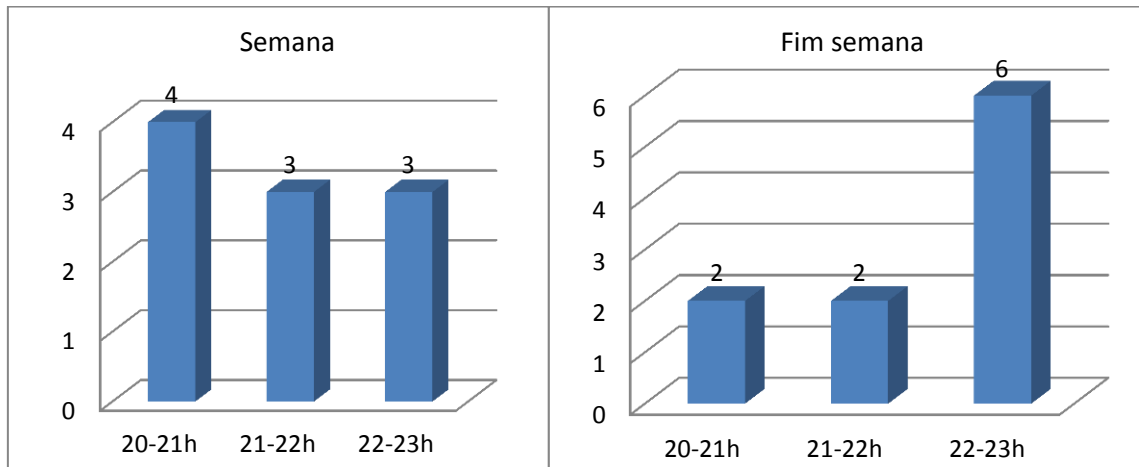
Foi explicado pessoalmente a cada pai/familiar qual o objetivo da aplicação do guião, honrando sempre os princípios éticos, tais como a confidencialidade e anonimato. Após a análise dos mesmos observou-se que no que se refere às idades, a sua disposição é a seguinte: 40% com idade inferior a 1 ano; 10% com idade entre 1- 2 anos; 20% com idade entre 3 – 4 anos e 30% entre 5 -6 anos. Prevalência de 7 crianças sexo masculino e 3 do sexo feminino, pode-se ainda verificar que 50% dos pais que aceitaram responder ao guião têm filhos com idade inferior a 2 anos. Esta incidência poderá advir do facto de nestas idades existir uma maior necessidade de internamento devido á imaturidade da criança. Conforme se pode verificar no Gráfico nº 1.

Gráfico nº 1 - Caracterização da população de acordo com o género e idade



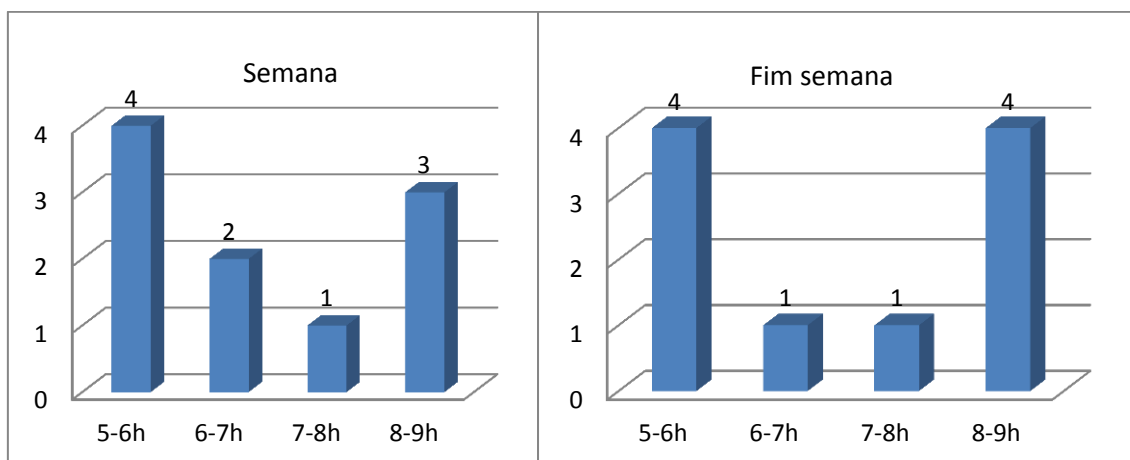
Verificou-se também que durante a semana subsiste um nº superior de crianças que se deitam cerca das 20- 21 h sendo a sua incidência de 40 %, ao fim de semana a rotina modifica-se passando as crianças a deitarem-se mais tarde entre as 22 – 23 h com uma incidência de 60%. Conforme se pode verificar no gráfico nº 2

Gráfico nº 2 - Hora de deitar



De acordo com os resultados emergidos apurou-se que a hora de acordar altera pouco em relação ao ser durante a semana ou ao fim de semana havendo apenas 1 criança que corresponde a cerca de 10 %, que altera os seus hábitos de sono, verifica-se que normalmente acorda cedo durante a semana e ao fim de semana passou a acordar mais tarde conforme se pode verificar no Gráfico nº 3.

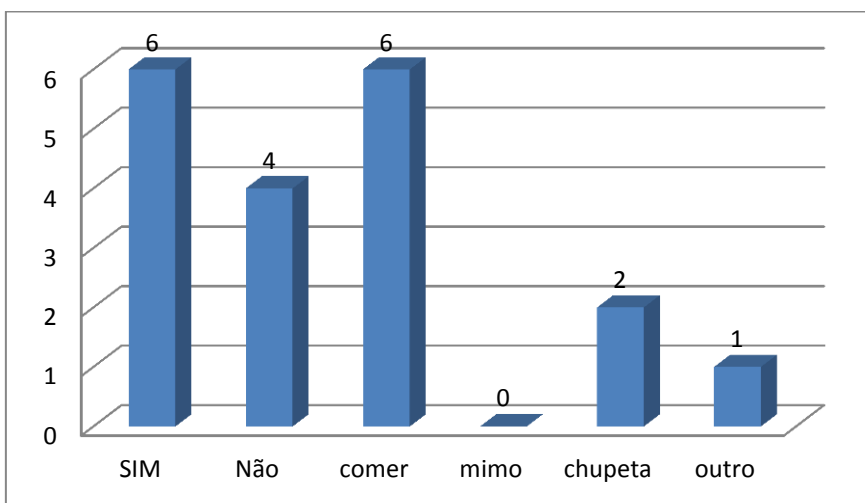
Gráfico nº 3 – Hora de acordar



Verificou -se também que o número médio de horas dormidas ronda as de 10 h quer durante a semana quer ao fim de semana.

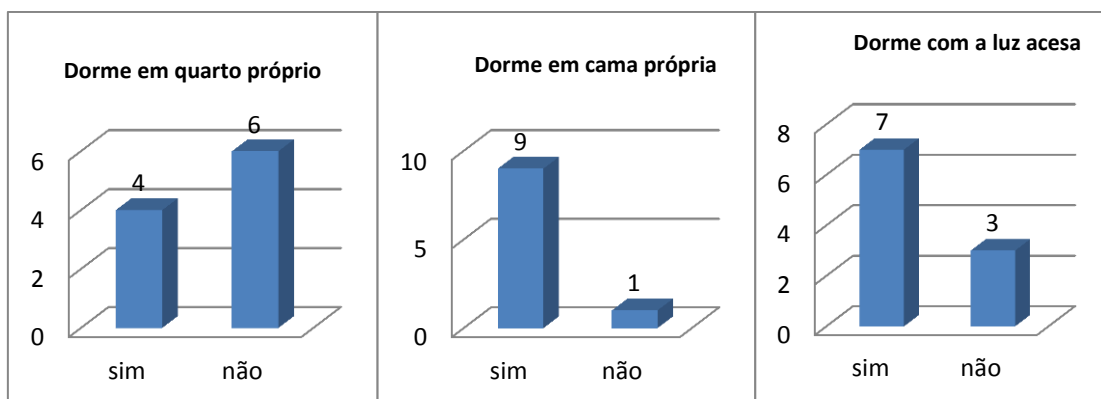
Relativamente à suspensão do sono durante a noite, a prova avaliada encontra-se dividida por: 40% que na maioria das vezes não acordam durante a noite e 60% que acordam durante a noite. Para voltar a adormecer os pais referem recorrer a algumas estratégias, designadamente a utilização de chucha (20%); comer (60%); outros (10%), alguns pais referem ainda que os seus filhos voltam a adormecer sozinhos (10%).Gráfico nº 4

Gráfico nº 4- Acorda durante a noite e as estratégias para voltar a adormecer



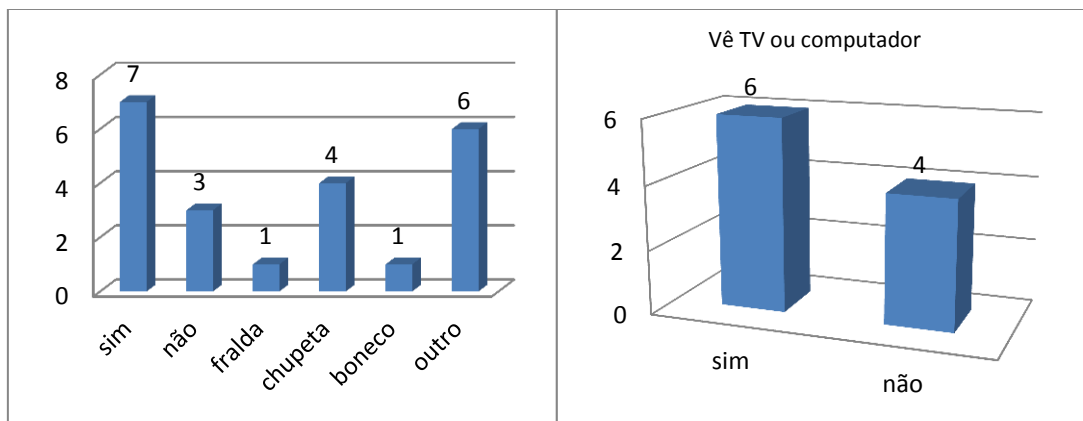
Existe uma proporção considerável de crianças (60%) que não dorme em quarto próprio, sendo de destacar que apenas 10 % não dorme em cama própria, considerando-se a necessidade de manter luz de presença em 70 % das crianças monitorizadas. Gráfico nº 5

Gráfico nº 5 – Local onde dorme



Para finalizar apurou-se um aspeto importante que obteve a nossa reflexão no que diz respeito aos hábitos antes de adormecer, cerca de 70 % referem que sim, o uso chupeta tem uma prevalência de 40 %, a fralda e o boneco foram mencionadas por duas mães em conjunto com a chupeta, no entanto houve 6 pais que relataram outro e que corresponde a 60% das crianças que vêem televisão ou jogam computador antes de adormecer. Como se pode verificar no gráfico nº 6.

Gráfico nº 6 - Hábitos antes de adormecer



Dado os resultados alcançados, particularmente ao nível das crianças partilharem os quartos e/ou cama com os pais, da necessidade de se alimentarem para voltar a adormecer (mama e biberão), bem como do uso de televisão ou computador antes de adormecer julga-se fundamental a realização de intervenções de enfermagem com o objetivo de sensibilizar os pais para a promoção de hábitos de sono saudáveis, capacitando-os para o uso de estratégias a utilizar no momento de deitar, visto que os dados observados estão aquém do nº de horas de sono preconizadas para a idade.

Estes foram posteriormente apresentados á equipa de enfermagem em sessão de formação onde se pretendia sensibilizar os Enfermeiros para o uso de estratégias na promoção de hábitos de sono no serviço. ANEXO X

Existiram constrangimentos á aplicação do guião só se podendo aplicar a partir da 4ª semana de estágio devido ao barulho efetuado pelas obras no serviço. O rácio de crianças internadas entre os 0 e os 3 anos de idade foi outro constrangimento pelo que a idade foi alargada até aos 6 anos de idade inclusive. O contributo da aplicação deste guião foi positivo e os resultados obtidos encontram-se anexados ao plano da sessão de formação. ANEXO X

Carrick (2006) fala-nos sobre a importância de dotar os pais de informação específica sobre o sono e capacitá-los para a realização de pensamento crítico, no momento de tomarem

decisões acertadas mesmo que difíceis. De referir que na maioria das situações muitos pais procuram ajuda nos livros, familiares e amigos utilizando o conhecimento empírico para tentar resolver os seus problemas, sem recorrerem á ajuda de profissionais como pediatras ou psicólogos. Dá ênfase a 3 temas passíveis de intervenção por parte do enfermeiro e que afetam a qualidade e quantidade de horas de sono:

- O **sono** ou problemas relacionados com o sono foi um tema referenciado e sentido pelos pais em que procuram nos livros alternativas para atuar perante uma criança que acorde muitas vezes de noite. As estratégias a adotar baseiam-se em colocar as crianças para dormir na sua cama e não na cama dos pais ainda acordadas e deixá-las chorar até adormecer sem ceder logo às suas birras.

- O **Comer** também influencia o sono quer das crianças quer dos pais, existindo alguma controvérsia em alimentar as crianças durante a noite. A principal intervenção dos técnicos é dotar os pais sobre as vantagens/ desvantagens de comer ou não durante o sono, sobre o tipo de alimentação escolhida nos primeiros meses de vida da criança de referir que os bebés recém-nascidos e de baixo peso devem ser alimentados de 3/3 horas de maneira a não diminuírem o percentil do peso. A escolha/ decisão recai sempre sobre os progenitores.

- O **Controlo de esfíncteres** foi outro tema abordado neste artigo e é descrita como uma das tarefas mais desafiadoras para os pais, e reconhecida como uma potencial fonte de ansiedade para os pais e crianças, é um marco de desenvolvimento importante na vida de uma criança, levando-a a ganhar autoconfiança e independência.

Tse e Hall (2007) realizaram um estudo com sobre as perspetivas dos pais com vista a implementar estratégias no sono. Das entrevistas realizadas emergiram alguns temas passíveis de intervenção:

-Mudanças das perspetivas dos pais sobre o sono - Muitos pais admitiram que tinham pouca informação / conhecimento sobre o desenvolvimento infantil e sobre o sono, e que o estudo ajudou a perceber a necessidade de existir mudanças de comportamento para com os filhos.

- **Construir um quadro para resolver problemas do sono**- Os pais conseguiram ganhar confiança como pais e mudaram os seus estilos parentais, utilizando rotinas diárias com horário, para jantar, para o banho, visitas de amigos e familiares em horários que não perturbassem ou excitassem as crianças. No final a perseverança foi o principal desafio, nunca desistir.

- **Alterações imprevistas decorrentes do uso de estratégias do estudo** - A principal estratégia foi a mudança do estilo de parentalidade. Os pais passaram a dar de comer se só tivessem fome, ser rígidos nas decisões tomadas e não facilitar nem ceder ao choro das crianças.

- **Desafios para os pais** - Os pais tinham dificuldades em serem perseverantes e permissivos cedendo com facilidade ao choro e birras das crianças colocando-as com frequência na cama dos pais no 1º impulso ou colocando á mama mesmo sem ser hora de comer. Os avós alteravam as rotinas que os pais estavam tentando instituir, dando colo na hora de ir para a cama.

Alguns pais ajustaram seu estilo de vida às rotinas das crianças e fizeram progressos. Outros abandonaram algumas estratégias propostas nas sessões de ensino e tiveram recaídas no sono das crianças.

- **Estratégias de intervenção encaixando as realidades dos pais** - Os pais pensavam que usando rotinas só de noite resolvia o problema, mas verificaram que estavam errados. As decisões não deveriam ser tomadas durante a noite e que não se deveriam sentir culpados pelas decisões tomadas de colocar o filho na cama e deixá-lo chorar até adormecer, ou fechar a porta do quarto, ou só ir ao quarto aconchegar a roupa depois de a criança já estar a dormir.

A discussão entre pais parecia aumentar o entendimento sobre parentalidade.

- **Fatores que interferem com intervenções bem-sucedidas;**

- Interrupção de hábitos e rotinas já instituídas e bem-sucedidas devido a doença, necessidade de internamento e férias levavam todo o progresso realizado ao início.

- O medo de falhar em intervenções já realizadas.

- Os pais irem trabalhar após a licença de maternidade /paternidade.

- Medo de ser julgado pelos outros.

- Preocupações dos pais sobre o impacto do choro nos vizinhos.

- **Sistemas de apoio dos pais** - Alguns sentiram-se devidamente apoiados e não aproveitaram o apoio dado através das chamadas telefónicas do coordenador do estudo. Alguns pais receberam ajuda de familiares e amigos sobre como cozinhar ou tomar conta das crianças, enquanto outros referiram que o apoio psicológico recebido através de telefonemas ou reuniões. Por outro lado, muitos dos participantes relataram estar emocionalmente isolados/ sozinhos nesta difícil tarefa, e outros ainda referiram que se basearam em pesquisa pessoal e individual.

Enfermeiros especialistas de saúde materna e infantil que lecionam aulas pré-natais têm a oportunidade de discutir a parentalidade e realizar intervenções comportamentais que podem ajudar e evitar que as crianças desenvolvam problemas de sono. A informação sobre os ciclos de comportamento do sono infantil e sono normais podem ajudar os novos pais a reconhecer o comportamento do sono problemático e, possivelmente evitar problemas de desenvolvimento infantil.

Gialloa, *et al.* (2013) falam-nos das experiências vivenciadas por pais no período de parentalidade precoce. Para tal realizaram um estudo com entrevistas das quais emergiram os seguintes temas:

- 1- A experiência de cansaço dos pais
- 2 -O impacto de cansaço nos pais
- 3 - Como os pais gerem o cansaço
- 4 – Necessidade dos pais para obter informações, apoio e recursos para gerir o cansaço

Os pais descrevem o cansaço como uma intensa e persistente sensação de esgotamento caracterizada por uma gama de sintomas físicos, emocionais e cognitivos. Ambos relataram distúrbios do sono como um fator chave que contribui para o cansaço. Mães referiram, que a incapacidade de relaxar à noite, não ter tempo para si mesmo, as exigências e preocupações da vida quotidiana bem como as mudanças na rotina familiar foram também fatores importantes que conduziam ao cansaço.

As exposições concretizadas pelos pais nos artigos vão ao encontro do que é defendido na teoria de conforto de Kolkaba (2005), e que destaca o contexto do conforto físico. Nesta etapa as necessidades de conforto abrangem processos fisiológicos inócuos, baseados em estruturas que são suspensas ou colocadas em risco devido à presença de uma doença ou realização de cuidados invasivos, descritos como a dor, enjoos, vômitos, fome, arrepios ou prurido (Kolkaba e DiMarco, 2005). O contexto do **conforto psicoespiritual** tem uma correlação direta com a autoestima/ falta de confiança e motivação na criança e família. Estas necessidades são muitas vezes atenuadas através da transcendência ou “*conforto da alma*” (como por exemplo: proporcionar um alimento preferido ou desejado, realização de uma massagem, presença de pessoa significativa, toque terapêutico,...) (Kolkaba e DiMarco, 2005). Partilhar estes momentos, são intervenções fundamentais ao nível do contexto psicoespiritual. Referenciada pelos pais como uma necessidade de terem tempo para si, como praticarem aulas de ioga, natação, ir ao ginásio e outras também referidas por Gialloa *et.al.* (2013).

As necessidades de **conforto sociais** dependem das relações interpessoais, familiares e sociais. Encontram-se catalogadas na secção sociocultural, e ao mesmo tempo são referidas como o alicerce das mesmas (Kolkaba e DiMarco, 2005). Estas necessidades são alcançadas através da presença / postura do enfermeiro com o seu “saber estar”, “saber ser” e “saber fazer”, expressado e / ou mencionado através de mensagens de tranquilidade, serenidade, incentivo, reforço positivo, esclarecimento antecipado dos procedimentos a realizar, respeito pela privacidade, (...). Neste item é necessário realizar uma avaliação das necessidades da família, principalmente ao nível socioeconómico, relação jurídica de emprego, tradições, cultura, religião

e isolamento social (Kolcaba e DiMarco, 2005). Tal como nos é referido por Tse e Hall (2007) e por Gialloa *et.al.* (2013), em que referem alguns aspetos sobre as experiências de cansaço e seu impacto no período de paternidade precoce. É importante ressaltar que têm contribuído para o pequeno, mas crescente corpo de pesquisa sobre pais com experiências de cansaço e os desafios da paternidade.

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

Assim foram realizadas sessões de esclarecimento aos pais de crianças internadas e que recorriam ao serviço para ser reavaliadas após a alta sobre “ O sono na primeira infância “, onde foram referidas estratégias a utilizar no domicílio como:

- Proporcionar um ambiente calmo e confortável
- Criar um ritual para marcar o momento de dormir. Como: banho, pijama, jantar, lavar os dentes e ler uma história
- Deitar a criança sempre à mesma hora
- Deitar a criança ainda acordada
- Manter uma luz de presença no quarto
- Deixar a porta do quarto aberto
- Permitir o uso do objeto preferido da criança
- Manter a calma, não gritar mesmo perante a teimosia da criança
- Não ceder ao protelar da hora de dormir
- Os pais devem ser Realistas, Flexíveis, Consistentes, Razoáveis e nunca se devem esquecer de que a hora de deitar pode ser uma situação desgastante mas nunca desistir!

Esta sessão teve a presença de 12 pais, no final da sessão foi aplicado um questionário de avaliação da mesma cujos resultados se encontram anexados ao plano da sessão - ANEXO XI, de onde se salienta algumas opiniões como:

“ Parabéns por estas atividades “

-“Deveriam ser feitas mais sensibilizações nestas ou noutras áreas como a Educação “.

-“Mais sessões de sensibilização noutras áreas”.

-“Deveria haver mais exemplos práticos, nas ações do dia-a-dia”.

Não esquecendo de referir que o mais importante foi a partilha de experiências entre os pais que assistiram á sessão, alguns manifestaram os seus sentimentos e angustias perante a hora de deitar os filhos, que na maioria das vezes existiam castigos e brigas entre pais e filhos, que era

um momento muito difícil de gerir, e que esta sessão foi benéfica porque ajudou na concretização de estratégias que iriam experimentar.

Foi também realizado um poster para colocar no corredor do serviço em local de acesso a todos os utilizadores do serviço e que aborda os 10 mandamentos do sono saudável. ANEXO XII

O Serviço de Neonatologia tem uma atmosfera de permanente atividade humana, com níveis de ruído e de luminosidade elevados, podendo incitar transformações irreversíveis nos RN. Assim é essencial a adoção de medidas específicas de conforto que vão ao encontro das necessidades dos RN e que ao mesmo tempo não perturbem o sono dos mesmos. Os RN encontram-se expostos a diversos estímulos, particularmente o manuseio constante, ruídos exteriores, luminosidade, ações invasivas, e outras, que contribuem para a interrupção dos ciclos de sono e consecutivo aumento dos níveis de stress. Pinto *et al.* (2008) citam que os RN necessitam que os seus ciclos de sono sejam respeitados, pois são fundamentais para o seu desenvolvimento e crescimento psicomotor.

Brazelton e Sparrow (2004) referem que o sono do RN prematuro apresenta os seis estadios de sono mas com dificuldade em geri-los, um RN antes das 30 semanas de gestação não tem maturidade para transitar do estadio de sono para o estadio de vigília. Sendo previsível que após as 32 semanas de gestação os períodos de inatividade diminuem e os de atividade sejam mais frequentes e após as 34 semanas os RN estão mais ativos e alertas.

Tal como nos refere Kolkaba e DiMarco (2005) na sua teoria de conforto em que o **conforto ambiental** se refere ao meio ambiente e interferências exteriores, como a serenidade, decoração, segurança, temperatura, luminosidade, ruído, fragrâncias, tonalidades, mobiliário, (...) Todos estes aspetos são importantes para a convalescença do RN e cabe enfermeiro proporcionar um ambiente de saúde (Kolkaba e DiMarco, 2005). Também referenciados por Gialloa *et.al.* (2013).

Assim e considerando que se trata de uma um Serviço, com características delimitadas onde se verifica uma estrutura física é reduzida em relação ao nº de camas disponíveis, o que impede a conservação de um ambiente mais calmo. Durante a observação da prática dos cuidados prestados constatou-se que a equipa multidisciplinar se encontrava pouco sensibilizada para respeitar os períodos de sono do RN, Visto que existiam pouco profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e assistentes operacionais) que respeitassem o silêncio no serviço. Existiam profissionais que manipulavam os RN em qualquer altura não respeitando o sono dos RN, outros colocavam o rádio a tocar com som alto, e por vezes como o enfermeiro do serviço de neonatologia não se pode ausentar do mesmo sem ser substituído os colegas do serviço de obstetrícia usavam o serviço de neonatologia como sala de pausa e de convívio entre os

profissionais. Esta foi a atividade mais difícil de colocar em prática porque não era respeitada, mas no final do estágio já existiam alguns progressos e a música era calma e só com som ambiente para absorver o som dos equipamentos.

Os ruídos de uma Unidade de Neonatologia são inesperados, desregulados e variados. Fechar as portas das incubadoras, dos armários ou da unidade, colocar o lixo em caixotes metálicos, música ambiente com som elevado e as múltiplas conversas entre os profissionais são algumas das fontes principais de ruído nestas unidades.

A Comissão de Saúde Ambiental da Academia Americana de Pediatria (1997) citada pela Organização Mundial de Saúde (2009) refere que o ruído ambiental verificado numa unidade de cuidados intensivos neonatais provocou alterações fisiológicas e comportamentais dos recém-nascidos, que se podem traduzir em perda auditiva, irritabilidade, sono, alteração na função intelectual stress, todos dificultando o bem-estar e o processo de alta hospitalar e posteriormente em alterações definitivas na vida do RN. Esta associação recomenda que os níveis médios de ruído não excedam os 45db durante o dia e 35 db no período noturno. Este nível recomendado para os RN é “ quase silêncio”, se se considerar que o limiar auditivo se encontra nos 20-25db e a conversação humana normal produz 60db.

Os equipamentos de apoio vital necessários em uma UCIN, assim como inúmeros procedimentos médicos e da equipa aumentam significativamente a sobrevivência dos recém-nascidos prematuros. No entanto, alguns equipamentos podem também elevar consideravelmente o nível de ruído na unidade de neonatologia, além dos já produzidos pelos equipamentos de suporte, elevando o ruído em 15 a 20 decibéis (dB).

Foi realizado um trabalho escrito ANEXO XIII com apresentação á equipa de enfermagem sobre o ruído e sua implicação no desenvolvimento e no sono dos RN em reunião de serviço, ANEXO XIV.

Para finalizar este capítulo e em modo de síntese, após análise de todas as atividades desenvolvidas pode-se afirmar que as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem foram adquiridas, que o enfermeiro é o principal elo de ligação para minimizar o contexto ambiental, físico e psicossocial, procurando proporcionar o máximo conforto, tendo em conta as necessidades específicas da criança/ família e que a resposta á pergunta PICO passa pela Promoção de hábitos de sono saudável estabelecendo estratégias em parceria com os pais como:

- Proporcionar um ambiente calmo e confortável
- Criar um ritual para marcar o momento de dormir como: banho, pijama, jantar, lavar os dentes e ler uma história

- Deitar a criança sempre à mesma hora
- Deitar a criança ainda acordada
- Manter uma luz de presença no quarto
- Deixar a porta do quarto aberta
- Permitir o uso do objeto preferido da criança
- Manter a calma, não gritar mesmo perante a teimosia da criança
- Não ceder ao protelar da hora de dormir

4 – CONCLUSÃO

Não existe conclusão possível para um caminho rico, exigente e desafiante como este. Existe sim, uma vontade assumida de continuar a percorrê-lo na busca de um constante aperfeiçoamento das competências adquiridas, nesta etapa de atividade profissional da mestranda. Assim, este capítulo, para além de realçar os benefícios e contributos deste investimento formativo, ao nível dos cuidados especializados à criança/família/substituto, destaca também as limitações e sugestões de melhoria no desempenho como futura Enfermeira Especialista de Saúde Infantil e Pediatria.

Durante a realização deste trajeto existiram constrangimentos como a dificuldade em gerir o tempo profissional, de estudante e familiar, existindo lacunas que se tentam reparar com o tempo, mas por vezes o tempo não volta a traz e existem etapas da vida que não voltaremos a viver. Outro constrangimento foi a realização de obras no serviço de Pediatria durante o estágio, o que condicionou o mesmo na realização do projeto individual.

Perante o acompanhamento de todas as pessoas que se cruzaram e partilharam sorrisos, vivências, inquietações, dificuldades, chegou o momento de questionar...*Valeu apena? Estarei diferente? Em quê? Porquê?*

Pensar de forma analítica é inerente ao Ser Humano, no entanto é necessário saber usar o pensamento e refletir sobre e na prática de cuidados, na busca do melhor agir, para o melhor Cuidar. A procura dessa base de conhecimentos aprofundada, como fundamentação da prática profissional, constituiu o principal contributo adquirido.

A Prática Profissional, entendida como Estágio Supervisionado, tem como principal objetivo proporcionar o contato com a realidade na qual atuará. Caracteriza-se como um momento de análise e apreensão do contexto real, sendo um elemento indissociável do conhecimento teórico. É parte integrante do processo de formação inicial e constitui-se como o espaço, por excelência, em que se realiza a união dialética entre a teoria e a prática. Possibilitar ao estagiário o contato direto com situações reais que lhe permitam compreender, cuidar, orientar e avaliar o processo ensino-aprendizagem, de forma a contribuir, para o seu desenvolvimento nas dimensões, entre outras, física, psicológica, intelectual e social.

A procura por uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados, por intermédio da obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem com Pós Licenciatura em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, consistiu numa necessidade pessoal, que se tem vindo a repercutir em mais-valias e ganhos em saúde para as crianças/ jovens e suas famílias. Proporcionou também uma adequação dos objetivos que visam o desenvolvimento de competências específicas na área de especialização de Saúde da Criança e do Jovem.

A necessidade de aprofundar conhecimentos nesta área, sendo que fatores como o aumento da procura de cuidados, a complexidade dos casos clínicos e da tomada de decisão clínica em enfermagem, no contexto dos cuidados de saúde, estão na base da necessidade dos profissionais de saúde se atualizarem e desenvolverem novas competências, pelo que os enfermeiros não são exceção, pois como profissão dinâmica, inovadora e de empenho constante que é, enfrenta estes desafios com o ensejo de os conseguir superar.

O projeto foi apresentado e discutido com o Enf.º Cooperante nos diversos locais de estágio. Sendo este dinâmico e passível de ser modificado se pertinente. Segundo Benner, (2001) “O modo como tratamos a nossa aprendizagem experiencial diária, na prática clínica, determina a extensão em que a investigação e a educação serão tanto coletivas como cumulativas, e ligadas de um modo vital com a prática clínica”.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem tem um papel de relevo no incrementar e executar uma prática de cuidados com qualidade, quer pelo saber aprofundado que possui na área de especialização, quer pelas competências específicas alcançadas, que lhe possibilitam estar atento para a compreensão da situação em questão.

Kolcaba (2010) evidencia que o exercício da profissão de enfermagem assenta na construção, implementação e análise de medidas de conforto. Estas podem ser intuitivas, subjetivas ou objetivas beneficiando da particularidade de cada situação.

No decorrer deste projeto foram adquiridas competências do Enfermeiro Especialista em todos os domínios, com maior ênfase no domínio da melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados desempenhando um papel dinamizador, participando em projetos Institucionais.

A compreensão da importância de suportar atitudes e comportamentos com um modelo conceptual, válido e atual, nos diferentes contextos do cuidado à criança, torna a intervenção de Enfermagem mais competente, credível e visível.

Não ambicionando a perfeição, porque não é nela que o sentido da prática de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediatria se centra, busca-se o constante desafio que as diferentes situações da prática colocam, a fim de mobilizar as competências adquiridas neste Curso de Mestrado, aperfeiçoando-as. Para finalizar e em modo de síntese, após análise de todas

as atividades desenvolvidas pode-se afirmar que as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem foram adquiridas, que o enfermeiro é o principal elo de ligação para minimizar o contexto ambiental, físico e psicossocial. É detentor de uma consciência crítica e responsável na busca constante da melhoria contínua da qualidade dos cuidados e respetivos ganhos em saúde, proporcionando o máximo conforto, tendo em conta as necessidades específicas da criança/ família. A resposta á pergunta PICO passa pela Promoção de hábitos de sono saudável estabelecendo estratégias em parceria com os pais.

Desta forma, pretendo ser capaz de, modo autónomo e ao longo da vida, manter-me no trilho da Qualidade dos cuidados, cuidando de forma cada vez mais competente, avançada e positiva... porque neste percurso compreendi que vale a pena *Ser e Agir* como nos diz Pessoa (1995)... *“ Para ser grande, sê inteiro; nada Teu exagera ou exclui; Sê todo em cada coisa; põe quanto és no mínimo que fazes”*.

5 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Amendoeira, José,(2012) - Apointamentos das Aulas de Enfermagem Avançada, Professor Coordenador, 3º Curso de Mestrado em Enfermagem, Escola Superior de Saúde de Santarém, março,.

Barros, Luísa, (2003) – Psicologia Pediátrica – Perspectiva Desenvolvimentista. 2ª Edição. Lisboa, Manuais Universitários –Climepsi Editores , 224 pág.ISBN: 972-796-081-2.

Benner, Patrícia, (2005) – De iniciado a Perito. Coimbra: Quarteto. 262 Pág. ISBN 989-558-052-5.

Brazelton, T. B., (2003) – O Grande Livro da Criança: O Desenvolvimento Emocional e do Comportamento Durante os Primeiros Anos, 6ª Edição, Lisboa, Editorial Presença. 535pág.

Brazelton, T. B., SPARROW, J., (2009) -A Criança e o Sono – O Método Brazelton, 5ª Edição, Lisboa, Editorial Presença, 90 pág.

Brunschwing, H., (2008) – Sono, Lisboa, Edições Pergaminho SA. 80pág. ISBN: 978-972-711-715-4.

Carrick, Kelli Connell, (2006)-Trends in Popular Parenting Books and the Need for Parental Critical Thinking, Child Welfare League of America, Vol. LXXXV - 5, September, pág. 819-836ISBN: 0009-4021-050819-18. Disponível em:

<http://www.google.com/url?q=http%3A%2F%2Fsearch.ebscohost.com%2Flogin.aspx%3Fdirect%3Dtrue%26db%3Dnyh%26AN%3D23141311%26lang%3Dpt-br%26site%3Dehost-live&sa=D&sntz=1&usg=AFQjCNF9yeSD4mMiVihVZFziQ6pQGebY1Q>

Casey, Anne, (1993) – Development and use of the partnership modelo of nursing care. In GLASPER, Edward; TUCKER, Ann. “Advances in Child Health Nursing”. Oxford: ScutariPress. ISBN 1-871364-91-4.

Cipe,(2011) – “Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem”, Lisboa: Estúdio Lusodidacta, Lda, ISBN: 978-92-95094-352.

Connolly, K., (1986) - A perspective on motor development. In: Wade, M.G.; Whiting, H.T.A. (Eds.). Motor development in children: aspects of coordination and control. Dordrecht: MartinusNijhoff. Pág. 3 - 32

Cordeiro, Mário, (2010) – “Dormir Tranquilo”, Lisboa, A Esfera do Livro; 205 pág.. ISBN: 978-989-626-215-0.

Crispim, J., (2011) –Padrão de sono e fatores de risco para privação de sono numa população pediátrica portuguesa, in Acta Pediátrica Portuguesa - Sociedade Portuguesa de Pediatria; Vol. 42, nº 3; pág. 93-98.

Cruz, Albertina de Lurdes Dinis, (2007) – Para além do ninho: continuidade de cuidados. Ser Saúde. Póvoa do Lanhoso: Instituto Superior de Saúde do Alto Ave. ISSN 1646-5229. N.º 8, p.56

Del Prette, Z. A. P. & DEL PRETTE, A. (1999) - Psicologia das habilidades sociais: Terapia e educação. Petrópolis, RJ: Vozes. Disponível em:
<http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>

Edelman, Carole Lium; Mandle, Carol Lynn , (2002)– Health Promotion Throughout the Lifespan.5ª Ed. Missouri: Mosby. 801 p. ISBN 0-323-01484-4.

Ferreira, Manuela Maria da Conceição; Costa, Maria da Graça Ferreira Aparício, (2004) – Cuidarem parceria: subsídio para a vinculação pais/bebé pré-termo. Millenium Revista do ISPV. [Emlinha]. N.º 30, p. 51-58 .Disponível na Internet:
<http://www.ipv.pt/millenium/millenium30/5.pdf>

FORTIN, Marie-Fabienne. (1999). O Processo de Investigação – da Conceção à Realização.Loures. Lusociência.

Gage, J. D.; Everett, K. D.; Bullock, L., (2006) – Integrative Review of Parenting in Nursing Research.Journal of Nursing Scholarship, pág.56-62;

Giallo, Rebecca; Rose, Natalie; Cooklin, Amanda and McCormack, Derek, (2013) - In survival mode: mothers and fathers' experiences of fatigue in the early parenting period, *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 2013, Vol. 31, No. 1, pág. 31–45.

Disponível em:

<http://dx.doi.org/10.1080/02646838.2012.751584>

<http://www.google.com/url?q=http%3A%2F%2Fsearch.ebscohost.com%2Flogin.aspx%3Fdirect%3Dtrue%26db%3Dnyh%26AN%3D85432543%26lang%3Dpt-br%26site%3Dehost-live&sa=D&sntz=1&usg=AFQjCNF7-2fBSjvsLnx2DmPnknIrrcE2rA>

Guyatt, G. and Rennie, D., (2002) - *User's guides to the Medical Literature: A manual for Evidence-Based Clinical practice*. Chicago: American Medical Association. Disponível em:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC128970/#>

Hartup, W. & Rubin, Z. (1986) - *Relationships and development*. USA: Lawrence Earl

Hertzman, Clyde., (1998) - The Case for Child Development as a determinant of health. *Canadian Journal of Public Health*. [Em linha]. 89: Supplement 1, 14-19. Disponível na Internet: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9654787>> ISSN 00084263.

Informal, Dicionário (2015) – *Comportamento*. Disponível em:

<http://www.dicionarioinformal.com.br/comportamento/>

Isabel Nicolau, (2001) - O conceito de estratégia, Instituto para o Desenvolvimento da Gestão Empresarial, ISCTE, Setembro, 17 pág. Disponível em :

<http://cedo.ina.pt/docbweb/MULTIMEDIA/ASSOCIA/INTERNO/ELECTRON/E160.PDF>

Jorge, A. M., (2004) - *Família e Hospitalização da Criança – (re) pensar o cuidar em enfermagem*, Loures, Lusociência – edições técnicas e Científicas, Lda, 192pág., ISBN: 972-8383-79-7.

Kolcaba, K., (2001) – *Evolution of the Mid-Range Theory of Comfort for Outcomes Research*, Disponível em:

<http://thecomfortline.com/files/pdfs/2001%20%20Evolution%20of%20the%20Mid%20Range%20Thoery%20of%20Comfort%20for%20Outcomes%20Research.pdf>

Kolcaba, K., (1994) -*A theory of holistic comfort for nursing*, disponível em:

<http://thecomfortline.com/files/pdfs/1994%20%20Holistic%20Comfort%20for%20Nursing.pdf>

Kolcaba, K., (2010) -Theoretical Development, "*The comfort line*" disponível em:

<http://www.thecomfortline.com/home/faq.html#comfort>

Kolcaba, K., DiMarco, M., (2005) - Confort Theory and its Application to Pediatric Nursing, in *Pediatric Nursing*, Vol. 31- nº3, Maio-Junho.

Mendes, L. R., Fernandes, A., Garcia, F., (2004) - T, "Hábitos e perturbações do sono em crianças em idade escolar, In: *Acta Pediátrica Portuguesa*. - Revista de medicina da criança e do adolescente, Sociedade Portuguesa de Pediatria, Lisboa - Vol. 35, nº 4, Julho/Agosto, p.341-347.

Oliveira, R.G., (2005) – *Blackbook – Pediatria*, 3ª edição. [citado em 9 de Novembro de 2006]. Disponível em URL: <[http:// www.Blackbook.com.br](http://www.Blackbook.com.br)>;

Ordem dos Enfermeiros, (2001) – *Divulgar - Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*.

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem da Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa.

Paiva, M., Antunes, C., Soares, E., (2006) – Fatores que Interferem na Preservação do Sono e Repouso de Criança em Terapia Intensiva, in *Revista de Enfermagem*, vol. 10, núm. 1, Abril, p. 29-35.

Pender, Nola, (2002) – *Health Promotion in Nursing Practice*. 4ª Ed. New Jersey: Prentice Hall. 340 p. ISBN 0-13-031950-3.

Pessoa, F. – *Parábolas do século XX*.1995, 14 pág.

Pinto, E., (2008)– O Estresse no Neonato Pré-termo: uma reflexão axiológica acerca de possíveis influências dos fatores sensório-ambientais em unidade de terapia intensiva neonatal, in *Fitness & Performance*, Rio de Janeiro, Setembro/Outubro, Vol. 7, p. 345-351.

Portuguesa, Dicionário da Língua (2014) – Análise Disponível em:

<http://www.dicio.com.br/analise/>.

Portuguesa, Dicionário da Língua (2014) – Reflexivo. Disponível em:

<http://www.dicio.com.br/reflexivo/>.

Ramos, M., (2005) - Adaptação Paterna Para a Parentalidade. Federação Espanhola de Asociaciones de Psicologia. Vol. 10, nº 2. ISSN – 15779-4113;

Regulamento nº 122/2011, (2011) – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, II Série, nº 35 – Parte E, Fevereiro, pág. 8648-8653.

Regulamento nº 123/2011, (2011) – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Diário da República, II Série, nº 35 – Parte E, Fevereiro, pág. 8653 – 8655.

Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem (1998). Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem Disponível em:

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

Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem (1998). Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem. Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril.

Relvas, A. P.; Alarcão M. T., (2002) – *Novas formas de família*. Coimbra: Quarteto Editora, ISBN 972-871-56-3;

Roper, N.; Logan, W.W.; Tierney, A.J., (1990) – *Modelo de enfermagem*. Editora McGraw-Hill de Portugal, Lda. 3ª Edição, 454 pág.

Silva, V. R. M. G. (2001) - Indicadores de rejeição em grupo de crianças. Dissertação de Mestrado não-publicada, Curso de Pós-Graduação em Psicologia Clínica, Universidade Federal do Paraná. Curitiba, PR.

Soares, Ângelo, (2010) – “O Sono – Efeitos da sua privação sobre as defesas orgânicas”, Lisboa, LIDEL, Edições Técnicas, Lda. 100pág. ISBN: 978-972-757-663-0.

Tse, L. and Hall,W., (2007) - A qualitative study of parents’ perceptions of a behavioural sleep intervention, Journal compilation, Blackwell Publishing Ltd, *Child: care, health and development*, 34, 2, pág.162–172. Disponível em:

<http://www.google.com/url?q=http%3A%2F%2Fsearch.ebscohost.com%2Flogin.aspx%3Fdirect%3Dtrue%26db%3Dnyh%26AN%3D28744882%26lang%3Dpt-br%26site%3Dehost-live&sa=D&sntz=1&usg=AFQjCNHQIvuQukY-s-jGREBw-DaVVvVOKQ>

Unicef (2004) - Convenção dos direitos das crianças. Disponível em:

http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf

World Association of Sleep Medicine (2011), disponível em:

<http://www.wasmonline.org/>

ANEXOS

ANEXO I

Artigo 1 - Trends in Popular Parenting Books and the Need for Parental

Trends in Popular Parenting Books and the Need for Parental Critical Thinking

Kelli Connell-Carrick

Parents continually struggle to find better ways to make decisions regarding their children, and many use popular parenting books. The purpose of this article is to discuss the critical thinking skills needed by parents and practitioners who work with parents to make informed parenting decisions influenced by popular media. It also addresses strategies on sleeping, cosleeping, feeding and toilet training in popular parenting books, and the corresponding empirical evidence found in the scientific literature.

Kelli Connell-Carrick, PhD, LMSW, is Assistant Professor, Graduate College of Social Work, University of Houston, Houston, TX.

0009-4021/2006/050819-18 \$3.00 Child Welfare League of America

819

Parenting tends to be romanticized in television and books, with sweet, perfect little angels depicted with happy and stress-free parents. The reality of parenting actually is quite different. Parents often are wrought with anxieties over their children's feeding and sleeping schedules, discipline, and childcare. They worry about doing the right thing with their children and are bombarded with books, magazines, the Internet, and friends dispersing conflicting advice.

Parents continually struggle to find better ways to make decisions about their children, and many use popular parenting books, the Internet and more recently, television shows such as *Supernanny* and *Nanny 911* to find alternatives. Parenting in many of these forums is simplified and rigid, emphasizing control rather than the provision of guidance (Kohn, 2005). Complex problems are reduced to singular unrealistic interventions without acknowledging the demands and sacrifice inherent in parenting.

Practitioners working with parents need to explore and understand the ideas parents who read popular parenting books may have. Practitioners are in a unique position to influence parental thinking about difficult parenting decisions. Practitioners also need to develop critical thinking skills to analyze the adequacy, developmental appropriateness, and applicability of parenting strategies presented in popular media. Critical thinking is a challenging process, even for well-resourced parents and practitioners. With the abundance of parenting information available, the ability to think critically about the content of such information and make decisions based on it is imperative.

Parenting is important throughout a child's life, but the beginning years are one of the most critical psychological periods (Armstrong, 1997). Because parenting practices for infants and toddlers occupy a period of coexisting vulnerability and tremendous developmental gain, this article will focus on major issues for parenting that age group. The purpose of this article is two-fold. First, it discusses critical thinking skills needed by parents and practitioners

who work with parents to make informed decisions influenced by popular media. Second, the author reviews strategies on sleeping, cosleeping, feeding, and toilet training outlined in popular parenting books and the corresponding empirical evidence found in the scientific literature. In each section, specific critical thinking questions are included as a tool to guide practitioners and parents in evaluating parenting strategies.

Critical Thinking Skills and Parenting

Parenting practitioners, social workers, and other supportive professionals can help parents develop the skills they need to critically analyze parenting information. Equipping parents who consult popular books for parenting advice with critical thinking skills will enable them to identify problems if they exist, recognize the possible contradictions in solutions, clarify issues, identify their values, and use sound criteria for evaluating the information presented (Gambrill, 2006). This strategy is essential to making wise decisions because parenting philosophies and recommendations are ever evolving.

Critical thinking is the practice of thinking about knowledge. It emphasizes well-reasoned decisionmaking and values "truth over prejudice and ignorance" (Gambrill, 2006, p. 72). Applying critical thinking skills, therefore, requires a person to compare advice against a standard, which may be research-based information from a reliable authority or that person's own beliefs and values. Although professional literature may serve as a resource to practitioners in educating parents, the quality, methodology, and relevance of scientific literature also must be considered to determine its merit. In fact, because science on both sides of an issue often exists, critical thinking skills are necessary for practitioners and parents to make well-educated and thoughtful decisions. Table 1 may be helpful in this process.

Critical thinking is deliberate and independent; fosters skepticism; is open to multiple possibilities; is self-critical; considers

TABLE 1.

Parental Critical Thinking Questions

Answer these questions as they pertain to a piece of parenting advice recommending a parenting method.

1. Can I clearly define the problem? How many times does the problem occur? Is it always a problem? For how long does the problem last? Are there certain times the problem occurs more than others?
 2. Is the problem I'm having with my child, my problem or her/his problem? Am I frustrated with my child because I am not having my needs met? Do I need to find a way to get my own needs met as well? Or, does the child need intervention?
 3. Are my expectations appropriate for my child at this particular age and in her/his particular situation?
 4. What are the unstated assumptions in this parenting advice?
 5. Is there evidence to support this advice? Is this assertion in alignment with the scientific community?
 6. What other viewpoints exist that contradict this parenting method? How do others see this parenting method?
 7. How would this feel if I were a baby who _____? Can I try to understand this from the baby's point of view?
 8. Does this parenting method take into consideration the age and complexity of a baby, including temperament, personality, feelings, and the complexity of their environment?
 9. Does this method of parenting sound reasonable?
 10. Does this advice fit my beliefs about what infants and young children need and my goals for their well-being?
 11. How will I know if I have done a good job as a parent? How do I define long-term successful parenting? How does the decision I am making today fit into that long-term goal?
-

alternatives; and is a scientific approach to problem solving (Gambrill, 2006). Critical thinking also encourages problem solving, recognizes mistakes in thinking, and embraces truth over social approval (Gambrill). Critical thinking skills help parents to transcend trendy and popular methods of parenting by using sound and logical criteria to guide decisionmaking.

Professionals working with parents can help them reflect on how they want to raise their children, and consequently, what advice they want to follow. In doing so, they may direct parents to

reflect on critical thinking questions to guide decisionmaking (Table 1). If parents can consider and begin to define what good parenting is, they can begin to critically think about how the decisions they make fit into their overall parenting goal.

Popular Parenting Books

Bestselling parenting books on infants and toddlers were identified by examining parenting by topic over several months at amazon.com and barnesandnoble.com. The books included in this review include *On Becoming Babywise* (Ezzo & Bucknam, 1998); *Secrets of the Baby Whisperer* (Hogg & Blau, 2001); *The Baby Book* (Sears & Sears, 2003); *How To Solve Your Child's Sleep Problems* (Ferber, 1985); *The No-Cry Sleep Solution* (Pantley, 2002); *The Happiest Baby on the Block* (Karp, 2002); and *Toilet Training in Less than a Day* (Arzin & Foxx, 1974). Sleeping, eating, and toilet training are major issues for infants and toddlers, and many parents seek the help of how-to parenting books for advice on the management of these issues.

Infant and Toddler Sleep

Pediatricians find infant sleep to be a primary concern for parents (Cohen, 1999). Many new parents who are concerned about the sleep habits of their newborn seek information either prenatally or following their infant's birth (Ball, Hooker, & Kelly, 1999; Johnson, 1991). Johnson finds that more parents relied on friends, family, books, and magazines for advice than from physicians and psychologists. Although a common theme in popular parenting books is sleep problems in infants, behavioral sleep disturbances are found in only 25% of children (Minde et al., 1993). Sleep difficulties in children can affect family satisfaction and parental fatigue (Rickert & Johnson, 1988). There are many factors that influence infant sleep, including temperament (Anders, 1994; Scher et al., 1992), attachment (Anders, 1994; Anders & Taylor, 1994; McKenna, 1990; Wolf & Lozoff, 1989), and breast-feeding (Wright & Schanler, 2001)—because of its ease of digestion, breast milk fed to children

will cause them to awaken more frequently than formula fed babies will.

Sleep strategies. Parenting books are filled with different strategies for helping infants sleep. Ezzo and Bucknam (1998) and Ferber (1985) maintain that from an infant's first day, he or she should be trained to fall asleep alone, while Sears and Sears (2004) encourage parents to be the soothing agents for their infants. Similar to Sears and Sears, Karp (2002) conceptualizes the first three months of a baby's life as the fourth trimester. Karp argues that infants need three months outside the womb to "wake up" to the world. During this fourth trimester, babies need to be held, cuddled, and treated as if they were still in the womb. Ezzo and Bucknam (1998) in *Babywise* provide a parent-directed feeding (PDF) schedule that promises an infant will be sleeping through the night between 7–9 weeks of age, if PDF is strictly followed. Many experts, however, agree infants may have a nutritional need for night waking until 4–6 months of age (Schmitt, 1985).

The Ferber (1985) strategy of sleep includes a concept called gradual ignoring or gradual extinction. Instead of putting the child to sleep and letting the child cry it out, Ferber recommends gradually providing less parental attention to bedtime behaviors with the goal of getting the child to fall asleep on her or his own. Ezzo and Bucknam's (1998) strategy for parents who have not used PDF from the beginning is more closely aligned with what research calls *unmodified extinction* or what is commonly called letting the child cry it out. In a review of the research, Kuhn and Weidinger (2000) find both unmodified extinction and graduated extinction to be effective and relatively quick in reducing problematic infant sleep behaviors at nighttime. Parents often find unmodified extinction to be socially unacceptable and challenging to carry out (Johnson, 1991), but they find graduated extinction easier to tolerate (Adams & Rickert, 1989). Although both methods are effective in ameliorating problematic sleep behaviors, the primary concern in using such strict behavioral interventions is that they fail to teach adaptive replacement behaviors (Kuhn & Weidinger). In addition,

prolonged crying may actually make some children too distressed to fall asleep (Cohen, 1999).

Both Hogg and Blau (2001) and Ezzo and Bucknam (1998) propose a daytime schedule of feeding, wake time, and naptime, in that order. They both discourage allowing a baby to nurse or have a bottle before bed, and Ezzo and Bucknam discourage rocking the baby to sleep. For parents who do not begin their child's life using PDF, they prepare parents to expect crying but know that "your baby won't feel abandoned because you have decided the best thing for him is learning how to fall asleep on his own" (p. 210). Practitioners can educate parents about what to expect when introducing a new strategy or method of parenting, and changing a routine should be done within the context of the infant's developmental needs. For example, if a child is experiencing separation anxiety, suddenly leaving him or her to cry without attention may actually increase anxiety and fear and result in increased crying. The child may stop crying but also may lie awake in fear the rest of the night (Cohen, 1999). Practitioners and parents can use the critical thinking questions in Table 1 to consider this statement and reflect on its merit and support in making a decision of whether to follow this advice or not.

The strategies Karp (2002), Pantley (2002), and Sears and Sears (2004) promote are more closely aligned with what the scientific literature describes as positive bedtime routines. Instead of trying to eliminate a certain bedtime behavior, positive bedtime routines attempt to teach appropriate bedtime behaviors and skills, including engaging in relaxing activities with a predictable routine that results in positive sleep onset. Proponents of positive routines in the empirical literature maintain that they eliminate tantrums by replacing them with constructive sleep skills (Milan et al., 1981), and this method has been shown to be more effective than graduated extinction (Adams & Rickert, 1989). The disadvantage to this method, however, is the time commitment from parents that is necessary to create the positive routines (Kuhn & Weidinger, 2000). In making such decisions, practitioners can guide parents in deter-

mining the best strategy for their family by encouraging them to critically explore their values, beliefs, desired long-term outcome, and available scientific literature. Although how to get an infant to sleep is one concern of parents, so is the decision as to where the infant should sleep.

Cosleeping. Cosleeping or bed-sharing also is a topic of great controversy. Some authors promote solitary sleeping in both popular literature (Ferber, 1985; Ezzo & Bucknam, 1998) and academic journals (Adair et al., 1991; Hunsley & Thoman, 2001; Morrell & Cortina-Borja, 2002), while others promote the benefits of cosleeping with parents in popular (Sears & Sears, 2003) and academic literature (Mosko et al., 1997; Okami et al., 2002; St. James-Roberts & Plewis, 1996; Sears & Sears, 2003; Trevathan & McKenna, 1994). Ezzo and Bucknam (1998) maintain that bed-sharing places children at risk emotionally and physically, although they provide no empirical evidence to support this assertion. In fact, they call bed-sharing "dangerous" and maintain children may develop an "abnormal dependency." Ferber (1985) further maintains that cosleeping leads to poor sleep habits. Strong empirical support for the negative effects of cosleeping is not in the empirical literature (Medoff & Schaefer, 1993; Wolfson, 1998), nor is cosleeping related to poor sleep development (Anders & Taylor, 1994; Weimer et al., 1988).

Research has identified benefits to cosleeping, including infant well-being (McKenna & Gartner, 2000), ease and likelihood of breast-feeding (Ball et al., 1999; Morelli et al., 1992), enhanced maternal-infant bonding (Mosko et al., 1997), and constant infant supervision (McKenna & Gartner, 2000). In *The Baby Book*, Sears and Sears (2003) promote bed-sharing as a foundation for attachment parenting, breast-feeding, and being responsive to infant needs. In a review of the empirical research on cosleeping, Mesich (2005) concludes that little is actually known about the effects of maternal cosleeping with their infants, despite the amount of research. In addition, the concern about bed-sharing may be somewhat culturally based. Cross-cultural research has shown most

infants around the world historically and currently share beds with their mothers (Small, 1998). Finally, although recognizing the increasing rates of cosleeping in the United States and the ease of breast-feeding in a cosleeping environment, the American Academy of Pediatrics recently revised its guidelines on Sudden Infant Death Syndrome and recommend that infants sleep in their own crib, but in the parent's room, because of potential hazards of cosleeping.

How and where children should sleep are strongly debated topics in professional and popular literature. Ultimately, parents must make these important decisions for themselves. Practitioners can assist parents in considering many different factors when making such decisions. The following questions may help parents make the best decisions for their child and family about sleep strategies and sleep arrangements:

- Are my expectations for sleep appropriate for the age of my child in this particular situation?
- Is this my problem or a challenge my child is experiencing? Am I frustrated with my child because my needs aren't being met (e.g., I'm tired, hungry, need to work)? Or, does my child need additional support or intervention?

In addition to deciding where an infant should sleep and the best strategy for inducing sleep, parents also must make decisions about feeding their infant. Some books encourage demand-feeding and others scheduled feedings. Parents also must choose between breast-feeding or bottle-feeding. Similar to the differences found on issues related to sleeping, advice about feeding an infant is mixed in popular media.

Eating. Many feeding schedules outlined in popular parenting books appeal to parents who want to maintain predictable routines with their newborns and infants. Hogg and Blau (2001) propose putting babies on a schedule they label E.A.S.Y., or *eat, activity, sleep, and your time*, which is fairly similar to the parent-directed feeding (PDF) schedule, outlined in Ezzo and Bucknam, 1998. In fact, Hogg and Blau (2001) and Ezzo and Bucknam suggest many

ANEXO II

Artigo 2 - A qualitative study of parents' perceptions of a behavioural sleep intervention

A qualitative study of parents' perceptions of a behavioural sleep intervention

L. Tse* and W. Hall†

*Vancouver Coastal Health Authority, and

†School of Nursing, University of British Columbia, Vancouver, BC, Canada

Accepted for publication 8 March 2007

Abstract

Background A study, entitled *Evaluation of an Intervention Aimed at Resolving Behavioural Sleep Problems in 6- to 12-month-old Infants: A Pilot Study*, was undertaken to evaluate the efficacy of a behavioural sleep intervention. This descriptive qualitative study aimed to describe parents' perceptions of the sleep intervention and any burden associated with participating in the study.

Methods Fourteen of the 35 families who had participated in the quantitative study were interviewed. Respondents comprised well-educated, middle-class and mixed-ethnicity families. Data were collected through semi-structured interviews, with open-ended trigger questions, and were analysed using inductive content analysis.

Result Nine themes, which subsumed a number of categories, were constructed. Parents changed their perspectives about sleep and parenting styles; they experienced many challenges and inadvertent benefits; and they welcomed a structured framework for assisting with sleep problems. The parents fitted intervention strategies into their realities; many factors interfered with their success; and their support systems and their expectations of the study varied.

Conclusion These parents' previous education about normal infant sleep cycles and behavioural sleep problems was inadequate. The parents who were able to use the structured framework, flexible strategies and access to healthcare professionals for problem solving not only excelled in resolving their infants' sleep problems, but also gained confidence about their parenting skills and success.

Keywords

Infant, interventions, parents' perception, sleep problems, sleep

Correspondence:

Lillian Tse, Infant, Child & Youth Services, South Community Health Office, 6405 Knight Street, Vancouver, BC, Canada V5P 2V9
E-mail: lillian.tse@vch.ca or ltse@shaw.ca

Introduction

Infant behavioural sleep problems are a common concern for which parents seek help from health professionals (Thunström 2000, 2002; Morris *et al.* 2001; Thiedke 2001). Common complaints are night waking and bedtime struggles (Mindell 1999). A child who goes to bed unwillingly or wakes frequently during the night disrupts the family and increases their use of health services (Morris *et al.* 2001). Infant sleep problems can negatively affect a child's neurobehavioural functions, such as attention, cognition and memory (Sadeh *et al.* 2002), and precede maternal depression (Lam *et al.* 2003).

Despite many studies about children's behavioural sleep problems, interventions and outcomes, parents' perceptions about interventions have seldom been explored. Parents have been dissatisfied with advice provided by healthcare providers (Chavin & Tinson 1980; Rickert & Johnson 1988; Thunström 1999) and demanded more information (Armstrong *et al.* 1994). Mindell (1999) suggested that successful interventions have to be acceptable and feasible for parents. Unfortunately, how parents perceive and manage behavioural interventions is not fully understood (Nikolopoulou & St. James-Roberts, 2003). Increased understanding could improve programme design, delivery and effectiveness. Our aim is to

describe parents' perspectives about implementing a sleep intervention, its effectiveness and any burdens associated with participating in the study.

The study components

A project that studied the efficacy of a behavioural sleep intervention was undertaken in Vancouver, British Columbia, Canada. The project, *Evaluation of an Intervention Aimed at Resolving Behavioural Sleep Problems in 6- to 12-month-old Infants: A Pilot Study* (EIARBSP), included quantitative and qualitative components. For the quantitative, quasi-experimental, pre- and post-test EIARBSP study, behavioural sleep problems were defined as waking two or more times per night, or being awake longer than 20 min for a minimum four nights per week for more than 8 weeks. Eligible infants to the study were between 6 and 12 months of age. Parents who called the Newborn Hotline (a telephone consultation service provided by community health nurses in Vancouver) about their infants' behavioural sleep problems were screened and invited to participate in the EIARBSP study. After parents agreed to participate, a graduate research assistant (a registered nurse) visited parents to provide opportunities to ask questions about the study, sign a consent form, and complete a series of baseline measures. The parents completed questionnaires at baseline, 6 weeks and 16 weeks into the study. An actigraph (a motion detector that differentiates sleep and waking) was attached to each child's ankle for 72 h, while the parents completed a sleep diary simultaneously.

The week following the baseline assessment, small groups of parents were provided with a 2-h teaching session that included a question-and-answer period. The teaching session provided information about infant development, normal sleep behaviour, positive daytime and bedtime routines, negative sleep associations, a controlled comforting intervention, and ways in which parents could care for themselves. Controlled comforting was an intervention that involved parents responding to their infants' crying during sleep periods by comforting them in their cots over increasingly longer time periods and intervals up to 10 min.

The parents were requested to use the intervention with their infants after the teaching session. The intervention included maintaining consistent daytime and bedtime routines, reducing negative sleep associations, and using controlled comforting when needed. Parents also documented their infant's routines during the day and the amount of controlled comforting they were doing at night. Over the following 2 weeks, the project co-ordinator phoned parents twice a week to offer support and

answer questions. Thirty-five families completed the EIARBSP study. After their 16-week assessment, the first author contacted some parents about participating in the qualitative study.

The intervention was evaluated in terms of effects on parents and infants. Following the intervention, there was a significant improvement in parents' sleep quality, cognitions about infant sleep, fatigue and depressed mood (Hall *et al.* 2006a). Following the intervention, the infants demonstrated significantly reduced length of night crying by sleep diary, number of wakes by actigraphy, and longest sleep time by actigraphy and sleep diary (Hall *et al.* 2006b).

Methods

Sampling

For this descriptive, exploratory study, interviewees were a subset of the participants in the EIARBSP study. The participants were couples in stable relationships. They had healthy infants between 6 and 12 months of age. Selective sampling techniques were used (Strauss 1987), wherein parents who represented varying success with implementing the study intervention were recruited, so that the fullest description of their experience with the intervention could be achieved. Through discussions with the project co-ordinator and the principal investigator of the EIARBSP study, the first author, who did not take part in the quantitative component of the EIARBSP study or have previous contact with the sample, was able to identify possible participants. Out of the 33 families identified and contacted, 14 families were interviewed by the first author. Among these 14 interviews, 11 involved both parents, while three were conducted with mothers because fathers were traveling or working late. Hence, 25 individuals have contributed information during the course of data collection.

Data collection

The first author, a graduate student with no previous involvement in the study, conducted semi-structured interviews, guided by open-ended trigger questions (see Appendix A). The questions were designed to obtain information about the utility of the intervention, barriers to implementation, and parents' responses to elements of the intervention. Parents were also asked to comment about the effects of the study assessments on their infants, themselves and their family dynamics. All of the interviews took place in the respondents' homes and lasted about 1 h. Each electronically audio-recorded interview was transcribed into verbatim script for analysis.

Data analysis

The analytical process occurred concurrently with data collection, as recommended in grounded theory (Strauss & Corbin 1994). To accomplish inductive content analysis, the graduate student and the second author followed a number of steps (Waltz *et al.* 1991; Pope *et al.* 2000).

First, interview transcripts and field notes were designated as the universe of content to be analysed. The units of analysis were sentences and phrases. After each interview, the graduate student read the transcript and field notes of the interview to achieve a sense of their meaning. No electronic tools were used for the coding. Transcripts were broken down into phrases and sentences, with codes placed in the margin next to the phrases or sentences. The second author read some transcripts independently to assign codes. The graduate student met with the second author, who was more experienced in qualitative analysis, to identify similarities and differences by comparing and contrasting codes within and between interviews. The graduate student clustered codes into appropriate categories.

From this step on, both authors met regularly to discuss, compare and regroup categories. The categories represented the properties of themes that were constructed. The authors independently developed themes from clustering the categories. Each theme was bounded by a definition and was exclusive from other themes. Fathers' and mothers' comments supported each other during the interviews.

Results

Sample description

The interviewees were between 27 and 44 years of age (mean = 34.11 years), and had received between 13 and 25 years of education (mean = 17.18 years). Twelve of them had post-graduate degrees, seven held university degrees, and five had completed college. Sixteen participants identified themselves as Canadians, four as Europeans, and one as American. The remainder were Chinese and Asian. The infants were between 6 and 12 months of age (mean = 7.9 months) at the time of recruitment to the EIARBSP study, and were between 9 and 16 months old at the time of the interviews. One-third of the participants had made attempts to solve their infants' problems.

Four of these 14 families had one older child; the rest had only one child. The median family income was between \$60 000 and \$89 000. Seven families were living in housing where they had close proximity to their neighbours: five were in apartment

buildings, one was in a town-house, and one was in a detached house with basement tenants. The remainder of families were living in detached houses.

Findings

Nine themes were constructed during the analysis:

- 1 Changes in parents' perspectives about sleep;
- 2 Gaining a framework to tackle sleep problems;
- 3 Unanticipated changes resulting from using the strategies in the study;
- 4 Challenges for parents;
- 5 Fitting intervention strategies into parents' realities;
- 6 Factors interfering with successful interventions;
- 7 Parents' support systems;
- 8 Parents' expectations of the study; and
- 9 Inadvertent benefits of the study.

Due to limited space, only selected themes are discussed in detail.

Changes in parents' perspectives about sleep

Change in parents' perspectives about sleep behaviour was the biggest effect of the study. Many parents indicated that their knowledge about infant sleep was limited and the information provided by the EIARBSP study helped them realize the need to facilitate behavioural changes in their babies. Four categories emerged throughout the interviews (Table 1).

Gaining a framework to tackle sleep problems

Most of the parents had read extensively about sleep interventions. They knew about theories for resolving sleep problems, but their efforts had achieved no results when they were overwhelmed by their infants' cries. One of the parents tried a gentle approach to putting her infant to sleep but became frustrated. She recalled:

There was one book that was a very relaxed approach to putting your child to sleep. We tried that but it wasn't fast enough. I remember sitting down and thinking I need some guidelines. I need someone wanting me, needing me to do this. I needed some structure.

The EIARBSP provided a framework for parents to follow, especially in implementing controlled comforting. These intervention strategies provided parents with a middle ground between theory and reality – something that they could follow

Table 1. Changes in parents' perspectives about sleep

Specific perspectives	Examples of quotations from respondents
Children can learn to self-soothe to sleep	They need to gain the skills to fall asleep on their own, and if their parents are always helping them fall asleep, then you could have a five year old that still needs parents to fall asleep, and that's not really what most parents aspire to have for their children.
Good sleep behaviour leads to a healthier and happier child	We knew that the sleep had deteriorated. At first she used to get a little bit more, like maybe ten hours. When we dropped down to the eight hours in a twenty-four [hours], we knew that we had to do this. Things weren't going well. She wasn't gaining weight, and we were going to the paediatrician every week, and he was a bit worried. I knew that if we could get her to sleep better that things would turn around. By the time she was about eight months, things were really much better.
Normal sleep cycles are important	They taught me not to let her take half-hour naps here and there, and how to use controlled comforting to help along the naps at least for an hour. That was helpful, because once in a while she had a whole bunch of half-hour naps during the day and would always be tired.
Children benefit from having routines	I find that with our baby, routine is really important. She knows that when she has the bottle at night, it's close to bedtime. She knows that when she has the bath it's close to bedtime. By the time we get her out of the bath, changed, she's out. I mean, she's yawning, she knows it's bedtime. So by the time we put her in her crib, within five minutes, generally, she's out.

Table 2. Gaining a framework to tackle sleep problems

Specific strategies	Examples of quotations from respondents
Using step-by-step guidelines for controlled comforting	What I found most helpful was the step-by-step procedure for trying to gradually get a baby to go down. The plan for going in after 30 seconds and then after a delayed time was helpful because it was something that I could follow when I'm thinking 'I can't do this anymore'... There was something to fall back on.
Avoiding feeding to sleep	Having that break between feeding and then sleeping, I think, helped her to be able to soothe herself. She knows how to fall asleep without actually being on my breast, which was what she was doing before. So you know having that break, I think, just forced her to do it herself, rather than relying on me.
Avoiding short naps	It definitely changed my opinion in that I would try to get it at least an hour nap out of her, whereas she wasn't always before. So, I would work to try to get her to go back to sleep, if she wouldn't have at least an hour. And now she consistently does have at least an hour, so obviously that's working better.
Avoiding co-sleeping with baby	The one thing that we kept holding out on was bringing our baby to bed early in the morning. Um, if she woke up early in the morning, I would nurse her in my bed and let her stay there. And I think it was the principal investigator who finally told me, 'You know, we needed to try cutting that out altogether'. And it was shortly after doing that that we really started to see significant progress, where she got the message that her crib was where she had to sleep all the time. So now she knows how to go to sleep on her own, wide awake. And when she wakes up at night, she knows how to fall back asleep.
Delaying responding to a partially awake baby	There were times when he was stirring, and he'd roll over, and a minute of fussing, and then he'd go back to sleep, and so that made a very big difference. I didn't know that when we had [my older one], and I would be in there immediately. So that was a very helpful piece of information.
Using progress notes to track a baby's pattern of activities	You could see on each chart. If you did the same things at the same time, roughly, on each day, that really helped me, especially in establishing a really good routine for her. I could look at it and go, 'oh my goodness, on Monday I fed her about 9 o'clock, and the next day I didn't feed her until an hour and a half later, so no wonder the poor thing's all over the place'. So I found a really good visual picture to help us with routine.

especially when they were on the verge of giving up. The strategies that conformed to using a structured framework are elaborated and illustrated in Table 2.

Unanticipated changes resulting from using the strategies in the study

When the parents sought help through the EIARBSP study, they expected to learn strategies that changed their infants' sleep

behaviour. What they did not anticipate was the changes that occurred in them. Through the small-group teaching sessions, parents realized that there were other parents facing similar problems. The groups enabled them to feel that they were 'normal' parents, and that their infants' problems were common and amendable. They regained their confidence as parents. Many parents shifted their parenting styles. Rather than using a totally child-directed approach, they used more routine-orientated schedules where they provided more direction (see Table 3).

Table 3. Unanticipated changes resulting from using the strategies in the study

Changes	Examples of quotations from respondents
Regaining confidence as parents	[After the seminar,] you kind of walked away feeling normal, that you weren't a total failure as parents. You feel like you meet others, and you know, oh, we are the same. You will be comfortable because not only your kids have that. It is not your kids have some things really difficult, but it's a general problem we are facing, and there are some ways to work out.
Change in parenting style	All the prenatal classes that we took, the prenatal books that I read were all, I don't know if baby-centred is the right word, but just don't ever have structure. So it took a long time before we put in structure. And I think that if we had put structure in for Paul months earlier, we wouldn't have run into all the problems that we ran into. We very much started on one end of the spectrum, then feed him when he wants to be fed, sleep when he wants to sleep, and now we're almost, not completely, but very far, much further on the other end of the spectrum. That it's got to be rigid and he's got to have a schedule.

Table 4. Parents' challenges

Challenges	Examples of quotations from respondents
Difficulty persevering with intervention strategies	Probably the biggest challenge was getting him down to his crib awake and not asleep on my breast, and breaking that connection, which we have now totally entrenched. That was a challenge because it was so easy [to have him sleep on my breast]. It was hard to find the will to do that.
Difficulties with sticking to routines	I just have a hard time following a routine. I'm just not very good at it. I like to go sort of instinctively on the kids. I felt that there was too much structure and I found that it was too hard to follow.
Dealing with the effects on others	Because we live in a building, we were conscious that everyone in the building would wake up with Shannon, not just us. So, we would go to her maybe a little quicker than we might have if we'd been in a house and on our own, where we knew it wasn't going to affect anyone else.
Adapting the intervention to a baby's development	It's a physical development. He was able to stand up and pull himself up. When we started, he couldn't do that. Once he developed the ability to stand up in the crib and hold on, he would do that. He would just stand up there. He'd be just barely holding on, but he wouldn't let go. He would not go back down. I mean, that was when I left him in there for an hour one time.
Family circumstances that interfered with routines	With two kids, it's hard to follow a strict bedtime routine. Plus, my husband works in the evenings, and so I'm on my own. We do the same things but a little bit out of order.
Dealing with childcare providers who undermine the intervention	Occasionally if my mother is here, she wants to rock her to sleep, so the bedtime routine goes out the window. But you know what, I mean that's a grandparent's prerogative, I feel that I can try to suggest to her as much as possible about the things that I do, but she needs to make her own decisions about what she elects to do. Far be it for me to tell someone who's raised that many kids what they should be doing.

Challenges for parents

Perseverance was the foremost challenge, partly because the parents were required to refrain from using what they considered 'easy methods' in dealing with crying babies, such as cuddling, rocking or breastfeeding to sleep. Sometimes the parents needed to endure the challenge of intense crying from their infants, which could be disturbing for siblings, other family members and neighbours. Life circumstances, such as travelling and other commitments, could undermine parents' efforts to implement the controlled comforting strategies. Sticking to routines could be challenging for some parents, because they preferred flexible lifestyles. Infants' developmental changes could also discourage parents' attempts to perform strategies. For example, some parents considered using controlled comforting difficult when their infants started standing up in the crib (see Table 4).

Fitting intervention strategies into reality

About one-quarter of respondents claimed that they had consistent daytime and bedtime routines. Their children responded to controlled comforting quickly. At the time of the interviews (16 weeks after the start of intervention), they were not using controlled comforting. Their children settled to sleep within 5 to 10 min, and slept for long periods without waking. When they did wake, they went back to sleep without parents' attention.

In families where routines had been lacking, parents tried to maintain infants' new routines. For instance, running errands would be scheduled outside of their infants' naptimes. Their friends would visit only during their infants' naptimes so that infants would not get overexcited and refuse to nap. They chose to dine out at six o'clock instead of eight, so that they could

Table 5. Fitting intervention strategies into reality

Realities	Examples of quotations from respondents
Using bedtime routines but not daytime routines	During the daytime you're not consistent anyway, because you might be out shopping or in the car. Sometimes in the day, she would just fall asleep in the car. I was thinking, what do you do? I guess it doesn't matter in the daytime as much. Because the sleep problem's not so much in the day, it's more night waking that's a problem for the parents.
Using routines while ignoring controlled comforting	We felt bad she cried so hard, that's why we finally picked her up. So we use baby routines and we fixed with that. Like when to give dinner or lunch, when is the playtime, when is sleep time. We follow that.
Tailoring controlled comforting	Now I do a modified approach in that I put her in her bed and I tell her it's bedtime, and I close the door, and, I'm not going back in anymore, because I found that over time, as she got older and she knew the routine, I went back in two and four minutes, and that just sort of rewarded her. It's easier for the two of us in terms of her temperament if I just close the door and I just don't go back in until I figure that she's asleep and then I'll put her blankets on.
Using techniques to reinforce controlled comforting	You weren't trying to make a decision when you just weren't really capable of making a decision. And that was a huge thing that I would recommend for anybody to do it, don't make your decision in the middle of the night. We switch to put him to sleep instead of one person put him to sleep; we switch over so that one person would not feel guilty all the time.

maintain their infants' bedtime at eight o'clock. By incorporating these minor changes into their lives, parents had made substantial adjustments in their lifestyles.

Some participants, instead of adjusting their lifestyles to accommodate their infants' routines, abandoned some strategies. Some chose to implement only one of the three strategies suggested in the teaching sessions; others would modify controlled comforting or use techniques to cope with the stress caused by the intervention. Their strategies are illustrated in Table 5.

Factors interfering with a successful intervention

Parents found sleep-problem relapses, which were triggered by disruptions of routines, such as illnesses, teething or vacations, to be very discouraging. Some parents, despite receiving information to the contrary, believed that once the sleep problem was resolved, it would be gone permanently. They felt dispirited when relapses occurred. Many participants had unsuccessfully tried different interventions, which shattered their self-confidence. They felt desolate and vulnerable. These parents were sceptical about the EIARBSP intervention, because they feared it might constitute another failure. Parents' fears of being judged interfered with their efforts to use the intervention. They avoided discussing the intervention with friends, and would implement the intervention only when no one was around. Parents' worries about harmful effect of intense crying also negatively affected their implementation of the intervention (see Table 6).

Parents' support systems, expectations and inadvertent benefits of the study

The participants described varying degrees of needs for support. Some parents felt adequately supported and did not take advantage of the telephone calls from the project co-ordinator who offered support for the 2 weeks following the teaching session. Some parents received help from family members, in forms such as cooking or babysitting, while others received psychological support through phone calls or meetings with close friends and families. On the other hand, many of these participants described being emotionally isolated, and some relied heavily on research staff for support. Examples are illustrated in Table 7.

Participants' expectations of the study varied. While the majority of interviewees agreed that the time and effort that needed to put into the study were reasonable, some felt it was burdensome to record their baby's activities at night. The questionnaires were described as tedious. Many parents expected more contacts with other participants. Some had expectations that exceeded the study protocol. One mother said,

I thought a nurse would sit down and say 'do you have any questions and concerns?' If I had some, she would talk about that with me, about the next step or next feed. It just get home that the study is more for them, than it is for us. If we have a lot of problems, there weren't somebody there every time. We were aware that we are doing stuff. But we weren't aware that they were always caring.

ANEXO III

Artigo 3 - In survival mode: mothers and fathers' experiences of fatigue in the early parenting period

In survival mode: mothers and fathers' experiences of fatigue in the early parenting period

Rebecca Giallo^{a,b*}, Natalie Rose^a, Amanda Cooklin^a and Derek McCormack^a

^aParenting Research Centre, Australia; ^bSchool of Health Sciences, RMIT University, Australia

(Received 19 July 2012; final version received 18 November 2012)

Objective: This study aimed to describe mothers' and fathers' experiences of fatigue in the early parenting period and the strategies they use to manage it. **Background:** Fatigue is a common health concern for parents of young children; however, little is also known about how they attempt to manage fatigue, and what does and does not work for them. Even less is known about fathers' experiences of fatigue and its impact on daily life. **Methods:** Thirteen mothers and six fathers of children aged 0–6 years participated in semi-structured focus group interviews. **Results:** Parents described unremitting physical and cognitive symptoms of fatigue, and its impact on daily functioning, well-being, and parenting. Sleep deprivation was seen to contribute to fatigue for both mothers and fathers, however, mothers also emphasised that daily demands and limited opportunities for a break contributed to their fatigue. Parents identified taking time out for self, exercise and social support as a way of managing fatigue, while fathers saw work as a source of respite and having realistic expectations as being important. **Conclusion:** Implications for future research and the development of information resources for mothers and fathers are discussed, along with clinical insights for health professionals working with parents of young children.

Keywords: fatigue; exhaustion; mothers; fathers; parenting

Fatigue ranks among the most common health complaints for parents following the birth of a baby (Brown & Lumley, 1998; Elek, Hudson, & Fleck, 2002; Glazener et al., 1995) and across the early parenting years (pre-school-aged children) (Cooklin, Giallo, & Rose, 2012). Described as an overwhelming sense of tiredness not relieved by rest or sleep (Cahill, 1999), fatigue is characterised by a lack of physical and mental energy, increased rest requirements, lethargy and difficulty concentrating (Rychnovsky, 2004). Estimates of fatigue among mothers are very high, ranging from 60 to 70% following birth (Glazener et al., 1995), and can persist beyond the first postnatal year for many women (Parks, Lens, & Milligan, 1999). The demands of early care-giving, sleep disruption and adjustment to parenthood can all contribute to parents' experiences of fatigue.

Several studies have sought to better understand the risk and protective factors associated with parental fatigue during the postnatal and early parenting periods (Cooklin et al., 2012; Giallo, Rose, & Vittorino, 2011). In a study of 1276

*Corresponding author. Email: rgiallo@parentingrc.org.au

Australian parents of children aged 0–5 years, parent factors such as poor sleep quality, limited engagement in self-care behaviours, poor nutrition and exercise, inadequate social support and ineffective coping behaviours such as self-blame or avoidance were associated with high levels of fatigue (Cooklin et al., 2012). In another study of 164 mothers attending a residential programme for assistance with children's sleep problems, limited self-care behaviours and lack of social support were the strongest predictors of fatigue even after accounting for child sleep characteristics such as frequency of night waking and sleep quality (Giallo, Rose, & Vittorino, 2011). Similarly, for 50 mothers of children with an Autism Spectrum Disorder, limited self-care behaviour and lack of social support were more strongly associated with fatigue than severity of their child's disability and behavioural difficulties (Giallo, Wood, Jellett & Porter, 2011). Although further research is needed to identify factors in the broader social environment that might impact on parental fatigue, such as employment participation, employment conditions and entitlements, and access to childcare is needed, these findings highlight the importance of self-care and effective coping in management of fatigue.

Although fatigue is a somewhat expected part of early parenthood, it has the potential to impact on daily functioning and mood. Broadly, in the workplace (e.g. transport and aviation industries), fatigue has been associated with problems in executive functioning such as concentration, planning and decision-making, and lapses in safety behaviour in the workplace (Hockey, Mael, Clough, & Bdzola, 2000; Mellor & St. John, 2012; Shen, Barbera, & Shapiro, 2006). Specific to parents, in a study of 81 mothers attending a mother–baby residential setting, exhaustion was associated with impaired daily functional efficiency and clarity of thought (Fisher, Feekery, & Rowe, 2004). Fatigue has been identified as a risk factor for postnatal depression (Dennis & Ross, 2005; McQueen & Mander, 2003), and recent Australian studies have found that fatigue is associated with increased depression, anxiety and stress symptoms for 1276 parents of young children (aged 0–5 years) (Cooklin et al., 2012) and 164 mothers of children (aged 0–4 years) with sleep problems (Giallo, Rose, & Vittorino, 2011).

There is also growing interest into the impact of fatigue on parenting. A recently proposed model of the impact of fatigue on parenting adaptability suggests that fatigue may interfere with parents' capacity to be constantly sensitive, flexible and responsive to the changing needs of the children (Kienhuis, Rogers, Giallo, Matthews & Treyvaud, 2010). This impact has emerged in several qualitative studies about mothering twins (Beck, 2002), first-time motherhood (McVeigh, 1997), and the early postnatal experiences of women from socio-economically disadvantaged backgrounds (Kurtz Landy, Sword, & Valaitis, 2008). In a study of 24 mothers in the first postnatal year, fatigue was seen to affect their ability to cope when their baby cried, limiting their patience and contributing to irritability (Nash, Morris, & Goodman, 2008). This is of particular concern given that infant crying has been associated with hitting or shaking infants (Barr, Trent, & Cross, 2006; Crowe & Zeskind, 1992; Reijneveld, van der Wal, Brugman, Sing, & Verloove-Vanhorick, 2004). Fatigue may reduce parents' capacity to regulate their physiological (i.e. increased heart rate), emotional (i.e. anger, frustration and stress) and behavioural responses to infant crying.

Although research to date has primarily focused on the first postpartum year, emerging studies reveal that fatigue is also a problem for parents of children during the toddler and pre-school years (Cooklin et al., 2012; Giallo, Rose, & Vittorino,

the fatigue experience (Willis, Green, Daly, Williamson, & Bandyopadhyay, 2009). We selected this approach as we were not only interested in exploring shared experiences and dialogue of these among parents, but also obtaining an understanding of how their experiences, particularly in managing fatigue, may differ. Ethics approval was obtained from the Victorian Government Department of Human Services, Human Research Ethics Committee.

Sample

A convenience sample of parents with young children (aged 0–6 years) were recruited via advertisement on a national parenting website and parenting research organisation mailing list. Parents were invited to participate in focus group interviews about their experiences of fatigue and how they manage it. Thirteen mothers and six fathers consented to participate in the study, and they were offered a \$25 voucher to cover transportation costs. Their demographic information is presented in Table 1. The majority of parents had a university degree, were part-time or full-time paid employed, and had more than one child living at home.

Procedure

Three 60–90-min focus groups, consisting of 6–8 parents each, were conducted. To examine any gender-specific experiences, groups were divided by gender. The two mothers' groups were facilitated by a female researcher during the day, while the one fathers' group was facilitated by a male researcher in the evening. A semi-structured focus group interview with open-ended questions and probes was used to facilitate discussion pertaining to the broad areas of inquiry (see Table 2). All focus groups were audio-recorded.

Data analysis

Thematic analysis was conducted using a procedure outlined by Vaughn, Schumm and Sinagub (1996). The research team debriefed within 24 h after conducting each focus group to discuss broad emerging themes. The audiotapes were transcribed

Table 1. Parent demographic information ($N = 19$).

Characteristic	Mothers ($n = 13$)	Fathers ($n = 6$)
Age of parent (years), M (SD)	34.67 (2.15)	33.67 (2.66)
English spoken at home ($n, \%$)	13 (100%)	6 (100%)
Two parent family ($n, \%$)	13 (100%)	6 (100%)
Level of Education ($n, \%$)		
TAFE, Trade Certificate, Diploma	–	1 (16.7%)
Tertiary (degree or postgraduate degree)	13 (100%)	5 (83.3%)
Employment status ($n, \%$)		
Full-time	1 (7.7%)	6 (100%)
Part-time or casual	10 (76.9%)	–
Not in paid employment	2 (15.4%)	–
Number of children living at home ($n, \%$)		
One	2 (15.4%)	3 (50%)
Two	10 (76.9%)	3 (50%)
Three	1 (7.7%)	–

2011). In these studies fatigue was associated with increased parenting stress, irritable and hostile parent-child interactions, low parenting warmth, and low parental self-efficacy (Cooklin et al., 2012; Giallo, Rose, & Vittorino, 2011). Understanding the impact of fatigue on parents beyond the postnatal period and into the pre-school years is particularly important as this is a period when mothers often resume employment and work-family conflict is likely to peak (Higgins, Duxbury, & Lee, 1994). Mothers may be at heightened risk of fatigue when establishing and negotiating the demands of employment, unpaid labour and childcare responsibilities.

The increase in maternal employment and dual-earner families has also led to marked changes in contemporary fathering (Marsiglio, Amato, Day, & Lamb, 2000), with fathers taking on increased care-giving roles and domestic labour, also requiring negotiation of work-family life responsibilities and demands. Noticeably, research into fathers' experiences of fatigue is scarce, although available research indicates that their experience of fatigue is comparable to mothers' following birth (Elek et al., 2002). Another study of couples interviewed within 8 weeks postpartum found that both mothers and fathers reported that tiredness significantly affected their ability to cope with daily tasks (Nyberg & Sternhufvud, 2000). More recently, a study of 241 fathers with new babies reported that moderate fatigue at 6 and 12 weeks post-birth was associated with decreased engagement in safety behaviours at work (Mellor & St. John, 2012). A more comprehensive understanding of fathers' experiences of fatigue, the perceived impact on their well-being and parenting, and how this compares to mothers' experiences is needed.

Despite the potential impacts of fatigue on both mothers and fathers, Glazener and colleagues (1995) reported that parents rarely seek support for tiredness and fatigue. Moreover, interventions specifically for the management of fatigue are scarce and not well-evaluated. Current approaches advocated by health professionals primarily focus on supporting mothers to manage fatigue after childbirth, including improving sleep and resting, and strengthening instrumental or practical help with housework and caregiving (McQueen & Mander, 2003; Parks et al., 1999; Taylor & Johnson, 2010). It is not known whether these strategies are appropriate for mothers of older children, or for fathers. Generally, little is also known about how parents of young children attempt to manage fatigue, and what does and does not work for them.

To address these knowledge gaps, and in particular the paucity of research into fathers' perspectives, the aim of the study was to explore both mothers' and fathers' experiences of fatigue, its impact on their lives, and how they manage fatigue. This study also sought to better understand their information and support needs for the management of fatigue. This was viewed as an important step in developing information resources and programs that are responsive to both mothers' and fathers' needs. For ease of reference, we refer to mothers and fathers throughout the article; however, we do acknowledge that parenting is not the only role that women and men fulfil during this life stage.

Method

Study design

A qualitative approach to this study was taken as its purpose was to develop an understanding of the experiences of parental fatigue and how it is managed from the perspective of parents. Data was collected via focus groups with small groups of parents facilitated by an interviewer, who focussed on a set of specific aspects of

Table 2. Broad areas of inquiry and corresponding semi-structured interview questions.

Broad areas of inquiry	Interview schedule open-ended questions and probes
How do parents experience fatigue?	Thinking about your own experience of tiredness or fatigue? What is that like for you? Is it a feeling, thought or bodily sensation? When do you typically experience fatigue/how long does it last? Can you describe a typical fatigued day and how does this differ from a non-fatigued day?
What is the perceived impact of fatigue on parents?	What kind of person are you when fatigued? What effects does fatigue have on you, your life, and your children?
How do parents manage fatigue?	What advice would you include if you were writing a tip-sheet for parents on fatigue? What works for you in managing fatigue? What type of support have you accessed (i.e. family, friends, professionals) when you've been fatigued? How effective was it – why/why not?
What information, support or resources might be helpful to parents in managing fatigue?	What would be helpful to you in managing fatigue? If you were to get support from a professional, who would you go to for support? When would this be most helpful (i.e. ante-natally, post-natally)? If you were designing a fatigue pack to help parents, what form would it take and what would it include?

verbatim, and transcripts were reviewed for accuracy by the research team. Next, the team reviewed the transcripts and prepared a data display of verbatim quotes (i.e. specific words, sentences, and phrases) against each of the four broad areas of inquiry. The team met twice to identify, organise and review key themes within each broad area of inquiry: (a) parents' experience of fatigue, (b) the impact of fatigue on parents, (c) how parents manage fatigue, and (d) parents' need for information, support and resources to manage fatigue. Patterns of responses, regularities, and areas of divergence between each focus group as well as between mothers and fathers were identified.

Results

Several themes under each broad area of inquiry emerged and are presented with representative quotes from both mothers and fathers. The quotes are coded by focus group (G1, G2, G3) and by mothers (Mo) and fathers (Fa).

Parents' experience of fatigue

Three themes pertaining to parents' experience of fatigue emerged: (a) unrelenting tiredness, (b) fatigue as a physical, mental and emotional experience, and (c) factors contributing to fatigue.

Unrelenting tiredness

The unrelenting nature of fatigue was described by several mothers in both groups. One mother explained, 'It's more permanent [than tiredness]. Fatigue goes on for a

longer time' (G3, Mo). The experience of feeling fatigued even after sleep was noted by two mothers, 'That relentlessness of waking up and feeling like you're so un-rested every morning' (G2, Mo), and

I slump between five and seven [in the evening]. But when I get them [the children] in bed, I pick up again. And that second wind is why I don't go to bed early ... And then you wake up tired and it starts all over again. (G2, Mo)

Although fewer fathers mentioned this aspect of fatigue, one father described metaphorically, 'You're expecting one thing, and when you're at the finish line, the distance is doubled again' (G1, Fa).

Fatigue as a physical, mental and emotional experience

A range of physical, mental and emotional symptoms were described by mothers and fathers. Most mothers described a lack of physical energy. For instance, 'I think of the physical, that you just can't get yourself off the couch and you can't get yourself moving or to do anything' (G3, Mo). Another summed it up by saying, 'It's like being jetlagged every day' (G2, Mo). In contrast, one mother described a different experience, 'I can be a bit manic when I'm really overtired and I'm over revving. Almost like a caffeine fix, when you're jittery and your body has picked up a level' (G2, Mo).

Some parents described cognitive or mental symptoms of fatigue. One mother described, 'It's attention, concentration, sometimes I actually leave work, get on the freeway and I don't remember how I got home ...' (G2, Mo). Although fathers did not articulate their experiences in detail, one father described that fatigue was, 'A haziness to my day-to-day experience' (G1, Fa). Similarly, another father shared,

You normally operate at 9 out of 10 awareness and alertness but when you're tired, you'd be 7 out of 10. And sometimes you'll sit at 7 for quite a few weeks where you can still do stuff and you're not falling over from tiredness, but you're just not as efficient. (G1, Fa)

Fatigue was also described as an emotional experience for several mothers and one father, who explained,

It hasn't happened often, but I'm tired so my self-control dissipates a bit, and I get irritated, and angry about stuff, and fatigue is all relative to how angry you get. You reflect later on and go 'I'm actually just tired' because on a different day, or a different time it wouldn't have irritated me as much. I find that's about the only thing that I do that I feel a degree of guilt about, when you sort of go 'I shouldn't have gotten that angry'. (G1, Fa)

Factors contributing to fatigue

Several mothers reported heightened fatigue when there was illness in the family or unexpected changes to family routines, but the most commonly reported factor contributing to fatigue by both mothers and fathers was sleep disruption. This was best summed up by two fathers who shared:

I would find myself drifting off to sleep at 11 o'clock and all of a sudden 'wah, wah' and that's it. I get so frustrated and I'm angry and I'm thinking 'how can this be

happening again?' And my heart starts pumping, and there's no way I'm going to get some sleep. (G1, Fa)

The amount of sleep you get and the type of sleep – it sets your tone to a very large degree for the day ... like sometimes if I've had a bad night's sleep, then it just darkens you for the whole day. And little things become bigger things ... and it's all traced back to just not sleeping properly I reckon. (G1, Fa)

Several mothers mentioned the demands of daily life and limited opportunities for a break. One stated, 'Too much work. Within the home, paid work, housework' (G3, Mo), and another explained that an inability to wind down contributed to her fatigue levels. The bi-directional influence of worry and fatigue was described by one mother, 'I think that for me when I get tired what happens is I then worry about lots of silly things and I worry about being tired so it's kind of a vicious cycle' (G2, Mo).

The impact of fatigue on parents

Fatigue had an impact on four main areas of mothers' and fathers' lives: (a) mood, (b) parenting and relationships with their children, (c) communication and relationships with others, and (d) their daily functioning.

Parents' mood

Several parents noted that fatigue was associated with worse mood and irritability. As one father described, 'A bad mood in any circumstance is hard to get out of, but when you're tired, it's a lot harder' (G1, Fa). Several mothers noted that they feel more angry and irritable when they are exhausted,

I'm grumpy and irritable. I don't usually have a temper, but I lose it really quickly. Normally I'm calm and I can negotiate through situations and I don't get overly flustered but as soon as I'm tired I just fly off the handle. I'm not rational. I act on emotion' (G2, Mo)

It [fatigue] makes me angry and that's the thing that upsets me the most. When I'm tired and even when I'm exhausted I'm not the kind of person that tends to slow down physically. So I continue with what I'm doing but I get short tempered and impatient. (G3, Mo)

Parenting and relationships with children

The majority of mothers and fathers described decreased tolerance and patience with their children. This was summed up well by the following parents who stated,

The way they [the children] behave on a day-to-day basis is probably the same, but when you're at a point where you're tired, what they do is more irritating and you react more than you would at another time when you're feeling good. Tolerance wears thin easier. (G1, Fa)

I'm much shorter tempered. Normally ... I'm much calmer, the constant questions about whatever, I can listen to that and respond and I take my breath and I'm calm. But when I'm tired, I lose everything and I feel myself snapping at them. (G3, Mo)

Several parents thought that the attention they gave their children was compromised by fatigue. One mother shared, 'They are not getting what they want – not things, but attention ... They don't get the extras, like sitting down for half an hour and playing ... I won't do that if I'm tired' (G3, Mo). The following quotes poignantly illustrate that mothers and fathers often lack the energy to interact with their children,

Not doing a good job of engaging, when you really want to be there for them, and be having fun with your little kids, because they're so full of energy and curiosity. When you're knackered, you can't do that. (G1, Fa)

I just go through the motions. You do your job, you give them food and I'll put him next to his toys, but I won't engage because I'm too tired. I do what I need to do to get through to the next sleep. (G3, Mo)

For one mother, fatigue affected how she felt about herself as a parent, 'I feel guilt, because I'd be a much better parent if the fatigue wasn't there' (G3, Mo).

Communication and relationships with others

Fatigue was also associated with irritability in communication and relationships with others. As one father explained when fatigued, 'I'm not sort of engaging with somebody, like whether it's work or my partner, I just completely switch off' (G1, Fa). One mother also explained, 'It's almost like you don't have enough person to give out to everybody' (G2, Mo).

Daily functioning

Mothers and fathers shared slightly different experiences of the impact of fatigue on daily functioning. Mothers spoke about 'going through the motions' (G2, Mo) and 'It's like you're in survival mode – you do the bare minimum, you have got very little left to give' (G3, Mo). One mother described fatigue as being the 'new normal' for her, 'It's almost a natural state. I've learned to function in this different state' (G2, Mo). Fathers, on the other hand, talked about the impact on paid employment and the interface with home life. These quotes illustrate this; 'I struggle a bit more. You get home from work and you need to switch on, but you can't' (G1, Fa), and

I found going back to work after having a baby you feel the pressures at work, my experience, the pressures at work were just unbearable for that week, two weeks. And to the point where you're just about to flip out and walk off. (G1, Fa)

How parents manage fatigue

Key themes relating to how mothers and fathers manage fatigue were: (a) taking time out for self, (b) parenting partnerships, (c) exercise, and (d) social and professional support. Work as a source of respite and having realistic attitudes were unique themes to emerge for fathers, while sleep and resting was unique to mothers.

Taking time out for self

The importance of having time to themselves was stressed by several mothers and fathers. For example, one mother stated, 'Having free time. Not having to talk to

ANEXO IV

Quadro nº 6 - Escala de evidência científica de Guyatt e Rennie

Quadro nº 6 - Escala de caracterização de estudos segundo o grau de evidência

Guyatt e Rennie (2002)
Level I: Systematic Reviews (Integrative/Meta-analyses/Clinical Practice Guidelines based on systematic reviews);
Level II: Single experimental study (RCTs);
Level III: Quasi-experimental studies;
Level IV: Non-experimental studies;
Level V: Care report/program evaluation/narrative literature reviews;
Level VI: Opinions of respected authorities/Consensus panels.

Guyatt, G. and Rennie, D. - *User's guides to the Medical Literature: A manual for Evidence-Based Clinical practice*. Chicago: American Medical Association, 2002. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC128970/#>

ANEXO V

Quadro nº 7 -Análise do artigo 1

Quadro nº 7 - Análise do artigo 1

TÍTULO	Artigo – 1 Trends in Popular Parenting Books and the Need for Parental Critical Thinking Tendências na Popular Parenting Livros e da necessidade de Pensamento Crítico Parental
AUTORES	KelliConnell-Carrick
MÉTODO	Revisão da literatura baseada na evidência empírica Level V: Care report/program evaluation/narrative literature reviews Guyatt, G. and Rennie, D. (2002)
OBJECTIVOS	<ul style="list-style-type: none"> • Discutir as habilidades de pensamento crítico necessárias por parte dos pais e profissionais que trabalham com os pais para fazer escolhas informadas decisões parentais influenciados pela mídia popular • Abordar estratégias de dormir, dormir junto, alimentação e controle esfinteriano em livros populares de paternidade, e o correspondente evidência empírica encontrada na científica literatura
PARTICIPANTES	Pais que consultam livros populares Profissionais de saúde
PALAVRAS-CHAVE	Pensamento crítico, Parentalidade, Estratégias, Sono e Livros populares
INTERVENÇÕES	<p>Dotar os pais que consultam livros populares de conselhos com habilidades de pensamento crítico, através da realização de algumas questões aos pais sobre o pensamento crítico, que lhes permitirá identificar problemas se eles existirem, reconhecer possíveis contradições nas soluções, esclarecer questões, identificar valores e critérios para avaliar as informações apresentadas. Esta estratégia é essencial para tornar sábias decisões, porque filosofias parentais e recomendações estão sempre em evolução. Dotar os pais que consultam livros populares de conselhos com habilidades de pensamento crítico, através da realização de algumas questões aos pais sobre o pensamento crítico, que lhes permitirá identificar problemas se eles existirem, reconhecer possíveis contradições nas soluções, esclarecer questões, identificar valores e critérios para avaliar as informações apresentadas.</p> <p>Esta estratégia é essencial para tornar sábias decisões, porque filosofias parentais e recomendações estão sempre em evolução. O pensamento crítico é a prática de pensar sobre o conhecimento, dando ênfase á tomada de decisão bem</p>

INTERVENÇÕES	fundamentada e aplicando críticas nas habilidades de pensamento, ou seja, requer uma pessoa para comparar um conselho contra um padrão, o que pode ser uma informação baseada em pesquisa de uma autoridade confiável ou crenças e valores dessa pessoa. Embora a literatura profissional possa servir como um recurso para os profissionais, os pais que educam, a qualidade, a metodologia e a relevância da literatura científica, também devem ser consideradas para determinar seu mérito. Esta estratégia é essencial para tornar sábias decisões, porque filosofias parentais e recomendações estão sempre em evolução.
RESULTADOS E DISCUSSÃO	<p>Da revisão da literatura emergem temas como o sono, o comer e o controle esfinteriano. Estes temas são de extrema importância para os pais pois é através da resolução dos mesmos que conseguem alcançar a satisfação da família. Verificou-se que muitos pais procuram ajuda nos livros, familiares e amigos utilizando o conhecimento empírico para tentar resolver os seus problemas, sem recorrerem á ajuda de profissionais como pediatras ou psicólogos.</p> <p>No que diz respeito ao tema sono ou problemas relacionados com o sono existem livros relacionados com o tema em que propõem manter horários diurnos e noturnos com rotinas estabelecidas desde o primeiro dia de vida, estratégias a adotar como, colocar as crianças para dormir na sua cama e não na cama dos pais ainda acordadas e deixá-las chorar até adormecer sem ceder logo às suas birras.</p> <p>O tema Comer também influencia o sono quer das crianças quer dos pais, existindo alguma controvérsia em alimentar as crianças durante a noite. Aqui o incentivo é de que os bebés recém - nascidos e de baixo peso devem ser alimentados de maneira a não ficarem desnutridos com diminuição do percentil do peso, os pais podem decidir se preferem aleitamento materno ou adaptado, para isso a ajuda de profissionais como pediatras ou enfermeiros é muito importante e valorizada. Sendo que a principal intervenção dos técnicos é dotar os pais sobre as vantagens/ desvantagens de comer ou não durante o sono, sobre o tipo de alimentação escolhida nos primeiros meses de vida da criança. A escolha/ decisão recai sempre sobre os progenitores.</p> <p>O Controlo de esfínteres foi outro tema abordado durante a pesquisa e é descrita como uma das tarefas mais desafiadoras para os pais, e reconhecida</p>

RESULTADOS E DISCUSSÃO	<p>como uma potencial fonte de ansiedade para os pais e crianças, é um marco de desenvolvimento importante na vida de uma criança, levando-a a ganhar autoconfiança e independência. Os pais devem saber que a maioria das crianças pode iniciar o treino de controlo de esfínteres aos 18 meses mas na maioria dos casos é entre os 24-36 meses de idade, e que 97% das crianças atingem a autonomia por volta dos 36 meses de idade. A duração do treino é variável mas a média baseia-se em 3-5 meses.</p> <p>Alguns livros tradicionais apresentam estratégias relativamente fáceis de gerir os comportamentos das crianças, no entanto os profissionais de saúde são as pessoas mais qualificadas e encontram-se á disposição dos pais para os ajudar e orientar sobre a tomada de decisão mais informada, e assertiva desenvolvendo assim o seu pensamento crítico.</p> <p>Pais capacitados para analisar a grande quantidade de informação que recebem são capazes de tomar decisões sobre os seus filhos. Os profissionais têm um papel único, não só ensinando estratégias adequadas aos pais, mas também ensinando a teoria desenvolvimentista e crítica de habilidades de pensamento.</p> <p>A atual tendência na literatura profissional é focada na criança, enquanto a maioria das recomendações nos livros populares permanecem ao contrário. A maioria dos pais não faz uso da literatura científica sobre a paternidade. Por causa das mudanças de paradigmas de educação infantil e da quantidade de informação disponível, os profissionais e os pais precisam usar suas habilidades de pensamento crítico para conceber decisões parentais que se encaixam dentro de sua própria filosofia de paternidade.</p>
LIMITAÇÕES AO ESTUDO	Revisão de práticas parentais com friso cronológico de cerca de 20 anos

ANEXO VI

Quadro nº 8 - Análise do artigo 2

Quadro nº 8 - Análise do artigo 2

TÍTULO	Artigo 2 A qualitative study of parents' perceptions of a behavioural sleep intervention Estudo qualitativo das perceções de uma intervenção comportamental do sono dos pais.
AUTORES	L. Tse W. Hall
MÉTODO	Estudo descritivo /exploratório com entrevistas aos pais que participaram no estudo piloto pré teste qualitativo quase experimental. Level III: Quasi-experimental studies Guyatt, G. and Rennie, D. (2002)
OBJECTIVOS	Descrever as perspetivas dos pais sobre a implementação de uma intervenção do sono, a sua eficácia e quaisquer ónus associado á participação no estudo.
PARTICIPANTES	35 Famílias com crianças com idades entre os 6 e 12 meses de idade das quais apenas 14 participaram no estudo
PALAVRAS-CHAVE	Infantil, intervenções, percepção dos pais, sono e problemas do sono.
INTERVENÇÕES	Estudo realizado em duas etapas. A primeira etapa teve a duração de 6 semanas em que foi realizado um estudo qualitativo quase experimental em 35 famílias. Na primeira semana foi colocado um sensor em cada criança durante 72 horas de maneira a se efetuar uma tabela com as rotinas de cada criança. Na segunda semana foram realizadas sessões de ensino sobre desenvolvimento infantil, comportamento do sono e rotinas positivas. Foram incentivados os pais a utilizarem a informação adquirida no relacionamento com as suas crianças. A partir da terceira semana o coordenador do projeto telefonou aos pais 2 vezes por semana para oferecer apoio e retirar dúvidas. A segunda fase do estudo teve a duração de 16 semanas. Apenas 14 das 35 famílias que participaram no estudo descrito anteriormente descrito completaram todos os requisitos e participaram no estudo descritivo exploratório com entrevistas semi estruturadas com perguntas abertas. As entrevistas foram realizadas em casa dos participantes com a duração de 1 h

INTERVENÇÕES	<p>cada pelo primeiro autor e analisadas posteriormente pelo segundo autor de forma independente. Os conteúdos analisados foram frases e expressões utilizadas pelos pais devidamente codificadas e que deram origem a várias categorias. Os pais tinham idades entre os 27 e os 44 anos de idade, com habilitações literárias de pós-graduações e cursos académicos, tinham nacionalidades diferentes. No momento do pré teste as crianças tinham idades entre os 6- 12 meses e na aplicação do estudo 9-12 meses de idade. Só quatro famílias tinham mais de um 1 filho e mais velho.</p>
RESULTADOS E DISCUSSÃO	<p>Da análise das entrevistas emergiram 9 temas.</p> <p>1- Mudanças das perspetivas dos pais sobre o sono;</p> <p>Muitos pais admitiram que tinham pouca informação / conhecimento sobre o desenvolvimento infantil e sobre o sono, e que o estudo ajudou a perceber a necessidade de existir mudanças de comportamento para com os filhos. Aperceberam-se também quando se reuniam em pequenas sessões de grupo de que existiam outros pais com os mesmos problemas e que os seus filhos eram normais.</p> <p>2 - Construir um quadro para resolver problemas do sono;</p> <p>Os pais conseguiram ganhar confiança como pais e mudaram os seus estilos parentais, utilizando rotinas diárias com horário, como a hora de jantar, a hora do banho, visitas de amigos e familiares em horários que não perturbassem ou excitassem as crianças. No final a perseverança foi o principal desafio, nunca desistir. As estratégias de intervenção foram baseadas na realidade de cada família. Em 4 famílias as crianças adormeciam em 10 minutos e não acordavam de noite e quando isso acontecia voltavam a adormecer sozinhas.</p> <p>3 - Alterações imprevistas decorrentes do uso de estratégias do estudo;</p> <p>A principal estratégia foi a mudança do estilo de parentalidade. Os pais passaram a dar de comer se só tivessem fome, ser rígidos nas decisões tomadas e não facilitar nem ceder ao choro das crianças.</p> <p>4 - Desafios para os pais;</p> <p>Os pais tinham dificuldades em serem perseverantes e permissivos cedendo com facilidade ao choro e birras das crianças colocando-as com frequência na cama dos pais no 1º impulso ou colocando á mama mesmo sem ser hora de comer. Os avós alteravam as rotinas que os pais estavam tentando instituir,</p>

<p>RESULTADOS E DISCUSSÃO</p>	<p>dando colo na hora de ir para a cama. Alguns pais ajustaram seu estilo de vida às rotinas das crianças e fizeram progressos. Outros abandonaram algumas estratégias propostas nas sessões de ensino e tiveram recaídas no sono das crianças.</p> <p>5 - Estratégias de intervenção encaixando as realidades dos pais;</p> <p>Os pais pensavam que usando rotinas só de noite resolvia o problema, mas verificaram que estavam errados. As decisões não deveriam ser tomadas durante a noite e que não se deveriam sentir culpados pelas decisões tomadas de colocar o filho na cama e deixá-lo chorar até adormecer, ou fechar a porta do quarto, ou só ir ao quarto aconchegar a roupa depois de a criança já estar a dormir. A discussão entre pais parecia aumentar o entendimento sobre parentalidade. Alguns pais esperavam deste estudo uma magia que resolvesse o problema, outros aceitaram a ajuda dada nas chamadas telefônicas e acharam-nas muito úteis levando a mudanças de estratégias.</p> <p>6 - Fatores que interferem com intervenções bem-sucedidas;</p> <ul style="list-style-type: none">- Interrupção de hábitos e rotinas já instituídas e bem-sucedidas devido a doença, necessidade de internamento e férias levavam todo o progresso realizado ao início.- O medo de falhar em intervenções já realizadas.- Os pais irem trabalhar após a licença de maternidade /paternidade.- Medo de ser julgado pelos outros.- Preocupações dos pais sobre o impacto do choro nos vizinhos. <p>7 - Sistemas de apoio dos pais;</p> <p>Os participantes no estudo descreveram diferentes graus de necessidades para apoio. Alguns sentiram-se devidamente apoiados e não aproveitaram o apoio dado através das chamadas telefônicas do coordenador do estudo. Alguns pais receberam ajuda de familiares e amigos sobre como cozinhar ou tomar conta das crianças, enquanto outros referiram que o apoio psicológico recebido através de telefonemas ou reuniões. Por outro lado, muitos dos participantes relataram estar emocionalmente isolados/ sozinhos nesta difícil tarefa, e outros ainda referiram que se basearam em pesquisa pessoal e individual.</p> <p>8 - Expectativas do estudo para os pais;</p>
--------------------------------------	---

RESULTADOS E DISCUSSÃO	<p>As expectativas do estudo variaram. A maioria dos entrevistados concordou que o tempo e o esforço necessário para realizar o estudo foi razoável, outros sentiram que foi dispendioso e ficaram sem tempo para realizar atividades com o seu bebe e só restava tempo de noite que era quando deveriam dormir. Os questionários foram descritos como enfadonhos e aborrecidos. Muitos pais esperavam mais reuniões para partilha de experiencias com os outros participantes.</p> <p>Alguns tinham expectativas que excederam a formalidade do estudo. Esperavam que os técnicos se sentassem com eles e esclarecessem dúvidas e preocupações mas isso raramente aconteceu.</p> <p>9 - Benefícios do estudo.</p> <p>Os benefícios referidos pelos participantes do estudo incluem uma mudança no estilo parental, onde os participantes alteraram os seus comportamentos devido ao facto de se sentirem investigados e avaliados e passaram a ter maior compreensão sobre as questões de educação infantil entre os pares. O processo de estudo e a quantidade de tempo requerida pelo estudo pareceu ser aceitável entre os participantes.</p> <p>Os resultados deste estudo foram importantes para a saúde, pois facultaram informação preciosa para profissionais de saúde que trabalham com futuros grupos de pais. Enfermeiros especialistas de saúde materna e infantil que lecionam aulas pré-natais têm a oportunidade de discutir a parentalidade e realizar intervenções comportamentais que podem ajudar e evitar que as crianças desenvolvam problemas de sono. A informação sobre os ciclos de comportamento do sono infantil e sono normais podem ajudar os novos pais a reconhecer o comportamento do sono problemático e, possivelmente evitar problemas de desenvolvimento infantil.</p>
LIMITAÇÕES DO ESTUDO	<p>As crianças tinham que acordar mais de 2 vezes por noite e permanecerem 20 minutos acordados durante 4 noites por semana e durante 8 semanas seguidas. As crianças tinham que ter idade entre os 6 e 12 meses de idade.</p> <p>Tempo de duração das entrevistas – 6 semanas para preencher o questionário e 16 semanas para a realização do estudo.</p> <p>Presença de um sensor colocado no tornozelo de cada criança durante 72 horas. Casais em união estável. Quatro famílias abandonaram o estudo quantitativo, devido a preocupações de ordem ética.</p>

ANEXO VII

Quadro nº 9 - Análise do artigo 3

Quadro nº 9 -Análise do artigo 3

TÍTULO	<p>Artigo – 3</p> <p>In survival mode: mothers and fathers’ experiences of fatigue in the early parenting period</p> <p>Em modo de sobrevivência: mães e pais experiências de fadiga no período de parentalidade precoce</p>
AUTORES	<p>Rebecca Gialloa,</p> <p>Natalie Rosea,</p> <p>Amanda Cooklina</p> <p>Derek McCormacka</p>
MÉTODO	<p>Estudo qualitativo com entrevistas de grupo com perguntas abertas semi-estruturadas</p> <p>Level V: Care report/program evaluation/narrative literature reviews</p> <p>Guyatt, G. and Rennie, D.(2002)</p>
OBJECTIVOS	<p>Descreveras experiências de mães e pais fadiga no período parentalidade precoce e as estratégias usadas para gerenciá-lo</p>
PARTICIPANTES	<p>Treze mães e seis pais de crianças com idades entre 0-6 anos</p>
PALAVRAS-CHAVE	<p>Fadiga; exaustão; mães; pais; parentalidade</p>
INTERVENÇÕES	<p>Os pais foram recrutados através de um anúncio em um site nacional sobre parentalidade, tinham habilitações académicas ao nível de licenciatura e pós graduações. Foram convidados a participar nas entrevistas sobre suas experiências de fadiga e como geri- las.</p> <p>Foram oferecidos vouchers para cobrir os custos de transporte.</p> <p>As entrevistas tiveram a duração de 60-90 minutos. Os pais foram separados por sexo e realizados 3 grupos de trabalho com um total de 6 a 8 pessoas cada. Os dois grupos de mães foram entrevistadas por um entrevistador do sexo feminino durante o dia, enquanto o grupo de pais foi entrevistado por um entrevistador do sexo masculino, à noite.</p>

RESULTADOS E DISCUSSÃO	<p>Da análise das entrevistas emergiram 4 temas:</p> <p>1 - A experiência de fadiga dos pais</p> <p>Em todos os grupos foram referidos experiências como: cansaço implacável, fadiga como uma experiência física, mental e emocional, e fatores que contribuem para a fadiga.</p> <p>A experiência de se sentir cansado, mesmo depois de dormir, o tentar deitar cedo e não conseguir adormecer ou adormecer na hora das crianças acordarem foram aspetos referidos em ambos os grupos de pais, mas mais vivenciados pelas mães.</p> <p>Sintomas físicos, mentais e emocionais foram descritos pelas mães e pais. A maioria das mães descreveu uma falta de energia física, outros referiram sintomas cognitivos ou mentais de fadiga como a atenção, a concentração, o não se lembrarem do que estavam a fazer anteriormente ou de como realizaram a condução para chegar a casa. A perda de autocontrolo, a irritabilidade e a raiva foram manifestações também reportadas bem como o recurso frequente ao uso de cafeína. Os fatores que contribuem para a fadiga foram mencionados por várias mães como o aumento da fadiga quando havia doença na família ou mudanças inesperadas nas rotinas da família. Várias mães mencionaram que as rotinas domésticas e profissionais também contribuíam para o desgaste levando a uma incapacidade de relaxar aumentando assim os níveis de fadiga. A influência bidirecional de preocupação e o cansaço, tornam-se num ciclo vicioso de fadiga.</p> <p>O principal fator identificado foi a interrupção do sono, acabavam de adormecer os filhos iam acabar as suas tarefas de arrumar a cozinha, tomar banho e outras e quando se encontravam a adormecer as crianças acordavam requerendo atenção impedindo sono dos pais.</p> <p>2 -O impacto da fadiga nos pais</p> <p>Fadiga teve um impacto sobre quatro áreas: o humor, a comunicação dos pais, as relações com os seus filhos e com os outros, e o seu funcionamento diário.</p> <p>Vários pais notaram que a fadiga se encontra associada com pior humor e irritabilidade, com sentimento de raiva originando um esgotamento físico e psicológico.</p> <p>A maioria dos pais descreve diminuição da tolerância e paciência</p>
-------------------------------	--

<p>RESULTADOS E DISCUSSÃO</p>	<p>com seus filhos, outros achavam que a atenção que davam a seus filhos se encontrava comprometida pela fadiga. Outros ainda referiram que as crianças pediam atenção e não compensações materiais. Mas muitas vezes os pais não têm a energia para interagir e brincar com os filhos quando estão cansados, não conseguem fazer isso.</p> <p>A comunicação e as relações com os outros também foram associadas á fadiga, compartilham diferentes experiências do impacto da fadiga nas relações diárias e coma vida doméstica.</p> <p>3 - Como os pais gerem a fadiga</p> <p>Os pais acham que a fadiga é responsável pelo comportamento apresentado e descrito anteriormente e que a necessidade de obterem tempo para eles, com a necessidade de manterem relações parentais, com a prática de exercício físico e finalmente com a necessidade de sentirem apoio profissional e social, ajuda a diminuir a mesma.</p> <p>Houve relatos de mães em que era muito importante terem tempo próprio sozinho, sem estarem a desenvolver outras tarefas. Era importante fazerem algo por si mesmo, o que levou a que vários pais passassem a ter aulas de exercício físico, ou de relaxamento com horário marcado sem terem os filhos por perto referindo que nesses dias conseguiam dormir melhor, ficavam com outra energia e que o exercício ajudava a diminuir a fadiga. As relações parentais também são afetadas e sentiu-se a necessidade de as decisões passarem a ser tomadas a dois e de se apoiarem, referem melhor desempenho nas relações ao fim de semana. A necessidade de sentirem apoio profissional e social também foi referido, por vezes apoiavam-se na família e amigos para cuidar das crianças para obterem o tão precioso tempo próprio par desenvolver as suas atividades individuais.</p> <p>Muitos pais referiram o recurso a enfermeiros especialistas em saúde materno e infantil para aconselhamento nas situações mais extremas de fadiga no casal, pois tinham uma visão neutra da situação e os conselhos eram aceites com outra visão.</p> <p>Por vezes recorriam aos colegas de trabalho ou amigos e partilhavam experiencias com outros pais que se encontravam a passar pelo mesmo.</p> <p>Outros pais referiram que o sair de casa para ir trabalhar era muito importante pois esqueciam os problemas e às vezes até conseguiam relaxar</p>
--------------------------------------	---

RESULTADOS E DISCUSSÃO	<p>durante o trabalho.</p> <p>4 – Necessidade dos pais para obter informações, apoio e recursos para gerir a fadiga.</p> <p>As mães só com 1 filho foram as que revelaram maior necessidade de obter informação, mas no entanto todas referiram e evidenciaram ideias úteis como manter horários e rotinas familiares, com programação de tarefas individuais para elas como passear ou praticar exercício, por vezes dormir uma sesta, promovendo o desenvolvimento de expectativas realistas para ajudar a gerir o sentimento de culpa dos pais. Os pais sugeriram que o recurso a fichas técnicas, blocos de apontamentos, folhetos informativos, correio eletrónico, fóruns on-line, e informações dadas durante as consultas de gravidez e depois de vigilância de saúde infantil seriam um método eficaz de obter informações sobre como gerir a fadiga.</p> <p>Os pais descrevem fadiga como uma intensa e persistente sensação de cansaço caracterizado por uma gama de sintomas físicos, emocionais e cognitivos. Ambos relataram distúrbios do sono como um fator chave que contribui para a fadiga. Mães referiram, que a incapacidade de relaxar à noite, não ter tempo para si mesmo, as exigências e preocupações da vida quotidiana bem como as mudanças na rotina familiar foram também fatores importantes que conduziam á fadiga.</p> <p>Este estudo fornece alguns aspetos sobre as experiências de fadiga e seu impacto no período paternidade precoce. É importante ressaltar que tem contribuído para o pequeno, mas crescente corpo de pesquisa sobre pais com experiências de fadiga e os desafios da paternidade.</p>
LIMITAÇÕES DO ESTUDO	<p>Pequena amostra selecionada num site on-line</p> <p>A não utilização de famílias monoparentais, com baixo nível socioeconómico, realização de entrevistas em horários e com entrevistadores diferentes.</p>

ANEXO VIII

Projeto de Estágio



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM
1º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE
DA CRIANÇA E DO JOVEM

PROJETO DE ESTÁGIO

UNIDADE CURRICULAR DE ENFERMAGEM DE SAÚDE DA CRIANÇA E DO JOVEM II E RELATÓRIO
CRIANÇA /FAMILIA COM ALTERAÇÃO DE COMPORTAMENTO- SONO



Mestranda: Sandra Lopes

Orientador do Estágio: Prof.ª Regina Ferreira

SANTAREM
OUTUBRO 2013

ÍNDICE

	Pág.
0 – INTRODUÇÃO _____	7
1 – JUSTIFICAÇÃO DO TEMA ESCOLHIDO _____	9
1.1- IMPORTÂNCIA DO SONO COMO ESTABILIZADOR DO COMPORTAMENTO DA CRIANÇA _____	10
2 - CRONOGRAMA DE ATIVIDADES _____	15
3 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS _____	29
ANEXOS _____	33
ANEXO I – ESCALA DE AVALIAÇÃO COMPORTAMENTAL NEONATAL DE BRAZELTON _____	35

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

1 ^a	Primeira
Art.º	Artigo
BNBAS	Escala de avaliação comportamental neonatal de Brazelton
CLNBAS	Escala de avaliação comportamental neonatal de Brazelton
Nº	Número
OE	Ordem dos enfermeiros
Pág.	Página
REPE	Regulamento para o exercício profissional de Enfermeiros
RN	Recém – Nascido
Vol.	Volume

0 – INTRODUÇÃO

Este projeto surge no âmbito do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem da Saúde da Criança e do Jovem, da Unidade Curricular de Enfermagem de saúde da Criança e do Jovem II e Relatório que se irá realizar em hospitais da Sub Região de Lisboa e Vale do Tejo, em três contextos clínicos distintos no período compreendido entre 28/10/2013 e 18/03/2014 com interrupção para férias de Natal de 23/12/2013 a 03/01/2014. Assim o estágio em contexto de Pediatria ocorre de 28/10/2013 a 6/12/2013, o de Neonatologia de 09/12/2013 a 24/01/2014 e o de Urgência Pediátrica no período de 27/01/2014 a 21/02/2014 respetivamente.

Este projeto é sustentado pela via indutiva com o objetivo de desenvolver a reflexão na ação e sobre a ação, mobilizando a conceção teórica, com recurso à revisão da literatura.

Os objetivos do projeto são:

- Delinear os objetivos e atividades que se pretendem concretizar para o percurso de desenvolvimento de competências do enfermeiro de saúde da criança e do jovem;
- Aprofundar uma temática que vá ao encontro das necessidades experimentadas como profissional de enfermagem.

O Enfermeiro Especialista deve ser capaz de ter uma visão aprofundada da situação, pelo que é cada vez mais importante para a enfermagem a produção de conhecimento, nomeadamente “o interesse pela produção de conhecimento que suporte paradigmas emergentes de formação, nomeadamente o desenvolvimento de competências e sua certificação” (ORDEM ENFERMEIROS, 2010). Já o REGULAMENTO PROFISSIONAL DO EXERCÍCIO DE ENFERMAGEM, Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de Setembro, n.º 3, do artigo 4º refere que o enfermeiro especialista é o “enfermeiro habilitado com um curso de especialização 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”. Logo o enfermeiro é um elo importante na abordagem e acompanhamento do RN- Criança- Adolescente / Família. Ele deve estar desperto para os acontecimentos e manifestações que as mesmas possam relatar ou manifestar no dia-a-dia.

Para este estágio foram delineados objetivos que temos que dar resposta mas foram dadas diretrizes pelos Docentes da Unidade Curricular e pretendo dar continuidade ao tema - **A Criança / família com Alteração de Comportamento- Sono**, que irá ser abordado em diferentes faixas etárias, de acordo com a população existente em cada contexto de intervenção. É passível de suportar modificações resultantes de eventuais constrangimentos ou oportunidades que se possam considerar pertinentes no processo de produção do conhecimento e de aprendizagem.

Assim o Ensino Clínico de Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem II tem como objetivo geral:

- Desenvolver competências no âmbito do regulamento nº122 e nº 123 da OE

Os objetivos específicos são:

- Assistir a criança / jovem com a família na maximização da sua saúde;
- Cuidar da criança / jovem e família nas situações de especial complexidade;
- Prestar cuidados de enfermagem complexos e especializados em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem;
- Avaliar o desempenho ao longo do estágio, potenciando o crescimento pessoal e profissional

1 – JUSTIFICAÇÃO DO TEMA ESCOLHIDO

A escolha do tema – **A Criança / família com Alteração de Comportamento- Sono**, deve-se ao fato de ter sido um tema trabalhado no estágio anterior e que pretendo dar continuidade, como fio condutor nos estágios hospitalares devido á sua importância como atividade de vida fundamental no desenvolvimento humano.

LOGAN, ROPER E TIERNEY (1990) no seu modelo de enfermagem referem que o sono é uma atividade de vida em que é necessário compreender que os processos corporais não param no período de atividade nem a dormir, todos os seres vivos tem um período de alternância entre atividade e sono. Esta atividade de vida é fundamental para o desenvolvimento, crescimento e a reparação das células que ocorre durante o sono.

Assim o sono é considerado um processo fisiológico complexo, influenciado por propriedades biológicas intrínsecas, temperamentos, expetativas, normas culturais e condições ambientais (MENDES, FERNANDES e GARCIA, 2004). A diminuição das horas de sono ou a sua ausência podem originar um mal-estar ou descompensação levando a alterações de comportamentos graves que influenciam o crescimento e desenvolvimento do ser humano.

Os distúrbios do sono constituem uma das principais perturbações do comportamento das crianças de todas as idades, ainda que muitas vezes transitórias, são umas das perturbações comportamentais mais observadas na prática clinica e assumem uma enorme importância no desequilíbrio emocional da criança e família (Monteiro,2006).

A alteração de comportamento da Criança/Adolescente pode ser desencadeada por eventos ou pontos críticos, e requer que o indivíduo seja capaz de incorporar as mudanças na sua vida, alterando o seu comportamento e redefinindo a sua identidade. As alterações aos hábitos e rotinas a que a criança / família está sujeita no internamento também influenciam o comportamento das crianças.

A má qualidade do sono interfere na memória, na capacidade de aprender e no comportamento. Gera irritação, falta de concentração, limita a capacidade de escutar e resolver problemas, leva a comportamentos agressivos e dificuldades relacionais com colegas, familiares e professores, provoca ansiedade, fazendo com que o adolescente ou a criança coma em demasia, levando a obesidade, além de atrapalhar nas suas tarefas diárias. A qualidade e quantidade

correta de sono é determinante para o bom desenvolvimento cognitivo, emocional e comportamental de crianças e adolescentes.

A Enfermagem enquanto profissão que se preocupa em prestar cuidados “(...) 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” (Art.º 4.º, ponto 1, Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros), não pode ficar indiferente a situações que afetam a sociedade em geral, como por exemplo o absentismo escolar, a dependência de substâncias psicoativas, o suicídio, a delinquência, os maus tratos infantis, a negligência, entre outros. Estas situações resultam, na sua grande maioria, de distúrbios emocionais e comportamentais cujas raízes se podem encontrar no meio familiar e nos diferentes contextos em que os indivíduos se inserem, sendo fundamental que os enfermeiros reconheçam a importância do seu papel na prevenção, identificação e resolução destas situações.

A proximidade da relação estabelecida entre o enfermeiro, os pais e a criança nos primeiros meses de vida, bem como a sua capacidade de interligação com os diferentes profissionais de saúde, colocam o enfermeiro numa posição privilegiada no seio da equipa, razão pela qual nos parece fundamental fomentar uma intervenção efetiva alicerçada nos princípios de uma relação terapêutica.

1.1 - IMPORTÂNCIA DO SONO COMO ESTABILIZADOR DO COMPORTAMENTO DA CRIANÇA

No final de uma gravidez, a mãe já consegue, na maior parte das vezes, perceber se o bebé está a dormir ou acordado. Segundo BRUNSCHWING (2008), a partir da vigésima semana, existe já no feto uma alternância de atividade e de imobilidade, cuja periodicidade está muito próxima do futuro ciclo do sono.

Ao nascer, os ciclos do sono não são influenciados pela alternância entre o dia e a noite.

BRAZELTON (2003) refere que as primeiras horas após o nascimento, o neonato experimenta gradualmente alterações previsíveis nas características fisiológicas e nas respostas comportamentais, refletindo os períodos de reatividade neonatal. Os dois períodos de reatividade são separados por um estágio de sono.

Em cada período de reatividade os sinais vitais, o estado de alerta e a resposta aos estímulos externos sofrem alterações que a enfermeira é capaz de interpretar e reconhecer durante a avaliação física, neurológica e comportamental do neonato.

Progressivamente o recém-nascido adapta-se a um novo ritmo circadiano. Até aos 2 ou 3 anos o sono da criança é instável e apenas nesta altura começa a adquirir as características do sono do adulto.

Segundo SOARES (2010) “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”.

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

O recém-nascido reage e interage com o meio envolvente desde o nascimento. Para além de possuir capacidades para receber informação do meio exterior, também nasce dotado com capacidades que lhe permitem expressar os seus sentimentos, dispondo dessa forma, de sistemas para transmitir informação.

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

BRAZELTON (2003) considerou a existência de seis estádios de consciência: dois estádios de sono (Sono Profundo e o Sono leve ou Sono REM) e quatro estádios de vigília (sonolência, vigília, ativo e de choro) que englobam os estádios comportamentais usados na Brazelton Neonatal Behavioral Assessment Scale – BNBAS, Anexo 1.

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

Aos 18 meses, as crianças começam a dormir apenas uma sesta, esta deverá ser o mais cedo possível para que não seja difícil adormecer à noite. No entanto, nesta idade é extremamente complicado deitar a criança na cama.

O recurso a objetos de transição (brinquedo, boneco ou fralda) funciona como fontes de segurança para o bebé, devendo ser este a escolher, devendo ser este a escolher quais os objetos que deseja (BRAZELTON e SPARROW, 2009).

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

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

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

Poderá citar-se o ditado popular “dormir faz crescer”, pois enquanto se dorme são segregadas hormonas, como a de crescimento (fundamental nas crianças), prolactina e cortisol (SOARES, 2010), logo, sono tem diversas funções protetoras e reparadoras do organismo. Durante o sono o cérebro forma as vias necessárias para a aprendizagem, criando condições para a fixação e retenção das recordações, arquivando na memória, depois de devidamente catalogadas, as experiências vividas a reter e estabelecendo novas perspetivas das vivências previamente adquiridas (SOARES, 2010). A qualidade de vida de uma família por vezes é afetada pelos problemas de sono dos filhos, induzindo à exaustão parental e aumentando o risco de saúde (BRAZELTON e SAPARROW, 2009)

Para MENDES, FERNANDES e GARCIA (2004) “Os problemas do sono na criança resultam duma interação complexa entre fatores fisiológicos da criança e do seu relacionamento com os pais, sendo mesmo uma das alterações comportamentais mais frequentes nas populações pediátricas”.

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

CORDEIRO (2010) realça que “(...) não dormir o suficiente conduz mais cedo ou mais tarde, a uma diminuição da concentração e a irritabilidade, com aumento da ansiedade e risco de depressão. Estes sintomas podem aparecer tanto nas crianças como nos pais, apenas com uma diferença: as crianças, quanto menos dormem, mais excitadas ficam, como se a falta de dormir

fosse uma verdadeira anfetamina – ou seja, no momento que os pais estão “off”, os filhos aceleram o «on», estando criado o desfasamento”.

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

Em situação de doença e hospitalização o equilíbrio da criança é alterado, ocorrendo uma alteração da sua rotina, desconforto com a situação da doença e medos dado o contexto da hospitalização (JORGE, 2004). Esta provoca inevitavelmente stress ao nível da criança, assim como na sua família.

O enfermeiro é o principal elo de ligação para minimizar todo este contexto ambiental, físico e psicossocial, procurando proporcionar o máximo de conforto durante o internamento, tendo em conta as necessidades específicas da criança/ família.

O RN / Criança durante um internamento hospitalar, conforme os autores anteriormente referidos, são expostas a diversos estímulos, nomeadamente o manuseio frequente, ruídos externos, luminosidade, procedimentos invasivos, entre outros, que contribuem para a interrupção dos ciclos de sono e consequente aumento dos níveis de stress. O Enf^o deve preservar o sono do RN / Criança negociando com os pais os momentos de manipulação e de realização de cuidados.

Um estudo efetuado por PAIVA, ANTUNES e SOARES (2006) ao nível de uma unidade de cuidados intensivos “Fatores que interferem na preservação do sono e repouso de criança em terapia intensiva”, relata o caso de uma criança internada em “Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica”, cujo objetivo é descrever os fatores que interferem na preservação de seu sono e repouso evidenciando a necessidade e a privação do sono e repouso nestas circunstâncias. Os resultados denotam que o sono e o repouso foram interrompidos, em média, em intervalos de 60 minutos durante a noite e de 25 minutos, durante o dia. Constatou-se que a criança entrava em quadro de exaustão, evidenciando a privação do sono (PAIVA, ANTUNES e SOARES, 2006).

Estes autores alertam que os automatismos na realização de cuidados, conduz a que remetam para segundo plano os momentos de repouso tão necessários à criança. Embora este estudo seja muito específico, com conclusões muito concretas adaptadas ao seu objeto de estudo, parece-me relevante referenciá-lo, no sentido em que se aproxima de algumas realidades ao nível da prestação de cuidados de enfermagem. Nestas circunstâncias, por vezes as rotinas impostas pela Instituição podem ser proteladas se salvaguardar o conforto da criança

hospitalizada, mas mantendo uma prestação de cuidados em segurança e em parceria com os pais, pois toda a criança necessita de sentir conforto para obter um sono tranquilo.

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

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

2- CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

OBJETIVO: Assistir a criança / jovem com a família na maximização da sua saúde;

COMPETÊNCIAS:

B2. Concebe, gera e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade

B2.1 — Avalia a qualidade dos cuidados de enfermagem nas vertentes de Estrutura, Processo e Resultado

B2.1.3 — Utiliza indicadores de avaliação da estrutura ao nível da organização, recursos humanos e materiais.

B3.2.1 — Colabora na definição de recursos adequados para a prestação de cuidados seguros.

B3.2.5 — Desenvolve os sistemas de trabalho, de forma a reduzir a probabilidade de ocorrência de erro humano.

B3.2.7 — Colabora na elaboração de planos de manutenção preventiva de instalações, materiais e equipamentos.

C1. Gere os cuidados otimizando a resposta da equipa de Enfermagem e seus colaboradores na articulação na equipa multidisciplinar.

C1.1.2 — Colabora nas decisões da equipa multiprofissional.

C1.1.3 — Intervém melhorando a informação para o processo de cuidar, os diagnósticos, a variedade de soluções eficazes a prescrever e a avaliação do processo de cuidar.

C1.1.4 — Reconhece quando negociar com ou referenciar para outros prestadores de cuidados de saúde.

C.2. Adapta a liderança e a gestão de recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados.

C2.1 — Optimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados.

C2.1.1 — Conhece e aplica a legislação, políticas e procedimentos de gestão de cuidados.

C2.1.2 — Fundamenta os métodos de organização do trabalho adequados.

C2.1.3 — Organiza e coordena a equipa de prestação de cuidados.

C2.1.4 — Negoceia recursos adequados à prestação de cuidados de qualidade.

C2.1.5 — Avalia riscos para a prestação de cuidados associados aos recursos.

C2.1.6 — Utiliza os recursos de forma eficiente para promover a qualidade.

D2. Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento

D2.1 — Responsabiliza -se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade

D2.1.1 — Actua como formador oportuno em contexto de trabalho, na supervisão clínica e em dispositivos formativos formais.

D2.1.2 — Diagnostica necessidades formativas.

D2.1.3 — Concebe e gere programas e dispositivos formativos.

D2.1.4 — Favorece a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros.

D2.1.5 — Avalia o impacto da formação.

E1.1. Implementa e gere em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime terapêutico e da reinserção social da criança/jovem;

E1.1.1 — Negoceia a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem -estar.

E1.1.2 — Comunica com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis.

E1.1.3 — Utiliza estratégias motivadoras da criança/jovem e família para a assumpção dos seus papéis em saúde.

E1.1.4 — Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença.

E1.1.6 — Utiliza a informação existente ou avalia a estrutura e o contexto do sistema familiar.

E1.1.7 — Estabelece e mantém redes de recursos comunitários de suporte à criança/jovem e família com necessidades de cuidados.

E1.1.9 — Apoia a inclusão de crianças e jovens com necessidades de saúde e educativas especiais.

E1.1.10 — Trabalha em parceria com agentes da comunidade no sentido da melhoria da acessibilidade da criança/jovem aos cuidados de saúde.

E1.2. Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem;

E1.2.1 — Demonstra conhecimentos sobre doenças comuns às várias idades, implementando respostas de enfermagem apropriadas.

E1.2.2 — Encaminha as crianças doentes que necessitam de cuidados de outros profissionais.

E1.2.3 — Identifica evidências fisiológicas e emocionais de mal -estar psíquico.

E1.2.4 — Identifica situações de risco para a criança e jovem (ex. maus tratos, negligência e comportamentos de risco).

E1.2.7 — Avalia conhecimentos e comportamentos da criança/jovem e família relativos à saúde.

E1.2.8 — Facilita a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem e família.

ATIVIDADES	LOCAL	QUANDO
<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação à equipa multidisciplinar • Visita às instalações dos respetivos serviços • Integrar as diferentes equipas de enfermagem • Consulta de documentação interna, programas de saúde em vigor Manuseamento dos materiais e equipamentos existentes disponíveis nos serviços • Validação do plano de atividades/projeto de estágio com o enfermeiro cooperante • Observação da prestação de cuidados da enfermeira cooperante. • Conhecer o circuito do RN /criança e jovem quando admitido no Hospital de Santarém e de Vila Franca de Xira 	Em todos os locais de estágio	Durante a 1ª semana de estágio de cada contexto

ATIVIDADES	LOCAL	QUANDO
<p>- Estimulação do reflexo da tosse,</p> <p>-a importância da sua presença no serviço e de se manterem calmos;</p> <ul style="list-style-type: none">• Realizar referência de enfermagem para outros prestadores de cuidados de saúde quer no internamento quer para o domicílio;• Participar nas atividades de gestão dos cuidados procurando dar resposta a competências comuns do enfermeiro especialista no que diz respeito á gestão da qualidade dos cuidados;• Realizar atividades relacionadas com a gestão de cuidados, com a cooperação do Enfermeiro responsável• Verificar stock de medicamentos, material clínico e não clínico e realizar o pedido semanal de acordo com as faltas e os gastos previstos	Serviço de Internamento de Pediatria	Dias 26 e 29/11/2013

OBJETIVO: Cuidar da criança / jovem e família nas situações de especial complexidade.

COMPETÊNCIAS:

E2.1. Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados;

E2.1.1 — Mobiliza conhecimentos e habilidades para a rápida identificação de focos de instabilidade e resposta pronta antecipatória.

E2.1.2 — Demonstra conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida pediátrico.

E2.2. Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas;

E2.2.1 — Aplica conhecimentos sobre saúde e bem-estar físico, psico-social e espiritual da criança/jovem.

E2.2.2 — Garante a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor.

E2.2.3 — Aplica conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor.

E2.5 — Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade

E2.5.1 — Diagnostica necessidades especiais e incapacidades na criança/jovem.

E2.5.2 — Capacita a criança em idade escolar, o adolescente e a família para a adopção de estratégias de *coping* e de adaptação.

E2.5.4 — Adequa o suporte familiar e comunitário.

E2.5.5 — Demonstra na prática conhecimentos sobre estratégias promotoras de esperança.

E2.5.6 — Referencia crianças/jovens com incapacidades e doença crónica para instituições de suporte e para cuidados de especialidade, se necessário.

ATIVIDADES	LOCAL	QUANDO
<ul style="list-style-type: none"> • Minimizar o stress dos pais relacionado com situações de especial complexidade da criança e jovem, através da participação dos pais nos cuidados, como parte integrante da equipa; • Minimizar os efeitos negativos da hospitalização na criança/jovem que advêm dos stressores (separação, perda de controlo, lesão corporal e dor); • Promover a adaptação da criança/jovem à doença, através da adoção de estratégias de coping; • Acolher o RN/ criança e jovem com a família, na admissão no serviço; • Prestar cuidados de enfermagem ao RN / Criança/ Jovem e família em situação de internamento: <ul style="list-style-type: none"> - Colheita de dados - Planificação de cuidados - Identificação dos problemas/elaboração de diagnósticos de enfermagem - Planeamento de cuidados de enfermagem - Integrar a educação para a saúde na prestação de cuidados; - Avaliação dos cuidados prestados -Referencia de enfermagem para rede de apoio perante criança / família com doença crónica ou famílias de fracos recursos 	<p>Serviço de Internamento de Pediatria e de Neonatologia</p>	<p>Ao longo do Estágio</p>

ATIVIDADES	LOCAL	QUANDO
<ul style="list-style-type: none"> • Minimizar os estímulos que podem influenciar o equilíbrio dos recém-nascidos prematuros; • Estabelecer com os pais uma relação de parceria, assente numa planificação de cuidados a prestar ao RN/ Criança e Jovem • Promover a formação de vínculo entre os pais e o RN • Prestar cuidados de enfermagem ao RN de risco, tendo em conta maximização da sua saúde e o seu desenvolvimento/crescimento: <ul style="list-style-type: none"> - Colheita de dados - Identificação dos problemas/elaboração de diagnósticos de enfermagem - Planeamento de cuidados de enfermagem - Integrar a educação para a saúde na prestação de cuidados; - Avaliação dos cuidados prestados. --Referencia de enfermagem para rede de apoio • Integrar, sempre que possível, os pais na prestação de cuidados à criança hospitalizada; • Capacitar os pais, criança e jovem para a intervenção perante doença inaugural • Treinar os pais, criança e jovem no cuidar da doença inaugural 	<p>Serviços de Internamento de Pediatria e de Neonatologia</p>	<p>Ao longo do Estágio</p>

ATIVIDADES	LOCAL	QUANDO
<ul style="list-style-type: none"> • Promover o acompanhamento do RN / Criança / Jovem por familiar ou pessoa significativa; • Facilitar a presença de familiares Junto da Criança/ Jovem sempre que possível; • Utilizar medidas de distração, massagem abdominal, posicionamento confortável durante a realização de procedimentos dolorosos, ou na presença de dor; • Prestar cuidados à criança/jovem e família em situação de urgência: <ul style="list-style-type: none"> - Realização de triagem - Identificação dos problemas/situações de risco clínico - Prestação de cuidados de enfermagem; - Integrar a educação para a saúde na prestação de cuidados; - Avaliação dos cuidados prestados/resposta -Referencia de enfermagem para rede de apoio 	<p>Serviços de Internamento de Pediatria e de Neonatologia e Serviço de Urgência Pediátrica Serviço de Urgência Pediátrica</p>	<p>Ao longo do Estágio</p> <p>27/01/2014 a 21/02/2014</p>

OBJETIVO: Prestar cuidados de enfermagem complexos e especializados em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem;

COMPETÊNCIAS:A1 — Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção.

A1.2 — Suporta a decisão em princípios, valores e normas deontológicas

A1.2.4 — Promove o exercício profissional de acordo com o Código Deontológico, na equipa de Enfermagem onde está inserido.

A2.1 — Promove a protecção dos direitos humanos.

A2.1.2 — Promove o respeito pelo direito dos clientes no acesso à informação, na equipa de Enfermagem onde está inserido.

A2.1.3 — Promove a confidencialidade e a segurança da informação escrita e oral adquirida enquanto profissional, na equipa de Enfermagem onde está inserido.

E3.1. Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil

E3.1.1 — Demonstra conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento.

E3.1.2 — Avalia o crescimento e desenvolvimento da criança e jovem.

E3.1.3 — Transmite orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infanto -juvenil.

E3.2. Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do RN doente ou com necessidades especiais;

E3.2.1 — Avalia o desenvolvimento da parentalidade.

E3.2.2 — Demonstra conhecimentos sobre competências do RN para promover o comportamento interactivo.

E3.2.3 — Utiliza estratégias promotoras de esperança realista.

E3.2.4 — Utiliza estratégias para promover o contacto físico pais/RN.

E3.2.5 — Promove a amamentação.

E3.2.6 — Negoceia o envolvimento dos pais na prestação de cuidados ao RN.

E3.2.7 — Gere o processo de resposta à criança com necessidades de intervenção precoce.

E3.3. Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estadio de desenvolvimento e à cultura.

E3.3.1 — Demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/jovem e família.

E3.3.2 — Relaciona -se com a criança/jovem e família no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura.

E3.3.3 — Demonstra habilidades de adaptação da comunicação ao estado de desenvolvimento da criança/jovem.

ATIVIDADES	LOCAL	QUANDO
<ul style="list-style-type: none"> • Utilizar linguagem adequada á idade e cultura da criança / família; • Minimizar os estímulos que podem influenciar o equilíbrio dos recém-nascidos prematuros • Promover a formação de vínculo entre os pais e o RN; • Estabelecer com os pais uma relação de parceria, assente numa planificação de cuidados a prestar ao recém-nascido; • Minimizar o stress dos pais relacionado com situações de especial complexidade do RN, através da participação dos pais nos cuidados, como parte integrante da equipa; • Acolher o RN com a família, na admissão no serviço; • Realizar a observação física e comportamental/neurológica do RN utilizando a escala de registo de CLNBAS • Prestar cuidados de enfermagem ao RN de risco, tendo em conta maximização da sua saúde e o seu desenvolvimento/crescimento: <ul style="list-style-type: none"> - Colheita de dados - Planificação de cuidados 	<p>Serviço de Internamento de Neonatologia</p>	<p>Ao longo do Estágio</p>

OBJETIVO: Avaliar o desempenho ao longo do estágio, potenciando o crescimento pessoal e profissional

COMPETÊNCIAS: D2. Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento

D2.2 — Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade.

D2.2.1 — Atua como dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática cuidativa, visando ganhos em saúde dos cidadãos.

D2.2.2 — Identifica lacunas do conhecimento e oportunidades relevantes de investigação.

D2.2.4 — Interpreta, organiza e divulga dados provenientes da evidência que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem.

D2.2.6 — Contribui para o conhecimento novo e para o desenvolvimento da prática clínica especializada.

D2.3 — Provê liderança na formulação e implementação de políticas, padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho.

D2.3.1 — Tem uma sólida base de conhecimentos de enfermagem e outras disciplinas que contribuem para a prática especializada.

D2.3.2 — Demonstra conhecimentos e aplica -os na prestação de cuidados especializados, seguros e competentes.

D2.3.3 — Rentabiliza as oportunidades de aprendizagem e toma a iniciativa na análise de situações clínicas.

D2.3.4 — Usa as tecnologias de informação e métodos de pesquisa adequados.

D2.3.5 — Toma iniciativa na formulação e implementação de processos de formação e desenvolvimento na prática clínica especializada

ATIVIDADES	LOCAL	QUANDO
<ul style="list-style-type: none">• Reflexão e análise das atividades desenvolvidas• Identificação de aspetos facilitadores e dificuldades do desenvolvimento do Ensino Clínico e definição (em grupo) de estratégias para as ultrapassar;• Análise individual e em conjunto com a enfermeira cooperante de todo o processo de	Diferentes locais de estágio	Ao longo do Estágio

ATIVIDADES	LOCAL	QUANDO
<p>aprendizagem desenvolvido, mobilizando as áreas de avaliação da folha de avaliação individual.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mobilização frequente e preenchimento das folhas de autoavaliação; • Reunião com a Professora orientadora para discussão do projeto e eventual alteração • Reunião com a Professora orientadora e enfermeiras cooperantes para balanço/avaliação final de cada local de estágio. 	<p>Diferentes locais de estágio</p> <p>Gabinete da Prof. Regina na ESSS</p> <p>Serviço de Pediatria</p> <p>Serviço de Neonatologia</p> <p>Serviço de Urgência Pediátrica</p>	<p>Ao longo do Estágio</p> <p>17/12/2013 às 9 horas</p> <p>3/12/2013 - 11h</p> <p>22/01/2014-17h</p> <p>27/02/2014-17h</p>

3 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARROS, Luísa—**Psicologia Pediátrica – Perspetiva Desenvolvimentista**.2ª Edição. Lisboa, Manuais Universitários –Climepsi Editores ,2003 224 pág.ISBN: 972-796-081-2.

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

BRAZELTON, T. B., SPARROW, J. -**A Criança e o Sono – O Método Brazelton**, 5ª Edição, Lisboa, Editorial Presença, 2009, 90pág.

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

CIPE – “**Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem**”, Lisboa: Estúdio Lusodidacta, Lda, 2011, ISBN: 978-92-95094-352.

CONNOLLY, K. - **A perspective on motor development**. In: WADE, M.G.; WHITING, H.T.A. (Eds.). Motor development in children: aspects of coordination and control. Dordrecht: MartinusNijhoff, 1986. p.3-32.

CORDEIRO, Mário – “**Dormir Tranquilo**”, Lisboa, A Esfera do Livro; 2010. 205 pág.. ISBN: 978-989-626-215-0.

CRISPIM, J – **Padrão de sono e factores de risco para privação de sono numa população pediátrica portuguesa**, in Acta Pediátrica Portuguesa - Sociedade Portuguesa de Pediatria; 2011; Vol. 42, nº 3; pág. 93-98.

DEL PRETTE, Z. A. P. &DelPrette, A. (1999) - **Psicologia das habilidades sociais:Terapia e educação**. Petrópolis, RJ: Vozes.

Em <http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>

GAGE, J. D.; EVERETT, K. D.; BULLOCK, L. – **Integrative Review of Parenting in Nursing Research**. Journal of Nursing Scholarship (2006), pág.56-62;

HARTUP, W. & RUBIN, Z. (1986) - **Relationships and development**. USA: Lawrence Earl

JORGE, A. M.- **Família e Hospitalização da Criança – (re) pensar o cuidar em enfermagem**, Loures, Lusociência – edições técnicas e Científicas, Lda, 2004, 192pág., ISBN: 972-8383-79-7.

MENDES, L. R., FERNANDES, A., GARCIA, F. T, “**Hábitos e perturbações do sono em crianças em idade escolar**, In: Acta Pediátrica Portuguesa. - Revista de medicina da criança e do adolescente/prop. Sociedade Portuguesa de Pediatria, Lisboa - Vol. 35, nº 4 (Julho/Agosto 2004), p.341-347.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Divulgar - Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem**, 2001.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010). **Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista**. Lisboa.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010). **Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem da Saúde da Criança e do Jovem**. Lisboa.

PAIVA, M., ANTUNES, C., SOARES, E. – **Fatores que Interferem na Preservação do Sono e Repouso de Criança em Terapia Intensiva**, in Revista de Enfermagem, vol. 10, núm. 1, Abril, 2006, p. 29-35.

RAMOS, M. - **Adaptação Paterna Para a Parentalidade**. Federação Española de Asociaciones de Psicología. Vol. 10, nº 2 (2005). ISSN – 15779-4113;

REGULAMENTO 122/2011 – **Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista**. Diário da República, II Série, nº 35 – Parte E de 18/02/2011, pág. 8648-8653.

REGULAMENTO 123/2011 – **Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem**. Diário da República, II Série, nº 35 – Parte E de 18/02/2011, pág. 8653 – 8655. *IPS-ESSS*

REGULAMENTO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM (1998). **Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem** [Em linha]. [Consulta 20-06-2012] Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>

REGULAMENTO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM (1998). **Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem**. Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril.

RELVAS, A. P.; ALARCÃO M. T. – **Novas formas de família**. Coimbra: Quarteto Editora, 2002. ISBN 972-871-56-3;

ROPER, N.; LOGAN, W. W.; TIERNEY, A. J. – **Modelo de enfermagem**. Editora McGraw-Hill de Portugal, Lda. 3ª Edição, 1990, 454 pág.

SILVA, V. R. M. G. (2001) - **Indicadores de rejeição em grupo de crianças**. Dissertação de Mestrado não-publicada, Curso de Pós-Graduação em Psicologia Clínica, Universidade Federal do Paraná. Curitiba, PR.

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

ANEXOS

ANEXO I

Escala de avaliação comportamental neonatal de Brazelton

Folha de Registo CLNBAS (Traduzido pelo Centro Brazelton- Lisboa. Para treino)

Nome do Bebé: _____			Sexo - ____	Idade - _____	
Idade Gestacional _____	Peso ao Nascer _____		Níveis de Apgar _____		
Tipo de Alimentação _____		Paridade _____			
Membros da família presentes – Indique _____					
Comentários dos pais acerca do bebé e o parto (nas suas próprias palavras) _____					
Observação Introdutória do bebé _____ _____					
Nome do observador _____			Data do Exame ____/____/____		
Dimensão/sistema Comportamental	Itens	Avaliação Qualitativa (Assinale a melhor descrição)			Checklist de seguimento
Autonómico	1. Autonomia/fisiologia (Tremores, sustos, cor da pele)	Suave	Moderada	Extrema	Sinais de stress
	2. Nível de Atividade	Suave	Moderada	Extrema	Organização
Interação	3. Reação à face	Bem	Quase bem	Menos bem	Comunicação
	4. Reação à face e à voz	Bem	Quase bem	Menos bem	Audição
	5. Reação à voz	Bem	Quase bem	Menos bem	Visão
	6. Segue a bola vermelha	Bem	Quase bem	Menos bem	Alerta ao som
Motricidade	7. Reação à roca	Bem	Quase bem	Menos bem	
	8. Tónus muscular: braços e pernas	Forte	Médio	Fraco	Flexibilidade motora
	9. Pontos cardeais	Forte	Médio	Fraco	Alimentação
	10. Sucção	Forte	Médio	Fraco	Força e contacto
	11. Preensão palmar	Forte	Médio	Fraco	Força /Robustez
	12. Puxar a sentar	Forte	Médio	Fraco	Posição de
	13. Rastejar	Forte	Médio	Fraco	

					dormir
Regulação de estágio e sono	14. Habituação à luz	Bem	Quase bem	Menos bem	Proteção do sono
	15. Habituação ao som	Bem	Quase bem	Menos bem	Proteção do sono
	16. Choro	Nunca	Às vezes	Quase sempre	Choro
	17. Consolabilidade	Autoconsola-se facilmente	Precisa alguma ajuda	Precisa muita ajuda	Consolabilidade
	18. Regulação de estádios (transições)	Suave	Moderada	Brusca	Organização e controlo

Perfil do bebé _____

1. Autonomia/fisiologia (Tremores, sustos, cor da pele)			10. Sucção		
3	Bem organizado	Sem tremores ou sustos. Alterações mínimas na cor da pele	3	Forte	Mantém uma sucção forte e rítmica
2	Moderado	Alguns tremores ou sustos. Alterações moderadas na cor da pele	2	Moderado	Movimento de sucção lento
1	Não organizado	Muitos tremores ou sustos, alterações importantes na cor da pele	1	Fraca	Sem movimento de sucção
2. Nível de Atividade			11. Preensão palmar		
3	Modulada	Bem modulada	3	Forte	Forte preensão palmar
2	Baixa	Baixo nível de atividade	2	Moderado	Ligeira flexão dos dedos
1	Elevada	Muito ativo durante a observação	1	Fraco	Resposta ausente
3. Reação à face 4. Reação à face e à voz			12. Puxar a sentar		
3	Reage muito	Fixa e segue com movimentos fluidos da cabeça e dos olhos	3	Forte	Traz a cabeça à linha média, com queda mínima e mantém-na 3 segundos
2	Reage moderadamente	Para, fixa e segue um pouco com os olhos	2	Moderado	Consegue trazer a cabeça à linha média, mas não a mantém
1	Não reage	Fixa brevemente e/ou não fixa não segue com os olhos	1	Fraco	Incapaz de trazer a cabeça à linha média
5. Reação à voz			13. Rastejar		

3	Reage muito	Fixa e segue com movimentos fluidos da cabeça e dos olhos	3	Forte	Movimento coordenado, envolvendo os membros superiores e inferiores, com libertação da face
2	Reage moderadamente	Para, fixa e segue um pouco com os olhos	2	Moderado	Algumas tentativas de flexão dos membros
1	Não reage	Fixa brevemente e/ou não fixa não segue com os olhos	1	Fraco	Sem flexão dos membros e sem libertação da cabeça
6. Segue a bola vermelha			14. Habituação à luz		
3	Reage muito	Fixa e segue com movimentos fluidos da cabeça e dos olhos	3	Com alguma facilidade	Habituação fácil ao estímulo (1 a 5 apresentações)
2	Reage moderadamente	Para, fixa e segue um pouco com os olhos	2	Com alguma dificuldade	Habituação algo difícil ao estímulo (6 ou mais apresentações)
1	Não reage	Fixa brevemente e/ou não fixa não segue com os olhos	1	Com grande dificuldade	Incapaz de habituação após 10 apresentações
7. Reação à roca			15. Habituação ao som		
3	Reage muito	Para, muda de expressão, vira-se e localiza o som	3	Com alguma facilidade	Habituação fácil ao estímulo (1 a 5 apresentações)
2	Reage moderadamente	Para, muda de expressão, procura com os olhos mas não localiza a fonte sonora	2	Com alguma dificuldade	Habituação algo difícil ao estímulo (6 ou mais apresentações)
1	Não reage	Os olhos permanecem fechados, alerta pobre, sem reação ao som	1	Com grande dificuldade	Incapaz de habituação após 10 apresentações
8. Tónus muscular: braços e pernas			16. Choro		
3	Forte	Tónus, dos membros superiores e inferiores, bem modulado, com boa <i>recolha</i>	3	Chora pouco	Quase não chora ou rabuja
2	Moderado	Tónus misto ou irregular	2	Chora moderadamente	Cora ou rabuja moderadamente
1	Fraco	Pouco ou nenhum tónus dos membros	1	Chora muito	Chora durante toda a observação
9. Pontos cardeais			17. Consolabilidade		
3	Forte	Vira-se para o lado estimulado	3	Com alguma facilidade	Fácil de consolar-se e/ou autoconsola-se
2	Moderado	Vira um pouco a cabeça	2	Com alguma dificuldade	Só se consola com o embalar e embrulhar
1	Fraco	Quase não vira ou não vira a cabeça	1	Com grande dificuldade	Muito difícil de consolar ou inconsolável; nunca se autoconsola
18. Regulação de estádios (transições)					
3	Bem organizado	Estádios bem definidos e transições suaves e previsíveis			

Anexo IX

Guião orientador

Sandra Lopes, Enfermeira com o nº de Ordem 5-E-6128 em frequência do Curso de Mestrado e Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Saúde de Santarém.

Encontro-me a realizar o Estágio em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria e estou a abordar o tema - Importância do sono como estabilizador do comportamento da criança dos 0-6 anos. Gostaria de conhecer os hábitos de sono do(a) seu filho(a) de forma a melhorar a qualidade do sono e a informação transmitida aos pais no âmbito desta temática durante o internamento. Venho por este meio solicitar a sua colaboração para responder a este guião orientador

Não se identifique, os dados fornecidos são confidenciais.

Agradeço desde já a disponibilidade e atenção.

IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA:

Idade: ___ **Sexo:** M F

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

Sim

Não

1.1 Se respondeu sim na pergunta1 , quantas horas?

2. Durante a semana, a que horas se deita? _____

A que horas acorda? _____

3. Aofim de semana, a que horas se deita? _____ A

que horas acorda? _____

4. Quanto tempo leva para adormecer?

<5minutos 5–15minutos 15–30 minutos 30minutos

5. Acorda durante a noite?

Sim

Não

5.1 Se respondeu sim na pergunta 5 , quais as estratégias que aplica para voltar a adormecer o seu filho?

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

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

7. Dorme em quarto próprio?

Sim

Não

8. Dorme em cama própria?

Sim

Não

9. Dorme com a luz acesa?

Sim

Não

10. Dorme com um boneco/ peluche / brinquedo?

Sim

Não

11. Vê televisão ou joga computador antes de adormecer?

Sim

Não

12. Adormece sozinho?

Sim

Não

13. o seu filho tem rotinas antes de adormecer?

Sim

Não

13.1 Se sim qual ou quais?

Obrigado pela atenção dispensada

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

ANEXO X

Plano da sessão aos enfermeiros do serviço de pediatria

RELATÓRIO DE FORMAÇÃO	
1. PLANIFICAÇÃO DA FORMAÇÃO	
1.1 DATA, HORA, LOCAL DE REALIZAÇÃO	
Data: 05/12/2013 Duração: 30 m (15h-15-30h) Local: Serviço de Pediatria - Sala de Reuniões	
1.2 MODALIDADE DA FORMAÇÃO	
Ação de sensibilização Designação: Perturbações do sono- Promoção de hábitos de sono saudáveis na criança dos 0-6 anos	
1.3 FUNDAMENTAÇÃO DA PERTINÊNCIA	
<p>O sono é um processo fisiológico complexo, influenciado por propriedades biológicas intrínsecas, temperamento, expectativas, normas culturais e condições ambientais (Mendes, Fernandes e Garcia, 2004).</p> <p>As perturbações do sono podem causar morbidade substancial na criança, nomeadamente consequências a nível do comportamento, da aprendizagem e mesmo perturbações de desenvolvimento como hiperatividade, défice de atenção, défice cognitivo e depressão (Mendes, Fernandes e Garcia, 2004).</p> <p>Para Monteiro (2006) os distúrbios do sono constituem uma das principais perturbações do comportamento das crianças de todas as idades, ainda que muitas vezes transitórias, são umas das perturbações comportamentais mais observadas na prática clínica e assumem uma enorme importância no desequilíbrio emocional da criança e família.</p> <p>Na promoção de hábitos de sono saudáveis existe uma conjugação de fatores que contribuem para um sono saudável, estes devem ser considerados, sendo fundamental o papel das instituições de saúde em alertar a população sobre a importância do sono para o bem-estar da criança.</p> <p>O sono adequado é tão importante em crianças saudáveis, como em situações de doença aguda ou crónica, quer pelos mecanismos orgânicos inerentes ao sono, quer ao nível da recuperação física e do sistema imunitário, que são fundamentais ao pleno desenvolvimento da criança</p> <p>Em situação de doença e hospitalização o equilíbrio da criança é alterado, ocorrendo uma alteração da sua rotina, desconforto com a situação da doença e medos dado o contexto</p>	

da hospitalização (Jorge, 2004). Esta provoca inevitavelmente stress ao nível da criança, assim como na sua família.

O enfermeiro é o principal elo de ligação para minimizar todo este contexto ambiental, físico e psicossocial, procurando proporcionar o máximo de conforto durante o internamento, tendo em conta as necessidades específicas da criança/ família. A OE (2001) salienta que as intervenções de enfermagem são frequentemente otimizadas se toda a unidade familiar for tomada por alvo do processo de cuidados, nomeadamente quando as intervenções de enfermagem visam a alteração de comportamentos, tendo em vista a adoção de estilos de vida compatíveis com a promoção da saúde.

1.4 OBJETIVOS:

Geral:

- * Sensibilizar os Enfermeiros do Serviço de Pediatria para a promoção de hábitos saudáveis

Pretende-se que os Enfermeiros no final da sessão consigam:

- * Identificar 3 fases do sono;
- * Identificar 2 das perturbações do sono mais frequentes;
- * Referir 4 aspetos a ter em consideração para a promoção de hábitos de sono saudável

1.5 DESTINATÁRIOS

Todos os Enfermeiros do Serviço de Pediatria

1.6 CONCEÇÃO /ORGANIZAÇÃO

Formação em serviço

Ensino Clínico I do CMESCJ

1.7 FORMADOR

Sandra Lopes- Enfermeira e Mestranda em Enfermagem da Saúde da Criança e do Jovem da Escola Superior de Saúde e Santarém

1.8 CARATERIZAÇÃO DA FORMAÇÃO

Metodologia da formação: metodologia expositiva e demonstrativa.

RELATÓRIO DE FORMAÇÃO			
2. PLANO DA SESSÃO			
	CONTEÚDOS	RECURSOS DIDÁTICOS	DURAÇÃO
INTRODUÇÃO	Apresentação e acolhimento do grupo		3m
DESENVOLVIMENTO	* Caracterizar as fases do sono;	Computador, projector de vídeo.	3m
	* Enumerar os mecanismos orgânicos existentes durante o sono;		3m
	* Identificar as perturbações do sono mais frequentes;		2m
	* Designar a quantidade de horas de sono para cada faixa etária;		2m
	* Interpretar os dados colhidos sobre o padrão de sono de 10 crianças internadas no serviço;		5m
	* Descrever técnicas / condutas que ajudem os pais a estabelecer hábitos de sono saudáveis;		4m
SÍNTESE/AVALIAÇÃO	Esclarecimento de dúvidas/partilha de experiências	Questionário impresso em papel	6m
	Aplicação do questionário de avaliação da sessão	Computador, projector de vídeo.	2m
	Apresentação da proposta de poster para afixar no serviço		

RELATÓRIO DE FORMAÇÃO

3. AVALIAÇÃO DA SESSÃO

Estiveram presentes na sessão 10 enfermeiros do Serviço de Pediatria.
A sessão obteve o parecer favorável dos participantes, que interagiram e partilharam as suas experiências e opiniões sobre as temáticas apresentadas.
As dúvidas foram esclarecidas e os objetivos propostos foram atingidos.

Resultados do questionário aplicado foram:

1. Relativamente à Sessão:

	1	2	3	4
Clareza na apresentação, pertinência			1	9
Conteúdos (tema da sessão)			1	9
Metodologias utilizadas (formas como são conduzidas as sessões)			1	9
Carga Horária da sessão			2	8
Recursos didáticos (documentos, material de apoio, vídeos)			2	8
Condições Físicas da sala			5	5

2. Relativamente à Equipa dinamizadora/formadora:

	1	2	3	4
Motivação			2	8
Participação e Interação com os formandos			4	6
Disponibilidade			1	9
Domínio dos conteúdos			1	9
Gestão do tempo			1	9
Criatividade			2	8

3. Comentários/Sugestões

“Sessão muito elucidativa, com muitos aspetos práticos, discurso acessível”

“Sessão muito pertinente para o serviço, tendo em conta os objetivos do serviço no âmbito da formação de saúde “

“Sessão muito bem elaborada, com tema atual e com alguma preocupação dos profissionais do serviço sobre o mesmo, o poster oferecido ao serviço está simples, de fácil interpretação quer para os pais quer para os profissionais “

RELATÓRIO DE FORMAÇÃO

4. DIAPOSITIVOS DA SESSÃO

Perturbações do sono Promoção de hábitos de sono saudáveis na criança dos 0-6 anos



Realizado por: Sandra Lopes
Enfermeira e Mestranda do 1º CMESCJ da Escola Superior de Saúde de Santarém
Serviço de Pediatria
Novembro 2013

Objetivo Geral



- * Refletir com os Enfermeiros do Serviço de Pediatria para a promoção de hábitos saudáveis no sono

* Objetivos Específicos



- * Pretende-se que os Enfermeiros no final da sessão consigam:
- * Identificar 3 fases do sono;
- * Identificar 2 das perturbações do sono mais frequentes;
- * Enumerar 4 aspetos a ter em consideração para a promoção de hábitos de sono saudável

PERTURBAÇÕES DO SONO-PROMOÇÃO DE HÁBITOS DE SONO SAUDÁVEIS NA CRIANÇA DOS 0-6 ANOS



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

Monteiro, 2006

Definição de sono



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

CIPE

DEFINIÇÃO DE SONO



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



SOARES 2010

AS FASES DO SONO

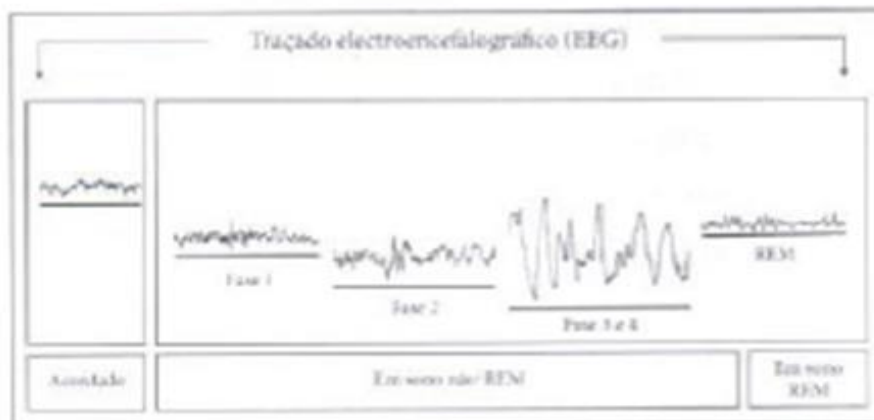


SONO NÃO REM

- Fase 1
- Fase 2
- Fase 3
- Fase 4

SONO REM
(Rapid eye movements)

Através das ondas de um traçado de eletroencefalograma conseguem-se definir estas diferentes fases



Fase 1

- sono é leve , fácil de acordar e existem contrações musculares bruscas

Fase 2

- Sono menos leve , sem movimentos musculares ou oculares

Fase 3
Fase 4

- Sono profundo , difícil de acordar , pode ocorrer nictúria , terrores noturnos ou sonambulismo , considerado sono reparador

SONO REM

- Movimentos oculares rápidos , respiração rápida e profunda , membros como que paralisados com bloqueio neuromuscular , aumento FC e TA , grande atividade cerebral , ao acordar existe uma recordação dos sonhos .

Soares 2010

Mecanismos orgânicos durante o sono

Função reparadora da fadiga corporal e psíquica

O cérebro trabalha nas diferentes fases de registo codificação , armazenamento e evocação da memória

Segrega várias substâncias como as hormonas do crescimento , acetilcolina, adenosina, dopamina, serotonina

Processos metabólicos regenerativos contribuindo para a recuperação de lesões , contando com a participação ativa do sistema imunitário

Soares 2010

Quando uma criança não dorme surge

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

IPS-ESSS

Perturbações do sono



As perturbações do sono da criança resultam de uma interação entre fatores fisiológicos da criança e do seu relacionamento com os pais. Exemplo: permitir que a criança adormeça com a noção de que os pais se encontram zangados com ela.

Perturbações do sono

Têm impacto no sono dos pais, que se sentem cansados e apresentam perturbações do humor, afetando o seu desempenho parental no dia a dia.



* Perturbações do sono

- * Sono pouco reparador, pouco tranquilo e superficial
- * Sono curto
- * Terrores noturnos
- * Pesadelos
- * Sonambulismo
- * Hiperatividade
- * Irritabilidade/ choro



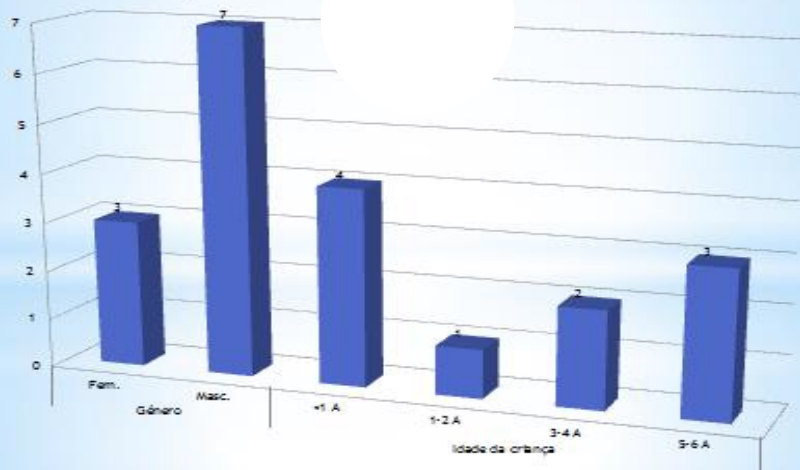
Horas de sono recomendáveis

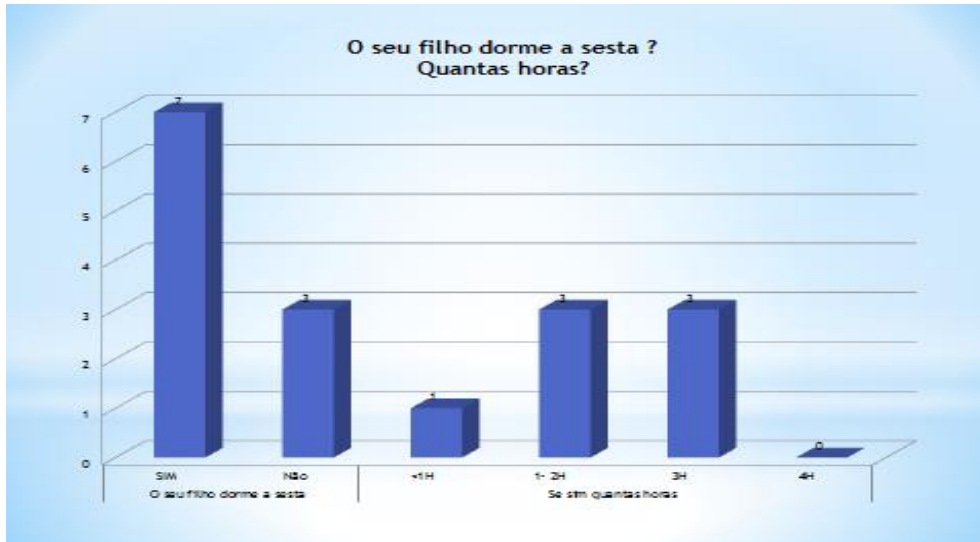
Grupo etário	Horas de sono preconizadas
Até aos 11 meses (noite + dia)	14-15 horas
12 – 35 meses (noite + dia)	12- 14 horas
Pré escolar (3 – 6 anos)	11- 13 horas
Escolar (6 – 12 anos)	10 – 11 horas
Adolescentes > 12 anos	9 horas

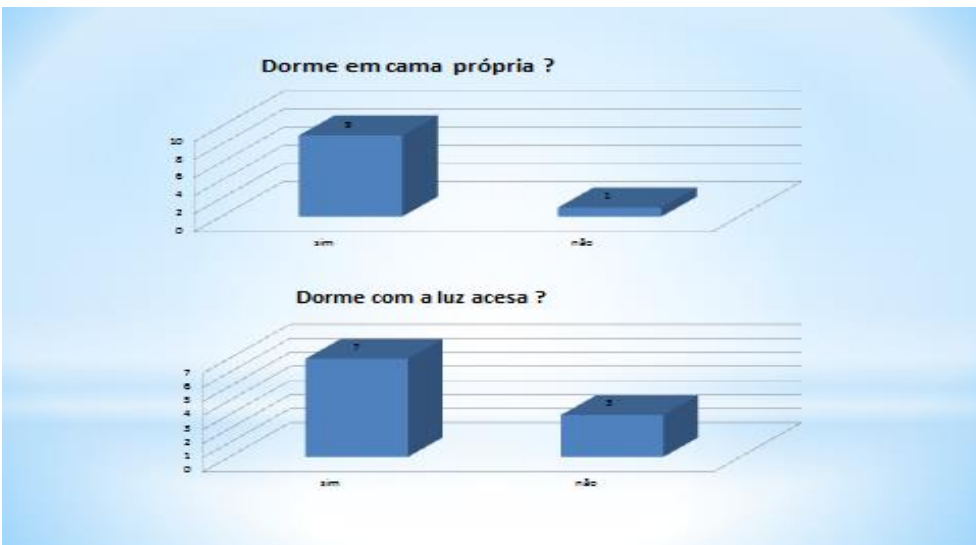
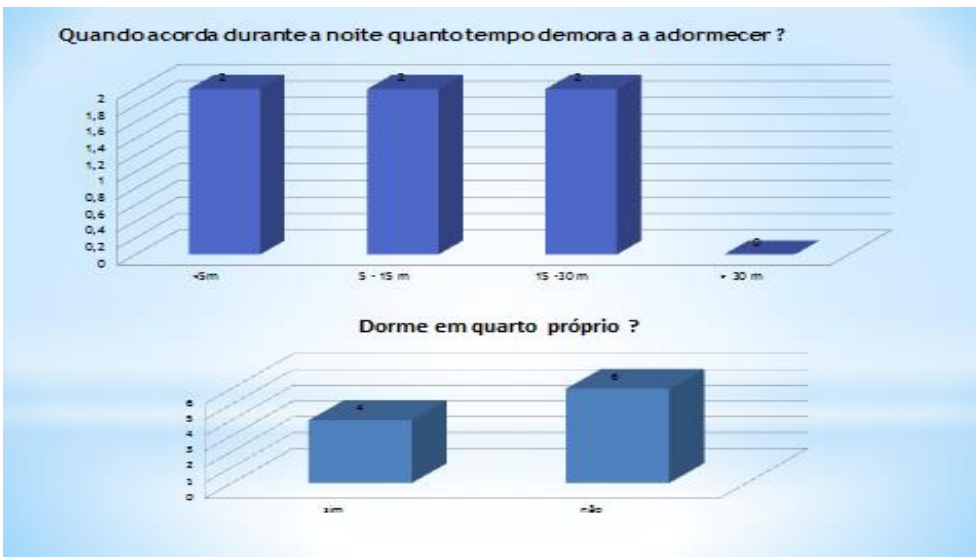
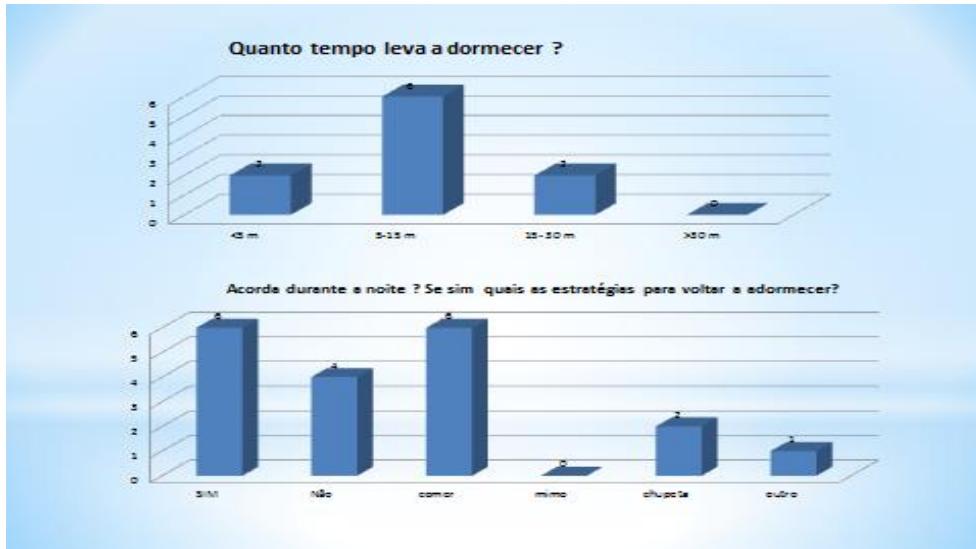
Apresentação de dados

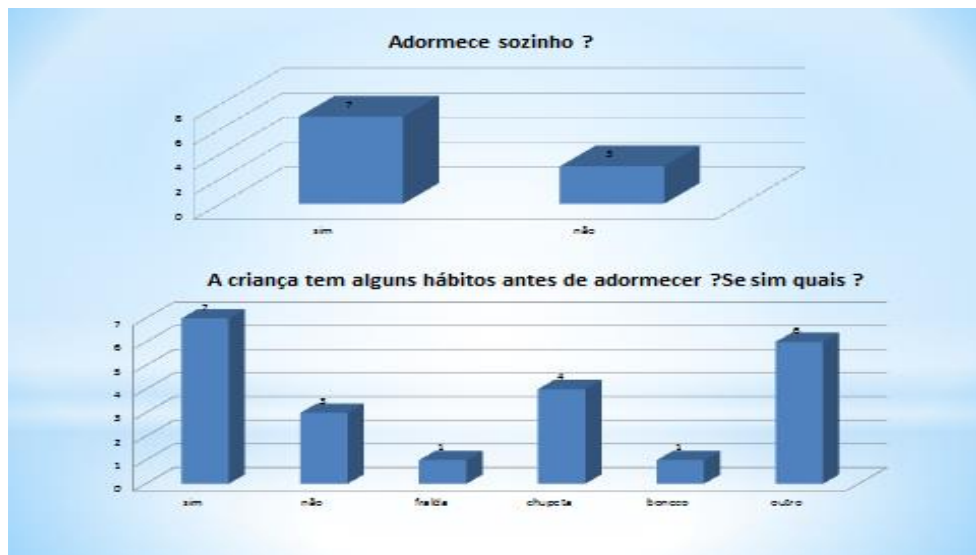
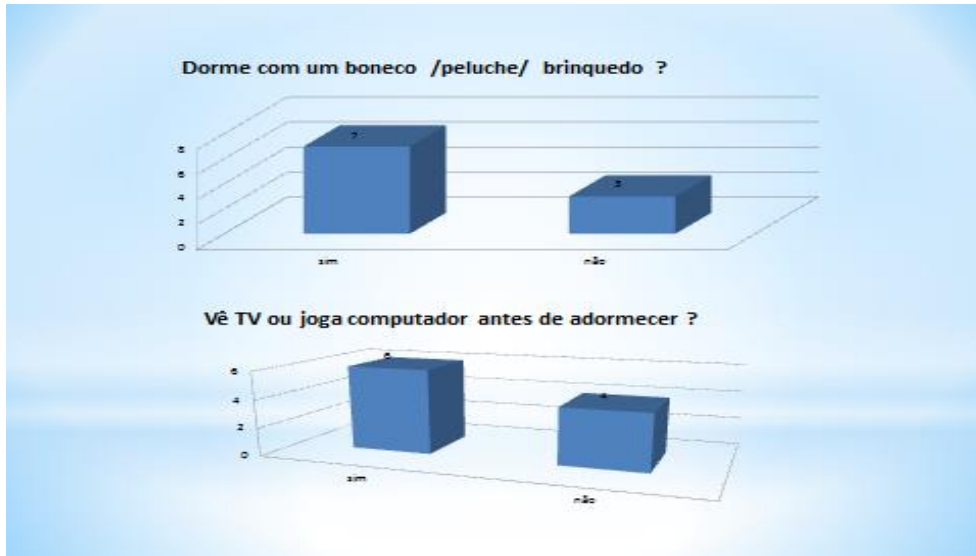


Caracterização da população com o género e idade









Promoção de hábitos de sono saudável

- Proporcionar um ambiente calmo e confortável
- Criar um ritual para marcar o momento de dormir. Ex: banho, pijama, jantar, lavar os dentes e ler uma história
- Deitar a criança sempre à mesma hora
- Deitar a criança ainda acordada



Promoção de hábitos de sono saudável



- Manter uma luz de presença no quarto
- Deixar a porta do quarto aberta
- Permitir o uso do objeto preferido da criança
- Manter a calma , não gritar mesmo perante a teimosia da criança
- Não ceder ao protelar da hora de dormir

* Conclusão

- * O enfermeiro é o principal elo de ligação para minimizar o contexto ambiental, físico e psicossocial, procurando proporcionar o máximo de conforto durante o internamento, tendo em conta as necessidades específicas da criança/ família.



* Conclusão



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

Hora de dormir

Os enfs. devem incentivar e apoiar os pais a serem :

- Realistas,
- Flexíveis,
- Consistentes,
- Razoáveis.

**PODE SER UMA SITUAÇÃO
DESGASTANTE PARA OS PAIS , NUNCA
DESISTIR !**



Os 10 Mandamentos do sono saudável para crianças (0-6 anos)

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

Adaptado de recomendações efetuadas pela World Assistance of Sleep Medicine

* Referencias bibliográficas

- ✓ BRAZELTON, T. B., SPARROW, J. -**A Criança e o Sono – O Método Brazelton**, 5ª Edição, Lisboa, Editorial Presença, 2009, 90p.
- ✓ BRUNSCHWING, H. -**Sono**, Lisboa, Edições Pergaminho SA, 2008. 80p. ISBN: 978-972-711-715-4.
- ✓ CIPE – “**Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem**”, Lisboa: Estúdio Lusodidacta, Lda., 2011, ISBN: 978-92-95094-352.
- ✓ CORDEIRO, Mário – **Dormir Tranquilo**, Lisboa, A Esfera do Livro; 2010. 205p. ISBN:978-989-626-215-0.
- ✓ DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE -**Saúde Infantil e Juvenil: Programa Tipo de Atuação**, Direcção-Geral da Saúde, 2ª Edição, 2005.
- ✓ MENDES, L. R., FERNANDES, A., GARCIA, F. T,- **Hábitos e perturbações do sono em crianças em idade escolar**, In: Acta Pediátrica Portuguesa. - Revista de medicina da criança e do adolescente, Sociedade Portuguesa de Pediatria, Lisboa -Vol. 35, nº 4 (Julho/Agosto 2004), p.341-347.
- ✓ MONTEIRO , Tojal –**Perturbações do sono na criança – Perspetiva do Pediatra**. In : Nascer e crescer , Hospital de Crianças Maria Pia; Direcção Sílvia Alvares , Porto – ISSN 0872-0754,Vol.15, nº3,pág.180-183,2006
- ✓ SOARES, Â. – **O Sono – Efeitos da sua privação sobre as defesas orgânicas**, Lisboa, LIDEL, Edições Técnicas, Lda, 2010, 100p. ISBN: 978-972-757-663-0.



ANEXO XI

Plano da sessão de formação aos pais no serviço de pediatria

RELATÓRIO DE FORMAÇÃO
1. PLANIFICAÇÃO DA FORMAÇÃO
1.1 DATA, HORA, LOCAL DE REALIZAÇÃO
Data: 18/11/2013 Duração: 60m (12h-13h) Local: Sala de consultas de atendimento de followup
1.2 MODALIDADE DA FORMAÇÃO
Educação para a Saúde Designação: O sono na Primeira Infância
1.3 FUNDAMENTAÇÃO DA PERTINÊNCIA
A realização deste trabalho surge a pedido do serviço, inserido no plano de promoção para a saúde do serviço de Pediatria. Durante o internamento o Enf ^o é o elo de ligação entre os profissionais /criança/ pais, e consegue aperceber-se de que as crianças manipulam os pais desde cedo levando a que estes cedem às suas chantagens, cometendo alguns erros que podem ser considerados graves e que podem levar a que a diminuição das horas de sono possa originar alterações no comportamento quer das crianças quer dos pais. Assim é pertinente que os pais percebam a importância que o sono tem no desenvolvimento e bem-estar da criança.
1.4 OBJETIVOS
Que os pais / substitutos no final da sessão sejam capazes de: <ul style="list-style-type: none">• Identificar a importância do sono no crescimento e desenvolvimento das crianças• Relatar a importância do sono e afetos no desenvolvimento da criança;• Identificar 3 fases do sono;• Identificar 2 dos problemas do sono mais frequentes;• Identificar 3 erros e 3 atitudes a tomar na hora de dormir.
1.5 DESTINATÁRIOS
Pais das crianças internadas no serviço de Pediatria e da consulta de Pediatria.
1.6 CONCEPÇÃO / ORGANIZAÇÃO
Serviço de Pediatria

1.7 FORMADOR
Sandra Lopes - Enfermeira e Mestranda do CMESCJ da Escola Superior de Saúde de Santarém
1.8 CARATERIZAÇÃO DA FORMAÇÃO
Metodologia da formação: computador e powerpoint

RELATÓRIO DE FORMAÇÃO			
2.PLANO DA SESSÃO			
	CONTEÚDOS	RECURSOS DIDÁTICOS	DURAÇÃO
INTRODUÇÃO	Acolhimento ao grupo e apresentação da formação e formadora	Método expositivo	10m
DESENVOLVIMENTO	<ul style="list-style-type: none"> - Definição de conceitos - A importância do sono e afetos - Fases do sono - Problemas do sono - Principais erros e atitudes a tomar 	Método expositivo com recurso ao Computador e powerpoint	5m 5m 5m 5m 10m
SÍNTESE/AVALIAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> - Síntese da sessão - Esclarecimento de dúvidas 	Aplicação do questionário	10m

RELATÓRIO DE FORMAÇÃO

3. AVALIAÇÃO DA SESSÃO

Estiveram presentes na sessão 12 Pais de crianças que estiveram internadas no serviço de Pediatria e que participaram na colheita de dados através de guião, e que vieram ao serviço realizar consulta de agudos para reavaliação da sua situação clínica.

A sessão obteve o parecer favorável dos participantes, que interagiram e partilharam experiências e opiniões sobre as temáticas apresentadas, contribuindo assim para o enriquecimento do grupo .

As dúvidas foram esclarecidas e os objetivos propostos foram atingidos.

Os resultados do questionário aplicado foram extremamente positivos pois os itens mencionados foram o Satisfeito e Muito Satisfeito como se pode verificar nos quadros em baixo.

1. Relativamente à Sessão:

	1	2	3	4
Clareza na apresentação, pertinência	0	0	2	10
Conteúdos (tema da sessão)	0	0	3	9
Metodologias utilizadas (formas como são conduzidas as sessões)	0	0	0	12
Carga Horária da sessão	0	0	0	12
Recursos didáticos (documentos, material de apoio, vídeos)	0	0	0	12
Condições Físicas da sala	0	1	3	8

2. Relativamente à Equipa dinamizadora/formadora:

	1	2	3	4
Motivação	0	0	1	11
Participação e Interação com os formandos	0	0	2	10
Disponibilidade	0	0	0	12
Domínio dos conteúdos	0	0	0	12
Gestão do tempo	0	0	2	10
Criatividade	0	0	3	9

3. Comentários/Sugestões:

Houve evidência escrita sobre comentários ou sugestões, em 4 questionários:

-“ Parabéns por estas atividades “

-“Deveriam ser feitas mais sensibilizações nestas ou noutras áreas como a Educação “.

-“Mais sessões de sensibilização noutras áreas”.

-“Deveria haver mais exemplos práticos, nas ações do dia-a-dia”.

Alguns dos Pais presentes no final da ação de sensibilização dirigiram-se à formadora referindo que gostaram muito do tema, que é um tema muito interessante, de extrema importância, que foi uma formação muito útil.

RELATÓRIO DE FORMAÇÃO

4. DIAPOSITIVOS DA SESSÃO

O SONO NA 1ª INFÂNCIA



Realizado por: Sandra Lopes
Enfermeira e Mestranda do 1º CMESCJ da Escola Superior de
Saúde de Santarém
Novembro 2013

SONO

O sono é um estado em que ocorre o desligar da relação com o mundo exterior para que o cérebro possa trabalhar para si próprio, dedicando-se às atividades necessárias ao seu funcionamento normal.



O sono e os afetos

O sono reflete o equilíbrio total da criança, particularmente a sua segurança afetiva e relacional.

A criança precisa de cuidados sensíveis... a troca de gestos afetivos e emocionais irá ajudá-la a compreender o mundo à sua volta. Desta forma caminhará no sentido da autonomia, confiança e segurança... dormindo melhor.



O sono e os afetos

As crianças são efetivamente o sorriso do mundo, tendo a particularidade de ecoar o melhor que existe em nós.



SONO



Como qualquer máquina, o organismo tem necessidade de parar de vez em quando e descansar. Mas não se trata propriamente de descansar, já que é justamente quando estamos a dormir que o cérebro trabalha mais.

DURANTE O SONO

A MEMÓRIA:

- compila os dados da informação «amontoados»
- arruma e armazena corretamente de modo a conseguir, em qualquer altura, recuperar e usar essa mesma informação.



**É um equilíbrio biológico,
fundamental, mas é frágil!**



Crianças e adolescentes com sono inadequado podem apresentar sonolência diurna excessiva, cansaço, dificuldade de concentração/aprendizagem e mau humor.



Grupo etário	Horas de sono preconizadas
RN - 3 meses (noite + dia)	20 Horas
3 - 11 Meses (noite + dia)	14-15 Horas
12 - 35 Meses (noite + dia)	12- 14 Horas
Pré-escolar (3 - 6 anos)	11- 13 Horas
Escolar (6 - 12 anos)	10 - 11 Horas
Adolescentes > 12 anos	9 Horas
Adultos e Idosos	6 - 8 Horas

AS 5 FASES DO SONO

1ª fase



É a fase do adormecimento. Essa fase pode durar de alguns instantes até 15 minutos e ocupa de 3% a 5% da noite de sono. Funciona como uma espécie de zona de transição entre estar acordado e a dormir. O cérebro produz ondas irregulares e rápidas e a tensão muscular diminui. A respiração fica suave e os pensamentos do mundo desperto flutuam pela mente. Se for acordada nesta fase, a pessoa reage rapidamente, negando que estava dormir.

AS 5 FASES DO SONO

2ª fase



É a fase do sono mais leve e ocupa metade do tempo total do sono (cerca de 20 minutos). A temperatura corporal e os ritmos cardíaco e respiratório diminuem. As ondas cerebrais ficam mais lentas, cérebro alongam-se e regularizam-se. Nesta fase, a pessoa cruza definitivamente o limite entre estar acordada e a dormir. Se alguém levantar suavemente a pálpebra de uma pessoa nessa fase do sono, ela não acordará. Os olhos já não respondem a estímulos.

AS 5 FASES DO SONO

3ª fase



O corpo começa a entrar no sono profundo. As ondas cerebrais tornam-se amplas e lentas. É uma fase rápida. Corresponde a uma média de 5% do tempo de sono.

AS 5 FASES DO SONO

4ª fase

É o sono profundo, onde o corpo recupera do cansaço diário. Esta fase é fundamental para a liberação de hormonas ligadas ao crescimento e para a recuperação de células e órgãos. Dura cerca de 55 minutos (cerca de 20% da noite).

A pessoa fica totalmente inconsciente. Está tão fora do mundo que nem uma tempestade poderá acordá-la.



AS 5 FASES DO SONO

5ª fase (REM)

A atividade cerebral está a pleno vapor e desencadeia o processo de formação dos sonhos. Os músculos ficam paralisados, as frequências cardíaca e respiratória voltam a aumentar e a pressão arterial sobe. É o momento em que o cérebro faz uma espécie de limpeza geral na memória, fixando as informações importantes captadas durante o dia e descartando os dados inúteis.



SONO REM

Durante o REM, o fluxo sanguíneo em direção ao cérebro aumenta. REM é a fase dos sonhos. Se a pessoa for acordada nesta fase, provavelmente recordará fragmentos das suas fantasias. Depois de 10 minutos de SONO REM volta-se a descer às fases de sono quieto. Nas primeiras horas da noite predominam as fases III e IV.

Pela manhã, percorre-se de quatro a cinco vezes o círculo do sono completo.



Problemas do sono



Os problemas do sono da criança resultam de uma interação entre fatores fisiológicos da criança e do seu relacionamento com os pais. Exemplo: permitir que a criança adormeça com a noção de que os pais se encontram zangados com ela.

Problemas do sono

- Sono pouco reparador, pouco tranquilo e superficial
- Sono curto
- Terrores noturnos
- Pesadelos
- Sonambulismo



Problemas do sono

Têm impacto no sono dos pais, que se sentem cansados e apresentam perturbações do humor, afetando o seu desempenho parental no dia a dia.



Erros na hora de dormir



DEITAR A CRIANÇA MUITO TARDE

É muito comum que os pais cheguem do trabalho tarde, e deixem a criança ir para a cama mais tarde para poder passar mais tempo com ela. Ou que a criança não tenha horários certos para dormir.

Não espere que o seu filho comece a bocejar, choramir ou a esfregar os olhos. Aí provavelmente ele já passou o momento certo. Coloque-o na cama antes disso.

15 ou 20 minutos de sono a mais podem fazer a diferença.

Erros na hora de dormir

ESTIMULAR A CRIANÇA COM BRINCADEIRAS OU ALIMENTOS

É difícil não ceder aos seus pedidos quando a criança é pequena. A criança pede para fazer um jogo, pintar, e os pais cedem às brincadeiras. Se referir fome ou sede: não ofereça chá estimulante, chocolates ou bebidas gaseificadas.



Erros na hora de dormir

MANTER ESTÍMULOS EXTERNOS

Deixar que a criança adormeça no sofá da sala, a ver televisão.



Erros na hora de dormir

NÃO SEGUIR UM RITUAL NA HORA DE DORMIR

No início é fácil seguir a mesma rotina todos os dias: banho, alimentação, uma história ou uma música.

Muitas vezes, os pais acabam por abandonar este tipo de rotina quando os filhos ficam maiorzinhos (ou porque acham que a criança já não precisa ou porque simplesmente estão exaustos demais para pensar nisso).



Erros na hora de dormir

NÃO CEDER ÀS EXIGÊNCIAS/BIRRAS/CHORO DAS CRIANÇAS

É importante saber reconhecer o choro da criança
Os pais chegam a casa tarde e cansados, devidos á conjuntura atual e a outros problemas
Não têm paciência para as crianças e suas birras
Cedem com facilidade
As crianças aprendem “manipular” os pais para o que lhe interessa



Fazer com que o filho durma bem -- e a noite inteira -- é uma das tarefas mais difíceis que pais e mães enfrentam. Porque não se trata de fazer a criança dormir, mas sim ensiná-la que dormir é bom, e que ela é capaz de adormecer sozinha, sem a ajuda de ninguém.



HORA DE DORMIR

- Proporcionar um ambiente calmo e confortável
- Criar um ritual para marcar o momento de dormir. Ex: banho, pijama, jantar, lavar os dentes e ler uma história
- Deitar a criança sempre à mesma hora
- Deitar a criança ainda acordada



HORA DE DORMIR

- Manter uma luz de presença no quarto
- Deixar a porta do quarto aberta
- Permitir o uso do objeto preferido da criança
- Manter a calma , não gritar mesmo perante a teimosia da criança
- Não ceder ao protelar da hora de dormir



HORA DE DORMIR

Os pais devem ser:

- Realistas,
- Flexíveis ,
- Consistentes ,
- Razoáveis.



**PODE SER UMA SITUAÇÃO
DESGASTANTE PARA OS PAIS ,
NUNCA DESISTIR !**



ANEXO XII

Poster para o serviço

Os 10 Mandamentos do sono saudável para crianças (0-6 anos)

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

Adaptado de recomendações efetuadas pela WorldAssistanceofSleep Medicine

Realizado por: Sandra Lopes

Enfermeira e Mestranda do 1º CMESCJ da Escola Superior de Saúde de Santarém

Dezembro 2013

ANEXO XIII

Projeto de intervenção no ruído no Serviço de Neonatologia

PROJETO DE ESTÁGIO

UNIDADE CURRICULAR DE ENFERMAGEM DE SAÚDE DA CRIANÇA E DO JOVEM II E RELATÓRIO

PROJETO DE INTERVENÇÃO NO RUÍDO NO SERVIÇO DE NEONATOLOGIA



Mestrandas: Helena Moita

Sandra Lopes

Enf.ªCooperante:Enfª Joana Marques

Orientador do Estágio: Prof.ª Mestre Regina Ferreira

SANTARÉM

JANEIRO 2014

INDICE

0 – INTRODUÇÃO	3
1 – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	4
1.2– INFLUÊNCIA DO RUÍDO NO SONO E DESENVOLVIMENTO DO RN	5
2 – SUGESTÃO DE EMPRESAS A CONTATAR	7
3 – RECOMENDAÇÕES	9
4 – BIBLIOGRAFIA	10

0-INTRODUÇÃO

O ruído nas unidades neonatais é frequentemente excessivo, com implicações nefastas para os recém-nascidos (RN) aí internados.

Estudos efetuados em várias Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN), em Portugal demonstraram que os níveis de ruído eram superiores aos recomendados.

Esta UCERN (unidade de cuidados especiais a recém nascidos) não presta cuidados intensivos neonatais, mas contém igualmente equipamento que produz ruído no seu funcionamento (ventilador, aparelho CPAPnasal - *Continuous Positive Airway Pressure*, monitores de sinais vitais) e uma sala tipo “ open space”onde se movimentam os profissionais de saúde e familiares dos RN aí internados, também produtores de ruído.

Este projeto tem como objetivos:

- Identificar as fontes do ruído produzido na UCERN;
- Sugerir medidas /estratégias necessárias à manutenção de nível de ruído adequado a este tipo de unidades.

Para a implementação do projeto consideramos importante a realização de uma fundamentação teórica, seguida dos contactos das empresas a contactar para eventual medição do ruído na unidade e, por fim algumas sugestões de medidas corretivas a implementar, á priori, sendo posteriormente ajustadas de acordo com os dados obtidos.

1-FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Ruído, é segundo a Organização Mundial de Saúde, “ Um estímulo sonoro indesejável ou desagradável para o auditor, caracterizado pelo seu nível de pressão sonora (...) ”. A sua unidade de medida é o decibel (db).

A AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS(1997) recomenda que os níveis médios de ruído não excedam os 45db durante o dia e 35 db no período noturno. Este nível recomendado para os RN é “ quase silêncio”, se considerarmos que o limiar auditivo se encontra nos 20-25db e a conversação humana normal produz 60db.

Os equipamentos de apoio vital necessários em uma UCIN, assim como inúmeros procedimentos médicos e da equipa aumentam significativamente a sobrevivência dos recém-nascidos prematuros. No entanto, alguns equipamentos podem também elevar consideravelmente o nível de ruído na unidade de neonatologia, além dos já produzidos pelos equipamentos de suporte, elevando o ruído em 15 a 20 decibéis (dB).

O ruído elevado, entretanto pode vir a causar além de perda auditiva, alterações fisiológicas e psicológicas como: irritabilidade, sono, alteração na função intelectual, stress, todos dificultando o bem-estar e o processo de alta hospitalar.

Para TRAPANOTTO, BENINI, FARINA, GOBBER, MAGNAVITA, ZACHELLO (2004), os recém-nascidos (RN) reagem intensamente aos ruídos com alterações eletrofisiológicas, mais prolongadas que o próprio estímulo, impedindo-os de repousar. JOHNSON (2003) refere que a redução do ruído tem um efeito positivo no sono dos recém-nascidos internados em UCIN.

BREMMER, BYERS, KIEHL (2003), referem que os prematuros em particular reagem com aumento da frequência respiratória e cardíaca e redução da saturação de oxigénio.

TRAPANOTTO et al e KAWADA (2004) consideram que o ruído é um importante fator de risco e de stress podendo agravar o tratamento e o desenvolvimento do RN.

É importante referir que o stress altera a imunidade fisiológica e psíquica do RN e provoca um gasto maior de energia gerado pela atividade cerebral, principalmente cortical. A permanência em UCIN por tempo prolongado, também é considerado um fator de ruído uma vez que os recém-nascidos passam pela separação mãe-bebé e ficam expostos a vários estímulos negativos como, a manipulação constante por parte da equipa multidisciplinar.

1.2-INFLUÊNCIA DO RUÍDO NO SONO E NO DESENVOLVIMENTO DO RN

Na adaptação à vida extra uterina, alguns órgãos dos RN pré-termo passam por um processo acelerado de maturação com sobrecarga do sistema orgânico. Nesta fase crítica do desenvolvimento, a exposição a estímulos inapropriados deve ser controlada pois pode romper o padrão normal do desenvolvimento.

Alguns estudos revelam que os níveis excessivos de ruído que se verificam nas UCIN têm sido implicados em alterações do padrão ventilatório e da frequência cardíaca dos RN, na hipoxia com repercussões no sistema nervoso central, em alterações no padrão de sono, como co fator na patogênese da surdez neurossensorial e ainda em perturbações neuro-comportamentais posteriores (Nicolau; Casal; Lopes ;Kronenberg, 2005).

A hiperatividade tem também correlação direta com o ambiente em neonatologia, sendo descrita como uma desproporção em dois neurotransmissores preponderantes: a noradrenalina e a dopamina, que se situam nas áreas pré-frontais do córtex, responsáveis pelo modo como as células do cérebro comunicam e transmitem informações umas com as outras, que diminuem a sua atividade. Esta região é a responsável pelas funções superiores, também conhecidas por funções executivas: auto-organização, autorregulação e autovalorizarão.

A diminuição das horas de sono ou a sua ausência podem originar um mal-estar ou descompensação levando a alterações de comportamentos graves que influenciam o crescimento e desenvolvimento do ser humano.

Os distúrbios do sono constituem uma das principais perturbações do comportamento das crianças de todas as idades, ainda que muitas vezes transitórias, são umas das perturbações comportamentais mais observadas na prática clínica e assumem uma enorme importância no desequilíbrio emocional da criança e família (Monteiro,2006).

A qualidade e quantidade correta de sono é determinante para o bom desenvolvimento cognitivo, emocional e comportamental do recém nascido.

Os RN durante um internamento, são expostos 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. A Enfª deve preservar o sono do RN negociando com os pais os momentos de manipulação e de realização de cuidados.

Um estudo efetuado por Paiva, Antunes e Soares (2006) ao nível de uma unidade de cuidados intensivos com o tema “Fatores que interferem na preservação do sono e repouso de criança em terapia intensiva”, relata o caso de uma criança internada em “Unidade de Terapia

Intensiva Pediátrica”, cujo objetivo é descrever os fatores que interferem na preservação de seu sono e repouso evidenciando a necessidade e a privação do sono e repouso nestas circunstâncias. Os resultados denotam que o sono e o repouso foram interrompidos, em média, em intervalos de 60 minutos durante a noite e de 25 minutos, durante o dia. Constatou-se que a criança entrava em quadro de exaustão, evidenciando a privação do sono (Paiva, Antunes e Soares, 2006)

Assim, o ruído produzido numa unidade de neonatologia, pode ser responsável ou co-responsável por alterações nefastas no desenvolvimento dos RN (s) aí internados.

Na unidade de Neonatologia são inúmeras as fontes de ruído, sentidas de forma mais intensa pelos sensíveis órgãos auditivos do RN. A exposição constante ao ruído nestas unidades pode provocar lesões na cóclea, acarretando perda auditiva. A cóclea do RN apresenta uma redução de tolerância ao ruído face à cóclea do adulto.

Os RN reagem intensamente aos ruídos com alterações eletrofisiológicas, mais prolongadas que o próprio estímulo, impedindo-os de repousar.

As incubadoras fechadas atenuam o ruído, no entanto, as próprias incubadoras podem ser uma fonte de ruído. Também os ventiladores e os aparelhos de ventilação não invasiva são responsáveis pelo ruído nestas unidades. Estes aparelhos são muito utilizados nas Unidades de Neonatologia uma vez que os problemas respiratórios são uma das complicações mais comuns nos RN pré-termo.

Os ruídos de uma Unidade de Neonatologia são inesperados, desregulados e variados. Fechar as portas das incubadoras, dos armários ou da unidade, colocar o lixo em caixotes metálicos, música ambiente com som elevado e as múltiplas conversas entre os profissionais são algumas das fontes principais de ruído nestas unidades.

2- SUGESTÃO DE EMPRESAS A CONTATAR

Sugerimos, após alguma pesquisa de mercado, o contato de algumas empresas que poderão monitorizar o ruído produzido ao longo do dia na UCERN, por forma a identificar os principais contribuintes para o ruído e adotar medidas específicas para a manutenção dos níveis sonoros dentro dos valores recomendados.

- **Ambiteste, Tecnologias Ambientais Lda.**

Laboratório de Acústica Acreditado pelo IPAC

É uma empresa que presta serviços especializados na área do Ruído.

Para o efeito a Ambienteste conta com pessoal devidamente qualificado, com equipamentos modernos, homologados e calibrados, e também com o estabelecimento de parcerias que permitem potenciar os pontos fortes de cada organização e deste modo oferecer aos seus clientes um serviço de melhor qualidade.

Presta Serviços de :Acústica de Edifícios; Medição de Ruído Ambiental; Medição de Ruído Laboral; Elaboração de Mapas de Ruído. Efetuam trabalhos em todo o País.

MISSÃO

- Satisfazer as necessidades dos seus clientes, com o cumprimento rigoroso dos procedimentos estabelecidos, assegurando deste modo a execução rigorosa e eficaz do serviço prestado.
- Contribuir para o cumprimento dos requisitos legais.
- Oferecer um serviço de qualidade técnica e científica, no mais curto prazo de tempo e aos melhores preços.

CONTACTOS

Rua Dr. Cesar Anjo Lote 7 R/C 3510-009 Viseu

Email: ambiteste@gmail.com

Telemóvel: 965656913 | 965709893 | 919688061

Web: www.ambiteste.pt

- **HSEGT – Higiene e segurança no trabalho,Lda.**

Empresa acreditada pelo Instituto Português de Acreditação (IPAC) para a realização de avaliações de ruído ambiental

CONTATOS:

HSEGT - Taguspark, Av. Jacques Delors, Núcleo central, sala 380
2740-122 Porto Salvo

Telefone: 210 122 100

Fax: 210 122 109

3-RECOMENDAÇÕES

De forma a potencializar o interesse e vontades demonstradas em relação a esta temática, por parte dos enfermeiros do serviço/hospital, sugerimos recomendações que pensamos facilitar/minimizar os níveis de ruído atualmente existentes. Mesmo durante o processo de avaliação da produção de ruído na UCERN, podem ser promovidas uma série de alterações de comportamento dos profissionais conducentes à diminuição do ruído nesta unidade.

Recomenda-se:

- Formação dos profissionais de saúde relativamente ao ruído;
- Motivação dos profissionais de saúde para o controle do ruído, nomeadamente na implementação de um sinal luminoso na UCERN- este é acionado sempre que o nível de ruído existente seja excessivo;
- Evitar ruído desnecessário, a conversar em tom mais baixo, reduzir a abertura das portas das incubadoras às estritamente necessárias;
- Reduzir o tom de voz na passagem de turno e/ou no diálogo entre profissionais de saúde e os pais.
- Motivar os pais a falarem em tom baixo e explicar o motivo;
- Reduzir o volume dos alarmes
- Na aquisição de novos materiais ou equipamentos preferir os que produzem menos ruído;
- Eliminar os telefones e rádio ou diminuir-lhes o nível de som;
- Restringir a utilização do espaço da UCERN apenas para os cuidados aos RN aí internados;
- Almofadar com “batentes” as portas e gavetas para que ao fecharem não provoquem ruído;
- Restringir o uso de aparelhos musicais junto dos RN a situações clínicas específicas.

4-BIBLIOGRAFIA

ALBUQUERQUE, MARGARIDA; VALENTE, SANDRA; OLIVEIRA, GRAÇA; ALBUQUERQUE, MANUEL – **Estimativa do Ruído numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais**. Nascer e Crescer, revista do Hospital Maria Pia, ano 2006 Volume XV, Nº 4.

AMERICAN, ACADEMY OF PEDIATRICS: Noise. **A hazard for the fetus and newborn**. Pediatrics, 1997, paging 724-727.

BREMMER P, BYERS JF, KIEHL E. **Noise and the premature infant: physiological effects and practice implications**. JObstetGynecol Neonatal Nurs. 2003.32:447-54.

WHO. **Guidelines for Community Noise- Report on the Expert Task Force Meeting**. London (United Kingdom): World Health Organization , April, 1999.

JOHNSON AN. **Adapting the neonatal intensive care environment to decrease noise**. J Perinat Neonatal Nurs. 2003. 17(4):280-8

KAWADA T. **The effect of noise on the health of children**. J Nippon Med Sch. 2004. 71:5-10.

MONTEIRO, TOJAL-**Perturbações do sono na criança – Perspetiva do Pediatra**. In: Nascer e crescer, Proposta do Hospital de Crianças Maria Pia: Direção Sílvia Alvares, Porto – ISSN0872-0754- Volume 15, Nº 3, 2006, p.180-183.

NICOLAU, ANA SOFIA; CASAL, DIOGO BOGALHÃO DO; LOPES, PATRÍCIA MARTINS; KRONENBERG, PETER – **O Ruído nas Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais de Lisboa e Vale do Tejo**. Departamento de Saúde Pública da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa. Acta Pediátrica Portuguesa, 2005, nº1; volume 36; página 15-21.

PAIVA, M., ANTUNES, C., SOARES, E. – **Fatores que Interferem na Preservação do Sono e Repouso de Criança em Terapia Intensiva**, in Revista de Enfermagem, vol. 10, núm. 1, Abril, 2006, p. 29-35.

TRAPANOTTO M, BENINI F, FARINA M, GOBBER D, MAGNAVITA V, ZACCHELLO F. - **Behavioural and physiological reactivity to noise in the newborn**. J Pediatric Child Health. 2004. 40:275-81.

http://www.ambiteste.pt/?utm_source=google&utm_medium=cpc&utm_campaign=truvo

http://www.hsegt.pt/servicos/engenharia/ruido_amb_serv.html?gclid=CJS5suD1srsCFSnpwgodR4ATg

ANEXO XIV

Plano da sessão de formação realizada aos Enfermeiros no Serviço de Neonatologia

RELATÓRIO DE FORMAÇÃO
1. PLANIFICAÇÃO DA FORMAÇÃO
1.1 DATA, HORA, LOCAL DE REALIZAÇÃO
Data: 22/01/2014 Duração: 45 m (15h-15-30h) Local: Sala de Reuniões do Serviço de Obstetrícia II
1.2 MODALIDADE DA FORMAÇÃO
Ação de sensibilização Designação: O ruído em neonatologia-implicações no sono e no desenvolvimento do RN
1.3 FUNDAMENTAÇÃO DA PERTINÊNCIA
<p>Na adaptação à vida extra uterina, alguns órgãos dos RN pré-termo passam por um processo acelerado de maturação com sobrecarga do sistema orgânico. Nesta fase crítica do desenvolvimento, a exposição a estímulos inapropriados deve ser controlada pois pode romper o padrão normal do desenvolvimento.</p> <p>Alguns estudos revelam que os níveis excessivos de ruído que se verificam nas UCIN têm sido implicados em alterações do padrão ventilatório e da frequência cardíaca dos RN, na hipoxia com repercussões no sistema nervoso central, em alterações no padrão de sono, como co fator na patogénese da surdez neurosensorial e ainda em perturbações neuro-comportamentais posteriores (Nicolau; Casal; Lopes; Kronenberg, 2005)</p> <p>A hiperatividade tem também correlação direta com o ambiente em neonatologia, sendo descrita como uma desproporção em dois neurotransmissores preponderantes: a noradrenalina e a dopamina, que se situam nas áreas pré-frontais do córtex, responsáveis pelo modo como as células do cérebro comunicam e transmitem informações umas com as outras, que diminuem a sua atividade. Esta região é a responsável pelas funções superiores, também conhecidas por funções executivas: auto-organização, autorregulação e autovalorização.</p> <p>A diminuição das horas de sono ou a sua ausência podem originar um mal-estar ou descompensação levando a alterações de comportamentos graves que influenciam o crescimento e desenvolvimento do ser humano.</p> <p>Os distúrbios do sono constituem uma das principais perturbações do comportamento das crianças de todas as idades, ainda que muitas vezes transitórias, são umas das perturbações comportamentais mais observadas na prática clínica e assumem uma</p>

enorme importância no desequilíbrio emocional da criança e família (Monteiro,2006).
1.4OBJETIVOS:
Geral: Refletir com os Enfermeiros sobre as implicações do ruído no sono e no desenvolvimento do RN Pretende-se que os Enfermeiros no final da sessão consigam: <ul style="list-style-type: none">* Identificar 2 das manifestações mais comuns decorrentes de alteração do padrão sono no RN;* Enumerar 4 aspetos a ter em consideração para a redução do ruído na Neonatologia* Identificar as principais fontes de ruído no serviço de Neonatologia* Identificar os principais sintomas no RN exposto ao ruído excessivo
1.5 DESTINATÁRIOS
Todos os Enfermeiros do Serviço de Neonatologia
1.6 CONCEÇÃO /ORGANIZAÇÃO
Formação em serviço Ensino Clínico I do CMESCJ
1.7 FORMADOR
Helena Moita - Enfermeira e Mestranda em Enfermagem da Saúde da Criança e do Jovem da Escola Superior de Saúde de Santarém Sandra Lopes- Enfermeira e Mestranda em Enfermagem da Saúde da Criança e do Jovem da Escola Superior de Saúde de Santarém
1.8 CARATERIZAÇÃO DA FORMAÇÃO
Metodologia da formação: metodologia expositiva e demonstrativa.

RELATÓRIO DE FORMAÇÃO			
2. PLANO DA SESSÃO			
	CONTEÚDOS	RECURSOS DIDÁTICOS	DURAÇÃO
INTRODUÇÃO	Apresentação e acolhimento do grupo		3m
DESENVOLVIMENTO	* O sono	Computador, projector de vídeo.	2m
	* Enumerar os mecanismos orgânicos existentes durante o sono;		3m
	* Identificar as perturbações do sono mais frequentes;		3m
	* O ruído		2m
	* Fontes de ruído		5m
	* Stressores do ruído		5m
	* Influência do ruído no desenvolvimento do RN		5m
* Estratégias a adoptar;	5m		
SÍNTESE/AVALIAÇÃO	Esclarecimento de dúvidas/partilha de experiências	Questionário impresso em papel	10m
	Aplicação do questionário de avaliação da sessão	Computador, projector de vídeo.	2m
	Apresentação do trabalho escrito		

RELATÓRIO DE FORMAÇÃO

3. AVALIAÇÃO DA SESSÃO

Estiveram presentes na sessão 10 enfermeiros do Serviço de Neonatologia. A sessão obteve o parecer favorável dos participantes, que interagiram e partilharam as suas experiências e opiniões sobre as temáticas apresentadas. As dúvidas foram esclarecidas e os objetivos propostos foram atingidos.

Resultados do questionário aplicado foram:

4. Relativamente à Sessão:

	1	2	3	4
Clareza na apresentação, pertinência			1	9
Conteúdos (tema da sessão)			1	9
Metodologias utilizadas (formas como são conduzidas as sessões)			1	9
Carga Horária da sessão			2	8
Recursos didáticos (documentos, material de apoio, vídeos)			2	8
Condições Físicas da sala			5	5

5. Relativamente à Equipa dinamizadora/formadora:

	1	2	3	4
Motivação			2	8
Participação e Interação com os formandos			4	6
Disponibilidade			1	9
Domínio dos conteúdos			1	9
Gestão do tempo			1	9
Criatividade			2	8

6. Comentários/Sugestões

“Sessão muito elucidativa, com muitos aspetos práticos, discurso acessível”

“Sessão muito pertinente para o serviço, tendo em conta os objetivos do serviço no âmbito da formação de saúde “

“Sessão muito bem elaborada, com tema atual e com alguma preocupação dos profissionais do serviço sobre o mesmo, o poster oferecido ao serviço está simples, de fácil interpretação quer para os pais quer para os profissionais “

RELATÓRIO DE FORMAÇÃO

4. DIAPOSITIVOS DA SESSÃO

CONVITE

SESSÃO DE SENSIBILIZAÇÃO PARA OS ENFERMEIROS DO
SERVIÇO DE NEONATOLOGIA/ OBSTETRICIA II



O RUÍDO EM NEONATOLOGIA-IMPLICAÇÕES NO SONO E NO DESENVOLVIMENTO DO RN



DATA: 22 DE JANEIRO --- 14:00 HORAS
LOCAL: SALA DE OBSTETRICIA II

ENFª HELENA MOITA E ENFª SANDRA LOPES
MESTRANDAS DO 1º CMESCJ DA ESCOLA SUPERIOR DE
SAÚDE DE SANTAREM

O RUÍDO EM NEONATOLOGIA-IMPLICAÇÕES NO SONO E NO DESENVOLVIMENTO DO RN



Realizado por: Helena Moita e Sandra Lopes
Enfermeiras e Mestrandas do 1º CMESCJ da Escola Superior de Saúde de Santarém
Serviço de Neonatologia
Janeiro 2014

Objetivo Geral



Refletir com os Enfermeiros sobre as implicações do ruído no sono e no desenvolvimento do RN

Objetivos Específicos

Pretende-se que os Enfermeiros no final da sessão consigam:



- * Identificar 2 das manifestações mais comuns decorrentes de alteração do padrão sono no RN;
- * Enumerar 4 aspetos a ter em consideração para a redução do ruído na Neonatologia

Objetivos Específicos

- * Identificar as principais fontes de ruído no serviço de Neonatologia



- * Identificar os principais sintomas no RN exposto ao ruído excessivo

O SONO



É uma atividade de vida fundamental para o desenvolvimento, crescimento e a reparação das células.

LOGAN, ROPER E TIERNEY (1990)

O SONO



- * É essencial para o desenvolvimento do RN , sendo que o padrão de sono se desenvolve à medida que o RN cresce
- * O RN aprende a dormir
- * É importante compreender os padrões de sono de cada bebé
- * Desde o nascimento criar rotinas e hábitos

(Brazelton,2006)

Mecanismos orgânicos durante o sono

Função reparadora da fadiga corporal e psíquica

O cérebro trabalha nas diferentes fases de registo codificação , armazenamento e evocação da memória

Segrega várias substâncias como as hormonas do crescimento ,acetilcolina, adenosina, dopamina, serotonina

Processos metabólicos regenerativos contribuindo para a recuperação de lesões , contando com a participação ativa do sistema imunitário

Soares 2010



PERTURBAÇÕES DO SONO



Enorme importância no desequilíbrio emocional do RN e família.

Monteiro, 2006

Buído

❖ “É um estímulo sonoro indesejável ou desagradável para o auditor, caracterizado pelo seu nível de pressão sonora(...)”.

WHO, 1999

❖ A sua unidade de medida é o decibel (db)



Audição no RN



Sistema Auditivo

- É responsável pela audição e desenvolve-se a partir da 24-25ª semana de gestação. O feto começa a ouvir sons mais baixos e graves.
- A audição é importante para desenvolver a atenção, o reconhecimento, a aprendizagem, o estado de alerta e comportamentos de orientação do RN prematuro.

Ruído

❖ Nível ruído recomendado:

- ✓ 45 db durante o dia
- ✓ 35 db no período noturno

- ❖ 20-25db é o limiar auditivo
- ❖ 60db nível ruído da conversação humana normal

Academia Americana de Pediatria, 1997



Níveis de Ruído



Fontes de ruído



* Ruído dentro da incubadora em situações particulares



	RN sem ventilação	RN em ventilação com CIPAP
BASE	56,7db	72,4 db
ESCREVER SOBRE A INCUBADORA	56.9 db	72.6 db
COLOCAR OBJETO EM CIMA DA INCUBADORA	67.1 db	75.5 db
FECHAR AS PORTAS	78.0 db	84.4 db

(ALBUQUERQUE, et al 2006)

STRESSORES DO RN RUIDO

O RUIDO excessivo pode lesar as estruturas auditivas imaturas do RN.

Respostas fisiológicas e comportamentais

Surdez neurosensorial
Perturbações neuro-comportamentais posteriores
Alterações no padrão de sono



Hipóxia
Pressão intracraniana
↑ Pressão sanguínea
↑ Apneia
Taquicardia
Baixa progressão ponderal



Influência do Ruído no desenvolvimento do RN

No RN pré-termo todos os efeitos causados pelo ruído são agravados, principalmente, pela imaturidade do cérebro para processar e registar as informações sensoriais, sendo extremamente sensível e incapaz de selecionar os estímulos recebidos devido à falta de controles inibitórios.



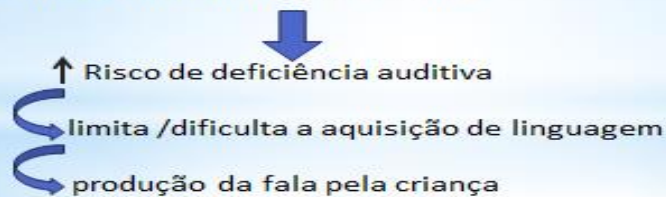
MARRESE, 1996

Influência do Ruído no desenvolvimento do RN

O ruído intenso pode também afetar a personalidade do RN e reduzir sua capacidade de resiliência.

Carvalho, 2000

> 5 dias de internamento em UCIN



ESTRATÉGIAS A ADOPTAR

- Evitar ruídos desnecessários;
- Baixar volume do telefone;
- Responder prontamente aos alarmes do equipamento;
- Fechar as portas das incubadoras com suavidade;
- Evitar colocar objetos em cima da incubadora;



ESTRATÉGIAS A ADOPTAR



- Remover água dos circuitos respiratórios dos ventiladores;
- Reduzir o tom de voz no diálogo entre os profissionais de saúde e com os pais.
- Motivar os pais a falar em tom baixo e explicar porquê;
- Avaliar o ruído da Unidade medindo os decibéis dos vários tipos de ruídos, identificando as áreas a intervir.

Conclusão

O enfermeiro é o principal elo de ligação para minimizar o contexto ambiental, físico e psicossocial, procurando proporcionar o máximo de conforto durante o internamento, tendo em conta as necessidades específicas do RN/família.



PARA REFLETIR



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

Referencias bibliográficas

- ✓ BRAZELTON, T. B., SPARROW, J. -**A Criança e o Sono – O Método Brazelton**, 5ª Edição, Lisboa, Editorial Presença, 2009, 90p.
- ✓ BRUNSCHWING, H. –**Sono**, Lisboa, Edições Pergaminho SA, 2008. 80p. ISBN: 978-972-711-715-4.
- ✓ CIPE – “**Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem**”, Lisboa: Estúdio Lusodidacta, Lda., 2011, ISBN: 978-92-95094-352.
- ✓ CORDEIRO, Mário –**Dormir Tranquilo**, Lisboa, A Esfera do Livro; 2010. 205p. ISBN:978-989-626-215-0.
- ✓ DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE -**Saúde Infantil e Juvenil: Programa Tipo de Atuação**, Direcção-Geral da Saúde, 2ª Edição, 2005.
- ✓ MENDES, L. R., FERNANDES, A., GARCIA, F. T.,-**Hábitos e perturbações do sono em crianças em idade escolar**, In: Acta Pediátrica Portuguesa. - Revista de medicina da criança e do adolescente, Sociedade Portuguesa de Pediatria, Lisboa - Vol. 35, nº 4 (Julho/Agosto 2004), p.341-347.
- ✓ MONTEIRO, Tojal –**Perturbações do sono na criança – Perspetiva do Pediatra**. In: Nascer e crescer , Hospital de Crianças Maria Pia ; Direcção Sílvia Alvares , Porto – ISSN 0872-0754, Vol. 15, nº3, pág.180-183, 2006
- ✓ SOARES, Â. –**O Sono – Efeitos da sua privação sobre as defesas orgânicas**, Lisboa, LIDEL, Edições Técnicas, Lda, 2010, 100p. ISBN: 978-972-757-663-0.



